

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра суспільних наук

АКАДЕМІЯ СОЦІАЛЬНИХ НАУК УКРАЇНИ

*Історичні, економічні,
соціально-філософські
та освітні аспекти
розвитку охорони здоров'я:*

**МАТЕРІАЛИ ДРУГОЇ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ
ІНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦІЇ, ПРИСВЯЧЕНОЇ 210-РІЧЧЮ
ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

4 – 11 листопада 2014 р.

УДК 3:614
ББК 5 (4 УКР)
І 90

*Затверджено Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 1 від 25.09.2014 р.*

Редакційна колегія: *Робак І.Ю.* – доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету – головний редактор;
Демочко Г.Л. – кандидат історичних наук, старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету – відповідальний секретар;
Мац В.А. – літературний редактор.

Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я : матеріали Другої Міжнародної наукової інтернет-конференції, присвяченої 210-річчю Харківського національного медичного університету, 4 – 11 листоп. 2014 р. / Харк. нац. мед. ун-т ; [редкол. : І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко, В. А. Мац]. – Харків : Колегіум, 2014. – 256 с.

ISBN 978-966-8604-97-3

Збірник містить матеріали Другої Міжнародної наукової інтернет-конференції, що відбулася 4 – 11 листопада 2014 р. Концепція збірника базується на багатоплановому науковому висвітленні проблем охорони здоров'я. Секції конференції охоплюють галузі історичних, економічних, філософських і медичних наук.

УДК 3:614
ББК 5 (4 УКР)

Редколегія не завжди поділяє погляди авторів, залишила за собою право скорочувати та редагувати тексти. Автори несуть відповідальність за зміст опублікованого матеріалу, достовірність фактів, цитат, дат, імен та інших даних.

ISBN 978-966-8604-97-3

© Харківський національний медичний університет, 2014.
© Академія соціальних наук України, 2014.
© Автори, 2014.

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1. Історія охорони здоров'я

<i>Альков В.А.</i> ПРОБЛЕМА ПСЕВДОМЕДИЦИНИ НА ТЕРИТОРІЇ ХАРКІВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ XVII – ПОЧАТКУ XX СТ.....	8
<i>Водяний О.М.</i> ПИТАННЯ ШКІЛЬНОЇ ГІГІЄНИ В РОБОТІ ПИРОГОВСЬКИХ З'ЇЗДІВ НА ТЕРЕНІ УКРАЇНИ (КІНЕЦЬ XIX СТОРІЧЧЯ).....	11
<i>Глебова Л.І., Мамедова К.Т.</i> СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В ПЕРІОД НАЦІОНАЛЬНИХ УРЯДІВ (1917–1920 РР.).....	14
<i>Ilin V.G., Robak I.Yu.</i> GROWTH DYNAMICS OF THE KHARKIV HEALTHCARE NETWORK FOR THE PERIOD 1943–1990.....	17
<i>Католик А.В.</i> ФІНАНСОВИЙ АСПЕКТ ДІЯЛЬНОСТІ ЧЕРНІГІВСЬКОГО ТОВАРИСТВА ПОМІЧНИКІВ ЛІКАРІВ	20
<i>Киричок И.В., Камлык И.В., Костюкевич Т.В.</i> К ИСТОРИИ ДВИЖЕНИЯ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ И КРАСНОГО КРЕСТА В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ: ПО СТРАНИЦАМ РЕДКИХ И ЦЕННЫХ ИЗДАНИЙ	24
<i>Martynenko N., Tsopozidis X.</i> GEORGIOS PAPANIKOLAOU AS AN AUTHOUR OF PAP SMEAR.....	29
<i>Migoń J.</i> SPOSOBY LECZENIA I ZAPOBIEGANIA CHOROBYM ŻOŁNIERZY ARMII BIZANTYJSKIEJ W ŚWIETLE TAKTIKONU LEONA VI.....	32
<i>Мякина А.В., Мищенко А.Н., Ульянова Ю.Р., Печененко А.Р.</i> «ТОЛКОВЫЙ СЛОВАРЬ» В БЕЛОЙ ОБЛОЖКЕ	35
<i>Srogosz T.</i> PROJEKT ZABEZPIECZEŃ PRZECIWEPIDEMICZNYCH DOKTORA PROWINCJI UKRAIŃSKIEJ (DOKTORA KWARANTANN) FRANCISZKA KAROLA HEINTZA Z 1786 ROKU.....	37
<i>Stroynowski A.</i> ZDROWIE WŁADYSŁAWA IV W OPISACH JEGO LEKARZA.....	41
<i>Szczygłowska M.</i> PAWŁOWIZM W UJĘCIU TADEUSZA BILIKIEWICZA	45

СЕКЦІЯ 2. Економіка та правові засади охорони здоров'я

<i>Гапонова Е.О.</i> PECULIARITIES OF VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN UKRAINE	49
<i>Громов А.А.</i> ВИКЛИКИ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ ДЛЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	51

<i>Камінська Т.М.</i> ДЕЦЕНТРАЛІЗОВАНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КАНАДІ: УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ.....	54
<i>Камінська Т.М., Мандзюк М.М.</i> ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО СТРАХУВАННЯ ЗА КОРДОНОМ: УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ.....	58
<i>Козлова Н.Х., Мацьків-Богдан Х.А., Морозова Є.А.</i> АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ.....	61
<i>Krawtschenko W.I., von Freedен G.</i> DIE SOZIALE POLITIK DER UKRAINE UNTER BEDINGUNGEN DER DEZENTRALISIERUNG DER STAATSGEWALT.....	66
СЕКЦІЯ 3. Організація охорони здоров'я	
<i>Байчікова А.О.</i> ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	71
<i>Галічева Н.О.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНИХ ОБМЕЖЕНЬ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ..	75
<i>Зінчук А.М., Зінчук О.Г., Уразова Л.Ф.</i> ОСНОВНІ ОБМЕЖЕННЯ У ПОВСЯКДЕННОМУ ЖИТТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ НА РАК ЛЕГЕНІВ	79
<i>Олексюк О.Б.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ	82
<i>Подригало Л.В., Клименко А.И., Толстоплет Е.В., Ровная О.А.</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ПРЕПОДАВАННЯ ГІГІЄНИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛІН СПЕЦІАЛІСТАМ В ОБЛАСТІ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА.....	86
<i>Тарханов В.С., Егорочкина Ю.В., Самосудов И.В.</i> НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА, ПРОХОДИВШИХ СТАЦИОНАРНУЮ ВОЕННУЮ ЭКСПЕРТИЗУ В ЮЖНО-ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РФ (НА ПРИМЕРЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ)	90
СЕКЦІЯ 4. Соціально-філософські та духовні аспекти здоров'я	
<i>Гончаренко Л.О.</i> ФІЛОСОФСЬКО-АКСІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	94
<i>Martynenko N.</i> IRRITABILITY AND ITS INFLUENCE ON THE EMOTIONAL HEALTH OF INDIVIDUAL	98
<i>Нечмоглод Ю.Н.</i> РОЗДУМИ ПРО РЕЛІГІЮ В ЖИТТІ ЛІКАРЯ.....	100
<i>Łukasz Sasuła Ł.</i> CYWILIZACYJNE UWARUNKOWANIA ZWYCZAJÓW HIGIENICZNYCH NA PRZYKŁADZIE UCZESTNIKÓW I WYPRAWY KRZYŻOWEJ ...	102

<i>Stempień Jakub R.</i> LEISURE-TIME SPORT AS A SOCIALLY DISTINCTIVE WAY OF STAYING HEALTHY. THE CASE OF POPULARITY OF RUNNING IN POLAND	106
<i>Троценко О.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ МОТИВАЦІЙНОЇ РОБОТИ СЕРЕД ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ ВНЗ УКРАЇНИ МЕДИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ	110
<i>Шубіна М.В.</i> ДУХОВНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ТА РЕЛІГІЯ	113
<i>Щербина Н.А., Кузьмина И.Ю.</i> СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЕ И ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ АКУШЕРСТВА	117
СЕКЦІЯ 5. Медична соціологія	
<i>Gałuszka M.</i> PUBLIC HEALTH CARE VS FREE-MARKET HEALTH CARE SYSTEM: CONSEQUENCES FOR PATIENTS	121
<i>Глебова Л.І., Павлова Г.Є.</i> ДЕМОГРАФІЧНИЙ СТАН В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ ТА ПРОБЛЕМА ПАЛІННЯ	124
<i>Lipińska J.</i> ZASADNOŚĆ POMIARU JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH Z NIEDROBNOKOMÓRKOWYM RAKIEM PŁUC W ŚWIETLE HOLISTYCZNEGO MODELU ZDROWIA.....	126
<i>Wieczorkowska M.</i> TOWARD HUMANIZATION OF MEDICINE – HUMANISTIC PRINCIPLE AS A FIELD OF COOPERATION IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONS	128
<i>Чернуха А.В., Абузова Ю.М.</i> СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА	132
СЕКЦІЯ 6. Персоналії видатних організаторів охорони здоров'я	
<i>Арзуманова Т.В., Абрикосова А.С.</i> ВНЕСОК У МЕДИЦИНУ М. М. АМОСОВА	136
<i>Варивода К.С.</i> НАУКОВА СПАДЩИНА АКАДЕМІКА Д.С. ВОРОНЦОВА В ГАЛУЗІ ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЇ (ПЕРША ПОЛОВИНА ХХ СТОЛІТТЯ).....	139
<i>Годун Н.І.</i> ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ АКАДЕМІКА О.І. ДУШЕЧКІНА В ГАЛУЗІ ФІЗІОЛОГІЇ РОСЛИН (40 - 50-і рр. ХХ СТОЛІТТЯ).....	143
<i>Данилюк Н.В.</i> ПИТАННЯ ЄВГЕНІКИ У НАУКОВОМУ ДОРОБКУ ПРОФЕСОРА Б.І. МАТЮШЕНКА	147
<i>Демочко А.Л., Олейник Е.</i> К 105-Й ГОДОВЩИНЕ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ В.А. НЕГОВСКОГО	151

<i>Кистенева О.А., Дмитриев Д.С.</i> АРХИЕПИСКОП ЛУКА (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ) – ВРАЧЕВАТЕЛЬ ДУШИ И ТЕЛА.....	153
<i>Кистенева О.А., Рудычева К.С., Бабкина И.С.</i> ПОРТРЕТ ВЕТЕРАНА ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ЗАМЕЧАТЕЛЬНОГО ВРАЧА Г.В. КОБАНОВА	158
<i>Козубенко Ю.Л.</i> АГАПІТ ПЕЧЕРСЬКИЙ – ЗАСНОВНИК ЛІКАРСЬКОЇ СПРАВИ В УКРАЇНІ-РУСІ	161
<i>Коцур Н.І.</i> ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ В ДОСЛІДЖЕННЯХ ПРОФЕСОРА С.І. ТОМЛІНА (1877 – 1952).....	163
<i>Leon J.</i> FAMOUS DOCTORS OF JAMAICA	167
<i>Миздренко О.М.</i> ПРОФЕСОР В.Я. ПІДГАСЦЬКИЙ – УЧЕНИЙ-ГІГІЄНІСТ, ОРГАНІЗАТОР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	171
<i>Мякина А.В., Якивец И.В., Тягнирядко К.А.</i> БОРИС МОИСЕЕВИЧ ХМЕЛЬНИЦКИЙ (К 130-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)	175
<i>Палієнко О.А.</i> АКАДЕМІК В. В. ФРОЛЬКІС: НАУКОВІ ПОШУКИ ЗАСОБІВ ПРОДОВЖЕННЯ ЖИТТЯ	179
<i>Перцева Ж.Н., Семененко Е.В.</i> ОРГАНІЗАТОР И РУКОВОДИТЕЛЬ ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ Д. С. ЛОВЛЯ	183
<i>Русанова Е.В., Русанов К.В.</i> А.Н. АВДАКОВА И БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ХАРЬКОВЕ	187
<i>Товкун Л.П.</i> СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В НАУКОВОМУ ДОРОБКУ О.В. КОРЧАКА-ЧЕПУРКІВСЬКОГО ЗА ЗЕМСЬКИЙ ПЕРІОД ДІЯЛЬНОСТІ (1886–1897 pp.)	193
<i>Czerniecka-Haberko A.</i> DZIAŁALNOŚĆ SPOLECZNO-POLITYCZNA DR JÓZEFA MARCZEWSKIEGO	197
<i>Харченко Н.А.</i> ВНЕСОК ПРОФЕСОРА О. П. ВАЛЬТЕРА В СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТОК АНАТОМІЧНОЇ ШКОЛИ 2-ї ПОЛОВИНИ ХІХ СТОРІЧЧЯ.....	202
<i>Чумак Л.И.</i> А.М. МЕРКОВ, ПРОФЕССОР КАФЕДРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ХАРЬКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА – ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ И ПЕДАГОГ.....	205

СЕКЦІЯ 7. Медична освіта: історія та сучасність

<i>Глєбова Л.І.</i> РЕФОРМУВАННЯ ГУМАНІТАРНОЇ СКЛАДОВОЇ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У НЕЗАЛЕЖНІЙ УКРАЇНІ В 90-ті РОКИ	209
<i>Демочко Г.Л.</i> НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА КАФЕДРИ ФАКУЛЬТЕТСЬКОЇ ТЕРАПІЇ 1-ГО ХАРКІВСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ В ЕВАКУАЦІЇ (1942-й рік).....	212
<i>Кайдалова Л.Г., Шокіна Н.Б.</i> УПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОБЛЕМНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН	214
<i>Кистенева О.А., Горобець А.С.</i> ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧЕБНОЙ АУДИТОРИИ-МУЗЕЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	218
<i>Кистенева О.А., Жуков А.С.</i> ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ НАУЧНЫХ ШКОЛ И КРУЖКОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	221
<i>Кистенева О.А.</i> ИСТОРИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	225
<i>Кистенева О.А., Мельниченко А.А.</i> ИСТОРИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ПЕДИАТРИИ С КУРСОМ ДЕТСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ФАКУЛЬТЕТА ЛЕЧЕБНОГО ДЕЛА И ПЕДИАТРИИ НИУ «БЕЛГУ».....	228
<i>Комишан А.І.</i> СУЧАСНИЙ МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ТА САМОДІАГНОСТИКИ УСПІШНОСТІ НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ ФАРМАЦЕВТІВ ТА МЕДИКІВ	232
<i>Лехан В.М., Заярський М.І., Гриценко Л.О., Колесник В.І.</i> ПОСДНАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ТА ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ІЗ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	235
<i>Лутасєва Т.В.</i> ПРИВАТНА ІНІЦІАТИВА В МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ОСВІТІ (друга пол. ХІХ – поч. ХХ ст.).....	238
<i>Робак І.Ю.</i> ВАЛЕНТИН ОТАМАНОВСЬКИЙ У ХАРКІВСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ: ЗАВЕРШАЛЬНЕ ПОЛЕ ДІЯЛЬНОСТІ	242

СЕКЦІЯ 1. ІСТОРІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ПРОБЛЕМА ПСЕВДОМЕДИЦИНИ НА ТЕРИТОРІЇ ХАРКІВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ XVII – ПОЧАТКУ XX СТ.

Альков В.А., кандидат історичних наук, старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету

Псевдомедицина та псевдолікування й дотепер залишаються популярними серед людей, які втратили надію на одужання або ж з якихось причин не довіряють офіційній медицині. Зауважимо, що це явище має давнє історичне коріння.

Насамперед зазначимо, що медична допомога в Харкові XVII ст. фактично не надавалася. Лише проводились заходи запобігання поширенню містом епідемій. До прикладу, в XVIII ст. внаслідок військових походів з Криму була занесена чума, що лютувала від серпня до зими 1738 р., коли збудник сам собою загинув через холоднечу. Практикували окурювання прийшлих різними сумішами, однак про спеціальну медичну допомогу не йшлося [1, с. 189]. Проти чуми застосовували засоби, що знімали той чи інший симптом хвороби, а не лікували. Дієвих медикаментів просто не існувало. 95–99 % хворих, що не мали сильного імунітету, фактично були приречені. Проти холери боролися майже так само й з таким само результатом. Зрозуміло, що авторитету медицині це не додавало. Тому не дивно, що населення, зокрема й вищі верстви, медичної допомоги не цінувало. Навіть ризикуючи залишитись 1769 року зовсім без лікаря в місті, люди ледве зібрали необхідні кошти, причому здебільшого з новоприбулої аристократії [1, с. 192-193]. Найпоширенішим способом медичної допомоги тоді було кровопускання, яким «лікували» практично все [2, с. 70-71], знову-таки, без особливого успіху.

Часто хвороби намагались лікувати методами народної медицини чи за рецептами з доволі поширених рукописних книжок – «лечебників» [1, с. 190],

що було неефективним, а часто навіть шкідливим. У «Лічебнику» харківського міського лікаря П. Добронравова, що вийшов друком у середині XIX ст., проти холери рекомендувалося: ставити гірчичники на живіт; дотримуватися суворої дієти, а питну воду змішувати з міцним вином; розтирати скипидаром, спиртом чи горілкою або замість розтирань сікти хворого кропивою; від виснажливого проносу рекомендувалися опійні краплі тощо. Користі від цього, як можна зрозуміти, не було жодної, крім психологічного ефекту. Навіть у губернській міській лікарні застосовували контрастний метод «самозамерзання», коли хворому робили холодну ванну, а потім ще й напували водою з льодом. Як зауважує дослідник І. Робак, такий метод «лікування» звів у могилу не одного пацієнта [2, с. 111-112, 118-119].

Внаслідок обмеженості наукових знань практикувалося застосування проти цинги марних і шкідливих засобів, однак існувало переконання, що це – інфекційна хвороба [2, с. 127-128]. Проти психічних хвороб поряд із ефективними засобами застосовували кровопускання, опіки, п'явок, блювотні суміші, хінін, проносне, оцет, голод, спрагу тощо [3, с. 50], які могли навіть нашкодити. Скарлатину лікували полосканням і намазуванням зева розчином калію та блювотним коренем. Цей спосіб лікування за відсутності антибіотиків був неефективним. Фактично хворі одужували самі, а роль медперсоналу полягала в догляді [2, с. 103]. Тому не дивно, що навіть 1888 року від не такої вже й небезпечної скарлатини померли 20 % хворих [4, с. 17], що склало найбільший відсоток смертності з-поміж найпоширеніших хвороб. Це не могло не викликати недовіри до офіційної медицини, де-факто нездатної зарадити.

З розвитком медицини та медичного обслуговування в другій половині XIX – на початку XX століть ситуація почала змінюватись. Лікування ставало суто науковим. Та це майже не стосувалося ситуації на периферії, особливо на селі. Там неосвічене населення найчастіше вдавалося до сумнівних традиційних способів лікування, хоча не відкидало й лікарської допомоги. Втім, доступність останньої на селі залишала бажати кращого.

Традиції із забобонами лишалися живучими, рівень довіри до медицини не був високим.

Отож, на селі укуси змії, а це здебільшого були гадюки, продовжували «лікувати» деревною олією, куди іноді опускали тарантулів. Однак павуки почали зникати, що в плані ефективності лікування нічого не змінило, але створило проблему місцевим знахарям. Після укусу сказених тварин селяни відразу починали лікуватись настоями трав. Рану припікали ляпісом та перев'язували. Такий спосіб був узвичаєним у Зміївському та Куп'янському повітах, хоча підстав довіряти йому не було. Тогочасні лікарі таке «лікування» відкидали. «Видужання» означало, що тварина-нападник просто не була хвора. У Лозовеньках, а також інших містечках і селах від сказу лікували один-двоє селян настоєм та вирізанням нариву під язиком. Здебільшого лікування обмежувалось лише настоєм. Від сибірської виразки лікували дуже просто. Приміром, у Михайлівці Шебелинської волості місцева селянка вирізала нарив та припікала розчином купоросу, робила компреси з болиголовом. У Лозовеньках так лікували місцевий священник та причетник. Фельдшерська допомога нічим не відрізнялася, що ставило знак рівняння між офіційною та традиційною медициною. Вважалося, що «лікування» діяло не пізніше двох днів від початку хвороби, інакше хворий неминуче помирав. Інше захворювання – курячу сліпоту – селяни лікували переляком, вночі штовхаючи хворого до ями [5, арк. 3-6].

У місті Харкові селянин Сомов пропонував лікувати сказ традиційними методами, причому за підтримки місцевої влади: за допомогу він був увільнений від постоїв та земських повинностей. Знахаря навіть відправляли у відрядження. До приїзду «спеціалістів» хворих тримали в забитій хаті під замком. Руки Сомова були вкриті шрамами від укусів хворими, вище кисті був вирваний шматок. Він розумів небезпеку, але вважав свою місію корисною й заявляв, що не боїться. На Сабуровій дачі за сомовського лікування із десяти людей з підозрою на сказ померли шестеро, що аж ніяк не свідчить про ефективність [5, арк. 4-5]. Та 1883 року 83 % хворих на сказ

померли [4, с. 20], тому нерепрезентативна вибірка спрацювала на користь Сомова. Все це відбувалося в умовах, коли сказ у Харкові вже починали лікувати науковими методами.

Недовіра до офіційної медицини, яка у багатьох випадках ще не могла допомогти, спрямовувала людей до знахарів, дії яких були так само даремні, але за традицією їм довіряли. При всьому цьому слід зауважити, що методи лікування здебільшого відповідали тогочасному рівневі медичних знань. Не тільки населення, але й самі знахарі та лікарі донаукового періоду надання медичної допомоги вірили в ефективність насправді недоладного лікування, а часто й ризикували своїм життям та здоров'ям, тому звинувачувати їх у шарлатанстві не можна.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Багалеї, Д. І. Історія міста Харькова за 250 лет его существования (с 1655 по 1905-й год). В 2-х т. / Д. І. Багалеї, Д. П. Миллер. – Харьков : Харьковская книжная фабрика им. М. В. Фрунзе, 1993. – Т. І. XVII – XVIII вв. – 1993. – 973 с.
2. Робак, І. Ю. Історичні умови організації та специфіка розвитку охорони здоров'я в Харкові (XVIII – початок ХХ ст.) : дис. ... доктора іст. наук : 07.00.01 / Робак Ігор Юрійович. – К., 2009. – 438 с.
3. Дьяченко, Л. І. Из истории развития украинской психиатрии / Л. І. Дьяченко // История украинской психиатрии : Сборник научных работ / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Харьков : б. и., 1994. – Т. 1. – 1994. – С. 48–52.
4. Медицинский отдел: Оттиски из «Харьковского календаря» на 1888 год / [сост. Н. А. Смирнитский]. – Харьков : Тип. Губернского правления, 1888. – 48, II с.
5. Державний архів Харківської області. Ф. 309. Змиевская уездная земская управа. 1899–1919 рр. Оп. 1. – Спр. 33. Сведения об организации в уезде медицинской помощи и образования. Б. р., 13 арк.

ПИТАННЯ ШКІЛЬНОЇ ГІГІЄНИ В РОБОТІ ПИРОГОВСЬКИХ З'ЇЗДІВ НА ТЕРЕНІ УКРАЇНИ (КІНЕЦЬ ХІХ СТОРІЧЧЯ)

Водяний О.М., аспірант ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»

Одним із важливих напрямів роботи професійних та громадських організацій лікарів наприкінці ХІХ сторіччя було проведення з'їздів, на яких

обговорювалися актуальні наукові та практичні проблеми. Матеріали цих з'їздів (доповіді, виступи, резолюції, рішення) засвідчують певний рівень розвитку науки і впровадження результатів наукових досліджень у практику. Особливо вагому роль у розвитку шкільної гігієни в Україні відігравали з'їзди Товариства російських лікарів, присвячені пам'яті М.І. Пирогова, пізніше відомі як «Пироговські з'їзди» [1, с. 7].

Ідея заснування Товариства російських лікарів виникла в Москві 24 травня 1881 року на знак пошани 50-річній діяльності Миколи Івановича Пирогова на лікарській ниві.

За час існування Пироговського товариства лікарів відбулось 15 з'їздів (12 чергових і 3 позачергових). Перший Пироговський з'їзд (1885 року) в Петербурзі довів, що потреба у таких товариствах наспіла. На з'їзд приїхало близько 500 лікарів, з них 174 петербурзьких і 68 московських, решта прибули з різних населених пунктів Російської імперії. На з'їзді було представлено велику кількість доповідей із різних напрямів медичної науки. У зв'язку з цим робота з'їзду проходила на 7 секціях: патологічної анатомії, фізіології нормальної і патологічної, внутрішньої медицини, хірургії, акушерсько-гінекологічної, гігієни і судової медицини, сифілідології та побутових питань. Вже на першому з'їзді були порушені теми, які мали широке суспільне значення і в подальшому обговорювалися на наступних п'яти з'їздах. Другий Пироговський з'їзд у Москві (1887 рік) розглядав проблеми громадської медицини, а на Третньому з'їзді у Петербурзі (1889 рік) розглядалися питання земської медицини і гігієни. Четвертий з'їзд працював у Москві (1891 рік), головним пріоритетом його було вдосконалення організації громадсько-санітарної та гігієнічної справи. На П'ятому Пироговському з'їзді (1893–1894 рр.) порушувалися теми дитячих хвороб і впливу школи на здоров'я дітей та підлітків. Там же було створено постійний виконавчий орган Товариства – Правління, з центром у м. Москва.

Правління розпочало свою діяльність 12 лютого 1894 року в Москві, за місяць після V з'їзду, у складі Ф.Ф. Ерісмана, Є.О. Осіпова, С.С. Корсакова,

Є.А. Покровського та В.Д. Щервинського. Для виконання доручень V з'їзду було вирішено створити Постійну комісію зі шкільної гігієни і поширення гігієнічних знань серед населення [2, с. 12].

З 21-го по 28-е квітня 1896 року в Києві відбувся Шостий з'їзд Товариства російських лікарів пам'яті М.І. Пирогова. На секції земської медицини розглядалося питання внесення на секцію громадської медицини доповідей про вплив сільської початкової школи на здоров'я учнів та про напрацювання загальних основ санітарного нагляду за школами і учнями [3, с. 12].

25 квітня 1896 року відбулось засідання секції громадської медицини, яке розпочалося звітом завідувачки комісії зі шкільної гігієни та поширення гігієнічних знань серед населення П.І. Глушаковської-Яковлевої.

Варто відзначити, що за час роботи комісії було проведено змістовний моніторинг нормативних документів щодо облаштування народних читань, результатом діяльності стала розробка необхідних клопотань. У першому з них йшлося про дозвіл лікарям проводити народні читання й слухання з медицини та гігієни [4, с. 20].

Було заслухано доповідь делегата від Товариства курських лікарів В.І. Асєєва «Про санітарний нагляд за початковими міськими училищами зі сторони Товариства лікарів» [3, с. 31].

Пироговський з'їзд у Києві був першим, який працював за межами двох столиць, та одним із найпродуктивніших. З'їздом було вирішено клопотати перед урядом про відміну тілесних покарань, про 8-годинний робочий день та про введення обов'язкового загального навчання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Третий съезд общества русских врачей (Пироговский) в С.-Петербурге, (3-10 января 1889 г.) – С.-Пб., 1889. – 299 с.
2. Доклад Правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова VI-му Съезду Общества – М., 1896. – 17 с.
3. Дневник шестого съезда Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова, бывшего в Киеве 21-28 апреля 1896 года / ред. А.В. Ходин. – К., 1896. – 120 с.

4. Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова. Сводка ходатайств Пироговского общества врачей перед правительственными учреждениями за 20 лет (1883-1903 гг.) // приложения к № 4 «Журнала» Общества за 1904 г., сост. К.И. Шидловский. – М., 1904. – 53 с.

СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В ПЕРІОД НАЦІОНАЛЬНИХ УРЯДІВ (1917–1920 РР.)

Глебова Л.І., кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету;
Мамедова К.Т., студентка I курсу III медичного факультету Харківського національного медичного університету

Становлення України як незалежної і суверенної держави веде до трансформування українського суспільства. Одним з пріоритетних завдань держави на сучасному етапі є зміни в системі охорони здоров'я. Головна мета таких реформ – поліпшення здоров'я населення, збільшення тривалості життя, забезпечення рівного й справедливого доступу до медичного обслуговування, підвищення якості охорони здоров'я. В умовах перетворень системи охорони здоров'я актуальним видається звернення до досвіду минулих років. У період революції 1917–1921 рр. були зроблені перші спроби створити національну систему охорони здоров'я в Україні.

У ході тих революційних подій Україна пережила кілька етапів своєї державності, кожен з яких характеризувався особливостями розбудови центральних органів управління охороною здоров'я. Центральна Рада, Українська держава гетьмана П.П. Скоропадського та Директорія розглядали питання організації охорони здоров'я як один з найважливіших аспектів державного будівництва. Перший з етапів – період правління Української Центральної Ради, під час якого Україна еволюціонувала від частини Російської імперії через національно-територіальну автономію до проголошення Української Народної Республіки та її незалежності. На початку процесу формування власних структур Центральна Рада у сфері

управління медико-санітарною справою наслідувала приклад Тимчасового уряду Росії, який проголосив своїм вищим медико-адміністративним органом Центральну лікарсько-санітарну раду. Результатом було створення в Києві Крайової лікарсько-санітарної ради – першого органу управління медико-санітарною справою автономної України. Рада проіснувала недовго. У січні 1918 року, після проголошення незалежності України, було створено Департамент охорони здоров'я. Його керівником був Б. Матюшенко, а потім Є. Лукасевич. У січні 1918 року з'явився часопис «Українські медичні вісті». У першому номері журналу в статті О. Корчак-Чепурківського «Наші завдання часу» були викладені перспективи розвитку та пріоритетні завдання охорони здоров'я. Автор наголошував на значенні громадського здоров'я як національного досягнення та суспільної цінності, висував завдання створення української національної медицини. Велика увага в статті приділялася санітарно-епідеміологічним проблемам.

Другий етап у формуванні центральних органів управління медичною справою припадає на час правління гетьмана П.П. Скоропадського. Цей період почався після падіння Центральної Ради 29 квітня 1918, тривав понад сім місяців, був позначений проголошенням Української Держави та анулюванням усіх законів Центральної Ради. Для історії управління українською медициною означений період ознаменувався тим, що саме цей уряд вперше в історії України на початку травня 1918 заснував власний національний орган централізованого управління медичною справою на правах міністерства – Міністерство Народного Здоров'я і Піклування. Першим міністром охорони здоров'я України став В. Любинський – уродженець Київщини, фармаколог. Він належав до групи міністрів, які проводили курс на українізацію держави. В умовах воєнного часу основні функції Міністерства включали організацію медичної допомоги населенню та протиепідемічні заходи. В. Любинський залучив до створення системи народної охорони здоров'я медиків-ентузіастів своєї справи. Так, директорами департаментів були Б. Матюшенко, О. Корчак-Чепурківській,

М Галаган, В. Піснячевській, Ю. Меленевській, Сулима, О. Землянцін, О. Сидоренко. При міністерстві діяла спеціальна комісія для вироблення проектів нормативно-правових актів, на основі яких могли функціонувати центральні та місцеві структури охорони здоров'я. Таким чином закладалися правові основи національної системи охорони здоров'я.

Третій етап українських національних урядів пов'язаний з періодом правління уряду Директорії, створеного опозиційним по відношенню до гетьмана Українським Національним Союзом. Він характеризувався відновленням законів Української Народної Республіки і проголошенням 22 січня 1919 Акта її возз'єднання із Західно-Українською Народною Республікою в єдину соборну Україну. В основу управління медико-санітарною справою Директорія поклала законодавство Української держави, зберігши Міністерство Народного Здоров'я і Піклування, яке під час перебування в Києві очолив Б.П. Матюшенко. Другим міністром охорони здоров'я періоду Директорії на короткий час став колишній земський і санітарний лікар, доктор медицини, професор медичного факультету Київського університету О.В. Корчак-Чепурківський. Пізніше керівниками міністерства призначалися М. Білоус і Д. Одрина.

Д. Одрина, перебуваючи на посаді міністра, в серпні 1919 року провів екстрений лікарський з'їзд, на який зібралося 62 делегати. Вони обговорювали питання боротьби з епідеміями, особливо з холерою, пропонували практичні протиепідемічні заходи. На з'їзді констатувалися труднощі воєнного періоду: брак персоналу, перев'язувальних матеріалів, незадовільне медико-санітарне та харчове забезпечення.

Отже, кожен з національних урядів України в складних соціально-політичних умовах 1917–1921 рр. прагнув максимально вирішувати проблеми організації охорони здоров'я, інформування населення, боротьби з епідеміями, браку медичних препаратів та обладнання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Волошин, А. Чи проходять реформи у медицині? / А. Волошин // Ваше здоров'я – 1999. – № 93. – С. 1–2.
2. Голяченко, О.М. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / О. М. Голяченко, А. М. Сердюк, О. О. Приходський // Джура – К., 1997. – 328 с.
3. Охорона здоров'я та медична наука в Українській РСР // За ред. д. м. н. А. Ю. Романенка. – К., 1987. – Т. 1. – 479 с.
4. Криштопа, Б. Органи управління та керівництва охорони здоров'я у період української державності / Б. Криштопа // Агапіт – 2000. – № 12.

GROWTH DYNAMICS OF THE KHARKIV HEALTHCARE NETWORK FOR THE PERIOD 1943–1990

Ilin V.G., teaching assistant of the Department of Social Sciences of the Kharkiv National Medical University;

Robak I.Yu., doctor of history, professor, the head of the Department of Social Sciences of the Kharkiv National Medical University

The history of healthcare in Kharkiv during Soviet times reflects both shortcomings and positive features of the healthcare system throughout Soviet Ukraine. To date there is no research which contains all digital data characterizing the development of healthcare in Kharkiv during the postwar Soviet period. The purpose of this outline is to acquaint those who are interested in the history of the Soviet healthcare system with the main quantitative indicators of its development in the third industrial and scientific center of the USSR. The analysis of growth rates of the Kharkiv population and quantitative indicators of the growth of the medical network in the city – since its liberation from Germans in 1943 till the fall of the USSR – should illustrate the degree of coverage of city residents with a medical care.

In order to establish a correct statistical linkage of these groups of indicators, the author calculated digital data using an index of correlation which shows an availability of certain forms of healthcare (for example availability of hospital beds). The indicator that expresses a provision of healthcare services is called “prodetsimille” (o/ooo). It was then calculated how many times during the

considered period indicators expressed in prodetsimille increased/reduced, and the latter was compared with data on population growth in Kharkiv during the same period of time.

The author is aware that quantitative comparison of growth rates cannot claim to be conclusive relative to the satisfaction of the health needs of the population. However, such analysis is important as some of its data – for example on disaggregation of medical districts – allow making preliminary conclusions on the issue of access to the healthcare.

At the time of liberation from German troops in August 1943, the population of Kharkiv numbered 190,000 people [8, p. 357]. In 1945 that figure increased to 533,000 [9, p. 324], and in 1947, as migration of people returning to the city stabilized, the population reached 672,300. At the same time, recovery of the Kharkiv medical network advanced to that of pre-war levels. In 1962, the urban population reached 1 million; over the next 28 years the area experienced modest growth, and in 1990 the population of Kharkov was 1,602,388 people [8, p. 621]. The number of the city residents for the period 1943-1990 increased by almost 8,4 times: From 1945 to 1990 by 3 times; from 1947 to 1990 by 2,4 times; and from 1962 to 1990 by 60%. As a starting point in comparing two groups of data the author chose 1945 because there are accurate figures on the growth of the medical network of the city since that year.

The number of hospital beds for the period 1945-1990 increased by 8 times (from 2645 to 21720) [2, p. 1]. The index of availability of beds in 1945 was near 50 o/ooo and in 1990 135,5 o/ooo. The total number of all territorial medical districts (both therapeutic and pediatric) at the same time had grown by 7,3 times – from 152 to 1109. The indicators of availability of territorial medical districts for city population shows respectively 2,8 and 6,9 o/ooo (increase by 2,5 times). The number of physicians who worked in Kharkiv for the Ministry of Health increased from 1599 individuals in 1945 to 9626 individuals in 1990 – by 6 times (the index of availability of physicians increased from 30 to 60,1 o/ooo or in 2 times). The number of physicians working in the system of the city health department

increased from 800 to 6011 individuals – by 7,5 times (from 15 to 37,5 o/ooo or in 2,5 times). The number of nursing staff increased from 2200 to 20796 individuals – by 9,5 times (from 41,3 to 129,8 o/ooo or in 3,2 times). The workforce of the city health department increased from 1482 to 12383 individuals – in 8,4 times (from 27,8 to 77,3 o/ooo or in 2,8 times). The number of medical health clinics within factories dropped from 43 in 1946 to 24 in 1990 (from 0,8 to 0,2 o/ooo or in 4 times), likely as a result in the development of factory clinics. But the number of paramedical health units increased from 53 to 353 – by 6,7 times (from 1 to 2,2 o/ooo or in 2,2 times).

The number of hospitals was more or less stable throughout the considered period: In 1950 there were 41 functioning medical facilities with 6975 beds, including 13 united facilities (where the hospital was merged with polyclinic) with 2950 beds [8, p. 418]. In 1965 their number reached it highest, with a peak of 60 units; then, as a result of the reorganization in 1990, that number dropped to 47 full-service hospitals.

In 1945 there were 28 outpatient clinics; in 1957 this number had risen to 48 clinics. After the health reform in the USSR in late 1940's which involves an integration of hospitals and polyclinics, by 1955 in Kharkiv functioned 8 unmerged outpatient clinics, and by 1990 that number had risen to 21 units (an increase in 2,6 times). The number of dispensaries increased from 3 in 1943 to 11 in 1955 and to 23 in 1990 – by 7,6 times.

Thus, taking into account that since 1945 till 1990 the population of Kharkiv increased by 3 times, it can be concluded that the availability of medical services, on the basic parameters, mostly corresponded with the dynamics of the urban population growth- or minimally lagged from them during the post-war Soviet period. This is confirmed by the fact that the main indicators of the medical network (amount of physicians, hospital beds, and medical districts per 10,000 of population) approached standards which were officially approved by the Ministry of Health of the USSR at the end of the 1980's. For example, in 1990 provision of population with polyclinics reached the indicator in 200 visits per shift per 10,000

of people while the standard was 240 visits; availability of hospital beds in 1990 was 129,8 per 10,000 while the standard was 138,15. In some periods, such as at the beginning of the 1970's, characteristics of the medical network of Kharkiv surpassed the all-union and republic indicators. At the same time, considering the planned development of the Kharkiv medical network for shorter intervals in frames of the post-war period, we can say that it was the overtaking development in relation to the growth of the urban population. The consideration of a qualitative improvement of the medical care in Kharkiv, as well as a clarification and supplement of the data presented in this essay by specific examples, forms the basis for a broader study.

REFERENCES:

1. Архівний відділ Харківської міської ради, ф. Р-2, оп. 7, спр. 268, 29 арк.
2. Державний архів Харківської області, ф. Р-1962, оп. 3, спр. 14, 48 арк.
3. ДАХО, ф. Р-1962, оп. 3, спр. 151, 12 арк.
4. ДАХО, ф. Р-1962, оп. 5, спр. 6, 15 арк.
5. ДАХО, ф. Р-1962, оп. 5, спр. 8, 13 арк.
6. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 4, спр. 217, 131 арк.
7. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 4, спр. 797, 18 арк.
8. Історія міста Харкова ХХ століття. – Х.: Фоліо: Золоті сторінки, 2004. – 686 с.
9. Скоробогатов, А.В. Харків у часи німецької окупації (1941-1943) / А. В. Скоробогатов – Х.: Прапор, 2006. – 376 с.
10. Харьков. Путеводитель. – Х.: Изд-во «Прапор», 1967. – 215 с.

ФІНАНСОВИЙ АСПЕКТ ДІЯЛЬНОСТІ

ЧЕРНІГІВСЬКОГО ТОВАРИСТВА ПОМІЧНИКІВ ЛІКАРІВ

Католик А.В., старший викладач кафедри педагогіки і методики викладання історії та суспільних, начальник навчально-методичного відділу Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка

Реформування сучасної системи охорони здоров'я змушує фахівців звертатися до вивчення досвіду професійних об'єднань земських медиків. Чернігівські лікарі-краєзнавці лише згадували у своїх працях факт існування подібних організацій, а сучасні дослідники історії медицини, визначаючи

основні напрями їхньої діяльності, залишають поза увагою розгляд специфічних рис регіональних корпоративних груп [1, с. 9; 2, с. 36].

Спираючись на маловідомі матеріали Державного архіву Чернігівської області та статистичні дані звіту Чернігівського товариства помічників лікарів за 1901–1911 рр., ми спробуємо охарактеризувати фінансовий аспект діяльності цієї організації.

«Общество взаимного вспомоществования помощников врачей в городе Чернигове», більш відоме науковій громадськості як «Чернігівське товариство помічників лікарів», тісно пов'язане з історією земської медицини на Чернігівщині. У листопаді 1911 р., відзначаючи 10-річну діяльність товариства, місцевий фельдшерський персонал сердечно привітали партнерські організації з інших губерній Російської імперії – Казанське, Київське, Полтавське, Воронежське товариства, «Общество российских фельдшеров» (Санкт-Петербург) [3, арк. 6].

Без сумніву, втілення товариством у життя його численних задумів залежало від фінансового благополуччя організації. Своєчасне розв'язання проблем матеріального забезпечення земських медиків змушувало Раду товариства на чолі з П.Г. Шевяковим адекватно реагувати на життєві обставини (потреби фельдшерів, спалахи епідемій, воєнні дії) та постійно відшукувати необхідні джерела на фінансування своїх соціальних програм.

Для вмілого координування бюджетної політики в організації потрібно було призначити відповідальну людину. Обов'язки «казначея» у товаристві тривалий час сумлінно виконував Андрій Олександрович Трубін – товариш голови ради, почесний член товариства, фельдшер губернської лікарні з «...кристаллической честностью», якому, за висловом його колег, можна було б довірити «...не только общественные деньги, но и честь свою» [4, арк. 25].

Накопичення коштів починалося вже на стадії вступу медиків до лав товариства. Майбутні члени обов'язково сплачували внески, які відповідно до статуту поділялися на такі види: 1) вступний (1 руб.); 2) щорічний (4 руб.);

3) одноразовий або з відтермінуванням по 50 копійок на місяць; 4) поховальний (1 руб.). Сплата при вступі 60 рублів надавала статус довічного члена товариства, сплата 100 руб. – почесного члена, 30 руб. – довічного «члена-сореєнователя». Довічні члени звільнялися від щорічного внеску. «Членами-сореєнователями» ставали особи будь-якого звання за умови щорічного внесення на потреби організації не менше 3-х рублів.

У 1901–1911 рр. від дійсних членів за рахунок щорічних внесків до скарбниці товариства надійшло 21,2 % від загальної суми усіх коштів. Станом на 1912 р. у товаристві налічувалося 96 дійсних членів, 6 почесних членів та 10 «сореєнователей».

Із початком воєнного лихоліття чисельність членів товариства поступово зменшувалася, що звузило його фінансові можливості. Вже на початок 1919 р. до Чернігівського товариства шкільних фельдшерів, фельдшериць та акушерок (назва організації з 10 грудня 1917 р.) входило лише 64 члени (38 фельдшерів, 15 фельдшериць, 7 фельдшериць-акушерок, 4 акушерки) [5, арк. 2].

Значну фінансову підтримку (5739,23 рубля – 49,9 % від дохідної частини кошторису) за 1901–1911 рр. товариству надавали земські установи Чернігівської губернії. Цілком закономірно, що більша частина коштів надходила від Чернігівського губернського земства (до 400 руб. щороку), а повітові земства були менш платоспроможні. Так, у зазначений період Чернігівське земство на потреби товариства передало 100 рублів, Борзенське, Кролевецьке, Ніжинське – по 50, Остерське – 25, Городнянське – 24,85, Мглинське – 15 рублів.

Водночас бюджет організації поповнювався коштами з відсотка на капітал (13,3 %), фонду вдів та сиріт (7,2 %), з інших статей доходу (від 1,5 до 4,2 %). При загальних витратах товариства за 10 років у сумі 6032,96 руб. їх лєвова частка припадала на матеріальну допомогу (36,9 %), виплату членських внесків (11,2 %) та винагороду секретареві (скарбнику) – 11 %.

Отже, капітали Чернігівського товариства помічників лікарів за 1901–1911 рр. зросли до 10 099,70 рубля [6, арк. 5]. Ці кошти дозволяли організації час від часу поліпшувати фінансове становище низового медичного персоналу. До 1912 р. матеріальну допомогу від товариства на виховання дітей отримали 4 особи (444 руб.), на «правоучение» – 31 особа (890 руб.). Безповоротна матеріальна допомога була надана 4 особам (325 руб.), на пенсії вдовам передано 132 і на лікування однієї особи – 50 рублів.

Крім того, товариство всіляко підтримувало не членів своєї організації. Майже щорічно Рада товариства видавала цій категорії медиків (в основному фельдшерам на проїзд додому або на місце служби) до 25 рублів. Максимальна грошова допомога у цей час одній особі складала 300 рублів. За період 1901–1911 рр. не члени товариства отримали 2529,50 руб. на виховання дітей, поховання, «правоучение», «приискание места службы», лікування, на проїзд додому та інші потреби.

Станом на 1911 р. 46,7 % коштів організації (5286 руб.) витрачено на надання позик 126 членам товариства. Найбільше позик було надано у 1906 р. (їх отримали 23 особи), найменша кількість (6 осіб) – у 1902 р.

Для надання стипендій дітям найбідніших сімей членів товариства та організацію повторних курсів у м. Чернігові загальні збори 27 березня 1911 р. ухвалили рішення асигнувати 50 рублів на заснування фонду імені Г.І. Чілікіна.

Перша світова війна внесла свої корективи у сферу матеріального забезпечення земських медиків. Деякі земства Російської імперії для стимулювання праці почали підвищувати оклади медпрацівникам. Московське земство встановило надбавку до «жалования» фельдшера на 20 %, Саратовське – від 25 до 50 %, Казанське – до 50 %, Симбірське – 30 %, Самарське – 45 %, Костромське – 35 %, Харківське – на 30 %.

Позитивно оцінюючи досвід своїх колег, Рада товариства 18 червня 1915 року звернулася із проханням до Чернігівської губернської земської управи встановити надбавку до зарплати середньо-медичним працівникам.

На жаль, у Чернігівській губернії таку практику запровадило лише Борзенське земство, яке доплачувало повітовому фельдшерсько-акушерському персоналові щомісяця 20 рублів до посадового окладу [7, арк. 41].

Очевидно, що Чернігівське товариство помічників лікарів у рамках своїх можливостей докладало значних зусиль для розв'язання фінансових проблем низової ланки медпрацівників. Досвід, нагромаджений організацією за довгі роки свого існування, залишається актуальним донині.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Груша, А. М. Розвиток медицини та фармації на Чернігівщині / А. М. Груша, С. В. Пасталиця, М. М. Дуля. – Чернігів: Деснянська правда, 2003. – 48 с.
2. Демуз, І. О. Наукові медичні товариства України другої половини ХІХ –початку ХХ ст. у джерелах дорадянського періоду / І. О. Демуз // Вісник НТУ «ХПІ». Серія: Історія науки і техніки. – Х.: НТУ «ХПІ», 2013. – № 10 (984). – С. 33–41.
3. Державний архів Чернігівської області (далі – ДАЧО), ф. 801, оп. 1, спр. 2, 14 арк.
4. ДАЧО, ф. 801, оп. 1, спр. 3, 31 арк.
5. ДАЧО, ф. 801, оп. 1, спр. 5, 7 арк.
6. ДАЧО, ф. 127, оп. 48в, спр. 116, 5 арк.
7. ДАЧО, ф. 801, оп. 1, спр. 4, 47 арк.

К ИСТОРИИ ДВИЖЕНИЯ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ И КРАСНОГО КРЕСТА В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ: ПО СТРАНИЦАМ РЕДКИХ И ЦЕННЫХ ИЗДАНИЙ

*Киричок И.В., директор Научной библиотеки;
Камлык И.В., заведующая сектором Научной библиотеки;
Костюкевич Т.В., заведующая отделом Научной библиотеки
Харьковского национального медицинского университета*

В 2014 году мировая общественность отмечает 170 лет с момента создания в Российской Империи первой общины сестер милосердия и 150-летие Международного Общества Красного Креста.

На протяжении нескольких веков подвижничество сестер милосердия спасало жизни и лечило души больных и страждущих. Первая в мире община

появилась в 1617 году во Франции, г. Шатиньон, организатором которой стал священник Винцент де Поль.

В Российской Империи общины сестер милосердия появились гораздо позже. Первая мысль о женском уходе за больными принадлежит Петру I (указ о назначении монахинь в госпитали 1722 года) – об этом упоминает В.И. Разумовский в работе *«Медицинское дѣло въ Россіи...»* [1, с. 19].

Изучая письменные свидетельства из фондов редких и ценных изданий НБ ХНМУ, ЦНБ ХНУ им. В.Н. Каразина и ХНМБ, можно проследить историю возникновения общин сестер милосердия, со временем занявших особую нишу в Обществе Красного Креста (ОКК) и, бесспорно, давших сильный толчок в развитии женского медицинского образования (в первую очередь, медсестринства) в Российской Империи 18-го – начала 20-го веков.

В России начало общественному движению сестринства было положено Великой княжной Александрой Николаевной и принцессой Терезией Ольденбургской, которые организовали в 1844 году в Петербурге первую общину сестер милосердия, назвав ее Свято-Троицкой. В ее структуру, описанную в книге *«Описаніе Санктпетербургскаго заведенія общины сестеръ милосердія...»*, входили отдельно существующие, но тесно связанные учреждения: отделение сестер милосердия, больница, богадельня, пансион, приют, исправительная детская школа и отделение кающихся [2, с. 5].

В 1854 году Великая княгиня Елена Павловна учредила в Петербурге первую в России и Европе специально предназначенную для работы в действующей армии общину сестер милосердия, названную Крестовоздвиженской. Организация и деятельность общины проходили под руководством великого русского хирурга Н.И. Пирогова, давшего высокую оценку трудолюбию, самоотверженности и большому нравственному влиянию, оказанному сестрами милосердия на воинов. В труде *«Начала общей военнополевой хирургіи...»* Н.И. Пирогов, описывая обязанности сестер милосердия в период Крымской войны, отмечал: *«...женский привѣтъ*

и женская прислуга, въ этихъ случаяхъ, ничѣм не замѣнимы...» [3, с. 42]. Можно только удивляться, с какой самоотверженностью слабые женщины, несмотря на тяжелые условия, днем и ночью ухаживали за ранеными.

В этот период по примеру русских женщин в английских войсках появилась группа женщин во главе с Флоренс Найтингейл (Флоренса Найтингалль [4, с. 2]), чье имя стало международным символом милосердия.

Во время Крымской войны русских женщин, посвятивших себя уходу за больными и ранеными воинами, разделяли на сестер милосердия и сестер «Красного Креста» (т.е. подготовленных только на время войны), количество последних было гораздо больше [4, с. 145]. Опыт Крымской кампании получил развитие в деятельности сестер милосердия во время последующих войн: русско-турецкой (1877–1878), русско-японской (1904–1905) и Первой мировой (1914–1918).

Из книги Д. Михайлова *«Красный Крестъ и сестры милосердія въ Россіи...»* мы узнаем о введении в военных госпиталях женского ухода за больными. Например, в 1860 г. Киевскому военному госпиталю предписано иметь для ухода за больными воинами 12 сестер милосердия [5, с. 50-51].

В 1864 г. представителями 16 государств заключена Женевская конвенция, на основе которой возникло ОКК для облегчения участи раненых и больных во время войны. В 1867 г. к Женевской конвенции присоединилась Россия. Было создано Общество попечения о больных и раненых воинах, в 1879 г. переименованное в Российское ОКК (РОКК). Также в ведении РОКК находилось большинство общин сестер милосердия.

В историческом очерке *«Кіевская Маріинская община сестеръ милосердія...»*, составленном С.И. Иваницким-Василенко, сообщается, что в 1867 г. в Киеве учреждено Общество попечения о раненых и больных воинах, а в 1868 г. – организовано его местное Управление [6, с. 13].

После окончания военных действий и закрытия лазаретов встал вопрос о необходимости определения дальнейшей участи сестер милосердия. Так, в 1878 г. в Киеве была организована Покровская община сестер милосердия (с

1885 г. она стала называться Мариинской). Польза, приносимая сестрами милосердия на войне, стала очевидной, и число общин стала быстро увеличиваться. Особая заслуга в этом принадлежала РОКК [6, с. 9].

Сестры милосердия, вступая в РОКК, брали на себя тяжелый труд и высокую нравственную ответственность. Это была особая форма подвижничества, нагрузку которого могли выдержать только сильные духом женщины. Это движение распространилось в столицах и провинциальных городах, среди интеллигенции и простого народа [4, с. 6].

В Харькове в 1871 г. Дамский комитет местного отдела ОКК предложил учредить общину сестер милосердия, подготовив ранее нескольких сестер, и в 1872 г. она была создана. С наступлением войны молодые харьковчанки высказали желание посвятить себя уходу за ранеными под знаменем Красного Креста. Почин в подготовке и проведении практических занятий принадлежит Харьковскому медицинскому обществу. Занятия проводились в лечебнице общества, в Александровской больнице и в университетских хирургических клиниках [4, с. 17].

Интересные данные по Харькову представлены в историко-справочном путеводителе *«Харьковъ: его прошлое и настоящее...»*: *«30 ноября 1886 г., с разрешения Главного Управления РОКК, состоялось преобразование Отдела сестер милосердия в общину сестер Красного Креста, с увеличением комплекта сестер до 9, и тогда же была открыта при Общине бесплатная лечебница для приходящих больных с отпуском им лекарств...»* [7, с. 161].

В 1897 году при Общине в Харькове существовали курсы по подготовке сестер милосердия. В книге *«Отчетъ о дѣятельности Харьковскаго мѣстнаго управленія Россійскаго Общества Краснаго Креста...»* перечислены предметы: Закон Божий, анатомия, физиология, фармакология с рецептурой, десмургия, гигиена, уход за больными, оказание первой помощи, инфекционные болезни, латинский язык, фармация и фармакогнозия [8, с. 57].

В октябре 1914 года, во время Первой мировой войны, в биологическом корпусе Харьковского Императорского Университета по инициативе профессоров открылся лазарет для раненых воинов. Это событие нашло отклик в профессорских семьях, и многие дамы выразили свое желание принять участие в жизни лазарета. В книге *«Отчет о состоянии лазарета...»* упоминается, что получив специальную подготовку по уходу за ранеными, они взяли на себя обязанности сестер милосердия – дежурили утром и ночью, помогали при перевязках, следили за порядком в операционной и перевязочной и т.д. [9, с. 34].

Следует отметить, что, в отличие от Европы, где сестрами милосердия служили в основном католические монахини и протестантские диаконисы, Россия впервые представила миру движение милосердия как общественное социальное служение. Представительницы всех слоев общества посвящали себя этому благородному делу. Наша история богата подвижниками, создавшими образцы общественного полезного дела, которое в наше время должно найти достойное продолжение и возможность возродиться.

Редкие и ценные издания в фондах библиотек – это уникальные письменные свидетельства. Они дают нам возможность проследить исторические этапы создания общин сестер милосердия и Красного Креста, подвиг женщин, посвятивших свою жизнь высокому призванию – заботе о здоровье человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Разумовский, В. И. Медицинское дѣло въ России въ царствование первых Государей Дома Романовыхъ / В. И. Разумовский. – Саратовъ : Типографія Союза Печатнаго Дѣла, 1913. – 27 с.
2. Описание Санктпетербургскаго заведения общины сестеръ милосердія съ 8-ю политапажными рисунками. Издано и продается въ пользу общины. – Санктпетербургъ : въ типографіи военно-учебныхъ заведеній, 1850. – 27 с.
3. Начала общей военнополовой хирургіи, взятыя изъ наблюдений военнополовой практики и воспоминаній о крымской войнѣ и кавказской экспедиции Н. Пирогова. Часть первая. – Дрезденъ : Типографія Э. Блохмана и сына, 1865. – 443 с.
4. Русская женщина въ войну 1877–1878 г. : очеркъ дѣятельности сестер милосердія, фельдшерницъ и женщинъ-врачей / составитель П. А. Илинскій. – С.-Петербургъ, Типо-Литографія П.И. Шмидта, 1879. – 277 с.

5. Михайловъ Д. Красный Крестъ и сестры милосердія въ Россіи и за-границей: Съ предисловіемъ и дополнительной главой д-ра В.К. Крамаренко, старшого ординатора Кіевской Маріинской Общины сестеръ милосердія. – Петроградъ-Кіевъ : Сотрудникъ, 1914. – 91 с.
6. Кіевская Маріинская община сестеръ милосердія : историческій очеркъ, составленный С.М. Иваницкимъ-Василенко. – Киевъ: Типографія А.И. Гросманъ, 1913. – 101 с.
7. Харьковъ: его прошлое и настоящее въ рисункахъ и описаніяхъ съ приложениемъ снимковъ, воспроизведенныхъ съ рѣдкихъ картинъ, акварелей, гравюръ, фотографій съ натуры, чертежей, плановъ города 1768 года и новѣйшаго : Историко-справочный путеводитель / собрали и издали А.Н. Гусевъ. – Харьковъ : Типографія Адольфа Дарре, 1902. – 260 с.
8. Отчетъ о дѣятельности Харьковскаго мѣстнаго управленія Россійскаго Общества Краснаго Креста, состоящего подъ покровительствомъ Ея Императорскаго Величества Государыни Императрицы Маріи Ѳеодоровны, и подвѣдомственныхъ ему Харьковской Общины Сестеръ Милосердія и амбулаторной при ней лѣчебницы, Сумскаго и Зміевскаго комитетовъ Общества Краснаго Креста, за 1897 годъ. – Харьковъ : Паровая Типографія и Литографія Зильбербергъ, 1898. – 101 с.
9. Отчетъ о состояніи лазарета Императорскаго Харьковскаго Университета для раненыхъ воиновъ со дня его открытія 26 октября 1914 года по 1-е января 1915 года. – Харьковъ : Типографія Адольфа Дарре, 1915. – 40 с.

GEORGIOS PAPANIKOLAOU AS AN AUTHOUR OF PAP SMEAR

Martynenko N., PhD in History, lecturer of Social Sciences' department Kharkiv National Medical University

Tsopozidis X., student of 2 course 6th faculty Kharkiv National Medical University

At the beginning of 21st century World Health Organization tries to provide programmes directed onto preservation and prophylactic of human diseases. It has to be a global strategy all over the world not only nowadays but also in future.

Women's health is an important part of the whole mankind's health. Women give the life for future generations, because of that they have to go through prophylactic medical examinations. Among the most informative tests for women is Pap smear. The test was invented by and named after the prominent Greek doctor Georgios Papanikolaou, pioneer in cytopathology and early cancer detection.

The Papanicolaou test (abbreviated as Pap test, known earlier as Pap smear, cervical smear, or smear test) is a method of cervical screening used to detect potentially pre-cancerous and cancerous processes in the endocervical canal

(transformation zone) of the female reproductive system. Unusual findings are often followed up by more sensitive diagnostic procedures, and, if warranted, interventions that aim to prevent progression to cervical cancer.

Georgios Papanikolaou was born in 1883. His father was a doctor. After earning of medical degree from the University of Athens in 1904, Papanikolaou decided he would dedicate himself to biological research. This was a relatively new field of study, just in its infancy in Greece, and this led him to move to the United States. In 1913 he migrated to the USA in order to work in the department of Pathology of New York Hospital and the Department of Anatomy at the Cornell Medical College Cornell University.

It was in New York that Papanikolaou made a discovery of incredible significance to women. He devised gynaecological screening method, known as the Pap smear, which allowed him to detect premalignant conditions. This allowed the appropriate conditions to be treated, thus avoiding the development of cervical cancer. At a 1928 medical conference in Battle Creek, Michigan, Papanicolaou introduced his low-cost, easily performed screening test for early detection of cancerous and precancerous cells. However, this potential medical breakthrough was initially met with skepticism and resistance from the scientific community. Papanicolaou's next communication on the subject did not appear until 1941 when, with gynecologist Herbert Traut, he published a paper on the diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. This was followed 2 years later by an illustrated monograph based on a study of over 3,000 cases. In 1954 he published another memorable work, the *Atlas of Exfoliative Cytology*, thus creating the foundation of the modern medical specialty of cytopathology.

Cervical cancer forms in the cervix, the narrow lower end of the uterus that connects to the top of the vagina. The detection of cervical cancer, prior to the Pap smear, was often difficult. This is due to the fact that cervical cancer is both slow growing and often shows no symptoms (is asymptomatic). The initial cellular changes that take place within the cervix, during the premalignant stage, rarely cause symptoms. So, before the Pap smear, cervical cancer was usually not

detected until it reached an advanced stage. This was very often too late and, despite aggressive treatment, resulted in the death of the affected woman. Papanikolaou's new test changed this. The Pap smear was able to detect these cellular changes before they became cancerous. He collected samples of cells from the cervix and then spread (smear) them on a laboratory slide. This slide was then examined under a microscope to look for abnormalities that showed premalignant conditions. Caught early, these premalignant conditions can be successfully treated. This not only spares many women from cervical cancer, but also retains their ability to become pregnant and have children. Since the widespread introduction of the Pap smear, deaths from cervical cancer have dropped over 70 percent.

Papanikolaou's procedure was a monumental breakthrough. But, as medical history has consistently shown, change is hard and breakthroughs are often unwelcome. Though Papanikolaou made his discovery in 1928, it was not until the 1940s that the Pap smear found acceptance within the medical community. Even then it would take years for the lifesaving test to reach many of the women of the world. Wife of Argentine president Eva Peron, was just 33 years old, when she died in 1952 of cervical cancer in Argentina, a country where widespread use of the Pap smear did not begin until the 1960s.

Researchers underline that the Pap test, combined with a regular program of screening and appropriate follow-up, can reduce cervical cancer deaths by up to 80%. Since the population of the UK is about 61 million, the maximum number of women who could be receiving Pap smears in the UK is around 15 million to 20 million (eliminating the percentage of the population under 20 and over 65). This would indicate that the use of Pap smear screening in the UK saves the life of 1 person for every approximately 20,000 people tested (assuming 15,000,000 are being tested yearly). If only 10,000,000 are actually tested each year, then it would save the life of 1 person for every approximately 15,000 tested people.

SPOSOBY LECZENIA I ZAPOBIEGANIA CHOROBYM ŻOŁNIERZY ARMII BIZANTYJSKIEJ W ŚWIETLE *TAKTIKONU* LEONA VI

Migoń J., doktorantka II roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Problematyka dotycząca służby zdrowia i opieki medycznej była poruszana przez autorów bizantyjskich traktatów wojskowych, w sposób skrótowy i często lakoniczny. Autorzy w swoich dziełach, przeznaczonych dla dowódców wojskowych, głównie skupiali się na aspektach dotyczących organizacji armii, strategii wojennej, a także taktyki bitewnej. Pozostawili jednak instrukcje dotyczące sposobów leczenia rannych i chorych żołnierzy, a także zachowania higieny, które ukazują wagę jaką dowódcy przykładali do znajomości i zastosowania owych zaleceń w armii bizantyjskiej, walczącej na różnych teatrach wojen. Ciekawym przykładem traktatu, którego autor poruszył tą problematykę jest *Taktikon* [1]. Autor dzieła, cesarz Leon VI (panujący w latach 886-912)[4], skupił się głównie na aspektach związanych z zapobieganiem zachorowaniom żołnierzy, a także wybuchom epidemii w trakcie kampanii wojennej. Pozostawił wytyczne, którymi należało się kierować, by żołnierze pozostawali w dobrym zdrowiu i kondycji, a także dotyczące sposobów transportowania rannych z pola bitwy.

Zapobieganie wybuchom epidemii, dziesiątkujących zarówno żołnierzy jak i zwierzęta, w tym konie, a także minimalizowanie szans na rozwój chorób w szeregach armii wiązało się z zapewnianiem armii dostępu do źródeł wody i zaopatrzeniem jej w żywność [1, XI, 6; 1, XX, 122]. Istotnym stawało się odpowiednie przechowywanie wody, a także jej ochrona przed zanieczyszczeniem i zatruciem przez nieprzyjaciół. Należało ją zatem przechowywać w specjalnie do tego celu przystosowanych zbiornikach i cysternach, aby mogła zachować świeżość na dłużej [1, XV, 52; 1, XV, 63]. Autor pozostawił instrukcje dotyczące pobierania wody pitnej z rzek i strumieni. Aby minimalizować możliwość

spożycia przez żołnierzy zanieczyszczonej piaskiem i mułem wody, konie miały być pojone w dolnym biegu rzeki [1, XI, 29]. Wodę sprawdzano na okoliczność jej zanieczyszczenia lub zatrucia poprzez uprzednie podanie jej do picia więźniom. Tak postępowano również z pożywieniem oraz zbożem [1, XVII, 54]. Autor traktatu zwracał uwagę na to, jakie potrawy, które żołnierz powinien posiadać przy sobie, zmniejszały ryzyko zatrucia, były to m.in. gotowane mięso i chleb [1, XIII, 12]. Żołnierze mieli pozostawać w dobrej kondycji zdrowotnej dzięki równemu podziałowi pożywienia, a także racjonowaniu wody [1, XV, 52].

Ważnym aspektem w trakcie kampanii wojennej było budowanie obozu dla armii, który według wytycznych musiał być usytuowany nie tylko w bezpiecznym, możliwym do łatwej obrony miejscu. Istotnym stawało się także budowanie obozu w miejscu dogodnym, suchym, sprzyjającym zdrowiu żołnierzy, gdzie powietrze było czyste i świeże [1, XI, 3]. Autor traktatu zalecał również, by armia często zmieniała miejsca obozowania, co miało chronić żołnierzy przed licznymi chorobami i rozwijaniem się epidemii, wywoływanych przez nagromadzenie ludzkich ekskrementów w jednym miejscu [1, XI, 4; 1, XI, 27].

Leon VI w swoich rozważaniach skupił się przede wszystkim na zapobieganiu chorobom, a także sytuacjom, w których zdrowie żołnierzy mogłoby być zagrożone. Instruował, by żołnierze nie przegrzewali się, zwłaszcza w miesiącach upalnych, wystawiając się na ostre słońce. Zalecał picie wody i unikanie wina, które podwyższało temperaturę ciała, a także zdejmowanie hełmów, w celu zaczerpnięcia świeżego powietrza [1, XIV, 34; 1, XIV, 83]. Zwracał również uwagę, aby przyzwyczajać żołnierzy do skąpych racji wody, co miało wzmocnić ich wytrzymałość, na wypadek gdyby mieli pozostać odcięci od źródeł wody przez dłuższy czas [1, XI, 31].

Żołnierzom rannym w bitwie pomagali członkowie służb medycznych, *σκριβωνες* oraz *δεποτάτος*, którzy nie posiadali jednak specjalistycznej wiedzy medycznej. Wyposażeni jedynie w bukłak z wodą, do cucenia rannych, zajmowali się transportowaniem ich w bezpieczne miejsce [1, IV, 7; 1, IV, 17; 1, XII, 37, 273-275].

Leon VI zamieścił również w swoim dziele krótki opis chorób żołnierzy, na które zapadali w trakcie kampanii. Najczęściej choroby wynikały z przemęczenia, zatruc pokarmowych, braku tężyzny fizycznej, wysokiej i niskiej temperatury otoczenia. Jednak najczęściej zajmowano się leczeniem ran poniesionych w walce - od strzał, ostrzy i kamieni [1, Ep., 63].

Władcy bizantyjscy musieli traktować sprawy wojskowe z wyjątkową uwagą, gdyż los ich państwa zależał od sprawności cesarskich armii. Warto pamiętać, że Cesarstwo przez większość czasu swego istnienia toczyło wyłącznie wojny obronne [2, s. 13-33]. Jako najbogatsze państwo świata, było wymarzoną celą dla najazdów dla wszystkich swoich sąsiadów. Sposób wyboru rekruta, według systemu *temackiego*, jaki panował w Cesarstwie za czasów Leona VI [5, s. 23-26], sprawiał, że życie żołnierza było niezwykle cenne. Każdy poległy obrońca Cesarstwa musiał być zastąpiony przez kolejnego rolnika oderwanego od ziemi, z której opłacał podatki i przyczyniał się do dobrobytu ekonomicznego państwa. Życie ludzkie w Bizancjum nie było tanie, jak u ludów koczowniczych czy skandynawskich. Powszechnie panujące chrześcijaństwo także nakazywało opiekę nad bliźnimi oraz szacunek dla ludzkiego zdrowia i życia. Jednocześnie trudno mówić o rozwoju i postępie w dziedzinie ochrony zdrowia w bizantyjskiej armii. Starszy o trzy wieki *Strategikon* Maurycjusza zawiera wiele bardzo podobnych poleceń i założeń [3, s. 55-58]. Wynikać mogą stąd trzy wnioski. Po pierwsze Leon VI zapewne wzorował się na tekstach swych poprzedników, często wręcz przepisując całe akapity ich pracy. Nie było w tym zresztą nic złego, gdyż np. wspomniany *Strategikon* pozostaje wzorcowym dziełem z teorii wojskowości aż do dziś. Po drugie w sprawach opieki zdrowotnej w armii nie poczyniono w czasach Leona VI żadnego postępu w stosunku do czasów wcześniejszych. Po trzecie i najważniejsze, zalecenia te dotyczyły spraw elementarnych i niewymagających wyspecjalizowanej kadry lekarskiej, czy choćby służb sanitarnych. Zasady którymi mieli się kierować odbiorcy *Taktikonu* były na tyle proste, aby można było wykorzystać je w dowolnych, nawet najtrudniejszych polowych warunkach i miały zapewnić armii większą przeżywalność wśród

żołnierzy. Armia Bizantyjska w tym okresie nie posiadała jednak wystarczająco rozbudowanego zaplecza logistycznego, aby np. budować polowe szpitale. Godnym pochwały jest fakt, że troska, choćby najbardziej elementarna, o zdrowie i życie żołnierzy walczących w cesarskich barwach, w ogóle w tekstach traktatów się pojawiła, co zdecydowanie odróżnia wojskowość bizantyjską od innych współczesnych jej armii.

BIBLIORAFIA:

1. Leo VI, *Taktikon*, ed. and trans. G. T. Dennis, Washington, 2010.
2. Haldon J., *Warfare, state and society in the Byzantine world 562-1204*, London 1999.
3. Migoń J., Sasuła Ł., *Śłużby medyczne w armii bizantyjskiej w świetle wybranych traktatów wojskowych*, [w:] *Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я*, red. І.Ю. Робак, Г.Л. Демочко, В.А. Мац, Харків 2013, s. 55-58.
4. Tougher S., *The reign of Leo VI (886 - 912). Politics and people*, Leiden 1997.
5. Treadgold W., *The military Lands and the Imperial Estates In the Middle Byzantine Empire*, Harvard 1983.

«ТОЛКОВЫЙ СЛОВАРЬ» В БЕЛОЙ ОБЛОЖКЕ

Мякина А.В., кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения;

Мищенко А.Н., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения;

Ульянова Ю.Р., студентка 1 курса, 2 медицинского факультета;

Печененко А.Р., студент 1 курса, 2 медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета

Владимир Иванович Даль (1807–1872) – русский ученый, писатель, составитель «Толкового словаря живого великорусского языка» и врач.

Владимир родился в теперешнем Луганске Екатеринославского наместничества в семье лекаря горного ведомства (доктор медицины, затем старший лекарь Черноморского флота).

Псевдоним «Казак Луганский», под которым В. Даль вступил в литературный мир, был взят им в честь своей родины – Луганска.

Начальное образование Владимир Иванович получил на дому.

В возрасте 13 лет поступил в Петербургский морской кадетский корпус (гардемарин Черноморского и Балтийского флотов).

После нескольких лет службы на флоте на 25 году жизни он поступает в Дерптский (Тарту, Эстония) университет, на медицинский факультет. Жить пришлось в темной чердачной каморке, зарабатывать на жизнь уроками русского языка. Учился В. Даль вместе со студентом Н. Пироговым. Между ними возникла крепкая дружба и взаимопонимание. С утра они собирались в клинике, готовились к операциям, отбирали нужные инструменты, перекладывали больного с кровати на стол и ассистировали Мойеру. Действовали молча, подавая сигналы друг другу глазами. Профессора прочат Владимиру надежное будущее, Пирогову – будущее великое. У Даля ясная голова и хорошие руки. И Пирогов вспоминал потом о Владимире Ивановиче как об остроумном, жизнерадостном человеке, блестящем рассказчике и балагуре.

Учебу пришлось прервать в 1828 году. С началом русско-турецкой войны, когда в связи со случаями в задунайской области действующая армия потребовала усиления военно-медицинской службы. Владимир Даль досрочно «с честью выдержал экзамен на доктора не только медицины, но и хирургии» (Тема его диссертации «Об успешном методе трепанации черепа и о скрытом изъязвлении почек»).

Как блестящий военный врач Владимир Иванович показал себя в ходе сражений русско-турецкой войны (1828–1829) и польской кампании 1831 года.

С марта 1832 года В. Даль служит ординатором в Петербургском военно-сухопутном госпитале и вскоре становится медицинской знаменитостью Петербурга как замечательный хирург, особенно окулист.

Владимир Даль был хорошо знаком с поэтом А.С. Пушкиным. Он участвовал в лечении поэта от смертельной раны, полученной на дуэли, вплоть до его смерти. Узнав о дуэли поэта, В.И. Даль сразу приехал к другу. Застал погибающего в окружении знатных врачей. Он вел дневник истории

болезни. Позднее вместе с домашним доктором Пушкина И.Т. Спасским проводил вскрытие тела, где описывал протокол вскрытия.

Оставив хирургическую практику, Владимир Иванович не ушел из медицины, пристрастившись особенно к офтальмологии и гомеопатии.

Почти 20 лет (до 1814 и с 1819 по 1824 гг.) В. Даль прожил в Украине, знал украинский язык, собирал ценные украинские фольклорные и языковые материалы, составлял толковый словарь русского языка.

В последние годы жизни он много болел, ушел в отставку, поселился в прекрасном доме в Москве. Вскоре после окончания работы над словарем у него случился повторный инсульт, кровоизлияние в мозг, с чем он не справился. Не приходя в сознание, 22 сентября 1872 года Владимир Иванович Даль скончался и был похоронен на Ваганьковском кладбище, рядом с супругой. А в 1878 году на том же кладбище был похоронен и его сын – Лев.

**PROJEKT ZABEZPIECZEŃ PRZECIWEPIDEMICZNYCH DOKTORA
PROWINCJI UKRAIŃSKIEJ (DOKTORA KWARRANTANN)
FRANCISZKA KAROLA HEINTZA Z 1786 ROKU**

Srogosz T., prof. dr hab., kierownik Zakładu Metodologii Historii i Historii Historiografii oraz kierownik studiów doktoranckich Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie.

Franciszek Karol Heintz został wyznaczony na doktora prowincji ukraińskiej (doktora kwarantann) przez Radę Nieustającą 4 lutego 1785 r. [2, s. 119]. Podlegał on Komisji Skarbu Koronnego, a jego zadaniem była walka z epidemiami dżumy na prawobrzeżnej Ukrainie. Heintz przygotował obszerny projekt zabezpieczeń przeciwdżumowych, który został przedstawiony 9 stycznia 1786 r. wojewodzie ruskiemu i dowódcy dywizji ukraińskiej i podolskiej Szczęsnemu Potockiemu [1, s. 353-354v]. Uznał, że dżuma rozprzestrzenia się na prowincję ukraińską z Turcji za pośrednictwem kupców i czumaków handlujących

rybami i solą, a przede wszystkim osób powracających piechotą z pracy zarobkowej. Z tego powodu najbardziej zagrożona jest nadgraniczna ludność od Żwańca do Targowicy.

Według Heintza epidemiom sprzyjały złe warunki mieszkaniowe i niewłaściwe odżywianie. Niskie chałupy, z małymi oknami i nadmiernie zagęszczone powodują, że na mieszkańców wsi ukraińskich oddziałują wyziewy rozmaitych „humorów”. Szczególne nasilenie tych negatywnych zjawisk występuje jesienią i zimą, kiedy chłopci z licznymi rodzinami siedzą w szczelnie pozamykanych i brudnych izbach. Latem, gdy ludność wiejska pracuje w polu i zostawia otwarte drzwi, dżuma nie zagraża. Jeśli morowe powietrze zajrzy do domów, to chłopci natychmiast palą w piecach i piją wódkę z pieprzem, *„przez co krew tym więcej rozpalają i do rozrzadnienia, czyli zgniłości zdolniejszą czynią”* [1, s. 353]. W ostateczności stosuje się upusty krwi, czym osłabia się organizm i powoduje w konsekwencji zgon chorego, ponieważ przeszkadza się siłom natury. Dodatkowym czynnikiem negatywnym jest okrywanie zadżumionych futrami lub pierzynami. Pozostałych członków rodziny zaraża oddech chorego i nieokurzone przedmioty po zmarłym. Odżywianie chłopów jest fatalne, ponieważ stosują grube i przyczyniające się do zepsucia krwi jedzenie. Bardzo rzadko w użyciu bywają warzywa i owoce, oprócz kwaśnej kapusty i buraków, z których wyrabia się u Rusinów barszcz. Zarazę powoduje picie zepsutej wody z krynicy i rzek, które przepływają przez błotniste łąki. Organizm jest podatny na chorobę z powodu pijaństwa, a najczęściej spożywanymi trunkami są wódki, miód i wołyńskie wino.

Po wstępnych uwagach odnośnie przyczyn i uwarunkowań występowania epidemii dżumy w prowincji ukraińskiej doktor Heintz przeszedł do metod zapobiegawczych. Na pierwszym miejscu umieścił zalecenie, aby nie wpuszczać pod żadnym pretekstem na terytorium Rzeczypospolitej pieszych, szczególnie zaś robotników sezonowych, ponieważ włóczą się oni po wsiach i roznoszą zarazę. Dlatego trzeba wydać rozporządzenie, aby zakazać od 1 sierpnia przyjmowania osób na nocleg, z wyjątkiem tych, którzy przedstawiają świadectwo o przybyciu ze zdrowej okolicy od dowódcy jednostki wojskowej, właściciela majątku lub władz

gromadzkich, a przynajmniej księdza lub popa. Doktor Heintz wnioskował również, aby od 1 sierpnia zamykać granicę od Bohopola do Żwańca. Na kwarantannę mieli być przyjmowani mieszkańcy Rzeczypospolitej powracający z terenu Turcji. Zasada powinna obowiązywać nawet wówczas, gdy nie będzie informacji o dżumie. Wtedy okres odbywania kwarantanny będzie krótki, po czym podróżni otrzymają stosowne zaświadczenia. Doktor kwarantann argumentował, że nie powinny te przepisy nikogo dziwić w kontekście obowiązywania podobnych w innych krajach europejskich.

Zdaniem doktora Heintza wyegzekwowanie zamknięcia granicy z Turcją nie będzie możliwe bez budowy porządných obiektów na kwarantannę w Bohopolu, Józefgrodzie Bałta, Raszkowie i Cekinówce lub (według drugiej wersji) Jampolu, Mohylowie i Żwańcu. Kwarantanny powinny być zlokalizowane z dala od miast, w terenie otwartym, nie zaś w kotlinach. Teren należy ogrodzić solidnym płotem, okopać i strzec, aby nikt nie mógł się wydostać na zewnątrz bez zgody odpowiednich władz. Odbywającym kwarantannę trzeba zapewnić wewnątrz ogrodzenia czyste mieszkania oraz szopy dla uprzednio przewietrzonych i wykadzonych towarów, natomiast poza płotem wydzielić również ogrodzony i okopany teren dla koni i bydła. Chorzy będą izolowani w osobnym, przestronnym budynku. Woda pitna miała być dostarczana ze studni rurą lub rynną, a tłoczona pompą w celu zapobieżenia kontaktu różnych grup odbywających kwarantannę.

Personel kwarantanny powinni stanowić: komendant wojskowy z żołnierzami, urzędnik skarbowy, felczer, ekonom (zwany też szafarzem), traktier prowadzący garkuchnię (jadłodajnię), stróż przy urządzeniach wodnych oraz posługacze do przewietrzania i okadzania towarów. Doktor Heintz zaznaczył, że wydał wcześniej regulamin pracy felczerów, ale mimo to jeszcze raz przypomniał o ich obowiązku badania podróżnych w obecności komendanta i urzędnika skarbowego. Codzienne oględziny określił jako powierzchowne, natomiast co trzeci dzień nakazał felczerom przeprowadzanie badań gruntownych, łącznie z nakazem rozebrania się osób odbywających kwarantannę.

W dalszej części projektu doktor prowincji ukraińskiej omówił postępowanie przeciwepidemiczne poza kwarantannami. Chłopi powinni codziennie przewietrzać chałupy, a podejrzane o styczność z dżumą przedmioty okurzać jałowcem lub parą wytworzoną z octu lanego na rozpalony kamień. Trzeba też zmienić zwyczaje budowlane w kierunku umieszczania okien wysoko nad ziemią oraz dietetyczne, czyli spożywać dużą ilość warzyw i owoców (potraw kwaskowatych). Zwrócił się do duchownych, aby uświadamiali wiernym konieczność prawidłowego odżywiania, ponieważ zaniedbania dietetyczne prowadzą do tego, że ludzie „przez niedbalstwo sami się gubią” [1, s. 354]. Na dziesiętnikach wiejskich ciąży obowiązek meldowania zwierzchnikom o przypadkach zachorowań na dżumę. Przy podejrzeniu zgonu z powodu zarazy zabronione jest dotykane przedmiotów znajdujących się w chałupie, chyba że po wypraniu materiałów lnianych i konopnych w bieżącej wodzie, a po okadzeniu futer i wełny siarką, jałowcem i parą z octu. Przy większych miejscowościach należy przygotować okopany plac do ewentualnego izolowania chorych. W izolatorium można zbudować prowizoryczne domostwa z chrustu i gliny, jednak wyposażone w piece i okna. Ułatwione zadanie będą mieć wtedy felczerzy zaopatrujący zadżumionych w leki i udzielający pomocy medycznej. Doktor Heintz wyraził przekonanie, że gdyby wygnani w pole ludzie mieli świadomość wygody, to nie ukrywaliby objawów chorobowych. W końcu uratuje ich przecież nadchodząca mroźna zima.

W projekcie doktor kwarantann zauważył, że do tej pory zaopatrzenie w żywność i opał stanowiło słaby punkt działań przeciwepidemicznych. Komendy wojskowe nie uporają się niestety same z tym problemem, co stało się widoczne w Józefgrodzie Bałta, gdzie mieszkańcy w razie zorganizowania kordonu sanitarnego umierają z głodu. Obowiązki te winni przejąć znaczniejsi „obywatele”, czyli bogata szlachta.

Doktor prowincji ukraińskiej trzeźwo oceniał możliwości sztuki lekarskiej w odniesieniu do dżumy. Najważniejsze punkty projektu miały charakter policyjno-porządkowy, co w ówczesnej myśli lekarskiej znalazło już trwałe miejsce. Z

powodu sytuacji politycznej, zmian w ustroju państwa, a wreszcie kolejnego rozbioru Rzeczypospolitej doktor Heintz sprawował swoją funkcję krótko i nie zdołał wcielić w życie swoich pomysłów.

ŹRÓDŁA I LITERATURA

1. AGAD, tzw. Metryka Litewska, dz. VII, nr 154.
2. T. Srogosz, Dżuma ujarzmiona? Walka z czarną śmiercią za Stanisława Augusta, Wrocław 1997.

ZDROWIE WŁADYSŁAWA IV W OPISACH JEGO LEKARZA

Stroynowski A., dr. hab., prof. Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Tytułowe zdrowie odpowiada rozumieniu tego terminu w XVII wieku, gdy wielu chorób nie potrafiono leczyć, ani właściwie nazwać [1, s. 101-103]. Podstawą referatu są pamiętniki Macieja Vorbek-Lettowa [2], który w latach 1638 – 1648 znajdował się w gronie medyków (obok niego nadwornymi lekarzami króla byli wówczas: Jan Kasper Kraft i Paweł Kleofas Podchocimski, natomiast chirurgami: Dytrych Wigbold i Jan Lenberg) [3, t. s. 56], opiekujących się Władysławem IV (władcą Rzeczypospolitej 1632 – 1648). Podejmując ten temat nie kieruję się wiedzą medyczną Vorbek-Lettowa, która według obecnych ocen była wręcz minimalna [4]. Potwierdza to opinię o ogólnie niskich kwalifikacjach lekarzy w XVII wieku, którzy przyczynili się do śmierci króla Ludwika XIII, puszczając mu w ciągu jednego roku krew aż 47 razy [5, s. 49], z władców Rzeczypospolitej zaś ofiarami ich niekompetencji stali się: Stefan Batory, Władysław IV i Jan III Sobieski [1, s. 118]. Sytuacja nie zmienił i wiek XVIII, gdy „Van Swieten miał 7 zejść śmiertelnych w rodzinie cesarskiej a jednak nie stracił zaufania Marii Teresy” [5, s. 56].

W swoim pamiętniku Vorbek-Lettow skupił się na przedstawieniu chorób króla Władysława IV i próbach jego leczenia. Stąd jest to obraz stanów wyjątkowych dla tego władcy, który w opisywanych przez pamiętnikarza latach 1638 – 1648 był jeszcze człowiekiem stosunkowo młodym (43 do 53 lat w chwili

śmierci) i aktywnym, któremu urodziło się wówczas kilkoro dzieci, chociaż jedynym dłużej żyjącym był królewicz Zygmunt Kazimierz (1640 – 1647). Opis nie jest zresztą kompletny, ponieważ autor pamiętnik poświęcił głównie innym sferom swojej działalności (polityka, życie rodzinne i pomnażanie majątku).

Szczególnie ciekawy z medycznego punktu widzenia jest opis wyjazdu leczniczego Władysława IV do Cieplic Badeńskich (miasteczka leżącego wówczas o 4 mile od centrum Wiednia) w 1638 roku, która podjęta została z inicjatywy królewskiego lekarza Jana Kaspra Krafta. Celem tego wyjazdu było skorzystanie z gorących źródeł dla wyleczenia króla z artretyzmu [2, s. 95]. Według innych źródeł wiadomo, że król cierpiał wtedy głównie na artretyzm rąk, nazywany chiragrą [3, t. 2, s. 297]. Wyjazd ten, w którym uczestniczyła również królowa Cecylia Renata i liczny dwór, nastąpił 8 VIII 1638 roku i prowadził poprzez Śląsk i Morawy do Baden, do którego król przybył 2 IX 1638. W czasie tej podróży nastąpił dłuższy, przymusowy postój w dobrach księcia Maksymiliana Dietrichsteina w Nikolsburga, gdzie po uczcie nastąpił atak kamicy nerkowej. Król przez kilka dni i nocy cierpiał na kamień nerkowy „wielki jak od oliwki kostka”, który wyszedł dopiero po gorącej kąpieli w wannie [2, s. 99].

Vorbek-Lettow raczej nie był świadkiem zabiegów stosowanych w tym kurorcie, bo opisał je bardzo powierzchownie. Stąd w jego relacji znajduje się tylko informacja, że kuracja rozpoczęła się 2 IX od wzięcia przez króla środków przeczyszczających, który też przez kolejne 3 dni, dwa razy dziennie, otrzymywał środki na pobudzenie trawienia (chyba również na przeczyszczenie, zgodnie z ówczesnymi wskazaniem medycznymi). Dopiero po tych zabiegach zaczął kąpiele 8 IX, czyli po pięciu dniach od przybycia. Niestety brak wzmianki o ich charakterze i częstotliwości. Władysław IV kurację zakończył po miesięcznym pobycie i 9 X 1638 r. udał się do Wiednia, gdzie przebywał do 17 X 1638 r., by wyruszyć w drogę powrotną do Polski [2, s. 100].

W czasie spotkania z cesarzem Ferdynandem III w Nikolsburgu, po wcześniejszej uczcie, 23 X 1638 król miał atak kamicy i „musiał udać się do łóżka” [3, t. 2, s. 107]. Tu kuracja Vorbek-Lettowa polegała na zastosowaniu

gorących okładów, które jednak nie pomogły i w rezultacie kamień zszedł „z wielkim bólem” dopiero w nocy [2, s. 101]. W sumie ten trzymiesięczny wyjazd do Baden dał Władysławowi IV tylko miesięczną kurację, a w drodze przeżył dwa razy zejście kamieni nerkowych (po ucztach w Nikolsburgu). Stan artretyzmu chyba też się nie poprawił, skoro Vorbek-Lettow notował w dniu urodzin królewskiego syna (1 IV 1640) Zygmunta Kazimierza, że „JKM w drugim pokoju ciężkimi bólami artretycznymi zdjęty i barzo zbołały, nie mogąc sobą władać, leżał” [2, s. 116].

W rok po śmierci pierwszej żony, w 1645, król podjął decyzję zaślubienia Ludwiki Marii Gonzagi. W styczniu 1646 r., gdy miał jechać do Gdańska na powitanie przybywającej narzeczonej, musiał zatrzymać się w Nieporęcie bo nagle zachorował na „złośliwą kataralną gorączkę”, zmuszony do leżenia. Do Warszawy mógł powrócić dopiero 27 II 1646 [2, s. 131]. Nie był jednak zdrowy do 10 marca, gdy wreszcie odbył się uroczysty ślub królewskiej pary [2, s. 132].

Wraz ze ślubem odzyskał siły, chęć do polowań oraz podjął dążenia do rozpoczęcia wojny z Chanatem Krymskim. Spotkało się to jednak z oporem społeczeństwa, niechętnego wojnom zaczepnym. Wkrótce zresztą aktywność polityczna króla zmalała w związku ze śmiercią w 1647 roku jedyne go syna – królewicza Zygmunta Kazimierza. Zmarł on nagle w Warszawie w wieku zaledwie 7 lat, po trzech dniach choroby na krwawą biegunkę, połączoną z ostrą gorączką [2, s. 140-141; 5, s. 23]. W pamiętniku Vorbek-Lettowa nie ma jednak nawet jednej wzmianki o próbach ratowania chłopca. Podobnie nic nie pisał o leczeniu królewskich braci w czasie ich choroby na ospę, z której zwycięsko wyszedł tylko późniejszy król Jan Kazimierz [5, s. 25].

Kolejna, ostatnia zarazem, wzmianka Vorbek-Lettowa o stanie zdrowia króla odnosi się do ostatnich dni życia Władysława IV, który w drodze z Wilna do Warszawy zatrzymał się w Mereczu, gdzie nagle zachorował. Opiekujący się królem lekarz Kraft, dla uśmierzenia dolegliwości, zaaplikował monarsze 9 ziaren „antymonu podanego w jajku płynnym”, które były jednak niewiadomego pochodzenia (od miejscowego aptekarza), ponieważ do Merecza nie dotarła

jeszcze królewska apteka i reszta lekarzy. W rezultacie wywiązała się silna biegunka, przynajmniej 150 stolców, której przez trzy dni towarzyszyła silna gorączka, co tak osłabiło króla, że przybyły Vorbek-Lettow i pozostali lekarze nie mogli nic pomóc. Król zmarł niedługo po północy 20 V 1648 roku [2, s. 151-152]. Oczywiście był schorowany, cierpiący na podagrę (zwaną również „pańską chorobą”) [6], artretyzm, kamicę nerkową i niebywale otyły, co widać na wszystkich portretach z ostatnich lat życia (było to typowe dla magnaterii, spożywającej ponad 6.000 kcal dziennie) [7, 134-138; 8, s. 80]. Jednocześnie jednak padł ofiarą niekompetencji Krafta, o którym Vorbek-Lettow pisał z oburzeniem, że gdyby taki antymon „dał który medyk in religijne dessidens pewnie by mu łeb uciąć, a słusznie, a że katolik, zatarto” [2, s. 152; 5, s. 53]. Można jednak chyba też uznać, że – obok lekarza – winnym śmierci był też sam Władysław IV, którego styl życia, a zwłaszcza nadmiar spożywanych ciężkich trunków i pożywienia owocował „miażdżycą, chorobami układu krążenia, kamicami, schorzeniami wątroby, żołądka. Otyłość prowadziła do cierpień spowodowanych gośćcem zwyradniającym” [5, s. 101].

LITERATURA:

1. Z. Kuchowicz, *O biologiczny wymiar historii. Książka propozycji*, Warszawa 1985.
2. M. Vorbek-Lettow, *Skarbnica Pamięci. Pamiętnik lekarza króla Władysława IV*, oprac. E. Galas i F. Mincer, Wrocław – Warszawa – Kraków 1968
3. A. S. Radziwiłł, *Pamiętnik*, Warszawa 1980, oprac. A. Przyboś i R. Żelewski, t. 1-3.
4. A. Skrobacki, recenzja: *M. Vorbek-Lettow, Skarbnica pamięci...*, „Archiwum Historii Medycyny”, t. 32, 1969, z. 1, s. 111.
5. Z. Kuchowicz, *Z badań nad stanem biologicznym społeczeństwa polskiego od schyłku XVI do końca XVIII wieku*, Łódź 1972.
6. Z. Kuchowicz, *Z dziejów zapadalności na dnę moczanową (podagrę) w Polsce*, „Zdrowie Publiczne”, 1970, nr 8.
7. A. Wyczański, *Studia nad konsumpcją żywności w Polsce w XVI i pierwszej połowie XVII w.*, Warszawa 1969.
8. A. Sauvy, *Granice życia ludzkiego*, Warszawa 1963.

PAWŁOWIZM W UJĘCIU TADEUSZA BILIKIEWICZA

Szczygłowska M., doktorantka Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Zakład Metodologii Historii i Historii Historiografii, psycholog w NZOZ „Nasza Przychodnia” w Częstochowie.

„Niedoceniany w ciągu długiego czasu Pawłow dzisiaj triumfuje (...) Może dlatego był niedoceniany lub zwalczany, że podawano go psychiatrom zachodnim w zniekształconej, zdogmatyzowanej postaci pseudo pawłowowskich interpretacji. Byłoby dobrze, gdyby ci sami dogmatycy wypowiedzieli się krytycznie o współczesnych próbach eklektycznej syntezy tak sprzecznych dawniej w ich oczach kierunków jak psychoanaliza i nerwizm (...) Odnosi się wrażenie, że autor po prostu nie zna innych języków poza niemieckim i angielskim. Przydałoby mu się jednak i piśmiennictwo innych krajów. Prace Mazurkiewicza może wpłynęłyby na poglądy autora. [Mazurkiewicz] był psychiatrą i pierwszym z autorów, którzy docenili a nawet wzbogacili swoimi pracami osiągnięcia nauki Pawłowa”[2, s.691-692].

Psychologia rozwijała się równocześnie w kilku nurtach. Prezentowała skrajnie przeciwne ujęcia natury psychiki ludzkiej. Kierunki te raz istniały ze sobą pokojowo, innym razem zwalczały się nawzajem. Obserwując drogi kształtowania się psychologii trzeba zwrócić uwagę na to, co w historii psychologii miało charakter przyszłościowy. Jedną z takich idei było warunkowanie klasyczne Iwana Pawłowa, które rozwinęło się w pawłowizm oraz behawioryzm. Ponad czterdzieści lat po odkryciu rosyjskiego naukowca, korzystał z jego teorii polski profesor – Tadeusz Bilikiewicz.

Oto krótkie definicje pawłowizmu i behawioryzmu dla usystematyzowania wiedzy czytelnika. Pawłowizm, teoria i metoda badania czynności wyższych ośrodków systemu nerwowego, która jest oparta na koncepcji odruchów bezwarunkowych i warunkowych Iwana Pawłowa. Behawioryzm, kierunek w psychologii XX w., który głosi, że przedmiotem badań psychologicznych może być tylko dostrzegalne zachowanie się ludzi i zwierząt.

W 1950 roku pod hasłem obrony dziedzictwa pawłowskiego odbyła się w Moskwie konferencja fizjologów radzieckich. Przewodził jej Konstantin Bykow. Różne cytaty z dzieł Pawłowa uznano wtedy za niepodważalne pewniki. Ograniczyło to swobodę prac naukowych a wkrótce bardzo obniżyło rangę radzieckiej fizjologii, psychologii oraz psychiatrii, przy okazji, zupełnie niezasłużenie również rangę osiągnięć samego Iwana P. Pawłowa. Profesor Tadeusz Bilikiewicz twierdził, że stare spory „somatyków i psychików” są pozostałością dualistycznych koncepcji, między którymi badacz musiałby dokonywać wyboru albo w kierunku składnika somatycznego, albo psychicznego. Uważał, że człowiek jest jednością psychofizyczną i to w mózgu dokonują się procesy psychofizjologiczne. Procesy te nigdy nie są ani czysto psychiczne, ani czysto somatyczne. Są za to integralnie sprzężone. Pisał, iż błędem jest jednostronność, gdy badacz widzi tylko zjawiska psychiczne, a cielesnych nie. Profesor tłumaczył, że wśród psychiatrów panuje zamęt, wywołany wkraczaniem w dziedzinę psychiatrii pojęć genetycznych, biochemicznych, fizjologicznych, które domagają się przyporządkowania pojęciom psychopatologicznym. Zakładał, że struktura tkanki mózgowej jest bardzo bogata oraz że ma jakieś powołanie zarówno fizjologiczne, jak i psychiczne.

Tadeusz Bilikiewicz w swej publikacji „Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej” umieścił dokonania Iwana Pawłowa w oddzielnym podrozdziale dotyczącym dziejów psychoterapii. Podejście Rosjanina do psychiatrii popierało tezy jakie głosił sam Bilikiewicz wobec tej nauki. „Pawłow podszedł do omawianych zagadnień [zdrowie psychiczne] od strony somatycznej, jednakże nie zamykając oczu na życie psychiczne. Ze względów metodycznych w swoich doświadczeniach nad odruchowością warunkową wstrzymał się od interpretacji psychologicznych, bo to już przed nim było i doprowadziło badaczy do jałowych spekulacji. Dogmatycy pseudopawłowizmu dlatego przedstawiali częstokroć Pawłowa jako pogromcę psychologii, nie pojmując różnicy między metodycznym wyłączeniem pewnego ogniwa z rozważań naukowych a dogmatycznym ignorowaniem tego ogniwa” [1,s.20]. Z historycznego punktu widzenia dla

Bilikiewicza bardzo ważne było odkrycie Pawłowa dotyczące patogenezy nerwic doświadczalnych, które dostarczyło dowodu, iż ciężkie zaburzenia czynnościowe, a z upływem czasu i nieodwracalne organiczne, mogą powstać wyłącznie w wyniku urazów i konfliktów natury funkcjonalnej. To właśnie nerwice doświadczalne dostarczyły brakującego dotąd dowodu klinicznego o takiej możliwości. „Jeżeli można zwierzę doświadczalne doprowadzić do ciężkiego stanu, działając na nie wyłącznie bodźcami czynnościowymi, nie uszkadzając organicznie tkanki mózgowej, to w ten sposób dostarczono nauce dowodu czynnościowej patogenezy schorzeń nerwicowych. Chociaż u człowieka problemy te są bardziej zawiłe, to jednak schemat powstawania odruchu warunkowego poprzez konflikt podniet warunkowych jest w zasadzie taki sam. Ponieważ zaś w pojęciu wyższej czynności nerwowej mieści się właśnie pojęcie czynności psychicznej, można było dowieść, nie uciekając się do tradycyjnego psychologizowania, że objawy nerwicowe są spaczonymi odruchami warunkowymi. Skoro zaś powstają stany nerwicowe pod działaniem podniet płynących ze świata zewnętrznego, można było doświadczalnie badać patogenезę tych stanów. Odruchy warunkowe służą do utrzymania łączności ze światem zewnętrznym jako wyraz zdolności samoregulacyjnych i adaptacyjnych ustroju. Mechanizm ten ulega uszkodzeniu w stanach nerwicowych, ale jako zaburzenie czynnościowe jest w pierwszym okresie całkowicie odwracalny, chociaż pozostaje coś w rodzaju pamięci – w tym znaczeniu, że bardzo łatwo takie same podniety warunkowe mogą spowodować takie samo nerwiczne zakłócenie czynności”[1,s.20-21]. Profesor Bilikiewicz przedstawia przypadek wylewu Newy z 1924 roku, dzięki któremu można było przebadac doświadczenie Pawłowa na większą skalę. „I oto okazało się, że u psów typologicznie dysponowanych pojawiły się w następstwie tego urazu psychicznego [wylew Newy] wyraźne zaburzenia czynności wyższych czynności nerwowych: zanikły np. już wytworzone odruchy warunkowe, z założonych operacyjnie przetok ślinowych nie wypływała przy zadziałaniu swoistych podniet ślina, zamiast tego, pojawiły się odczyny lękowe i obronne. Po pewnym czasie nastąpiła remisja [...]. Wystarczyło

jednak, by do komory, w której przebywały psy doświadczalne, wlewała się woda wśród naśladownictwa powodzi, aby to samo zaburzenie wyższej czynności nawracało. Pozostała pamięć przebytego kiedyś urazu i w sytuacji warunkowej zaskakiwał mechanizm nerwicy [...]”[1,s.21]. Dzięki temu doświadczeniu profesor Bilikiewicz zobrazował fakty kliniczne, które zamiast zostać zinterpretowane psychoanalitycznie, przez Pawłowa zostały zrozumiane w sposób fizjopatologiczny. Sprawilo to, że klinicyści otrzymali pierwowzór patogenezy stanu nerwicowego.

Profesor Tadeusz Bilikiewicz był wielkim entuzjastą Iwana Pawłowa i pawłowizmu. Uważał, że jego badania wywarły „doniosły wpływ” na rozwój psychoterapii. Uważał, że piśmiennictwo powstałe wokół tematyki ruchu fizjologii i patologii korowo – trzewnej powinno być przedmiotem studiów każdego lekarza, który chce pojąć teoretyczno – naukową stronę postępowania psycholeczniczego. Profesor twierdził, że „psychoterapia oparta na zasadach patologii korowo – trzewnej przyczyniła się do przewyciężenia kierunku lokalistyczno – organologicznego, a zarazem i psychologistycznego”[1,s.22]. Profesor uważał, że funkcjonowanie psychiczne nie jest zjawiskiem wtórnym procesów biochemicznych ani też nie ma takiej władzy, aby organizmowi dyktować jego czynności i objawy. Psychika jest integralną częścią działania całego organizmu człowieka. To dzięki życiu psychicznemu ciało potrafi się dostosować do zmiennych, które nie zawsze są sprzyjające. Twierdził, że nerwica stanowi właśnie zakłócenie tej harmonii współżycia ze środowiskiem.

ŹRÓDŁA I LITERATURA:

1. Bilikiewicz T., Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej, PZWL, Warszawa 1976;
2. Bilikiewicz T. [Rec.] I. Hand: Pawlows Beitrag zur Psychiatrie, Entwicklungs, und Structuralanalyse, einer Forschungsrichtung. Stuttgart: G. Thieme, 1972. Psychiatr. Pol. 1972.

СЕКЦІЯ 2. ЕКОНОМІКА ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

PECULIARITIES OF VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN UKRAINE

Gaponova E.O., senior lecturer, department of social sciences Kharkiv National Medical University

In recent years social non-governmental associations of citizens (sick funds, credit unions), charitable organizations and foundations have been created in Ukraine for additional funds attraction to the health care system.

Great hopes are put on the activity of sick funds, which are the associations of individuals and legal entities, created on a voluntary basis to improve the health maintenance of the members.

The first Ukrainian sick funds were established in the mid-90s of the last century. Article 36 of the Constitution of Ukraine, which provides the right of citizens to create public organizations in order to exercise their rights and to satisfy their interests, contributed to their establishment, as also the Law of Ukraine "About unionization in social organizations for realization of their rights and satisfaction of interests".

According to unofficial data sick funds consolidate more than 1 million people at the present day. All members of sick funds pay subscriptions (individuals pay for themselves, legal entities – for their employees), which are the main source of sick funds' finance [1, c.14, 15].

The main function of sick funds is pharmaceutical benefits for its members in case of insufficient budget funds. Although sick funds increase quality and access to healthcare in some cases, they have little impact on the financial condition of the health care sector.

Voluntary medical insurance (VMI) may become an important addition to the budget financing, which is possible to develop due to the adopted Law of Ukraine "About Insurance" in 1996 [2, c. 185, 186].

There are several factors that influence the development of VMI, the main of them are: people have a lack of positive experience when interacting with

insurance companies; uncertainty of the status and prospects of VMI in society; willingness to pay for health care at the time of treatment, instead of doing premiums in advance; disinterest of employers in their employees' insurance (premiums are to do out of a gain); low real incomes of population limit the possibility to do VMI at own expense; VMI is provided mainly by private commercial insurance companies, while health insurance companies are few and not powerful; insurance companies fulfil their commitment, based on state health care institutions because they are unable to maintain their own health care foundation [3, с. 114, 115].

The main type of VMI is corporate (group) insurance, that employers provide to their employees. However, many companies prefer surrogate insurance without proper system of payments, which effectively replaces the fee-based services through various financial schemes. In the case of an insured event patients are made compensation for their personal expenses, first of all for the purchase of medicines, but not more than a fixed amount. Whereas insurers are not at financial risks, in other words they do not response their funds for the effective use of healthcare system resources and are passive "transferers" of means.

VMI intrudes into the of state public healthcare system in Ukraine, largely duplicating state obligations, as the limit of free and charged services does not exist. Further development of the VMI is impossible without determining distinctly the scope of state guarantees of free healthcare services financed from the budget, extenting tax incentives for legal entities and individuals, wide public awareness on the VMI benefits. However, even if these conditions are accomplished, VMI will hardly play a significant role in the nearest future due to low financial responsibility of population.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Лехан, В. М. Багатоканальність фінансування української системи охорони здоров'я на сучасному етапі / В. М. Лехан // Охорона здоров'я України. – 2003. – №1 (8). – С.13-18.
2. Экономика и инновационные процессы в здравоохранения // учеб.пособ. Под ред. В. З. Кучеренко – М., 1994г.
3. Карнацький, В. М. Медичні, соціально-економічні та юридичні передумови обов'язкового медичного страхування в Україні / В. М Карнацький // Лікувальна справа. – 2000. – № 6. – С.114-116.

ВИКЛИКИ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ ДЛЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Громов А.А., кандидат економічних наук, доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету

Сучасна глобалізація несе в собі певні виклики. Вона сприяє лібералізації міжнародних економічних відносин та зростанню віртуального й спекулятивного фінансового капіталу, а також тіньової економіки, спричиняє до кризи. Фінансово-економічні кризи б'ють по державних бюджетах різних країн. Зокрема, в Україні криза 2008–2010 рр. сприяла скороченню низки національних програм в охороні здоров'я – з трансплантології, щодо протидії захворюваності на рак, туберкульоз, цукровий діабет, СНІД, боротьби з дитячою смертністю, а також з імунопрофілактики. Крім того, криза значно скоротила доходи громадян і можливість кращого доступу до охорони здоров'я. Під впливом нестабільності зростають психічні захворювання, самогубства (синхронно із зростанням безробіття), споживання антидепресантів.

Ще один з негативних наслідків глобалізації – нерівномірний розподіл вигод від неї між бідними та розвиненими країнами на користь останніх. Нерівність населення світу щодо розподілу доходів трансформується у нерівність в оплаті лікування, тобто його фінансування багатими та бідними верствами світу неоднакове. У бідних країн не вистачає ліків, а ціни на них в середньому значно перевищують міжнародні ціни. Нерівність доходів на національних ринках відображає децильний коефіцієнт, її посилює нерівність в оплаті медичних послуг на міжнародному рівні. Соціально-економічне розшарування світу відображає і суперечлива динаміка захворюваності: зростають хвороби зубожіння або ж, навпаки, багатства. За даними ВООЗ, понад дві третини смертей від раку реєструється у країнах з низьким і середнім рівнем доходів, зокрема в Україні [1]. Нерівномірність розподілу доходів вимагає переосмислення підходів до цього питання. Дж. Стігліц навіть закликає не копіювати американську модель, а звернути увагу на

досвід соціалізації скандинавських країн [2]. Справа у тому, що демократизація медичного обслуговування, його загальна гарантована доступність є соціально-економічними умовами розвитку самої постіндустріальної економіки.

Проте стрімкість розвитку постіндустріальної, інформаційної економіки є теж наслідком глобалізації. Для неї характерні напружена інтелектуальна діяльність людей, гіподинамія, комп'ютерна залежність та надмірне споживання матеріальних благ. За результатами дослідження ВООЗ, провідними поведінковими і фізіологічними факторами ризику, що мають стосунок до смертності, в глобальному масштабі є: підвищений кров'яний тиск (13 % у структурі смертності), далі йдуть вживання тютюну (9 %), підвищений рівень цукру крові (6 %), відсутність фізичної активності (6 %) і надмірна вага, або ожиріння (5 %) [1].

Глобалізація загострює конкуренцію на міжнародному фармацевтичному ринку і прискорює виведення капіталу з національних економік в офшорні зони. Інтернаціоналізація й глобалізація ринку ліків, його монополізація, а також хижа діяльність ТНК ведуть до зростання цін на імпортні ліки. Втручання фармацевтичних ТНК у національну охорону здоров'я призводить до зростання тіньової економіки. Комісійні платежі, гонорари за консультації, представницькі витрати, які сплачуються чиновникам бідних країн, і навіть звичайні презенти розглядаються законодавствами багатьох країн-лідерів як вимушені витрати. Внаслідок цього ліки коштують, зокрема в Україні, на 30–40 % дорожче, ніж у розвинених країнах, і це ускладнює виконання конституційного принципу рівного доступу громадян до медицини. Крім того, є такі ліки, при закупівлях яких не бажано змінювати постачальника. Наприклад, інсуліни різних компаній не вважаються біоеквівалентними, тобто товарами-субститутами, і довільно замінювати їх заборонено. На фармацевтичному ринку зростання цін прискорює низькоеластичний попит на ліки. В Україні цьому також

сприяє панування чистих монополій та олігополій на фармацевтичному ринку.

Глобалізація породжує також негативні наслідки еміграції медичних працівників з бідних країн. Вони безповоротно втрачають висококласних спеціалістів, плоди їх потенційної діяльності, витрати на медичну освіту та підвищення кваліфікації. Еміграція породжує структурне безробіття. Так, в Україні за відносно заповнених вакансій у хірургії загального профілю, травматології, урології, дерматології існує дефіцит медсестер швидкої допомоги, в дільничній медицині, рентгенології, фтизіатрії та сільській місцевості загалом. За даними МОЗ України, у нас не вистачає 20 тис. лікарів. Із системи охорони здоров'я України щороку вибуває 3,5 тис. лікарів: крім людей пенсійного віку, багато спеціалістів емігрують [3]. Все це впливає на безпеку життя і здоров'я громадян.

Висновок: формування політики щодо покращення здоров'я громадян України має враховувати усі ризики глобалізації та інформаційної епохи, і навпаки – поєднувати переваги глобалізаційного розвитку з ефективністю національної системи охорони здоров'я.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Worldhealthstatistics 2012 [Електрон. ресурс] – Режим доступу : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/8/9789244564448_rus.pdf?ua=1
2. Дневник Давоса: Джозеф Стиглиц – о неравенстве, разрушающем мировую экономику / Forbs. – 2013. – 25 января [Електрон. ресурс] – Режим доступу : <http://forbes.ua/selfeducation/reports/1346391-dnevnik-davosa-dzhozef-stiglic-o-neravenstve-razrushayushchem-mirovuyu-ekonomiku>
3. В Україні не вистачає 20 тисяч лікарів / Медична справа. Портал для професіоналів охорони здоров'я. – 2013. – 9 жовтня [Електрон. ресурс] – Режим доступу : http://medsprava.com.ua/news/v_ukrayini_ne_vistachaye_20_tisjach_likariv_oleksandr_volo_sovets/

ДЕЦЕНТРАЛІЗОВАНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КАНАДІ: УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Камінська Т.М., доктор економічних наук, професор кафедри економічної теорії Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого

Історично Канада була орієнтиром для багатьох країн у питаннях розбудови охорони здоров'я. Її демократичність і доступність є запорукою соціально-економічного розвитку країни. Унікальна канадська модель охорони здоров'я охоплює 10 провінційних систем, зі своїми особливостями фінансування і організації. У деяких провінціях джерелом фінансування є податкові надходження до бюджету (тобто не адресні платежі), а інші використовують спеціальні податки та внески. Регіони значно відмінні один від одного за чисельністю та щільністю населення, обсягами регіонального продукту й ресурсного потенціалу. Проте їх об'єднують стандарти освіти й охорони здоров'я, які давно стали чинниками стабільності та людського розвитку. У трикутнику регіони – обов'язкове медичне страхування – держава найефективніше працюють загальнонаціональні програми охорони здоров'я, які забезпечують кваліфікацію та мобільність робочої сили, гнучкість ринку праці і, як наслідок, позитивно впливають на конкурентоспроможність регіонів (за рахунок зниження витрат на працю).

Цікаво, що первісно обов'язкове медичне страхування ввели в економічно відсталій провінції Саскачевані, а потім поширили на інші провінції, бо реформи виявилися дуже вдалим. 1971 року було впроваджено універсальну програму загального медичного страхування «Medicare», яка гарантувала безоплатність широкого спектру медичних послуг. У 1984 р. загальнонаціональні стандарти і принципи надання медичної допомоги для всіх громадян країни та легальних мігрантів закріплені рамковим федеральним законом про охорону здоров'я, відомим як Canada Health Act. До цих стандартів належать лікування у стаціонарах та амбулаторних закладах, медична допомога на дому для інвалідів та літніх

громадян у соціальних закладах. Провінційні уряди, як єдині покупці послуг на регіональному рівні, відповідають за їх адміністрування. Окремі з них додатково покривають витрати поза обов'язковим мінімумом програми «Medicare», зокрема вартість ліків, лікування хронічних захворювань, догляд хворих на дому. Список цих послуг, їх обсяги та межі покриття витрат постійно розширюються. Крім того, у лікарнях не заборонені додаткові платежі від інших акторів медичного ринку. Стоматологічні та офтальмологічні послуги є переважно приватними, їх надають відповідно платоспроможним споживачам. Незважаючи на те, що Canada Health Act відображає угоду між усіма провінціями і центральним урядом, міжрегіональна рівність підтримується шляхом перерозподілу податкових надходжень від багатших регіонів до бідніших провінцій, виплату їм урядових цільових трансфертів.

Проте останні дослідження демонструють, що одним зі стійких трендів та водночас ризиків для Канади є ескалація державних витрат на охорону здоров'я. Так, середньорічні темпи їх зростання на душу населення у 2000–2010 рр. перевищують темпи зростання реального ВВП [1, с. 32]. Але суспільні ресурси обмежені. Правда, інші країни ОЕСР демонструють у середньому значніше випередження, але в Норвегії (багатшій на ресурси) спостерігається протилежна, більш позитивна тенденція. Тому в Канаді продуктивність податкових надходжень до держбюджету спадає, небезпека їх нераціонального використання зростає, усталеність податкової системи дещо розхитується. Градація витрат виглядає таким чином: найбільша їх частина припадає на стаціонарні заклади, потім – на ліки, на оплату послуг сімейних лікарів і спеціалістів амбулаторної ланки і насамкінець – на капітальні вкладення та менеджмент [2, с. 51-52]. Якщо взяти до уваги, що саме для стаціонарного сегменту характерна найвища асиметрія інформації про якість медичної допомоги, то зростаючі державні витрати не підвищують, а навпаки, зменшують соціально-економічну ефективність охорони здоров'я. У секторі поза «Medicare» спостерігаються ще вищі

адміністративні витрати і складніше проведення політики їх гальмування. І зрештою, за останні три десятиліття обсяги фінансування приватної медицини випереджають обсяги фінансування державної медицини [1, с. 33]. Вони не є суспільними витратами, але охоплюють платежі громадян, щоправда, утруднюють виконання конституційного права рівного доступу до охорони здоров'я. Тому для дослідників дуже важливим є визначення сумарних результатів функціонування охорони здоров'я, з урахуванням державних та приватних платежів.

Тривалий час Канада посідає друге місце у світі за показником очікуваної тривалості здорового життя (health associated life expectancy – HALE). У 2010 р. вона поступилася п'ятьма позиціями таким країнам, як Іспанія, Італія, Австралія, Швеція, хоча цей показник значно кращий, ніж демонструють Велика Британія (12 місце) та США (17 місце). Крім того, існує показник скорочення смертності у тих гострих випадках, коли пацієнт отримує своєчасну та ефективну медичну допомогу. За цим показником Канада посідає 6 місце після Франції, Японії, Австралії, Іспанії, Італії та інших розвинених країн ОЕСР. Для порівняння: Велика Британія посідає 16 місце і США – 19 місце.

Для оцінювання стану охорони здоров'я важливим є також показник розвитку первинної допомоги, яка має бути стрижнем для багатьох систем охорони здоров'я. У Канаді така допомога не досягає оптимального рівня, про що свідчать оцінки пацієнтів та самих лікарів [1, с. 34]. Опитування пацієнтів також відображають, на відміну від Великої Британії, слабку координацію між лікарями загальної практики і спеціалістами (консультантами). Канадські лікарі загальної практики менше за лікарів інших країн використовують можливості Інтернет-економіки для зниження витрат та кращого задоволення потреб своїх пацієнтів. Оплата їхніх послуг здійснюється за принципом «гонорар – за послугу», що стимулює збільшення обсягу наданих послуг та їх оплати. Оскільки лікар самостійно отримує відшкодування витрат на лікування, для провінційних міністрів

зростає проблема впровадження «командної гри» різних фахівців щодо організації первинної медицини та гальмування непродуктивних витрат.

Які уроки канадська медицина може надати українським медикам? У майбутній децентралізованій системі, де регіони матимуть високу свободу повноважень в економіці та соціальній сфері, охорона здоров'я і медичне страхування мають стати «соціальним цементом, що скріпить націю». Його впровадження могло би створити справді єдині стандарти якості медичних послуг і медичної освіти для регіонів, а інші питання можна вирішувати на локальному рівні. В Україні є також потреба заміни конфігурації на політичному полі, бо наші політичні партії формуються за регіональною ознакою, а ніша для соціал-демократичної партії залишається вільною. У тій же Канаді саме ця партія очолила у середині ХХ ст. формування медичного страхування (за активну підтримку фермерських союзів і профспілок промислових робітників). Реструктуризація медицини і зростання ролі первинної ланки дійсно необхідні, але впровадження принципу «гонорар – за послугу» для лікарів неприйнятні. Вони продукують кількість, а не якість медичних послуг. Комерційна практика взагалі несумісна з первинною медициною. Вона потребує часу для оцінки медичної ситуації, вивчення історії хвороби, постановки діагнозу та припису призначень, заохочення пацієнтів до профілактики хвороб та здорового способу життя. Впровадження страхової медицини, значне збільшення її фінансування, відчутне зростання зарплати медиків, особливо первинної ланки, є більш прийнятним та ефективним шляхом.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Marchildon, Gregory P. Health system performance in Canada: the good, the bad and the ugly [текст] // Eurohealth. – 2013. – Vol. 19. – № 2. – Р. 32-35.
2. Немова, Л. А. [текст] / Л. А. Немова. – Здравоохранение в Канаде на пороге реформ // США*Канада. Экономика. Политика. Идеология. – 2011. – № 5. – С. 45-60.

ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО СТРАХУВАННЯ ЗА КОРДОНОМ: УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ

*Камінська Т.М., доктор економічних наук, професор кафедри економічної теорії Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого
Мандзюк М.М., студентка 2 курсу Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого*

На сьогодні норма ст. 49 Конституції України, відповідно до якої держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, не виконується. Та й фактично вона за теперішніх умов не може бути дотримана, і це не провина, а біда вітчизняної охорони здоров'я та медичних працівників.

Щоб обрати найефективнішу модель для нашої країни в реаліях, коли система державного медичного страхування в Україні тільки зароджується і перебуває на стадії законотворчого процесу, слід максимально скористатися позитивним досвідом інших держав, у яких система медичного страхування функціонує роками. Одним із прикладів зразкового досвіду в цій сфері, на нашу думку, може стати система державного медичного страхування Німеччини, яка вважається однією з найліпших у світі. Окрім того, Німеччина, як відомо, багато років є провідним імпортером лікарських засобів в Україну, що з огляду на нові умови функціонування нашого фармацевтичного ринку також не може бути залишене поза увагою.

Прийняття законопроекту «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» в Україні обумовлено необхідністю подальшого підвищення соціального захисту населення України саме таким шляхом. Відповідно до статті 25 «Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», воно «є одним з видів загальнообов'язкового державного соціального страхування» [1].

Відповідно до українського законопроекту, загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування здійснює Фонд медичного

страхування – некомерційна самоврядна організація, що діє на підставі статуту, який затверджується її правлінням за погодженням з Наглядовою радою Фонду. Перед тим як проаналізувати досвід німецької системи державного медичного страхування, слід зазначити, що її носіями є державні лікарняні каси, які здійснюють свою діяльність на засадах самоврядування та між якими існує здорова конкуренція. Застраховані особи мають право самостійно обирати відповідну лікарняну касу, де бажають бути застраховані.

Система державного медичного страхування в Німеччині функціонує так:

- принципом державного медичного страхування є принцип самоврядування. Він полягає у тому, що держава не втручається в управління державних лікарняних кас, а здійснює лише нагляд за їх діяльністю. Застраховані особи і роботодавці беруть участь в управлінні лікарняними касами;

- розрахунки за надані застрахованим пацієнтам медичні послуги не здійснюються безпосередньо між лікарем та пацієнтом. Не проводяться вони також безпосередньо між лікарем і лікарняною касою пацієнта, а через відповідні об'єднання касових лікарів за спеціальною процедурою (діє так званий принцип отримання медичної допомоги в натуральній формі);

- основний каталог медичних послуг, на отримання яких мають право застраховані особи, визначається на рівні закону і конкретизується у письмових договорах між об'єднаннями касових лікарів та спілками державних лікарняних кас, з урахуванням положень чинного законодавства та директив Спільної федеральної комісії.



Відносини між окремими суб'єктами системи державного медичного страхування Німеччини відображені на поданій схемі.

Проте слід враховувати і негативний чинник німецького страхування: постійне збільшення розмірів відрахувань на медичне страхування, які нині становлять приблизно 13,4 % заробітної плати до оподаткування. Сьогодні прогнозується подальше зростання цього показника. Насамперед це пов'язано з погіршенням демографічної ситуації в країні. І така проблема теж може постати в Україні згодом.

Реалізація проекту Закону – як забезпечення безкоштовного гарантованого надання базового рівня медичних послуг – потребує додаткових коштів, оскільки існуючий рівень фінансування галузі охорони здоров'я є вкрай низьким. Зважаючи на досвід Німеччини, нашій країні необхідні не тільки високі витрати на фінансування галузі охорони здоров'я, а й вкладення коштів у наукові дослідження у сфері медицини, медичних навчальних закладів та клінік при них.

Але важелі вирішення цих проблем існують, а саме: за допомогою «запровадження цільового страхового внеску на медичне страхування для роботодавців без збільшення навантаження на фонд оплати праці можливе за рахунок перерозподілу частки внесків роботодавців та найманих працівників за іншими видами соціального страхування, зокрема пенсійного» [2] . Позитивним у законопроекті є й те, що особи, які не працюють, мають право самостійно і добровільно укласти договір про медичне страхування із

страховиком, сплачуючи щомісячно певну грошову суму. Окрема категорія громадян (неповнолітні, непрацевдатні, інші пільговики) отримує медичне страхування за рахунок бюджетних коштів органів місцевого самоврядування. Таким чином, цього «увесь тягар» не падає на працююче населення.

Цілком очевидно, що незадовільність реального стану медичного забезпечення громадян України є значною медичною і соціальною проблемою, для розв'язання якої необхідні державна підтримка, координація зусиль усіх центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування. Досвід провідних держав світу засвідчує, що саме обов'язкове медичне страхування є тим засобом, за допомогою якого можна забезпечити реалізацію прав громадян на безперешкодне отримання якісної медичної допомоги. Результатом реформування повинна бути фактична реалізація проголошених в Конституції України гарантій, що стосуються охорони здоров'я, зокрема статті 3, в якій «життя і здоров'я... визнаються найвищою соціальною цінністю» [3], та збереження, відновлення й покращення стану здоров'я застрахованих осіб.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 14.01.1998 № 16/98-ВР [Електроний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.
2. Пояснювальна записка до проекту закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» [Електроний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.muoz.cv.ua>.
3. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР [Електроний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

Козлова Н.Х., Мацьків-Богдан Х.А., Морозова Є.А., державний заклад «Клінічна лікарня ДТГО „Львівська залізниця”», м. Львів

Соціально-політична криза в Україні призвела і до кризи в системі охорони здоров'я та погіршення якості медичного обслуговування населення. Від соціалістичного періоду свого розвитку Україна успадкувала складну й малоефективну систему охорони здоров'я, що базувалася на таких основних засадах, як-от: командно-адміністративна система управління; єдине джерело фінансування – державний бюджет, який формується на основі загальних податків; орієнтація на екстенсивні форми розвитку галузі тощо. За роки незалежності не відбулося кардинальних змін в системі охорони здоров'я в Україні, і вона практично зберегла зазначені вище засади своєї діяльності. Водночас відбулися значні зміни в діяльності медичного забезпечення, найістотнішими з яких є: різке зменшення частки витрат на охорону здоров'я у структурі валового внутрішнього продукту; скорочення кількості медичних закладів, перш за все у сільській місцевості; започаткування розвитку страхової медицини; створення ринку приватного медичного обслуговування населення; легалізація народної медицини; стихійне впровадження принципів ринкової економіки у медичне обслуговування населення в державних та комунальних закладах охорони здоров'я; збільшення різноманітних форм плати громадян за медичну допомогу; початок створення національної системи забезпечення країни фармацевтичною продукцією; прийняття деяких законодавчих та нормативних актів, що регламентують діяльність медичної галузі.

Соціальне медичне страхування є частиною системи медичного обслуговування, яке надається громадянам за рахунок суспільних фондів, роботодавців та внесків застрахованих осіб і здійснюється у двох формах – обов'язкове та добровільне страхування – разом з існуванням платної та безоплатної медицини, а також спеціальних медичних програм.

Сьогодні в Україні існує ряд економічних, правових і соціальних чинників, вплив яких стримує розвиток соціального медичного страхування, а саме: незавершеність процесу створення нормативної бази щодо медичного страхування; відсутність у населення позитивного досвіду взаємовідносин із

страховими компаніями; відсутність механізмів заохочення роботодавців щодо медичного страхування працівників і членів їхніх сімей; обмеженість можливостей запровадження медичного страхування за рахунок коштів громадян внаслідок низького рівня доходів населення, а також механізму фінансової підтримки за рахунок державного і місцевих бюджетів; незначна кількість страхових організацій, що мають досвід впровадження медичного страхування. Зазначені чинники мають тимчасовий характер і повинні бути усунені спільними зусиллями державних органів, страхових організацій, медичної громадськості та суспільства загалом.

Правові, професійні, економічні та організаційні засади охорони здоров'я регламентуються 49-ою статтею Конституції України [1], «Основами законодавства України про охорону здоров'я» [2].

В Україні нагромаджено певний досвід запровадження соціального медичного страхування. Так, керівництво Укрзалізниці, приділяючи значну увагу здоров'ю залізничників, станові медичної допомоги у медичних закладах залізничного транспорту, у 2000 році стало ініціатором розроблення та впровадження моделі бюджетно-корпоративного фінансування галузевих медичних закладів, яка базується на принципах страхової медицини. Відповідно до наказу генерального директора Укрзалізниці, від 1 січня 2001 року розпочався експеримент з реалізації «Програми добровільного медичного страхування працюючих на залізницях України» [3], а від січня 2002 року – і пенсіонерів-залізничників. Названі програми передбачають покриття дефіциту коштів на придбання медикаментів, витратних матеріалів, м'якого інвентарю, а також і додаткового харчування для забезпечення потреб застрахованих залізничників, що отримують стаціонарну медичну допомогу, за рахунок страхових платежів.

Для розв'язання проблем більш детальної регламентації медичної допомоги, що надається в закладах охорони здоров'я Укрзалізниці, оцінки якості цієї допомоги, своєчасності та вартості її в Клінічній лікарні Львівської залізниці під час запровадження добровільного медичного

страхування у 2000 році створено та апробовано систему медико-економічних стандартів (МЕС). Розробка МЕС ґрунтувалась на використанні «Тимчасових галузевих медичних стандартів стаціонарної допомоги дорослому та дитячому населенню в ЛПЗ України» [4], які були доповнені матеріалами Наказу МОЗ України № 117 від 15.03.2007 «Про затвердження протоколів за спеціальністю – Офтальмологія» [5; 6]. Це значно покращило планування обстежень, діагностику та сам процес лікування, конкретизувало вимоги щодо режиму праці, відпочинку та реабілітації, визначення профпридатності, що є особливо важливим у випадках огляду працівників залізничного транспорту, пов'язаних з рухом поїздів. Створені МЕС є основним орієнтиром для надання якісної та своєчасної офтальмологічної допомоги в медичному закладі відповідного рівня акредитації. МЕС, якою послуговуються на даний час, містить точний перелік назв, доз і тривалості застосування медикаментів під час лікування. Також зазначені обов'язкові та додаткові обстеження, маніпуляції (операції). Таким чином, комплекс елементів МЕС включає усі компоненти, що є необхідними для призначення лікування.

МЕС дозволяє оцінити якість та вартість медичної допомоги й створити умови для її оптимізації. Досвід запровадження системи МЕС у відомчій залізничній медичній мережі показав її доцільність та необхідність подальшого вдосконалення, що триває. Говорити про остаточні підсумки експерименту ще зарано. Однак уже тепер можна зробити попередні висновки. Головним підсумком є те, що система добровільного медичного страхування залізничників виявилася беззаперечно дієздатною. Працівники залізниць, які були застраховані, під час госпіталізації у відомчих лікарнях забезпечені усіма потрібними медикаментами, витратними матеріалами, м'яким інвентарем та харчуванням. У деяких випадках, коли лікарня не має змоги з певних причин видати потрібні медикаменти і хворий змушений їх купувати самостійно, страхова компанія у межах лімітів страхових виплат відшкодовує йому витрати на придбання ліків. Якщо ж застрахована особа

потрапляє за направленням залізничної лікарні до медичного закладу, що не входить до системи медичних закладів Укрзалізниці, або її госпіталізують у порядку надання швидкої допомоги, страхова компанія також відшкодовує витрати застрахованого на медикаменти.

Слід зазначити, що з огляду на важливість гарантування повної безпечності українського залізничного транспорту, Укрзалізниця – як галузь – працює в умовах підвищених вимог до безпеки руху на залізницях, а залізничники перебувають у складних виробничих умовах: постійний рух, праця просто неба, обслуговування рухомого складу залізничного транспорту тощо. Усе це передбачає підвищені вимоги до стану здоров'я працівників. І цілком логічно витрати на медичну допомогу вважати складовою частиною вартості робочої сили, а тому наявність платежів для відновлення одного з основних ресурсів виробництва – робочої сили – є соціально виправданою. Це відповідає і практиці більшості країн Європи [7]. Експеримент з добровільного медичного страхування на залізницях України продемонстрував можливість підвищення соціального захисту залізничників за рахунок залучення додаткових коштів залізниць. Учасники експерименту довели, що навіть у наш складний час можна досягти здійснення конституційного права людей на якісну медичну допомогу.

Медичне страхування може стати одним з основних чинників подолання кризи у медичній галузі, сприяти впровадженню економічно обґрунтованих методів управління в охороні здоров'я різних форм власності, їхньої господарської самостійності, економічної та юридичної відповідальності за результати їхньої діяльності: надання якісної медичної допомоги й медичних послуг, перенесення акцентів на інтенсивні методи лікування та амбулаторно-поліклінічну допомогу хворим.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Конституція України. 1996.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я. 1992.
3. Кісельов, Є. М. Медико-економічні стандарти лікування: роль і місце в системі охорони здоров'я на залізничному транспорті / Є. М. Кісельов // Медицина залізничного транспорту України. – 2004. – № 2. – С. 92-93.

4. Тимчасові галузеві медичні стандарти стаціонарної допомоги дорослому та дитячому населенню в ЛПЗ України. – Київ: МОЗ України, 2007. – 102 с.
5. Про затвердження протоколів за спеціальністю – Офтальмологія: наказ МОЗ України № 117 від 15.03.2007. – Київ, 2007. – 89 с.
6. Козлова, Н. Х. Медико-економічні стандарти лікування офтальмологічних хворих в системі охорони здоров'я на залізничному транспорті / Н. Х. Козлова // Управління охороною здоров'я: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Львів (29 січня–29 лютого 2008 р.). – Львів, 2008. – С.60.
7. Салтман, Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салман, Дж. Фигейрас. – ГЭОТАР Медицина, 2000.

DIE SOZIALE POLITIK DER UKRAINE UNTER BEDINGUNGEN DER DEZENTRALISIERUNG DER STAATSGEWALT

Krawtschenko W.I., Doktor der Wirtschaftswissenschaften, Dozent am Lehrstuhl für Gesellschaftswissenschaften in der Nationalen Medizinischen Universität Kharkiw.

von Freeden G., Facharzt, Doctor der Medizin, private Klinik Kalten und Kollegen, Berlin, Bundesrepublik Deutschland.

Die heutige Ukraine befindet sich in der äußerst schwierigen wirtschaftlichen und sozialen Lage. Deswegen kann das niedrige Niveau der Sozialversorgung durch die wirtschaftliche Krise gerechtfertigt werden. In den Jahren der so genannten Stabilität war die soziale Sphäre bei weitem keine vorrangige Richtung der Staatstätigkeit: das de facto niedrigste Niveau der Gesundheitsfürsorgefinanzierung näherte sich nie sogar 4% vom BIP, in den EU-Ländern sind das min 8% vom BIP, die zu niedrigen Renten von den meisten Rentnern, das hohe Arbeitslosigkeitsniveau, das zur Migration von beinahe 7 Millionen der aktivsten Arbeitskraft nach Russland und Europaländern führt, Unterfinanzierung der Bildung, hoher, im Vergleich zum Lohn, Wert der kommunalen Dienstleistungen usw. Zugleich deklariert das Grundgesetz der Ukraine unseren Staat wie einen „...unabhängigen, demokratischen, sozialen, rechtlichen...“ [1, S.1]. Denselben Staat bestätigt das Grundgesetz der BRD [4, S.20]. Wenn, aber, die sozialen Verbindlichkeiten des Staates in Deutschland nicht

nur erklärt, sondern auch unbestreitbar vollgezogen werden, wird in der Ukraine keine der neun „sozialen“ Artikel der Verfassung in vollem Maße realisiert.

In der BRD garantiert der soziale Staat in der Verfassung ständige, fortwährende Unterstützung in den Fragen der Menschenrechte und Menschenwürde. Die Grundrechte, die in der Verfassung befestigt sind, können vom Parlament weder gekündigt noch verändert werden. (S.79) [4]. Die Grundgesetze der Bundesländer und der Städte-Länder sollen den demokratischen und sozialen Rechten, die in der Bundesverfassung festgelegt sind, entsprechen. (S.28) [4].

Inwiefern wichtig die soziale Richtung der Staatsinnenpolitik ist, zeugt es, dass von den 50er Jahren des XX Jahrhunderts auf Vorschlag von dem Staatssekretär A.M. Armak die Wirtschaft der BRD als sozial-marktgebunden bestimmt wurde. Diese Bestimmung wurde von der Regierung des Kanzlers L. Erhard befestigt und es bedeutete, dass negative Folgen der Marktbeziehungen im sozialen Bereich durch das Staatssystem der sozialen Sicherheiten kompensiert werden. Auch im heutigen Deutschland sind die Sozialmaßnahmen des Staates, soziale Absicherungen für besonders empfindliche Volksschichten – Arbeitslose, finanziell ungeschützte Kranken, Familien mit dem mangelhaften Einkommen, Lehrer, Medizinarbeiter – gesicherte staatliche Unterstützung und Hilfe.

Sozialer Staat ist ein demokratischer Staat, dessen Zweck ist es, seinen Bürgern soziale Gerechtigkeiten und soziale Sicherheiten gemäß dem Grundgesetz zu gewährleisten. In der BRD wird es durch die entsprechende Gesetzgebung und materielle Unterstützung ausgeführt. Dabei werden keine Ungerechtigkeit und Unzufriedenheit, keine Anspannung in der Gesellschaft zugelassen. Die Gesamtideen des Sozialstaates in der BRD sind: Lebensbedingungen, die die Menschenwürde nicht demütigen, soziale Gleichberechtigung, soziale Unterhaltsleistung für Arme.

Diese wichtigen Grundsätze werden durch eine Richtungsreihe der Sozialpolitik realisiert: das System der Sozialversicherung, soziale Kompensation, Armenhilfe, Krankheitsverhütung und Bildungssystem [2, S.222].

Das System der Sozialversicherung sieht voraus: Abschluss eines Sozialversicherungsvertrags, der Risikenversicherung gewährleistet: Krankheit, Tod des Erhalters, Invalidität, Arbeitslosigkeit. Sozialhilfeanspruch unterstützt ein höheres als Existenzminimum Lebensniveau.

Sozialkompensation richtet sich denjenigen zu helfen, die während des Krieges gelitten haben, sowie ihren Familienangehörigen. Kriegsoffer erhalten Renten, deren Höhe dem Niveau der wirtschaftlichen Entwicklung entspricht. Solche Renten erhalten Kriegsbeschädigten und ihre nächsten Familienangehörigen, Bundeswehrsoldaten, deren Gesundheit und ihren Verwandten Schaden angerichtet worden ist, Untatsoffer mit Gewalt und ihre Verwandten.

Armutshilfe wird an jeden Bewohner der BRD, einen Deutschen oder einen Ausländer, erteilt, der sich keine Hilfe leisten kann und keine Hilfe von den anderen bekommt. Diese Hilfe wird von der Kommune erteilt, die zum Lebensunterhalt notwendige Mittel gewährt.

Die Krankheitsverhütung sieht Gesundheitsschutzmaßnahmen während der Schwangerschaft und Entbindung, im Babyalter, im Krippenalter, sowie medizinische Aufgeklärtheit in der Schule vor. Sie enthalten auch Unterstützung der Chronischkranken, der Invaliden und deren Verwandten zwecks der Erleichterung deren Lage.

Das Bildungssystem in der BRD ist meistens kostenlos. Sie befindet sich unter Kontrolle des Staates und Bildungssystemkompetenzen sind zwischen dem Bund und den Ländern erteilt.

Eine besondere Bedeutung in der Sozialpolitik wird der Gesundheitsfürsorge gewidmet, die als eine selbstständige Richtung dieser Politik bezeichnet wird.

Die Gesundheit der Gesellschaft ist eines der wichtigsten sozialen Zielen. In erster Linie widmet der Staat viel Aufmerksamkeit der Gesundheitsfürsorgewirtschaft, die in Deutschland einer der dynamischsten und innovativsten Wirtschaftsbereiche ist, denn sie braucht in Zusammenhang mit der

demographischen Situation – Bevölkerungsalterung wegen der Lebensdauerverlängerung – immer mehr Ausgaben der Gesellschaft. Im Gesundheitswesen der BRD sind etwa 4,4 Millionen Beschäftigten (Ärzte, mittleres medizinisches Personal, Pflegepersonal) oder jeder Zwanzigster der berufstätigen Arbeitskraft. Der jährliche Umschlag in der Wirtschaft der Gesundheitsfürsorge beträgt ca. 300 Milliarden Euro, seine Steigerung wird in der Zukunft erwartet [5].

Sehr wichtig ist es auch, dass Rückschläge in der Wirtschaft, verschiedene außerordentliche Ausgaben, einschließlich Verpflichtungen des Mitglieds und des Hauptsponsors der Europäischen Union, spiegeln sich scharf negativ auf die Finanzierung der Gesundheitsfürsorge und der Sozialprogramme nicht. So stieg der Anteil der Sozialausgaben im Ausgabeteil des Budgets der BRD (ohne Ausgaben für Gesundheitsfürsorge) in den Jahren 1999 – 2012 von 40,6% bis 48,3%, in absoluten Ziffern von 100,3 bis 148,2 Milliarden Euro, das heißt, um 1,5 Male [6]. In den Jahren 1995 – 2011 stiegen die Gesundheitsfürsorgeausgaben von 186,9 bis 293,8 Milliarden Euro, ausgehend von einem Bewohner – von 4107 bis 4920 Euro. Der Anteil dieser Ressourcen im Bruttoinlandsprodukts wurde auch von 10,1 bis 11,3% größer. Sogar in den krisenhaften Jahren 2007 – 2009 vergrößerten sich sowohl absolute Indexe, entsprechend 254,4 – 279,0 Euro, als auch deren Anteil in dem BIP: entsprechend 10,5 – 11,8 [7].

Die Analyse der Sozialausgaben in einigen Ländern bestätigt die Festigkeit der Bundestendenz: das Leben der Bevölkerung, ihr Wohl, soziale Garantien des Staates sind vor allem.

Leider geschieht es in der Ukraine nicht. Soziale Ausgaben im Budget entsprechen den Standarten der europäischen Union nicht, z.B. Eurostandart für Gesundheitsfürsorge beträgt 8%, in der Ukraine in allen Jahren der Unabhängigkeit erreichte es kaum 4%, sie sind die ersten Sequesterartikel, auf deren Kosten Löcher in der Budgetfinanzierung „geflickt“ werden. So verringert schon die neue Regierung die Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge (Transport und Ausrüstung für die Kinderkardiologie und Kinderkardiochirurgie) beinahe um 700 Millionen

Griwna, die Ausgaben für die Investitionstätigkeit der großen Gebäude werden unbefristet eingefroren, einige Zielprogramme werden unterfinanziert, z.B., auf Hepatitis wird 30% von 100% zugewiesen [3].

Es ist klar, dass es in der heutigen Situation des Totalbudgetdefizits unmöglich ist, die Staatsfinanzierung von allen Sozialprogrammen zu versorgen. Deswegen muss man, erstens, zusätzliche Quellen suchen, und, in erster Linie, auf Basis von der sozialen und speziellen Pflichtversicherung. Bienenache 20-jährige Verabschiedungsverzögerung der entsprechenden Gesetze vom Obersten Rat ist weiter unzulässig. Zweitens muss man gesetzgebend die Verantwortungssphären und Umfänge der örtlichen Verwaltungsorgane an die soziale Sphäre aufgrund der Dezentralisierung der Budgetkosten zuweisen. Drittens muss man die Wohltätigkeit und die Sponsorschaft in der Realisierung der Sozialprogramme aktivieren.

Nur mit gemeinsamen Anstrengungen vom Staat, von den örtlichen Verwaltungsorgane, von der Oligarchie und der ganzen Bevölkerung kann man die soziale Sphäre und die Sozialversorgung in der Ukraine auf ein würdiges Europäisches Niveau heben. Dafür braucht man die Erfassung der Problemwichtigkeit von der Gewalt, die Verabschiedung von einer Reihe der Gesetze, die die Finanzierungsquellen, deren Umsätze vom BIP, staatliche Sicherheit der Sozialprogramme bestimmen würden. Dann könnten wir uns auch der Lebensqualität der EU-Länder, unter anderem, der BRD, annähern.

LITERATUR:

1. Das Grundgesetz der Ukraine. – K., 1996. – S.50.
2. W.W. Lisnytschj. Politische und Verwaltungssysteme der ausländischen Länder. – Ch. „Tornado“, 2001. – S.219-254.
3. Die Politik der Ukraine. Gesundheit. <http://censor.net.ua/n277072.21.03.14>.
4. www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz.
5. www.gbe-bund.de/stichworte/gesundheitsausgaben.html.
6. Bundesfinanzministerium, Haushaltsabschluss 2012. – www.sozialpolitik-aktuell.de.tabll.10.
7. Statistisches Bundesamt (2013): Fachserie 12 Reihe 7.1.1. [www.sozialpolitik-aktuell.de tab V13](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tab.V13).

СЕКЦІЯ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Байчікова А.О., студентка 1 курсу III медичного факультету Харківського національного медичного університету

Україна – молода держава, в якій досі триває становлення та стабілізація роботи всіх галузей, зокрема й системи охорони здоров'я. Важливість охорони здоров'я у житті кожної держави неможливо переоцінити. Зараз сфера охорони здоров'я виконує покладені на неї функції насамперед за рахунок фінансування і належного державного регулювання. В основу такого регулювання покладена нормативно-правова база, що визначає правове становище органів, установ і посадових осіб у галузі охорони здоров'я. Саме завдяки управлінню система організації медичної допомоги набуває ефективності, що сприяє повнішій реалізації покладених завдань. Слід зазначити, що на початку періоду демократичних перетворень у нашій державі стала помітною тенденція до зниження ролі та значення державного управління в охороні здоров'я громадян. Стрімке зниження чисельності населення і тривалості життя, збільшення кількості захворювань нервової системи на тлі нестабільної політичної ситуації, поширення інфекційних захворювань – ці проблеми на даному етапі неможливо залишити поза увагою. А щоб у цьому розібратися, потрібно ввести декілька ключових понять. Ми маємо розуміти, що для здійснення державного управління у сфері охорони здоров'я громадян задіяно безліч методів: правових, адміністративних, економічних, соціально-психологічних.

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

- дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення;

- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у галузі охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у галузі охорони здоров'я;

- упереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я.

Значну роль у практичній реалізації цих принципів відіграє система управління охороною здоров'я, яка складається з: міністерства охорони здоров'я України; місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування; центральних органів виконавчої влади, яким підпорядковані заклади охорони здоров'я; Академії медичних наук України.

Але яким чином здійснюється управління функціонуванням закладів охорони здоров'я? Розглядаючи детальніше це питання, варто згадати про поділ усієї системи охорони здоров'я на три види: державну; комунальну; приватну.

До державної системи охорони здоров'я належать: Міністерство охорони здоров'я України, Академія медичних наук, які в межах своєї компетенції планують і здійснюють заходи з реалізації державної політики України, виконання програм у галузі охорони здоров'я та у сфері розвитку медичної науки. На сьогодні цим закладам не вистачає відкритості та

прозорості, належного висвітлення фінансування сфери охорони здоров'я, що призводить до корупційності місцевих органів.

До комунальної системи охорони здоров'я належать: місцеві органи управління охороною здоров'я, а також лікувально-профілактичні й науково-дослідні установи, фармацевтичні підприємства і організації, аптечні установи, освітні заклади комунальної власності. Зазначу, що в умовах більшої економічної самостійності регіонів та місцевих органів управління більша частина податків, що збираються на певних територіях, могла би йти на належне та повноцінне фінансування закладів охорони здоров'я, це також давало б можливість створити стійку технічну базу лікарень та інших закладів.

До приватної системи охорони здоров'я, що виникла виключно в умовах незалежності країни, належать: лікувально-профілактичні й аптечні установи, майно яких перебуває у приватній власності, а також особи, що займаються приватною медичною практикою і приватною фармацевтичною діяльністю. Важливим чинником, на який необхідно звернути увагу, є принципові відмінності між державними та комунальними лікувальними установами, з одного боку, і приватними – з іншого. Найбільш важливі з них формулюються у вигляді двох положень:

1. Призначення. Державні та комунальні лікувальні установи призначені для надання медичної допомоги громадянам за рахунок коштів, які дані установи отримують з бюджетів різних рівнів, інших не заборонених законом надходжень. В той же час приватні лікувальні установи призначені для отримання прибутку. Цей прибуток, як правило, отримується за рахунок надання якісної медичної допомоги. Висока якість необхідна для повноцінної конкуренції з безкоштовними державними і комунальними лікувальними установами.

2. Власність. Державні й комунальні лікувальні установи перебувають у власності держави та місцевих утворень, а приватні – в приватній власності.

Вивчаючи медичне право, як юристи, так і медичні працівники повинні знати, що відповідно до ст. 49 Конституції України держава надає безкоштовні медичні послуги всьому населенню. Але поряд із державними в Україні розвиваються і приватні заклади охорони здоров'я. Розвиваючи всі системи охорони здоров'я, держава сприяє здоровій конкуренції, що зрештою забезпечує реалізацію права громадян на вибір лікаря та лікувально-профілактичної установи.

Однак ми повинні чітко розуміти, що медична сфера України в умовах незалежності має активну тенденцію до зниження рівня обслуговування населення, зростання корупції, залучення до роботи в державних закладах охорони здоров'я некомпетентних працівників, переходу від державного безкоштовного до приватного медичного обслуговування, що тягне за собою величезні витрати, часто непідсильні для звичайного населення. З огляду на це вадою влади з цього приводу є її бездіяльність.

Хотілося б зауважити єдине: структура охорони здоров'я України вкрай недосконала. Хоча від 1992 року Україна і співпрацює з ВООЗ, це майже не впливає на підвищення рівня розвитку медицини. Додам, що поряд із законодавчою базою діють закони, створені штучно, а саме за ними і здійснюється охорона здоров'я. Тому наше завдання, як майбутнього медичної сфери України, – вносити корективи в застарілу систему, працювати плідно, дотримуючи всіх законодавчих засад, і створювати належні умови для ефективного та якісного обслуговування громадян України.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Вороненко, Ю. А. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Ю. А. Вороненко. – Львів, 2003.
2. Голяченко, О. М. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / О. М. Голяченко, А. М. Сердюк, О. О. Приходський // Джура – К., 1997. – 328 с.
3. Лебедів, А. М. Як бути здоровим в Україні / А. М. Лебедів. – Херсон: ХГТ, 2007. – 148 с.
4. Криштопа, Б. Г. Органи управління та керівництва охорони здоров'я у період української державності / Б. Г. Криштопа // Агапіт – 2000. – № 12.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНИХ ОБМЕЖЕНЬ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Галічева Н.О., доктор медичних наук, професор кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету

Якість життя визначають як інтегральну характеристику фізичного, психологічного і соціального функціонування людини, що ґрунтується на суб'єктивному сприйнятті: як ступінь задоволення людських потреб; як спроможність індивіда функціонувати у суспільстві відповідно до свого становища та отримувати задоволення від життя; як ступінь комфортності людини як у собі, так і в межах своєї спільноти [1]. Для дослідження якості життя застосовують дві групи методик. Методика включає у себе опитувальник, методику опитування та спосіб розрахунку коефіцієнта якості життя згідно з опитувальником. Перша група методик – це загальні методики, які оцінюють якість життя людини незалежно від її захворювання або стану. Друга група методик – специфічні методики, які відображають безпосередній вплив хвороби та її симптомів на якість життя пацієнта.

В останні десятиріччя науковці почали проводити дослідження якості життя у різних групах населення. Особливо це стосується до молодих людей, зокрема студентської молоді [2, 3, 4, 5, 6], яка складає особливу соціальну групу, об'єднану певними віковими ознаками, інтенсивною розумовою працею під час навчання, способом життя та ін. Для даного дослідження нами була розроблена й запропонована методика оцінювання якості життя, яка базується на рекомендаціях та вимогах ВООЗ щодо складових критеріїв цього поняття. Ми користувались анонімною анкетною («Анкета анонімного опроса студентів ХНМУ»), що складається з двох частин. У першій частині міститься загальна інформація про студента. У другій частині анкети подано

запитання, які розкривають сутність певних блоків обмежень. Анкета має блоки: фізичних та психологічних обмежень, рівня незалежності та сприйняття самого себе.

Метою даного дослідження було вивчення фізичних обмежень при дослідженні якості життя студентів-медиків. Методологія дослідження базувалась на системному підході та аналізі, а основними його методами стали:

бібліосемантичний – для вивчення світового досвіду стосовно досліджуваного питання; соціологічний – для вивчення та характеристики компонентів якості життя; статистичний – для збору, обробки та оцінки отриманої інформації

Загалом було опитано 297 респондентів – студентів 4 курсів медичних факультетів ХНМУ. Серед них 20,2 % чоловіків та 79,8 % жінок, що відображає гендерну структуру студентської молоді вищого медичного закладу. Серед опитаних у повних сім'ях (батько, мати) виховувались 76,4 %, в неповних (один із батьків) – 23,6 %. Лише 22 студенти (7,4 %) перебувають у шлюбі, 5 (1,7 %) – розлучені.

Мають хронічні захворювання 140 респондентів – 47,1 %. Із них по одному захворюванню – 77,9 %, по два – 20,7 %, більше двох – 1,4 %. Не мають захворювань 52,9 % респондентів. У структурі зареєстрованих захворювань перше та друге місця посіли відповідно захворювання органів дихання – 29,9% та захворювання травного тракту – 28,7 %, на третьому місці – захворювання серцево-судинної системи – 15,5 %. На неврологічні, гінекологічні та інші захворювання припадало від 6,3 до 10,4 %. Серед шкідливих звичок (паління та вживання алкоголю): із 297 респондентів палили 19,2 %, вживали алкоголь 19,9 % опитаних.

Фізичні обмеження досліджувались: 1) щодо можливості виконання фізичної роботи вдома – таких обмежень не мають 252 респонденти (84,8 %). У 45 опитаних такі обмеження пов'язані: з інвалідністю з дитинства – 3 особи, з різними травмами – 2, наявністю хронічного захворювання – 40; 2)

щодо необхідності відпочинку протягом робочого дня – таких обмежень не мають 23 респонденти (7,7 %). Решта 274 опитаних (92,2 %) скаржились на сильну втомлюваність до кінця робочого дня, роздратованість, головні болі, неурівноважений характер та інше, і це негативно впливали на їхнє здоров'я.

Важливим фактором впливу на фізичний стан людини є сон. Не скаржився на проблеми зі сном 131 (44,1 %) з опитаних. Проблеми зі сном мали більше половини респондентів – 166 (55,9 %). Вони скаржились на безсоння, слабкість, втомлюваність, нервозність. Аналіз загальної кількості скарг (тобто скільки разів називалася та чи інша скарга показав, що перше місце серед них посідає загальна втома наприкінці робочого дня – її респонденти позначили 118 разів (35,7 %), на другому місці опинилося безсоння – 88 разів (26,7 %), на третьому – нервозність – 72 рази (21,9 %), на четвертому – слабкість – 52 рази (15,7 %).

Не має обмежень у заняттях фізкультурою та спортом у зв'язку зі станом здоров'я 231 студент (77,8 %), а 66 опитаних (22,2 %) відповіли, що мають такі обмеження, серед яких наявність хронічного захворювання, часті респіраторні захворювання, фізичні дефекти.

Для характеристики фізичної сфери респондентів важливо знати, як часто й швидко вони піддаються втомі. За нашими даними, з 297 опитаних не відчують втомлюваності лише 43 (14,5 %), а відчують – 254 (85,5%). Були названі такі її причини: перебування у ВНЗ більше восьми годин (з 8⁰⁰ до 17⁰⁰), велике навчальне навантаження, брак часу для відпочинку, недотримання режиму дня та здорового способу життя.

Фізичну сферу характеризує також такий фактор, як відчуття болю упродовж життя. З 297 респондентів тільки 70 (23,6 %) не скаржились на це, решта – 227 (76,4 %) підтвердили відчуття фізичного болю. Серед причин болю були: захворювання, спортивні навантаження, травми, переломи, кліматичні умови.

Отже, нами була проаналізована фізична сфера по найбільш значущих її складових, які негативно впливали на здоров'я студентів.

Необхідно зазначити, що на відсутність відпочинку упродовж робочого дня вказало 92,2 % респондентів, проблеми зі сном мали 55,9 % опитаних, на обмеження в заняттях фізкультурою і спортом через стан здоров'я скаржилось тільки 22,2 % опитаних; часто й швидко втомлюються внаслідок тривалого перебування в університеті, великого учбового навантаження – 85,5 %; наявність відчуття фізичного болю протягом життя засвідчило 76,4 % респондентів.

Отримані дані дозволяють визначити реальні резерви для корекції показника якості життя у студентів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Пономаренко, В. М. Методичні підходи до вивчення якості життя населення у взаємозв'язку зі станом здоров'я / В. М. Пономаренко, Г. Л. Апанасенко, Н. І. Чебаненко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2002. – № 2. – С.74-77.
2. Качествожизнистудентов-медиков и клиническихординаторов / Г. А. Зелезинская, П. Н. Коренько, М. А. Кравченко, А. И. Саллум. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=649:&catid=53:s-42006&Itemid=52.
3. Курка, Я. В. Аналіз параметрів якості життя студентів різних спеціальностей / Тернопільський національний технічний університет ім. Івана Пулюя / Я. В. Курка // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання та спорту. – 2012. – № 3 – С. 68–70.
4. Папулова, М. А. Оценка качества жизни студентов-медиков [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://nomus.ucoz.net/forum/12-54-1>.
5. Тулайдан, В. Порівняльна характеристика якості життя студентів різних спеціальностей // Молода спортивна наука України. – 2010. – Т. 2. – С. 253–258.
6. Оринчук, В. А. Педагогические условия формирования качества жизни студентов : диссертация ... кандидата педагогических наук : 13.00.01 / Оринчук Вячеслав Анатольевич; [Место защиты: Нижегород. гос. архитектур.-строит. ун-т].- Нижний Новгород, 2009. - 200 с.: ил. РГБ ОД, 61 09-13/888.

ОСНОВНІ ОБМЕЖЕННЯ У ПОВСЯКДЕННОМУ ЖИТТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ НА РАК ЛЕГЕНІВ

Зінчук А.М., асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету;

Зінчук О.Г., викладач внутрішньої медицини Харківського базового медичного коледжу №1;

Уразова Л.Ф., студентка 3 курсу II медичного факультету Харківського національного медичного університету

Рак легенів – група злоякісних пухлин легенів, що виникають з клітин, які вистилають бронхи або легені. Для цих пухлин є характерним швидкий ріст і раннє метастазування.

Чоловіки страждають на рак легенів у 7–10 разів частіше за жінок, причому захворюваність підвищується пропорційно до віку. У чоловіків віком 60–69 років рівень захворюваності в 60 разів вищий, ніж у 30–39-річних.

Рак легенів є одним з найчастіших онкологічних захворювань, яке має високі показники смертності. Тому головним завданням численних заходів має бути забезпечення адекватного контролю за перебігом хвороби. З одного боку, це намагання максимально збільшити тривалість життя кожного хворого шляхом запобігання невідкладним станам та розвитку ускладнень, а з іншого, – це забезпечення можливості активного життя та покращення його якості. Клінічні прояви хвороби істотно впливають на якість життя пацієнта, обумовлюють значні обмеження у різних сферах не тільки його життєдіяльності, але і його родини, а також оточення.

Останнім часом питанням якості життя приділяється значна увага. Існує багато тлумачень поняття «якість життя», але одним з найбільш поширених є таке: це суб'єктивна оцінка хворим свого фізичного, психологічного та соціального функціонування. Воно відображає особливості сприйняття хворим світу, його ставлення до свого здоров'я та

дозволяє визначити стан «оптимального здоров'я» на погляд самого хворого [1; 3; 5].

Якість життя має досліджуватися як критерій оцінювання активності роботи закладів охорони здоров'я з надання медичної допомоги населенню, яке має онкологічні захворювання, результативності різних медичних та соціальних програм. Дослідження якості життя у динаміці важливе для розроблення планів диспансерного спостереження щодо конкретного пацієнта, для прогнозування розвитку захворювання та задля оптимізації якості медичної допомоги [2; 4].

Метою нашого дослідження було визначення рівня якості життя пацієнтів із захворюванням на рак легенів за основними критеріями оцінювання. Нами були обстежені 233 пацієнти, що мають верифікований діагноз «рак легенів», які мешкають у Харківській області та м. Харкові. Попередньо всіх пацієнтів було поінформовано щодо участі у дослідженні та отримано їхню інформаційну згоду. Вивчення якості життя проводилося за авторською методикою анкетованого опитування із застосуванням адаптованого опитувальника. Під час дослідження обмежень життєдіяльності пацієнтів їх було розподілено на п'ять блоків: фізичні обмеження, обмеження у харчуванні, психологічній та духовній сферах, у суспільному та повсякденному житті.

За результатами наших досліджень середнє значення показника якості життя серед хворих на рак легенів складає $60,9 \% \pm 0,72$. Для детальнішого аналізу блоків обмежень, які впливають на якість життя хворих на рак легенів, розраховано додатковий коефіцієнт регресії (Δ -коефіцієнт регресії, дозволяє визначити частку впливу кожного блоку обмежень в сумарному впливі блоків, що були включені у математичну модель).

При аналізі якості життя пацієнтів із захворюванням на рак легенів ми визначили значущі блоки, і вони розташувалися у певній послідовності: на першому місці опинилися фізичні обмеження, на другому – обмеження у духовно-психологічній сфері, на третьому – обмеження у суспільному житті,

на четвертому – обмеження у повсякденному житті і на п'ятому місці – обмеження у харчуванні. Отримані дані дозволили визначити найважливіші блоки обмежень, які значно впливають на якість життя пацієнтів та проаналізувати їх детально (див. табл.).

**Вплив блоків обмежень на якість життя пацієнтів
із захворюванням на рак легенів (R_{xy})**

Обмеження:	фізичні	харчування	духовно-психологічна сфера	суспільне життя	повсякденне життя
$R_{xy} \pm m_{xy}$	-5,81±0,2	-2,28±0,19	-4,68±0,18	-4,52±0,2	-3,24±0,21
Δ -коefficient	0,327	0,1007	0,2105	0,2014	0,1604

Детально аналізуючи вищезазначені блоки обмежень, ми виявили основні обмеження кожного блоку, які мають значний вплив на показник якості життя пацієнтів із захворюванням на рак легенів. Найбільші обмеження знаходять прояви у швидкому стомлюванні (25,4±6,2, Δ -коefficient 0,231), необхідності відпочинку протягом дня (25,2±4,1, Δ -коefficient 0,226) та проблемах зі сном (24,1±4,2, Δ -коefficient 0,204), занепокоєності своєю хворобою (-0,43±0,122, Δ -коefficient 0,306), страху за своє здоров'я у майбутньому (0,35±0,12, Δ -коefficient 0,236), частих нападах поганого настрою (-0,3±0,113, Δ -коefficient 0,171) тощо.

Ці складові є найбільш вагомими та впливовими на якість життя пацієнтів. Вони не тільки відображають внутрішній психологічний стан хворого на рак легенів, але й вказують напрями роботи лікарів та працівників соціальних підрозділів, що беруть участь у лікуванні й реабілітації таких хворих.

Аналізуючи отримані дані, можна зазначити, що таке захворювання, як рак легенів, окрім своєї руйнівної дії на організм хворого та клінічних проявів захворювання, спричиняє негаразди не тільки самому хворому, але й його родині, створює обмеження у житті та діяльності пацієнта. Тому при

обранні тактики лікування хворого, окрім уніфікованих протоколів лікування, необхідно також керуватися рівнем якості життя пацієнта і планувати заходи щодо його покращення.

У подальшому вивчення якості життя пацієнтів, що мають захворювання на рак легенів, сприятиме обґрунтуванню оптимізованої моделі раннього виявлення раку легенів серед населення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Асанова, А. А. Качество жизни, связанное со здоровьем больных депрессивными расстройствами / А. А. Асанова // Вестник психиатрии и психофармакотерапии. – 2008. – № 2 (14). – С. 82–85.
2. Новик, А. А., Ионова, Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Учебное пособие для ВУЗов / А. А. Новик, Т. И. Ионова / Под ред. акад. РАМН Шевченко Ю.Л. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 194 с.
3. Диагностика здоровья: психологический практикум / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2007. – С. 454–484.
4. Алеева, Г. Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / Г. Н. Алеева, М. Э. Гурылева, М. В. Журавлева // Российский медицинский журнал. – 2006. – № 2. – С. 1–4.
5. Вассерман, Л. И. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2006. – № 4. – С. 12-15.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

Олексюк О. Б., асистент кафедри організації та управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Здоров'ю дітей та забезпеченню умов для їх всебічного розвитку надається важливе значення у програмі ЄРБ ВООЗ «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті», а в Україні пріоритетність збереження здоров'я підростаючого покоління закріплена Законом України «Про Загальнодержавну програму "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" на період до 2016 року» [1; 2]. Важливим критерієм оцінки здоров'я дітей є показники захворюваності (вперше виявлені хвороби). Вивчення тенденцій захворюваності серед дітей та закономірностей змін цих показників є

важливою складовою планування стратегічних напрямів розвитку, як галузі охорони здоров'я, так і держави в цілому [3-5].

Метою роботи є аналіз рівнів та структури захворюваності дітей (0-17 років) Львівської області у 2013 році залежно від статі.

Методи. Дані про захворюваність дітей Львівської області отримано із статистичної форми МОЗ України № 12. Нами були обчислені показники захворюваності (кількість вперше зареєстрованих випадків даної хвороби у 2013 році) окремо на 1 тис. хлопців та дівчат – жителів Львівської області. Відносний ризик ($RR_{хл/д}$) – частка від ділення відповідного показника захворюваності у хлопців на аналогічний показник серед дівчат. Значущість показників відносного ризику оцінювалась за допомогою показника *p*.

Результати дослідження та їх обговорення. У 2013 році показник захворюваності дівчат Львівської області (1464,01‰) на 7,94% перевищував аналогічний показник у хлопців (1356,31‰) (табл. 1). Як у хлопців, так і у дівчат найвищі рівні захворюваності були зареєстровані з приводу хвороб

Таблиця 1. Показники захворюваності хлопців та дівчат Львівської області в 2013 р. за класами хвороб (на 1 тис. дітей даної статі)

Найменування класів хвороб за МКХ-10	Хлопці ‰	Дівчата ‰	Відносний ризик ($RR_{хл/д}$)
Інфекційні та паразитарні хвороби	35,06	41,13	0,85***
Новоутворення	4,11	3,45	1,30***
Хвороби крові та кровотворних органів	11,12	13,70	0,81***
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	13,42	20,65	0,65***
Розлади психіки і поведінки	8,54	4,08	2,09**
Хвороби нервової системи	15,97	15,65	1,02
Хвороби ока та придаткового апарату	44,74	50,71	0,88***
Хвороби вуха і соскоподібного відростка	50,05	54,09	0,93***
Хвороби системи кровообігу	6,11	4,53	1,35***
Хвороби органів дихання	952,36	1022,21	0,93***
Хвороби органів травлення	50,09	56,68	0,88***
Хвороби шкіри і підшкірної клітковини	63,68	71,30	0,89***
Хвороби кістково-м'язової системи	32,52	29,08	1,12***
Хвороби сечостатевої системи	22,08	43,07	0,50***
Ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду	0	0,73	
Окремі стани перинатального періоду	5,41	4,65	1,16*
Вроджені аномалії	3,90	4,15	0,94

Симптоми, ознаки	0,25	0,15	1,70
Травми та отруєння	36,50	24,01	1,52***
Усі хвороби	1356,31	1464,01	

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

дихання (відповідно 952,36‰ та 1022,21‰). На хвороби цього класу припадало 70,22% усіх зареєстрованих випадків захворювань за рік у хлопців та 69,82% у дівчат. Друге місце займали хвороби шкіри та підшкірної клітковини (відповідно 63,68‰ та 4,69% у хлопців; 71,30‰ та 4,87% у дівчат), третє – хвороби органів травлення (відповідно 50,09‰ та 3,69% у хлопців; 56,68‰ та 3,87% у дівчат), четверте – хвороби вуха та сосковидного відростка (відповідно 50,05‰ та 3,69% у хлопців; 54,09‰ та 3,69% у дівчат). Разом перераховані вище класи хвороб склали 82,30% усіх вперше зареєстрованих випадків хвороб серед хлопців та 82,26% серед дівчат області.

Як видно із даних табл. 1, серед дівчат значуще ($p < 0,001$) частіше, ніж серед хлопців, реєструвались первинні випадки хвороб, які належали до дев'яти класів МКХ-10, в тому числі до провідних класів хвороб, які займали перші чотири місця в структурі захворюваності як у хлопців, так і у дівчат, а саме хвороб: органів дихання ($RR_{хл/д}$ становив 0,93), шкіри та підшкірної клітковини (0,89), органів травлення (0,88), вуха та сосковидного відростка (0,93). Показники захворюваності з приводу хвороб: сечостатевої системи ($RR_{хл/д}$ становив 0,50), ендокринних, розладів харчування та порушення обміну речовин (0,65), крові та кровотворних органів (0,81), інфекційних та паразитарних (0,85), ока та придаткового апарату (0,88) також були вищими у дівчат, ніж у хлопців.

У хлопців, у порівнянні із дівчатами, були значуще вищі показники захворюваності у зв'язку із новоутвореннями (1,30), розладами психіки та поведінки (2,09), травмами та отруєннями (1,52), перинатальними причинами (1,16), хворобами системи кровообігу (1,35) та кістково-м'язової системи (1,12).

Висновки. 1. Рівні захворюваності дівчат Львівської області в 2013 році перевищували відповідні показники серед хлопців як з приводу всіх вперше зареєстрованих захворювань, так і у зв'язку з показниками захворюваності хворобами органів дихання, на які припадало 70,22% усіх хвороб у хлопців та 69,82% у дівчат. 2. Одним із резервів зниження дитячої та підліткової захворюваності є структурна перебудова системи надання медичної допомоги на користь первинної ланки, переорієнтація її роботи на профілактику захворювань у сім'ї, загартування дітей, активізацію пропаганди здорового способу життя.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region // European health for all series, WHO. – 1999. – Vol. , № 6.
2. Закон України «Про Загальнодержавну програму "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" на період до 2016 року». – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1065> –17.
3. Моїсеєнко, Р. О. Аналіз та тенденції захворюваності дитячого населення України / Р. О. Моїсеєнко, Я. І. Соколовська, Т. К. Кульчицька, Т. М. Бухановська // Современная педиатрия. – 2010. – №3 (31). – С.13–17.
4. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава» / за ред. О. В. Аніщенко. – К. : МОЗ України, 2011. – 104 с.
5. Корицький, Г. І. Частота та структура захворюваності дітей у Тернопільській області та шляхи її зниження / Г. І. Корицький // Ліки України. – 2012. – №3–4 (1). – С.4–7.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН СПЕЦИАЛИСТАМ В ОБЛАСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Подригало Л.В., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гигиены и физиологии человека Харьковской государственной академии физической культуры, доктор биологических наук;

Клименко А.И., профессор кафедры гигиены и физиологии человека Харьковской государственной академии физической культуры, кандидат биологических наук;

Толстоплет Е.В., доцент кафедры гигиены и физиологии человека Харьковской государственной академии физической культуры, кандидат биологических наук;

Ровная О.А., доцент кафедры гигиены и физиологии человека Харьковской государственной академии физической культуры.

Ситуация, сложившаяся в Украине, обуславливает необходимость перестройки высшего образования в области физической культуры и спорта с учетом изменений здоровья населения Украины. В настоящее время имеет место негативная динамика всех критериев, характеризующих здоровье [1, с. 437-449]. К ее основным проявлениям относятся: ухудшение уровня физического развития; возрастание удельного веса лиц с дисгармоничным развитием; снижение функционального состояния, проявляющегося уменьшением уровня умственной и физической работоспособности; нарушение сопротивляемости, приводящее к повышению восприимчивости к возбудителям различных заболеваний. Подтверждено изменение структуры здоровья за счет сокращения числа здоровых с параллельным возрастанием удельного веса лиц, страдающих хроническими заболеваниями и/или имеющих так называемые донозологические состояния [2, с. 3-8].

Предлагаемая в настоящее время Всемирной организацией здравоохранения концепция «Health prevention» требует подготовки и переподготовки специалистов, деятельность которых направлена на оптимизацию здоровья различных групп населения, профилактику нарушений, обеспечение оздоровительного, превентивного или реабилитационного воздействия [3, с. 11-12]. Для этого подготовка в высшей школе должна сочетать в себе как медико-биологическую, так и физкультурно-оздоровительную направленность, что принципиально отличает ее от подготовки специалистов медицинского профиля. В рассматриваемом контексте это означает подготовку специалистов, деятельность которых направлена на оптимизацию образа жизни лиц с различным уровнем здоровья, для чего они должны иметь необходимую квалификацию [4, с. 6-9].

Для выполнения поставленных задач были внесены изменения в процесс подготовки путем создания блоков и определенной формализации преподавания. Это дает возможность обучить будущего специалиста алгоритму действий в большинстве случаев, встречающихся в его практической деятельности. Так, согласно основным требованиям кредитно-модульной системы, используется блочный вариант преподавания, предусматривающий следующие части:

- информационный блок (ИБ);
- тестово-информационный блок (ТИБ) – проверка усвоенного материала;
- коррекционно-информационный блок (КИБ), предполагающий дополнительное обучение в случае неверного ответа;
- проблемный блок (ПБ) – решение ситуационных задач на основе полученных знаний.

Определенной перестройке подверглась такая форма обучения, как лекция, составляющая основу ИБ. В условиях крайней недостаточности учебно-методических материалов она остается практически единственным источником информации для студента. Применение на лекциях мультимедийных проекторов и презентаций, созданных в программе Power Point, позволяет объединить основные виды преподавания (вербальный, наглядный и аудиовизуальный), существенно повысить объективность предоставления информации, обеспечить оптимальное восприятие и усвоение материала. Кроме того, лектор может дополнять учебный материал результатами современных научных исследований, иллюстрировать теоретические положения разнообразными примерами и т.п.

В процессе преподавания физиологических и гигиенических дисциплин широко используется учебно-методическая литература на электронных носителях. Сейчас на кафедре есть электронные учебники, пособия, научная и методическая литература, банки тестовых и ситуационных заданий, дублированных на бумажных носителях. Таким образом, студенты имеют

свободный доступ к необходимой учебно-методической и научно-методической информации с возможностью выбора вида ее предоставления. Это обеспечивает возможность полноценной самостоятельной работы, позволяет внедрять в практику положение кредитно-модульной системы о разных уровнях освоения дисциплины, когда объем полученных знаний варьирует от минимального (использование материала лекций и практических занятий) до максимального, с использованием дополнительной литературы.

Реализация ТИБ направлена на контроль теоретических знаний и закрепление практических навыков и умений студентов, осуществляемый с помощью тестов, разработанных по каждой теме и объединенных в банк тестовых заданий. Средняя емкость банка каждой дисциплины составляет 400–500 заданий, что соответствует требованиям кредитно-модульной системы. Кроме того, в учебном процессе используются именно А-тесты, имеющие лишь один правильный ответ из четырех-пяти предлагаемых, что в определенном смысле облегчает работу студентам.

В учебном процессе широко используется решение ситуационных задач, отражающее ПБ. Данная форма позволяет объективно оценивать уровень знаний и усваивать алгоритм действий в разнообразных ситуациях. Разработанные задачи являются практически ориентированными, их характерной чертой является комплексность, требующая умений выполнять действия без помощи материальных носителей информации. Внедрение стандартизованных средств диагностики качества высшего образования требует от студентов и теоретических знаний, и владения алгоритмом решения задач. Решение ситуационных задач дает студенту возможность не только проявить теоретические знания, но также и продемонстрировать владение практическими навыками, доказать свои качества организатора, выступить координатором решения проблем.

Таким образом, изучение физиологических и гигиенических дисциплин направленности существенно расширяет возможности будущего специалиста

в области физической культуры и спорта, предоставляя студентам возможность управления здоровьем. То есть, в результате изучения указанных дисциплин закладывается фундамент подготовки специалиста в области оздоровления и реабилитации. Значение этого достаточно важно с точки зрения использования специалистов на рынке труда, но и как дополнительный фактор оптимизации здоровья населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сердюк, А. М. Медична екологія і проблеми здоров'я дітей / А. М. Сердюк // Журнал АМН України. – 2001. – Т. 7. – № 3. – С. 437-449.
2. Подригало, Л. В. Донозологические состояния у детей, подростков и молодежи: диагностика, прогноз и гигиеническая коррекция / Л. В. Подригало, Г. Н. Даниленко – К.: Генеза, 2014. – 200 с.
3. Бердник, О. В. Сприяння здоров'ю – сучасний напрямок медико-профілактичного забезпечення населення / О. В. Бердник // Якість життя як критерій оцінки здоров'я дітей і підлітків. – Харків, 2011. – С.11-12.
4. Ажиппо, А. Ю. Оптимизация подготовки специалистов по физической культуре и спорту в связи с особенностями здоровья населения Украины / А. Ю. Ажиппо, Л. В. Подригало // Проблемы физической культуры населения, проживающего в условиях неблагоприятных факторов окружающей среды. – Гомель : ГГУ им. Ф. Скорины, 2013. – Ч.1. – С. 6-9.

**НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА,
ПРОХОДИВШИХ СТАЦИОНАРНУЮ ВОЕННУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
В ЮЖНО-ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РФ
(НА ПРИМЕРЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Тарханов В.С., заместитель главного врача по лечебной работе ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» МЗ АО, г. Астрахань, Россия;

Егорочкина Ю.В., заведующая соматогериатрическим отделением ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» МЗ АО, г. Астрахань, Россия;

Самосудов И.В., заведующий отделением военно-врачебной экспертизы ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» МЗ АО, г. Астрахань, Россия

Нозологическая структура психических расстройств у призывников Астраханской области, находившихся на обследовании в отделении военно-врачебной экспертизы ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» МЗ АО в 2013 году, представлена следующим образом: отсутствие психических расстройств (с включением случаев острых психогенных реакций, закончившихся исходом в выздоровление) выявлено у 11 % подэкспертных, акцентуации характера – у 9 %, пограничная умственная отсталость – у 7,5 %, расстройства личности составляют – 16,4 %, умственная отсталость – 28,7 %, органические психические расстройства – 40,4 %, эндогенные психические расстройства – 1 %; иные психические расстройства, не относящиеся к предыдущим группам психических расстройств, – 2,1 % (включают в себя заикание различной степени, расстройства невротического уровня, неорганический энурез). Психические расстройства представлены в расписании болезней и ТДТ следующими статьями:

Статья 14 предусматривает психозы, другие психические расстройства, изменения личности и поведения, обусловленные повреждением и

дисфункцией головного мозга. Факт лечения (обращения) по поводу травм, нейроинфекции, органических заболеваний и поражений головного мозга подтверждается медицинскими документами. Данная патология соответствует шифру F-06, F-07 МКБ 10, чаще всего включает: «Органическое расстройство личности», «Органическое эмоционально-лабильное расстройство» и «Органическое непсихотическое расстройство».

Статью 15 наиболее часто представляет шифр F-20 и F-21, включает в себя расстройства шизофренического и шизофреноподобного спектров.

Статья 16 предусматривает психозы и другие психические расстройства вследствие общих инфекций, интоксикаций (кроме вызванных употреблением психоактивных веществ), соматических заболеваний различного генеза, ВИЧ-инфекции, других причин. Данная статья в нашей практике практически не используется, по всей видимости, из-за сложности установления причинно-следственных связей между этиофактором и клиническими проявлениями расстройств.

Статья 17 диагностируется в данном возрасте крайне редко, представлена «Ипохондрическим расстройством» и «Расстройствами адаптации».

Статья 18 предусматривает расстройства личности. В число экспертных решений, вынесенных с диагнозом «Расстройство личности», входят и заключения «Парциальное расстройство личности». Однако, некоторые формы психопатий в молодом возрасте (18 – 24 года) носят временный характер, но проявляются в этом возрасте наиболее ярко: в поперечнике диагноз психопатии не вызывает сомнений, в длиннике не подтверждается жизнью, то есть речь идет о возможности регрессивной динамики личностных расстройств [1, с. 20].

Статья 19 предусматривает психические расстройства, являющиеся следствием употребления одного или нескольких психоактивных веществ. Данная патология верифицируется врачами-наркологами, поэтому в психиатрический стационар они попадают лишь изредка, когда болезнь

патологической зависимости является частью комплексного психического заболевания.

К заболеваниям, предусмотренным статьей 20, относятся подразделы F-70, F-71, F-72, F-79. При установлении диагноза определяющее значение имеют клинические диагностические критерии в сочетании с результатами экспериментально-психологического исследования мышления и интеллекта (коэффициент умственного развития в диапазоне 50–69 по результатам полного психометрического исследования интеллекта по Д. Векслеру) [2, с. 9].

Данные по нозологической структуре психических расстройств призывников приведены в таблице, где РО – Ростовская область, ВО – Волгоградская область, КК – Краснодарский край, РК – Республика Калмыкия, РА – Республика Адыгея, АО – Астраханская область

	РО	ВО	КК	РК	РА	АО
Органические психические расстройства (ст.14)	2,60%	2,14%	4,92%	0,17%	3,29%	8,34%
Эндогенные психозы – шизофрения, шизотипические расстройства, хронические бредовые расстройства и аффективные психозы (ст.15)	0,98%	0,62%	0,30%	0,35%	0,27%	0,54%
Симптоматические и другие психические расстройства экзогенной этиологии (ст.16)	0,04%	0,02%	0,13%	0%	0%	0%
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (ст.17)	0,19%	0,19	0,24%	0,35%	0,27%	0,%
Расстройства личности (ст.18)	4,89%	0,75%	2,48%	1,05%	2,04%	5,68%
Психические						

расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ (ст.19)	0,42%	0,25%	0,15%	0%	0%	0,77%
Умственная отсталость (ст.20)	5,14%	5,04%	5,09%	8,22%	5,69%	3,16%
Итого	14,26%	9,01%	13,31%	10,14%	11,56%	18,49%

Как видим, лидирующее место по эндогенным психозам занимает Ростовская область, по симптоматическим психическим расстройствам экзогенной этиологии – Краснодарский край, по невротическим расстройствам, связанным со стрессом – Республика Калмыкия, по умственной отсталости – Республика Калмыкия. На первый план в нозологической структуре психических расстройств у призывников Астраханской области, в сравнении с другими субъектами ЮФО, выступают: органические психические расстройства, расстройства личности, а также психические расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Вероятнее всего это связано с более углубленным изучением медицинских карт амбулаторного больного из детских поликлиник, фактов нахождения на диспансерном учете. Кроме того, имеет место увеличение перинатальной патологии и ранних постнатальных вредностей, естественно ведущих к морфологическим изменениям в ЦНС, порой даже на микроскопическом уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Литвинцев, С. В. Расстройства личности в практике военно-врачебной экспертизы / С. В. Литвинцев / Под редакцией В. В. Куликова. – Москва, 1999. – 32 с.
2. Сухотина, Н. К. Диагностика и военно-врачебная экспертиза умственно отсталых / Н. К. Сухотина / Под редакцией В. В. Куликова. – Москва, 2002. – 45 с.

СЕКЦІЯ 4. СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ТА ДУХОВНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я

ФІЛОСОФСЬКО-АКСІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

*Гончаренко Л.О., кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії
Харківського національного медичного університету*

*„Здоров'я так переважає всі
інші блага життя, що насправді
здоровий жебрак щасливіший за
хворого короля”.*

Артур Шопенгауер, німецький філософ 19 ст.

Здоров'я людини як багатоаспектне поняття міждисциплінарного характеру віддзеркалює одну із принципових характеристик людського існування. Здоров'я належить до вищих цінностей поряд із життям та свободою, а тому ця тема універсальна, її **аксіологічна актуальність** не може бути вичерпана. Без філософської та аксіологічної інтерпретації поняття «здоров'я» неможливе адекватне розуміння як ціннісних орієнтацій медицини, яка повинна забезпечувати людей власним служінням, максимально комфортно можливими й прийнятними формами життя людини, так і ціннісних орієнтацій самих людей [1; 2].

У сучасних дослідженнях з філософії, біології, деонтології, медицини наведено чимало визначень поняття «здоров'я». У преамбулі статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) ще в 1946 р. дано визначення цього поняття, яке дотепер є актуальним: здоров'я – це стан повного фізичного, духовного й соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад [3].

Дослідник В.Д. Жирнов визначає здоров'я як «стан цілеспрямованої життєдіяльності, що відтворює психофізіологічну потребу в добровільній напрузі» [4, с. 41]. Таке визначення, на наш погляд, характеризує здоров'я як родовий атрибут діяльності людини.

Оскільки предметом нашого інтересу виступає аксіологічний аспект здоров'я, необхідно звернути увагу на визначення, дане І.О. Гундаровим: «Здоров'я – це здатність: а) дожити до необхідного віку; б) бути досить задоволеним собою у фізичному, духовному й соціальному аспектах; в) адекватно відповідати потребам родини й суспільства» [5, с. 158].

До поняття «здоров'я» обов'язковим критерієм повинна входити можливість повноцінної трудової й суспільної діяльності. Отже, у контексті взаємодії аксіологічного та поведінкового аспектів, здоров'я у філософсько-аксіологічному плані Ю. С. Хоменко визначає як життєспроможність людини дотримуватися здорового способу життя [6, с. 61]. Однак у такого визначення є і свої заперечення. Сьогодні відкриваються широкі можливості для людини бути господарем свого здоров'я, які, однак, можуть обернутися на свою протилежність, коли турбота про власне здоров'я поневолює людину. Теза «здоров'я для людини» перетворюється на тезу «людина для здоров'я» [7, с. 83]. Кожна особистість має власні соціальні цінності й поняття про здоров'я, які можуть розходитися із загальновизнаними. Їх трансформація, своєю чергою, спричиняє утворення індивідуальної, адаптованої до даної людини, концепції здоров'я. Саме на цьому етапі спостерігається розбіжність соціальної норми здоров'я та індивідуального ідеалу здоров'я. Для особистості здоров'я – це не тільки й не стільки ефективно діяти в соціальному плані, скільки повноцінно реалізувати себе в плані особистісного. Ось чому ідеал здоров'я виступає пріоритетним для людини і означає такий стан, що дозволяє почуватися людиною, бути в гармонії із самим собою. Правила гри й стереотипи поведінки в сучасному соціумі зводять необхідність підтримання належної фізичної форми в ранг імперативу. Рівень самоконтролю й самореалізації людини в суспільстві

такий, що всяка хвороба сприймається як її власна провина, оскільки сама вона не була досить рішучою і послідовною у дотриманні здорового способу життя: «...людина, що приймає рішення, повинна сама платити за ризики, на які вона йде» [8, с. 59].

Аксіологічна значущість здоров'я конкретного індивіда не може й не повинна бути тільки його надбанням і власністю, оскільки має кілька рівнів значущості: для суспільства; для корпорації; для самої людини; для її родини. У цьому сенсі ми можемо говорити про соціальну благонадійність/неблагонадійність людини. Здоров'я, іншими словами, може бути настільки значущою цінністю, щоб диктувати цілі, наміри й дії як окремих людей, так і соціальних інститутів, аж до суспільства загалом» [7, с. 63].

Активне використання можливостей здоров'я людини залежить від правильного вибору пріоритетів: сприйняття здоров'я як мети веде до експлуатації здоров'я в ім'я певних цілей, а сприйняття здоров'я як засобу припускає дбайливе ставлення до здоров'я й досягнення благополуччя. Такий погляд спонукає людину ставитися до власного здоров'я з аксіологічних позицій: «здоров'я – це не те, коли лікуєшся й видужуєш, а коли не занедужуєш». Але ж, як наголошував академік М.М. Амосов, про своє здоров'я в нашій країні піклуються всього лише 1-2 % людей [9].

Для суспільства цінність здоров'я конкретного індивіда виражається в його професійній придатності (трудові ресурси) і соціальній активності, завдяки чому розвивається країна. Користь позитивного індивідуального здоров'я *для корпорації*, виробничу сферу якої людина представляє, проявляється у взаємовигідній професійній належності та рівні її професіоналізму. Позитивне значення якості індивідуального здоров'я *для самої особистості та її родини* полягає в наповненні життя новим сенсом, є ресурсом для задоволення кар'єрних прагнень, формує стиль життєдіяльності.

Людина, яка вважає здоров'я за цінність, але не повною мірою усвідомлює яких практичних дій слід уникати, повинна виробити своєрідну власну модель здоров'я й дотримуватися її все життя. Першочерговими позиціями такої моделі можуть бути такі: визначення ставлення людини до власного тіла; особистісне розуміння сутності здоров'я та цілей його збереження; знання законів функціонування організму й ступеня вольової регуляції та дотримання принципів життя; індивідуальне сприймання хвороб (ступінь розвитку мотиваційних та інтелектуальних здатностей щодо пошуку виходу з кризової ситуації).

Здоров'я як цінність має абсолютну значущість, тому що зберігає свою вагомість упродовж життєвого циклу людини і протягом існування всього людства. Це, у свою чергу, актуалізує необхідність формування в суспільстві та в конкретній людині гуманістичного вектора мотивації на загальнолюдські цінності, на повагу до себе та оточення. Вкрай необхідне впровадження в життя кожної людини оздоровчої концепції як необхідної основи для побудови повноцінного життя.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Апанасенко, Г. Л. Охрана здоровья здоровых: постановка проблемы в Украине и России [Текст] / Г. Л. Апанасенко // Український медичний часопис. – 2009. – № 4(72). – С. 122-124.
2. Журавлева, И. В. Отношение к здоровью индивида и общества [Текст] / И. В. Журавлева – Ин-т социологии РАН. – М.: Наука, 2006. – 238 с.
3. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения [Текст] / <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>
4. Жирнов, В. Д. Здоровье как антропологическая проблема [Текст] / В. Д. Жирнов // Человек. – 2002. – № 6. – С. 32-41.
5. Гундаров, И. А. Закон духовной детерминации здоровья [Текст] / И. А. Гундаров // Философия здоровья. – М.: ИФ РАН, 2001. – С. 158-174.
6. Хоменко, Ю. С. Здоров'я як цінність людини та складова культури [Текст] / Ю. С. Хоменко // Грані. – 2011. – № 4 (78). – С. 60-62.
7. Юдин, Б. Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания [Текст] / Б. Г. Юдин // Философия здоровья. – М.: ИФ РАН, 2001. – С. 61-85.
8. Бауман, З. Индивидуализированное общество [Текст] / З. Бауман / Пер. с англ. под ред. В.Л. Иноземцева. – М.: Логос, 2005. – 390 с.
9. Амосов, Н. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья [Текст] / Н. М. Амосов. – М.: «Издательство АСТ»; Донецк: «Сталкер», 2002. – 590 с.

IRRITABILITY AND ITS INFLUENCE ON THE EMOTIONAL HEALTH OF INDIVIDUAL

*Martynenko N., Ph.d. in History, lecturer of Social Sciences department
Kharkiv National Medical University*

Contemporary period is full of challenges for the development of human being. We have to remember that modern mankind is going through the process of mutation. Mutation occupies physical, emotional and spiritual “bodies” of human being. Mutation of spiritual and emotional “bodies” of human being includes the compulsory following moral laws and principles. We have to take care about people around us, and we should not forget about ourselves. We should be pure both in deeds and thoughts. We should not hate anybody or anything (hatred is drying a soul) as a result we will get the chance to feel the gracious. We should be humble and follow God’s will doing everything for realization of our mission on the Earth. It is necessary to refuse from negative emotions, because they lead us for unhappy life.

Our feelings reflect the surrounding energies. We are like a mirror of them. But we are mentally developed mirror with a right of choice, so we can set a task to reflect just positive things and ignore the negative ones.

All the feelings are subdivided into low and high. We can learn to control low feelings (anger, fear and sadness) and clean our soul from them. High ones (joy, love, and indignation) are inherent human being at any level of individual growth. They are very important, because high feelings can change the qualitative characteristics of a person. Full reservoirs of negative emotions are dangerous not only for our character, but also for the health. Reservoirs of anger provoke the formation of such negative features of character as susceptibility, touchiness, envy, and jealousy). Reservoirs of fear fix us on hesitation, incredulity, timidity, and shame. Reservoirs of sadness generate inherent permanent disheartenment, objection to life, and pessimism. We have to clean all these reservoirs of negative emotions, because in this case joy will have the chance to fill the empty place. Full reservoirs of negative emotions all of the

time will ruin the mutual relations, we will be dependent and think by stereotypes, and finally, we will have the problems with health.

Let us analyze one of the big problems of many contemporary people – irritability. It is one of the strongest points of disbalance for human being. It wakes up inside a person fear, greediness, and encourages passions. Furiosity, anger and the wish to injure somebody's feelings accompany the irritability. All of them are the evidence of non-developed individual and emotional culture. The person cannot control his/her temper. In fact, strong anger is a kind of midsummer madness. So, when you raging, you cannot control yourself and suffer of momentary madness. Displeasure makes us weak. More than that, it causes high blood pressure, ulcer, rash, heart-beating, insomnia, tiredness, and even cardiovascular diseases. Irritability ruins love, impedes communication, forms feeling of guilt and depression, etc. Sometimes it is better to give free swing to the temper, than to accumulate it inside and suppression of it, but the healthiest way is to not give the chance for it. You can change the destructive emotions onto less disruptive ones. At first, annoyance, grievance or sadness can be acceptable. Later, you have to select and work with negative emotions and do not give them the chance to control you.

Psychosomatic aspects of gallbladder lesion:

- Energy of gallbladder correlates to psychic status of human being and closely connected with the heart;
- Aggressiveness and hot temper sometimes has no serious motives;
- Anxiety, fear or shouting in the behavior of a person is a symptom of energy deficit in the gallbladder meridian.
- In human organism energy of gallbladder is responsible for the decisiveness, the liability and braveness.

In conclusion we should underline that the main task of contemporary medicine is the increasing of energetic balance of human being and help in overcoming of psychological disorders. The task of each person is spiritual evolution and self-perfection.

РОЗДУМИ ПРО РЕЛІГІЮ В ЖИТТІ ЛІКАРЯ

Нечмоглод Ю.Н., студентка I курсу стоматологічного факультету Харківського національного медичного університету

У сьогоденному житті релігійний фактор посідає чільне місце, відчутно впливаючи на різні галузі науки, в тому числі й медицину. Чи може релігійність лікаря позначитися на його професійних якостях та продуктивності роботи? Як віруючий лікар лікуватиме атеїстів, агностиків або представників інших релігійних течій? І чи може він взагалі лікувати людей? Вочевидь, фанатична, глибока, сліпа релігійність зовсім не може поєднуватися з такою відповідальною справою, як медицина. Тому що справжній лікар повинен мати розвинене аналітичне мислення, об'єктивність, логіку, здатність адекватно сприймати нові знання. Як відомо, релігія притлумлює всі ці якості.

Медицина у всі часи була пов'язана з релігією, а релігія з лікуванням. І не випадково, оскільки і релігія, і медицина стоять біля витоків життя і смерті. «Існування Верховного Розуму, а отже й Верховної Волі, я вважаю необхідною і неминучою вимогою (постулатом) мого власного розуму, тож якби я й хотів тепер не визнавати існування Бога, то не міг би цього зробити, не втративши розуму» – так окреслив свій світогляд видатний хірург Микола Іванович Пирогов.

Існує думка, що першими лікарями були служителі релігії. Однак, як свідчить історія науки, медицина виникла значно раніше за релігію, з появою первісної людини. Так чи інакше, медицина упродовж багатьох віків була тісно пов'язана із церквою. І можливо, розвиток лікарської справи був би набагато успішнішим, якби церква не втручалася у справи науки. Яскравим прикладом цього є одвічна боротьба анатомії та теології. 1553 року в Женеві за вказівкою протестантського діяча Кальвіна був живцем спалений іспанський учений і просвітник Мігель Сервет, який відкрив мале коло кровообігу, за те, що він намагався опанувати «справи божі». Реформатор

анатомії Андреас Везалій також став жертвою церкви. Незважаючи на заборону папи Боніфация III, Везалій препарував трупи. Щоб не викликати підозри, він ховав їх у своєму ліжку і, працюючи у постійному страху, все ж таки створив працю «Про будову людського тіла», якою зруйнував схоластичну анатомію Авіценни, Галена і Аристотеля. Так він увійшов до історії як творець сучасної анатомії. Везалій спростував багато нісенітниць, освячених церквою. Наприклад, він встановив, що у чоловіка і жінки однаково по 24 ребра, Біблія ж навчала, що у чоловіка 23 ребра, оскільки з 24-го Богом була створена жінка. Таємний суд інквізиції засудив Везалія до покаяння. Він мусив босоніж пройти шлях з Іспанії до Єрусалима і замолити там свої тяжкі гріхи. Везалій вирушив до Єрусалима. Однак в 1564 року корабель, на якому Андреас повертався на батьківщину, потонув. Він був викинутий на берег острова Занте, де важко захворів. Помер видатний анатом 15 жовтня 1564 в злиднях і самотності.

Чи повинен лікар бути атеїстом? Рано чи пізно молодий спеціаліст або ж студент ставить собі це запитання. Моя відповідь – повинен.

Насамперед, потрібно з'ясувати, що таке атеїзм. Атеїзм – світогляд, який пояснює устрій світу без Бога. Науковий атеїзм базується на раціоналізмі, тобто світогляді, що відображає об'єктивну реальність, факти, а не бажання і уявлення (домисли й фантазії). А що ми знаємо про Бога? Найголовніше, що він – творець, бо створив усе суще на Землі. Лікар, який вірить, що життя дає Бог, – це, гадаю, нонсенс. Тоді можна відразу звільнити всіх лікарів, які лікують безпліддя. Адже на запитання пацієнтки: «Лікарю, чому я не можу завагітніти?» буде отримано відповідь: «Така воля Божа». І лікувати не треба. Тоді функція лікаря говорити всім – моліться і Бог допоможе вам.

Лікар не повинен розділяти людей за їх вірою. Для лікаря найважливішим має бути здоров'я хворого і способи його лікування.

Відомо, що велика частина захворювань спричиняється мікроорганізмами або найпростішими. Тут знову ж повернемося до точки

зору вірян, що життя на планеті створив Бог. Тобто мікроорганізми, що викликають смертельні захворювання (наприклад, збудника чуми – чумну паличку) створив теж Бог. І в цій ситуації лікар і Бог опиняються по різні боки барикад, лікар намагається вбити одне боже створіння, щоб врятувати інше. І що ж робити віруючому лікарю? Він у будь-якому випадку вчиняє гріх. Отже, лікар, якщо тільки він морально чесний, безсумнівно, має бути атеїстом, інакше немає сенсу йому навіть приступати до лікування. Адже все лікування – це, так чи інакше, порушення церковних законів, заповідей і догматів.

Я вважаю, що лікар – одна із найсвітліших професій, яка вимагає беззаперечного, самовідданого служіння людям. Але найголовніше, що має засвоїти лікар: він повинен однаково ставитися до всіх своїх пацієнтів, надавати їм необхідну допомогу, незважаючи на їхні переконання чи вірування.

CYWILIZACYJNE UWARUNKOWANIA ZWYCZAJÓW HIGIENICZNYCH NA PRZYKŁADZIE UCZESTNIKÓW I WYPRAWY KRZYŻOWEJ

Lukasz Sasuła Ł., doktorant II roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Po wielkiej klęsce pod Manzikertem, cesarz bizantyjski, Aleksy Komnen, szukał w Europie pomocy militarnej, w formie najemników lub przysłanych z poczucia braterstwa posiłków, takich jak rycerstwo przysłane mu przez Roberta hrabiego Flandrii. Z takimi zapewne postulatami udało się do Piacenzy poselstwo cesarskie, którego słowa zainspirowały papieża do wezwania Europy łacińskiej do krucjaty. Bizantyjczycy z pewnością nie spodziewali się takiej skali odzewu jaki nastąpił w efekcie ich prośby. Armie wysłane na pomoc Cesarstwu z Europy były "liczne jak piasek na brzegu morza czy gwiazdy na niebie" [1, X, 5]. Stosunek Bizantyjczyków do przybyszów nie zawsze był pozytywny [13, s. 109-124; 14, s.

91-108], zaś sami łacinnicy nierzadko przyczyniali się do swej złej sławy. Krzyżowcy wyprawy Piotra Pustelnika mieli plądrować i palić pałace oraz domy w Konstantynopolu, przysparzając Grekom wielu cierpień, zmuszając cesarza do wysłania ich do Azji Mniejszej, pomimo wcześniejszej decyzji, by poczekać na przybycie pozostałych uczestników wyprawy - przede wszystkim rycerstwa [4, I, 3; 16, s. 124-126; 6, s. 113]. Jednym z rzadziej poruszanych tematów, który dotyczy jednak śmiertelnie ważnej dla krzyżowców kwestii, jest problematyka warunków sanitarnych, higieny i ochrony zdrowia podczas wyprawy.

Największe trudności z utrzymaniem armii krzyżowej w dobrej kondycji, wynikały z niedostatku wody, który często spowodowany był brakiem jednolitego dowództwa i niezaplanowaniem kolejnych posunięć. Gdy krzyżowcy Piotra Pustelnika zdobyli Kserigordon i zostali w nim odcięci przez odsiecz muzułmańską, zmuszeni byli do picia krwi zwierzęcej, a nawet wilgoci uzyskiwanej poprzez moczenie pasów i ubrań w latrynie [4, I, 5; 2, I, 16-17]. Takie postępowanie świadczyć może o tym jak łatwo krzyżowcy wystawiali się na kolejne fale chorób i epidemii. Większość bitew stoczonych przez krzyżowców, polegała na obleganiu i zdobywaniu miast, a następnie bronieniu ich przed kontratakami. Idealnym przykładem do zilustrowania tego problemu jest zdobycie Antiochii. Po długim oblężeniu, w czasie którego armia krzyżowa zużyła większość swych zapasów [6, s. 178-179; 16, s. 204-205], a także straciła wielu ludzi, wycieńczeni zdobywcy wkroczyli do miasta i dokonali jego rzezi, zapelniając ulice grodu ciałami [4, VIII, 5; 6, s. 216; 7, s. 61; 15, s. 32]. Niedługo potem miasto zostało ponownie otoczone kordonem oblężenia przez muzułmańskiego wodza Kurbugę - w tym czasie nadal broniła się załoga cytadeli wewnątrz murów grodu, odcinając armię krucjaty wewnątrz wypełnionego ciałami zabitych miasta. Z braku pożywienia, krzyżowcy mieli jeść swe konie, zaś ci, którzy ich nie mieli, zjadali korę z drzew oraz padlinę, wystawiając się na groźne choroby [5, X, 188-190; 16, s. 218], biedni sięgali nawet tak rozpaczliwych rozwiązań, jak przegrzebywanie zwierzęcych odchodów w poszukiwaniu niestrawionych resztek pokarmu [3, I, XVI, 2]. Rozkładające się zwłoki były

idealną pożywką dla najstraszliwszych chorób średniowiecza, które szybko zaczęły zbierać krwawe żniwo wśród łacinników [8, s. 41]. Zaraza w Antiochii zabrała nawet biskupa Ademara [2, V, 4]. Epidemie wybuchały właściwie we wszystkich miastach, które padły pod oblężeniem krzyżowców, także w Jerozolimie [4, X, 19]. Wystawienie uczestników krucjaty na groźbę epidemii wywołanej niepogrzebanymi zwłokami zabitych było częstą groźbą, wiszącą nad powodzeniem krucjaty. Krzyżowcy wyraźnie nie byli świadomi jak niebezpieczne dla żywych są niepogrzebane zwłoki, sami bowiem wystawiali się na to ryzyko. Gdy po bitwie o Bramę Mostową w Antiochii, muzułmanie pochowali swych poległych wraz z ich dobytkiem, chrześcijanie nie tylko odkopali pogrzebane ciała by je ograbić, ale też pozostawili stos obdartych już zwłok, odcinając im uprzednio głowy, które mieli zabrać do swych namiotów [4, VII, 4]. Taka praktyka świadczy nie tylko o braku jakiegokolwiek obawy przed wybuchem epidemii, lecz także o przerażającym barbarzyństwie, do jakiego posuwali się uczestnicy wyprawy. W najgorszych momentach oblężeń, krzyżowcy mieli się też posuwać do aktów kanibalizmu [9, s. 14-15; 4, X, 9; 15, s. 39].

W kulturze wykształciła się przez lata opinia o wiekach średnich w Europie Zachodniej jako o epoce brudu i chorób. W czasach krucjat, świat ten zderzył się z kulturą Islamu, w której zachowanie higieny jest powinnością religijną. W istocie, zwyczaje higieniczne obu kultur były zupełnie inne, jednak wykształciły się też w odmiennych warunkach. Można powiedzieć, że w tym pojedynku krzyżowcy byli z góry skazani na porażkę. Zwyczaje związane z utrzymywaniem ciała w czystości (jak również zwyczaje żywieniowe i te dotyczące pochówku zmarłych, co też miało niebagatelny wpływ na stan zdrowia społeczeństw) wytworzyły się w łacińskim chrześcijaństwie pod wpływem zupełnie innego klimatu niż ten panujący w Syrii. Ludy zamieszkujące tereny, które stały się celem krucjat, wytworzyły odmienne zwyczaje, uodparniając się na klimat oraz zagrożenia związane z położeniem geograficznym. Dodatkowym problemem w adaptacji do nowych warunków był fakt, że wiele z tych zwyczajów miało swe źródło w nakazach religijnych, które wyznawały poszczególne społeczności. Nawet gdy w regule

chrześcijańskiej nie znajdowały się zakazy, utrudniające dostosowanie trybu życia do panujących w Syrii warunków (jak nakazane posty i umartwienie się np. poprzez raniące ciało pokutne odzienie), łacinnicy niechętnie przyjmowali zwyczaje (takie jak obowiązek codziennych ablucji), które mogły upodobnić ich do znieawidzonych pogan [12, s. 161]. Podobnie sprawa wyglądała w przypadku walki z chorobami. Poza klasyczną medycyną arabską, wywodzącą swe korzenie od prac i wzorców hellenistycznych, w czasie pierwszej wyprawy, w państwach muzułmańskich istniała także "medycyna proroka", szkoła która opierała swą skuteczność o absolutny autorytet wiedzy objawionej przez proroka islamu. "Medycyna proroka" premiowała profilaktykę, głosząc, że zadbane ciało jest odporniejsze na choroby [12, s. 188-191]. To, że właśnie ten zbiór podstawowych zasad i pouczeń sanitarnych został włączony do medycyny "religijnej" z pewnością utrudnił jego recepcję przez łacinników [11, s. 141; 10, s. 64-65].

Bibliografia:

1. Anna Komnena, Aleksjada, trans. and ed. by E. A. Dawes, London 1928.
2. Albert z Akwizgranu, Historia Hierosolymitana [w:] Recueil des historiens des croisades, vol. IV, Paris 1879.
3. Fulko z Chartres, ed. by E. Peters, Philadelphia 1998.
4. Gesta Francorum et aliorum Hierosolymitanorum, ed. and trans. by R. M. Hill, London 1962.
5. Ibn al- Athir [w:] Arab historians of the Crusades, trans. E. J. Costello, New York 2010.

Opracowania:

6. Asbridge T., Pierwsza krucjata, Poznań 2014.
7. Balard M., Łaciński Wschód, Kraków 2010.
8. Billings M., Wyprawy Krzyżowe, Warszawa 2002.
9. Biziuk P., Hattin, Warszawa 2004.
10. Ferngren G. B., Medicine & Health care in early Christianity, Baltimore 2009.
11. Gregg G., The state of medicine at the time of the Crusades, [w:] Ulster Medical Journal, vol. 32, Ulster 1963.
12. Historia nauki arabskiej, t. 3: Technika, Alchemia, Nauki przyrodnicze i Medycyna, pod red. R. Rasheda, Warszawa 2005.
13. Jeffreys E. and M., The Wild Beast from the West. Immediate Literary Reactions in Byzantium, [w:] The Crusades from the Perspective of Byzantium and the Muslim World, ed. by A. E. Laiou, R. P. Mottahedeh, Washington 2001.
14. Kazhdan A., Latins and Franks in Byzantium: Perception and Reality from the Eleventh to the Twelfth Century, [w:] The Crusades....
15. Maalouf A., The crusades through Arab eyes, trans. by J. Rorschild, Paris 1983.
16. Runciman S., Wyprawy Krzyżowe, t. I, Warszawa 1987.

LEISURE-TIME SPORT AS A SOCIALLY DISTINCTIVE WAY OF STAYING HEALTHY. THE CASE OF POPULARITY OF RUNNING IN POLAND

Stempień Jakub R., PhD, lecturer, Department of Sociology, Medical University of Łódź

The theoretical frame for analysis conducted in this paper will be constituted with the ideology of *healthism* and the case of privatisation of the responsibility for personal, individual health. The key question is: may some social categories (especially social classes) be reasonably depicted as particularly sensitive to the case of health and inclined to undertake activities (inter alia leisure-time sport) aimed at staying healthy?

Healthism may be characterised as a phenomenon (observed among last decades in western societies) of specific concentration on the problem of health. In this perspective health is the base for defining and reaching the individual well-being, what may be provided with changing the lifestyle into the appropriate one [1, p. 95; 2]. The category of *healthism* was introduced by Robert Crawford in 1980 in order to denominate some aspects of new health consciousness and some health social movements appearing among American society in the Seventies of XX century. Crawford noticed unprecedented growth of:

- interest in health;
- individual efforts aimed at staying healthy;
- health-promoting campaigns;
- health-related news on TV, newspapers and advertisements;
- amount of money spend on health (both on the individual and state level) [1; 2].

Crawford emphasized that *healthism* may be considered as a distinctive feature of the middle class. The ideology of *healthism* contributes in advancing level of health in the whole society scale, with defining individuals' performances aimed at health protection as the expected ones. However, *healthism* – due to the

idea of individual responsibility for health – should face the allegations of some kind of health-terrorism and the misconception of blaming the victims [3].

Apart from appropriate diet, abandoning addictions and taking part in preventive examinations, the vital role in staying healthy until the late years of life plays everyday physical activity [4]. Nevertheless, many international researches prove that the readiness for participating in leisure-time sport is not equally distributed among different social categories. According to European Social Survey 2012 and Eurostat (data referring to 2008), it may be stated that following characteristics influence the individual willingness to take part in physical activity: sex, age and educational level [5; 6]. Generally, leisure-time sport is a domain of:

- rather males than females;
- rather young people than the old ones (especially retired);
- rather people of upper secondary and post-secondary non-tertiary education (levels 3 and 4 in the ISCED scale) than others [5; 6].

Moreover, some sports are perceived as prestigious (typical for middle and especially upper class), while other are featured as common or even indecorous (typical for working class/lower class) [7].

In this perspective the problem of rapidly growing popularity of running in Poland seems important and interesting. In 2013 accurately 2700 amateur-opened running competitions were organized in Poland (in comparison to 518 in 2003). 8506 participants in 2013 finished the race of popular Warsaw Marathon (the number of finishers has been growing year per year since 2005). Currently probably every big city in Poland runs at least one similar, regular event [8].

The phenomenon of popularity of running in Poland has not been investigated by sociologists yet. The research project realized in Department of Sociology at the Medical University of Łódź is probably the first attempt to examine this matter. In April 2013 every participant of Łódź Maraton Dbam o Zdrowie was invited to take part in the survey. Finally 865 of them (every third) decided to answer the questions and filled the questionnaire. It should be emphasized that Łódź Maraton Dbam o Zdrowie is one of the most popular, best

known and of the best reputation of road races in Poland. Statistical analysis were conducted with MS Excel.

The project brought some information about factors that motivates people to train long-distance running (see table 1). Factors directly or indirectly related to health were of the greatest significance (improving health – 96% of indications; controlling body’s weight – 77% of indications). However, running is also perceived by its fanciers as interesting new life experience and serious challenge (test of themselves).

Table 1. Perceived significance of different factors related to running (N=865; in %)

	Important	Unimportant	Hard to say	Lack of data	Total
Improving health	96	2	0	2	100
New life experience	85	11	1	3	100
Challenge	79	15	1	5	100
Controlling body’s weight	77	20	0	3	100
Possibility of visiting interesting places when taking part in races	57	35	4	4	100
Knowing new people	45	45	3	7	100
Admiration from friends and family	31	59	5	5	100
Admiration from unknown people (lookers-on, passerby)	22	68	5	5	100

Source: own elaboration

Collected data enables also to operate a basic socio-demographic portrait of a typical amateur long-distance runner in Poland. The research sample was dominated by men (75%), people relatively young – under 40s (68%), people that had an university degree (69%) and people that assessed their financial situation as good or very good (72%). Two things should be stressed. First of all, similar results were gained by Central Statistical Office, when investigating generally the

leisure-time sport activity of the Poles [9, p. 98-99]. The younger, better educated and wealthier people are, the more likely to train sports they prove (with additional restriction that physical activity seems also to be more attractive to men than to women). Secondly, training long-distance running may be currently described as a feature of Polish middle class (especially the segment of young, masculine, well-educated and well-paid professionals).

When take into consideration the socio-demographic profile of Polish long-distance amateur runners and health-related factors that mostly motivate people in Poland to train running, the association with the Crawford's conception of *healthism* seems obvious. Data presented in this paper allow to propose cautiously the assertion that specific concentration on health and staying healthy (ideology of *healthism*) prove to be one of the distinctive features of Polish middle class. This assertion finds partial confirmation in other researches and analysis [1; 10].

REFERENCES:

1. Borowiec A., Lignowska I. [2012], *Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce?* "Kultura i Społeczeństwo" nr 3.
2. Crawford R. [1980], *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*, "International Journal of Health Services" nr 3.
3. Słońska Z. [2005], *Socjologiczna krytyka promocji zdrowia. Wybrane problemy*, (in:) W. Piątkowski, W.A. Brodniak (edit.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza.
4. Fries J., Crapo L. [1981], *Vitality and Aging. Implications of the Rectangular Curve*, San Francisco: W. H. Freeman and Company.
5. www.europeansocialsurvey.org.
6. www.epp.eurostat.ec.europa.eu.
7. Lenartowicz M. [2012], *Klasowe uwarunkowania sportu z perspektywy teoretycznej Pierre'a Bourdieu*, "Kultura i Społeczeństwo" nr 3.
8. Stempień J.R. [2014], *Płeć maratonu – sport czasu wolnego w doświadczeniu kobiet*, "Kultura i Społeczeństwo" nr 1.
9. Łysoń P. (chief) [2013], *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 roku*, Warsaw: Central Statistical Office.
10. Lenartowicz M. [2012], *Klasowe uwarunkowania sportu i rekreacji ruchowej z perspektywy teorii Pierre'a Bourdieu*, Warsaw: Józef Piłsudski University of Physical Education.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ МОТИВАЦІЙНОЇ РОБОТИ СЕРЕД ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ ВНЗ УКРАЇНИ МЕДИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ

Троценко О.В., старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету

Події останнього часу в Україні засвідчили значне зростання впливу української молоді (студентства, молодих фахівців) у проведенні змін в житті нашого суспільства. Її активна громадянська позиція, вміння самоорганізовуватися та певний максималізм у поглядах і вчинках є запорукою невідворотності курсу українського керівництва на оновлення країни. Важливим середовищем виховання нового світогляду та здійснення перших кроків «організованої самостійності» для молоді у ВНЗ стала діяльність студентського самоврядування. На сучасному етапі воно також є віддзеркаленням українського суспільства і багато в чому потребує застосування нових підходів до організації діяльності. Причому, не лише самого студентського самоврядування, але й тих структур ВНЗ, які покликані із ним співпрацювати. Серед таких напрямків студентського самоврядування, які потребують глибоких змін є організація співпраці з іноземними студентами.

Зміни в освітній сфері останніх двадцяти років на пострадянському просторі привели до збільшення частки іноземних студентів, які навчаються у вітчизняних ВНЗ. Радянський, ідеологічний, принцип набору іноземних студентів та організації громадської роботи із ними поступився ринковому, комерційному. Кошти за навчання саме цих студентів є найбільш вагомим джерелом поповнення бюджету навчального закладу. Водночас збільшення чисельності іноземних студентів приносить багато проблем в організацію їх навчання і перебування в Україні – аж до конфліктів з місцевими жителями. Фактично, сьогодні у наших ВНЗ існують два різних світи – світ вітчизняних

студентів та окремих, строкатий, погано контрольований світ іноземних студентів. Складною проблемою є вироблення системи нових принципів та підходів у залученні іноземних студентів до громадського студентського життя українських ВНЗ. Взаємна користь від цього очевидна. Участь у вирішенні цього завдання додасть нашим студентам-активістам, майбутній еліті України, досвіду організаційної співпраці з іноземними громадянами, виховає її в дусі толерантності, збагатить знанням мов та зв'язками. Іноземні студенти можуть отримати позитивні враження від близького знайомства з нашим народом і його культурою, що постійно позначатиметься на іміджевій привабливості України як для освітніх проєктів, так і для всіх інших сфер. В умовах відсутності жорсткої ідеологізації громадської роботи з іноземними студентами розробки спільних проєктів мають базуватися на загальнолюдських цінностях.

Нині саме в медичній сфері освіти в Україні навчається більшість іноземних студентів. Найбільш численна їх спільнота вже понад 50 років представлена в ХНМУ, і питання налагодження співпраці постало одним з головних у діяльності Координаційної ради студентського самоврядування університету. Спеціально для цього у 2013 році в структурі студентського самоврядування було створено Сектор співпраці з іноземними студентами, до якого долучилися як вітчизняні студенти, так і активні представники іноземної громади. Протягом останнього року вони провели низку організаційних заходів, метою яких було налагодження контактів та вироблення дієвих принципів такої співпраці. Результативність співпраці виявилася достатньо високою, а набутим досвідом можна скористатися і у ВНЗ немедичної спеціалізації.

Виявилось, що одним з найбільш дієвих засобів налагодження співпраці вітчизняних та іноземних студентів-медиків є спільна участь у благодійній діяльності. Вона не потребує наявності високих професійних знань, глибокого розуміння місцевих традицій, значних особистих матеріальних витрат. Але дає досвід студентам-активістам в організації

суспільно корисних, колективних дій та можливість кожному студентові долучитися до спільної справи, яка позитивно сприймається місцевим населенням та надає певної значущості в очах своїх родин.

Цікаво, що активність виявили не лише студенти з країн, які мають християнські традиції благодійництва, але й студенти з ісламською культурою, особливо арабські студенти. Наприклад, під час проведення благодійної акції присвяченої Всесвітньому дню боротьби з туберкульозом, у березні 2014 року іноземні студенти лише одного 2 курсу VI факультету внесли понад 1000 гривень, які разом із внесками інших факультетів були витрачені на придбання туберкуліну для хворих Харківського міського тубдиспансеру. В рамках щорічної Всеукраїнської благодійної акції «Від серця до серця», яка проходила в квітні 2014 року, іноземні студенти, наприклад, 3 курсу внесли понад 1200 гривень. Загалом під час цієї акції студентами і викладачами ХНМУ було зібрано 20650 гривень [1].

Однак організаторам студентських благодійних акцій слід звернути увагу на декілька важливих моментів, які можуть ускладнити мотивацію чи навіть дискредитувати участь у таких благородних справах.

По-перше, не слід дуже часто проводити подібні акції. Це притупляє гостроту моменту допомоги та викликає певні побоювання за власне матеріальне становище або ж невдоволення членів родин. Згодом подібна практика може викликати масове невдоволення і відкрити відмову від участі.

По-друге, бажано залучати іноземних студентів до участі в благодійних акціях, які широко відомі у них на Батьківщині, (скажімо, боротьба з туберкульозом, боротьба проти СНІДу, наркоманії, торгівлі людьми тощо). Участь у місцевих та всеукраїнських благодійних акціях повинна бути дозованою та обов'язково мати певний резонанс як серед студентів і викладачів даного ВНЗ, так і в дипломатичних представництвах їхніх країн. Останнє має бути способом продемонструвати вдячність від громадян України.

По-третє, дуже важливою є участь представників іноземної студентської громади у контролі за процесом фінансового перерахування коштів. Це дозволяє підтримувати довіру іноземних студентів до організаторів акції зокрема та органів студентського самоврядування загалом.

По-четверте, після проведення кожної акції необхідно здійснювати висвітлення конкретних її результатів такої акції через ЗМІ, фото- та відеозвіти, бажано, перед усією аудиторією учасників. Це надасть ефект зворотної реакції колективній дії, яка розтягнута в часі, і зміцнить впевненість у її результативності.

Участь у благодійній діяльності є лише одним з багатьох шляхів налагодження взаємодії органів студентського самоврядування українських ВНЗ з іноземними студентами. Однак порушення простих принципів може призвести до зниження рівня мотивації іноземних студентів щодо участі у спільних акціях з вітчизняними студентами, у тому числі й такими корисними як благодійництво. Ефективність наведеного прикладу свідчить про безальтернативність шляху побудови громадської роботи в українських ВНЗ на основі загальнолюдських цінностей.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Кузнєцова, Д. Серце до серця / Д. Кузнєцова // Медичний університет. – 2014. – № 13–14. – С. 13.

ДУХОВНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ТА РЕЛІГІЯ

Шубіна М.В., студентка I курсу II медичного факультету Харківського національного медичного університету

Показниками духовного здоров'я особистості є її духовний світ особистості, сприйняття нею духовної культури людства: освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Свідомість людини, її ментальність,

життєва самоідентифікація, розуміння сенсу життя, оцінка реалізації своїх здібностей і можливостей у контексті власних ідеалів і світогляду – все це обумовлює стан духовного здоров'я.

У сучасному світі релігія фактор помітно впливає на все, що відбувається. І це закономірно, адже релігія являє собою не тільки віросповідання, але й особливий спосіб життя і мислення. Релігійні канони регламентують найрізноманітніші аспекти індивідуального та суспільного життя.

Православна церква з незмінно високою повагою ставиться до лікарської діяльності, в основі якої лежить служіння любові, спрямоване на запобігання хворобам та полегшення людських страждань. Зцілення ураженого хворобою людського духу постає як виконання задуму Божого про людину: «Сам же Бог миру нехай освятить вас у всій повноті, ваші душа і тіло у всій цілісності збережені будуть на прихід Господа нашого Ісуса Христа». Відповідно до соціальної концепції Православної Церкви, «будь-яке справжнє лікування покликане стати причетним до дива зцілення, здійснюваного в Церкві Христовій». Маючи невиліковну недугу, православний християнин покладається на волю Божу, пам'ятаючи, що сенс буття не обмежується земним життям, яке є приготуванням до вічності. Страждання – наслідок не лише особистих гріхів, але також загальної недосконалості й обмеженості людської природи, а тому ми повинні переносити його з терпінням і надією. Адже Господь добровільно приймав страждання для порятунку людського роду, про що говориться у Біблії. Наприклад, зцілення сина царедворця: коли Ісус Христос по дорозі до Капернаума зайшов у Кану, про це дізнався один із жителів Капернаума (царедворець Ірода). Він поспішив просити Ісуса прийти та зцілити його вмираючого сина. Христос сказав йому: «Ви не повірите, якщо не побачите знамень та чудес». Цим Христос віру, засновану на спогляданні чудес, поставив нижче від віри, заснованої на розумінні його вчення. На цей закид царедворець наполегливо почав просити: «Господи! Прийди, поки не помер

син мій!». Бачачи зміцнення його віри, Христос сказав: «Іди, син твій живе». Царедворець повірив Ісусові і дорогою додому дізнався від своїх слуг, що син його одужав у той момент, коли Христос промовив ці слова. Після цього, як каже євангеліст, «увірував сам та весь його дім».

Або воскресіння сина вдови найнської: чудо згадується тільки в одного євангеліста. Біля міської брами Наїна Христос побачив похоронну ходу: з міста виносили для поховання юнака, єдиного сина матері-вдови. Зглянувшись на горе жінки, Ісус милосердно сказав: «Не плач» та звернувся до померлого: «Юначе! Тобі кажу, встань!». Юнак «ував і почав говорити». Всіх охопив страх, люди «славили Бога, кажучи: великий Пророк з'явився поміж нас».

Також потрібно пригадати зцілення прокаженого: прокажений, сповнений віри, «уклонився Йому та й сказав: Коли, Господи, хочеш, Ти можеш очистити мене!». Віра його була така сильна, який він порушив закон, що забороняв йому підходити до здорових людей. У відповідь на це смиренне прохання Ісус торкнувся його, показавши, що він не пов'язаний забороною торкатися до нечистого, і сказав: «Хочу, будь чистий!». І тієї ж миті проказа зійшла з нього.

Хочу нагадати і про зцілення кровоточивої жінки – чудо, скоєне Ісусом по дорозі до дому Іаїра. Жінка дванадцять років страждала на кровотечу, вірила, що їй достатньо торкнутися одягу Христа, щоб одужати, підійшла до нього й доторкнулася краю його одягу. «І висохли хвилі того джерела кровотечі її, і вона відчула в тілі, що одужала від недуги». Перед усіма присутніми вона сказала, чому торкнулася Його і як миттю одужала. Ісус же звернувся до неї зі словами: «Дочко, це віра твоя зцілила тебе. Іди з миром».

Очевидно, як ніколи актуальною постає нині позиція православної церкви щодо проблем, породжених бурхливим розвитком біомедичних технологій. Церква вважає, що спроби людей змінити творіння Бога можуть дати людству нові труднощі й страждання.

З найдавніших часів церква розглядає навмисне переривання вагітності (аборт) як тяжкий гріх. Канонічні правила прирівнюють аборт до вбивства. В основі такої оцінки лежить впевненість, що зародження людської істоти – це дар Божий, тому від зачаття будь-яке зазіхання на життя майбутньої людини – злочин. Церква не може визнати морально прийнятною також і евтаназію.

Лікарське служіння Пресвятої Богородиці апостоли успадкували на рівні із Господнім вченням. Зцілення хворих розглядалося як обов'язок церкви. І донині діяльність православної церкви, спрямована на «проголошення слова Божого та подання благодаті Святого Духа стражденним і тих, хто про неї піклується».

Важливе місце в охороні здоров'я посідає створення у лікувальних закладах молитовної атмосфери, надання пацієнтам різної благодійної допомоги. Прикладом може слугувати створена в Куп'янській міській лікарні каплиця. Церковна місія у медичній сфері є обов'язком як священослужителів, так і православних мирян – працівників охорони здоров'я, покликаних створювати всі умови для релігійної розради хворих, які про це просять безпосередньо чи опосередковано.

Віруючий медик повинен розуміти, що людина, яка потребує допомоги, чекає від нього не лише належного лікування, а й духовної підтримки. Тому, на мою думку, лікар має бути віруючим.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Кугай, А. І. «І від Вишнього лікування ...» [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://ua-referat.com/> Релігія і медицина
2. Мецгер Брюс М. Текстология Нового Завета. Рукописная традиция, - возникновение искажений и реконструкция оригинала - The Text of the New Testament: Its Transmission, Corruption, and Restoration. – М.: Библейско-Богословский Институт, 1996. – 352 с.
3. Лопухин, А. П., Священное Писание / А. П. Лопухин // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: В 86 томах (82 т. и 4 доп.). – СПб., 1890–1907.
4. Цорн, В.А. Новая Женевская учебная Библия - New Geneva Study Bible / Под общей редакцией В.А. Цорна. – Hänssler-Verlag, 1998. – 2052 с.
5. Яловський, Б. Вплив релігії на медицину [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://medblog.in.ua/vplyv-relihiji-na-medysynu/>

СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЕ И ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ АКУШЕРСТВА

Щербина Н.А., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Харьковского национального медицинского университета;

Кузьмина И.Ю., доктор медицинских наук, профессор Харьковского национального медицинского университета

В настоящее время сформировалась и продолжает развиваться социальная система взглядов на беременность и роды – период, начинающийся с момента зачатия и заканчивающийся появлением на свет новой жизни [1]. Для супругов родительство является внутренней потребностью, как желание воплотить и передать себя для дальнейшей жизни в своем будущем ребенке. Желанная беременность, пронизанная теплом и любовью к новой жизни, пониманием предназначенности и исключительности будущего ребёнка, позволяет родителям по-философски пересмотреть свою жизнь и наметить планы на будущее.

Здоровая беременность – это период расцвета организма женщины, ее душевного и физического благополучия, дающий возможность произвести на свет полноценное потомство.

Формирование родительской культуры является социально-философской необходимой потребностью сегодняшнего дня [2]. Это гуманный, осознанный, экологический подход родителей к беременности и акцентирование внимания на будущем ребёнке. Ведение здорового образа жизни на протяжении беременности требует большого внимания со стороны медиков, родных и близких людей. Внушить беременной мысль о необходимости думать в первую очередь о развивающейся в ней новой жизни, изменить привычный ритм труда и отдыха, избегать вредных привычек и следовать рекомендациям медиков – вот основной социальный аспект формирования родительской культуры.

Во время беременности происходит не только рост и развитие всех органов и систем ребёнка, но как доказано многочисленными исследованиями, формирование и поиск его будущего «Я». В связи с этим большое значение имеет интеллектуальное, духовное и физическое развитие и совершенствование будущей матери, которая должна не только родить, но сформировать полноценного будущего гражданина нашего общества [3]. Следует рекомендовать беременной почаще быть на природе, где помимо свежего воздуха, она лучше осознает окружающую ее красоту. Ведь через ее эмоции, умиротворённость жизнью и ребёнок начинает что-то понимать о красоте Мира, в который ему только предстоит прийти.

Большое значение имеет выработка у беременной сознательного отношения к родам. Ответственность при этом возлагается на врача, который должен вселить ей уверенность в благоприятном исходе родов, настроить мысли женщины на любовь к будущему ребенку и на то необъяснимо прекрасное чувство материнства, которое ожидает ее, ради чего стоит и родиться, и жить, проходя через любые трудности и испытания. Ведь новорожденный соединяет навечно два сердца, всю семью.

Проблема духовности в акушерстве определяется тем, что родители сами ответственны за себя и своего ребёнка, который зачинался в любви, и рождаться ему суждено в любви и спокойствии, под защитой самого могучего существа на свете – его мамы. Большое значение имеют так называемые «роды с партнерской поддержкой», которые проходят в присутствии мужа, или родственников роженицы. Такое событие остаётся в сердцах родных на всю жизнь, укрепляя и соединяя близких, любящих друг друга людей, где находится место и папе, и ближайшим родственникам, и старшим детям. Тихая радость семейного праздника, дня Рождения, приходит на смену долгому ожиданию и тяготам родов. С первым вздохом и криком начнётся новая, такая удивительная в своей неповторимости и красоте жизнь. Малыша примут руки мамы и папы, тех людей, ради которых он пришёл в этот мир. Все прочувствуют этот момент начала Жизни, отметят

настоящий день Рождения, скажут: «Мы ждали тебя всю свою жизнь. Здравствуй!».

Обязательным после рождения ребенка является раннее прикладывания его к груди матери, благодаря чему малыш быстрее адаптируется к новой обстановке, настраивается в такт её сердцебиению и ощущает себя каждой клеточкой материнского организма. Прикладывание ребёнка к груди мобилизует организм женщины на последний этап родов – рождение последа.

Во время первого прикладывания новорожденного, происходит первичное осеменение слизистых рта и кишечника малыша теми микробами, которые и будут в дальнейшем переваривать мамино молочко. Младенец получает первые капли молозива, которое является естественной защитой, изобретённой природой. Ведь оно состоит почти целиком из иммуноглобулинов, защитных антител, и принимает на себя первый натиск микроорганизмов на практически стерильный организм новорождённого.

Очень важной является пропаганда грудного вскармливания, которое обеспечивает здоровье ребенка в последующие годы.

Анализируя происходящее за период беременности и родов, удивляешься целесообразности и совершенству всей природы организации человеческого естества, созданной и пронизанной великой любовью к людям.

В настоящее время в акушерстве и перинатологии произошли глубокие изменения, как в тактике наблюдения беременных в женской консультации, так и в ведении родов и периода новорожденности. Отдельные родильные залы, роды с партнерской поддержкой, раннее прикладывание новорожденного к груди матери, совместное пребывание матери и ребенка после родов – это социальные аспекты, направленные на улучшение родовспоможения [4]. В Украине большое внимание уделяется повышению качества оказания медицинской помощи, в частности, по акушерству. Примером этого может быть Национальный проект «Нове життя», согласно

якому, в нашій країні організується мережа перинатальних центрів, піднімаючих на новий етап материнство і дитинство [5]. Все це свідчить про філософське і людське розуміння працівниками органів охорони здоров'я необхідності подальших соціальних змін в акушерстві, цілісності і духовності в стосунках до вагітних і новонароджених.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Левко, М. Без права на помилку / М. Левко // 3 турботою про жінку . – 2013. – № 6 (45). – С. 64-65.
2. Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу (методичні рекомендації). – К. : МОЗ України, 2012. – 14 с.
3. Лехан, В. М. Нормативно-правове забезпечення охорони здоров'я / В. М. Лехан, В.М. Рудий // Головний лікар. – 2006. – № 2. – С. 36-42.
4. Любінець, О. В. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров'я України / О. В. Любінець, І. Я. Сенюта. // Науково-практичний загальномедичний журнал. Український медичний часопис. – 2006. – № 5-6 (3/53). – С. 5-10.
5. Пономаренко, М.С. Деякі правові питання реформування галузі охорони здоров'я населення України / М. С. Пономаренко, І. М. Алексєєва // Запорізький медичний журнал. – 2007. – № 1. – С. 155-157.

СЕКЦІЯ 5. МЕДИЧНА СОЦІОЛОГІЯ

PUBLIC HEALTH CARE VS FREE-MARKET HEALTH CARE SYSTEM: CONSEQUENCES FOR PATIENTS

Galuszka M., dr hab. Nauk humanistycznych prof. nadzwyczajny, Zakład Socjologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Health policy in most countries needs to answer three main questions: 1. what are the goals of the health care system and how people's health care needs can be met? 2. are health services a gift or a commodity? 3. should fees for health care be based on income, while consumption is based on needs? The document titled *Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region* [1, p. 44] emphasizes three basic rights that constitute ethical attitude: health as a basic human right, equality and solidarity in acting towards health, active participation of people, institutions and local communities. These goals should be accomplished until 2020. The EU documents declare that the health care policy is based on the concept of health as a common good and people's responsibility for their own health. It should be emphasized that access to health care is the right of every human and it is independent of their income and wealth.

Functioning of the health care systems in the EU shows that the market for health care is being liberalized and that free market mechanisms are introduced into medicine. Are the free market mechanisms facilitating fulfilling the state's responsibility for health of its citizens? To what extent should the state intervene in health care market? The main assumptions of the free market model of health care services are as follows [2]: government institutions are not responsible for the health of state's citizens; supply of medical services is regulated with free market mechanisms; health care services are treated as a “commodity”, which is available only for those who have resources that are necessary to buy them; doctors' professional qualifications are controlled by professional associations; health care

provider can decline to execute the service if it does not receive remuneration for it.

Health care system based on free market is characterized by small chances that basic health rights of all citizens are satisfied. This implies that the state should be engaged in regulating health care to guarantee that the goals of the system are fulfilled, most of all equal access to medical resources and health. Most of the health care systems are mixture of public and private services. There are several reasons why states are engaged in providing health care services to their citizens.

Critics of health care system based on free market and commercialization emphasize its disadvantages, for example [3; 4]:

- 1/ private, commercially oriented medical enterprises are motivated most of all by the profit,
- 2/ health care market leads to increase in inequalities in access to health, it benefits the rich and disadvantages the poor,
- 3/ it forces the managers and doctors to take into account economic consequences of administrative and clinical decision,
- 4/ services which are well financed (e.g. cardiology, neurology) are developing well at the cost of those services which are costly and do not bring profits (e.g. Intensive Care Units, palliative care),
- 5/ a patient is no longer treated subjectively, he or she becomes a client who acquires health care services.

In Poland several legal acts were introduced, which facilitate restructuralization, commercialization and privatization of the health care system [5; 6; 7]. Commercialization and privatization of hospitals is disliked by the public opinion. Patients are worried that privatization would have the following side effects: increasing costs (62%); more difficult access to treatment (38%); diminishing number of hospital beds (28%); closing of hospitals (23%). Privatization of hospitals is perceived as disadvantageous for patients by 64,5% of

respondents, which includes 32,5% claiming that it is “definitely disadvantageous” and 32,0% claiming that it is “rather disadvantageous” [8].

Conclusion: medicine and health care are an undertaking which is of both economic and moral character. Health care should not be treated only as a “commodity”, which is traded on a free market of health services. Its main feature is uncertainty – treating a patient poses a risk, which cannot be easily estimated. Patients and doctors behave differently than players on other markets, which are more stable and easy to predict. Since the state and its citizens reached an agreement to treat health as a public good, responsibility for accomplishing this task falls on both the state and an individual. Therefore, the health care system should be based on cooperation between the public and private sectors. Health care policy should set priorities in meeting the needs of the patients, define which range of benefits is financed from public resources, and what should be the relationship between public and private health insurance. All the health needs cannot be met even in very rich countries. Limited medical resources should be rationed everywhere [9]. In a model based on free market, rationing mechanisms are of economic character, and the price of a medical service becomes a barrier for poorer groups of the society. In the model of public health insurance and public health care, rationing is mostly of non-economic character: long queues to specialized services, control and limiting of medical specialization. In Poland, so called anti-queuing package, is being implemented [10]. Consequently, some limits, for example for oncological therapies, will be removed. If a patient is assigned a status of “an oncological patient”, he or she will be able to get access to specialized procedures more quickly. Another good solution seems to be reaching agreement on guaranteed medical benefits, which are both effective from an economic point of view and give a patient guarantee that he or she will be able to get a treatment free of charge. Other benefits can be financed through private insurance and co-payment by a patient. Public responsibility means that when a patient's condition is bad and he or she is unable to pay, that patient will receive necessary guaranteed treatment. Citizens should feel that the rule of solidarity works in practice, and in the condition of severe illness, they will not be left alone. At the

same time, however, individuals should have responsibilities towards their own health. They should choose healthy lifestyle, which would prove that health is in their case not only a value that is only declared but also pursued.

LITERATURE:

1. WHO. HEALTH 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series 6, 1999. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf?ua=1 (dostęp 20.04.2014)
2. Goodman J.C., Musgrave G.L., Herrick D. M., Lives at Risk. Single-Payer national Health insurance Around the World, Rowman & Littlefield Publishers INC, 2004.
3. Arrow J.K., Uncertainty and the welfare economics of medical care, "The American Economic Review", no.53, 1963.
4. Morris S., Devlin N., Parkin D., Economic Analysis in Health Care, John Wiley & Sons, Chichester, 2007.
5. Włodarczk C., Prywatyzacja jako cel polityki zdrowotnej w Polsce (w:) Cele i strategie prywatyzacji opieki szpitalnej w Polsce, Raport końcowy, listopad 2000 r., www.bpz.gov.pl/old/file/prywat-pl.pdf (dostęp 20.04.2014).
6. Kubot Z., Rodzaje komercjalizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, "Prawo i Medycyna" 34, vol 11, 2009.
7. Gałuszka M., Modernizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce a problem komercjalizacji szpitali przez samorzady terytorialne (w:) M. Gałuszka (red.) Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne, Biuro Promocji i Wydawnictw Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2010.
8. Barometr Fundacji Watch Health Care, nr 7, 2014, www.korektorzdrowia.pl (dostęp 10.04.2014).
9. Butler J., The Ethics of Health Care Rationing. Principles and Practices, Cassell, London 1999.
10. Naczelna Rada Lekarska, Stanowisko NRL z dnia 4 kwietnia br. w sprawie „pakietu antykolejkowego” zaprezentowanego przez Premiera i Ministra Zdrowia w dniu 21 marca br., <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowisko-nrl-z-dnia-4-kwietnia-br.-w-sprawie-pakietu-antykolejkowego-zaprezentowanego-przez-premiera-i-ministra-zdrowia-w-dniu-21-marca-br.> (dostęp 20.04.2014).

ДЕМОГРАФІЧНИЙ СТАН В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ ТА ПРОБЛЕМА ПАЛІННЯ

Глєбова Л.І., кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету;

Павлова Г.Є., студентка I курсу III медичного факультету I курсу Харківського національного медичного університету.

Демографічний фактор є одним з найголовніших в контексті стабільного розвитку держави. Нині демографічний стан в Україні важко

назвати задовільним. Усі роки незалежності кількість населення країни неухильно скорочується. В 1991 році чисельність громадян України складала майже 52 млн осіб. Останній офіційний перепис населення проводився понад 10 років тому, і вже тоді, за його результатами на території України мешкало трохи більше 48 млн осіб. Згідно з інформацією, наданою Державним комітетом статистики, станом на 1 січня 2014 року цей показник знизився до 45,426 млн. Соціологи вважають таку динаміку катастрофічною.

Зростаюча протягом останніх років смертність населення в країні передусім обумовлюється захворюваннями неінфекційної природи, пов'язаними зі значним поширенням факторів ризику поведінкового характеру, до яких відносять і тютюнопаління. За оцінками експертів ВООЗ здоров'я більш як на 50 % залежить від способу життя, а шкідливі звички становлять одну з головних проблем його збереження. В Україні палять майже кожен другий чоловік і кожна п'ята жінка. Загалом у країні нараховується більше 8 млн активних курців, котрі складають третю частину всього працездатного населення. Кожен четвертий підліток вперше починає палити у віці 10 років.

У XXI сторіччі змінився підхід до проблеми куріння з боку ВООЗ «Рамкова конвенція по боротьбі з тютюном», прийнята ще 2003 року визнає, що «...цигарки є високотехнологічними виробами, розробленими так, щоб створювати і підтримувати залежність, і що багато компонентів, які містяться в них, і дим, що виділяється, є фармакологічно активними, токсичними, мутагенними канцерогенами». Залежність від тютюну класифікується як окремий розлад здоров'я. Вплив тютюнового диму на оточуючих людей, які не палять, зазвичай називають пасивним курінням. У процесі дослідження цього феномена було встановлено, що й воно є причиною смертності від цілого ряду хронічних захворювань, а також провокує виникнення й розвиток онкологічних і серцево-судинних захворювань, хвороб органів дихання. Роль соціальних факторів у збереженні життя за весь період розвитку цивілізації зросла у всіх відношеннях. Людина отримує здоров'я, у певному сенсі, як

дарунок природи. Однак у процесі соціалізації рівень здоров'я змінюється або в одну, або в іншу сторону.

Останнім часом в Україні прийнято низку законів, спрямованих на обмеження куріння в людних місцях. Усі шари населення мають отримувати від держави соціальний захист, у тому числі так звані пасивні курці. За даними Державної служби статистики, в жовтні 2012 року намітилася тенденція до зниження чисельності курців. З'явилися зони, вільні від тютюнового диму. Така турбота держави породжує в людях відчуття захищеності та впевненості у майбутньому. На жаль, багато рішень досі залишається тільки на папері, бо держава не контролює їх виконання. До того ж, існує сильне тютюнове лобі.

Отже, проблема скорочення чисельності населення України зросла до рівня національної безпеки. За прогнозом ООН, при збереженні динаміки скорочення населення на 2030 рік кількість українців зменшиться до 39 млн осіб. Як зазначалося у демографічному звіті ООН, в Україні вкрай низький природний приріст населення. Це висуває проблему зменшення факторів, які негативно впливають на чисельність населення країни, в ряд першочергових. Одним із завдань є обмеження тютюнопаління як на законодавчому рівні, так і у виховному аспекті. Україна – молода держава, яка має розвиватися. Тож, необхідно запобігати втратам, пов'язаним зі згубними звичками.

ZASADNOŚĆ POMIARU JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH Z NIEDROBNOKOMÓRKOWYM RAKIEM PŁUC W ŚWIETLE HOLISTYCZNEGO MODELU ZDROWIA

Lipińska J., Zakład Socjologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zgodnie z holistycznym ujęciem zdrowia, stan ogólny pacjenta powinno się rozpatrywać wielowymiarowo. Do najczęściej wymienianych aspektów zdrowia zalicza się wymiary: fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy. Praktyka

kliniczna w Polsce zdaje się jednak pozostawać pod wpływem modelu biomedycznego, który po rozdzieleniu *somy* i *psyche* człowieka skupia się na leczeniu ciała, a zatem jedynie na fizycznym aspekcie zdrowia.

Takiej ograniczonej opieki doznają między innymi pacjenci z niedrobnokomórkowym rakiem płuc. Tymczasem osoby te, poza doświadczaniem dolegliwości fizycznych, odczuwają silny stres związany z obawą o utratę zdrowia i życia. Wraz z przyjęciem roli chorego pogarsza się także pozycja społeczna pacjentów. Mimo wagi tych problemów opieka psychologiczna i pomoc społeczna są mniej rozwinięte i często nie towarzyszą zabiegom medycznym.

Krokiem ku opiece zdrowotnej obejmującej wszystkie ujęcia zdrowia jest badanie jakości życia chorych. Pojęcie to występuje w wielu dziedzinach nauki. Na gruncie medycyny wyłonił się z niego termin jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Jest on definiowany jako subiektywnie odbierane zadowolenie z życia pozostające w związku z chorobą i przebiegiem procesu terapeutycznego.

Instrumenty służące pomiarowi jakości życia można podzielić na ogólne - wykorzystywane u pacjentów niezależnie od choroby, z powodu której cierpią oraz specyficzne dla danej jednostki chorobowej. Te drugie zawierają często pytania o objawy charakterystyczne dla określonego schorzenia. Wśród najpopularniejszych kwestionariuszy pomiaru jakości życia przeznaczonych dla chorych z nowotworem płuc wymienia się: Functional Assessment of Cancer Therapy- Lung (FACT-L), Lung Cancer Symptom Scale (LCSS) i Quality of Life Questionnaire – Lung Cancer (QOL-LC).

Celem pracy jest omówienie i porównanie powyższych kwestionariuszy oraz podkreślenie korzyści płynących z pomiaru jakości życia zarówno dla pacjenta z niedrobnokomórkowym rakiem płuc, jak i personelu medycznego sprawującego nad tym chorym opiekę.

**TOWARD HUMANIZATION OF MEDICINE –
HUMANISTIC PRINCIPLE AS A FIELD OF COOPERATION
IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONS**

Wieczorkowska M., PhD, lecturer, Department of Sociology, Medical University of Łódź

Medical sociology is an important but underestimated element of medical education in Poland. An article presents the concept of humanistic principle (also called humanistic coefficient) developed by a Polish sociologist and philosopher Florian Znaniecki, as a field of potential cooperation in the doctor – patient relations.

Medical sociology was the answer for changes in the field of health, illness and medicine itself. The social model of disease that appeared in 1960`s underlined influence of social and environmental factors on the emergence of a disease [1, p.29-30]. Sociological reflection has been developing in two directions – **sociology of medicine** and **sociology in medicine** [2]. Table 1 contains their detailed description with a recommendation for medical professionals.

Table 1. Sociology of medicine and sociology in medicine and their role in the medical practice

SOCIOLOGY OF MEDICINE	SOCIOLOGY IN MEDICINE
analysis of medical institutions	analysis of social determinants of health and illness
field of interest: medical professions, medical systems, medical institutions, medicine in macrostructural context; influence of medical development on the life and the health of individuals; impact of macrostructural processes and phenomena (medicalization, risk society, culture of fear) on changes	field of interest: socio-cultural determinants (sex, age, education, profession, religion, health beliefs, personality, social capital) and their influence on the risk of the emergence of a disease, its diagnostics, as well as curation (health and illness behaviors); doctor-patient relations; communication

within medicine	problems in the doctor-patient relations; individual and social perception of a disease; social role and identity of the sick
meaning for medical professionals: providing of a meta-knowledge about medicine in itself as well as about persons, groups and categories of practitioners; providing of „a mirror” of social moods being a basis for reshaping professional actions by medical professionals	meaning for medical professionals: providing knowledge about socio-cultural determinants of health and disease; providing soft skills in the area of professional contacts, building effective relations, empathy as well as group work
sociology about medicine	sociology for medicine

Source: own elaboration based on [1, 2]

Contemporary humanizing approach requires a third way – **sociology with medicine** [3, 4]. It doesn't give primacy to any of those two domains (neither medicine, nor sociology) assuming their partnership and cooperation that leads to humanization of medicine. As Michał Skrzypek writes: “The new approach promotes partnership of sociologists and doctors in research, and it has an integrative dimension, because it includes critical sociological research „about medicine” as well as applied research completing theoretical and clinical biomedical knowledge with subjective and contextual aspects of health and disease” [5, p. 10].

Within this framework three elements - theoretical background, medical skills and social competences - meet on the practical level, during the doctor-patient interaction. To provide that this meeting goes in the atmosphere of understanding and cooperation I recall the concept of **humanistic principle**, also called **humanistic coefficient** developed by Polish sociologist and philosopher Florian Znaniecki. He was one of the founders of humanistic sociology. As he wrote in “The Introduction to Sociology” (first published in 1922): “That feature of

cultural phenomena, subjects of humanistic research, that crucial feature of them, that, as subjects of theoretical reflection they are objects given to someone in their experience or they are someone's conscious actions, we can call humanistic principle of those phenomena" [6, p. 25]¹. The concept seems to be an excellent rule exemplifying a desired direction of the doctor-patient interaction as well as, in a broader context, mutual relations between sociology and medicine. Humanistic principle is most often treated as a methodological guideline, showing how to investigate the society, but it could be understood much broader – as an ontological and epistemological directive. As an ontological guideline it shows that social reality is built with elements that individuals give meaning to, and to which they relate their actions. As an epistemological guideline it reflects rules of cognition of such constructed reality showing that it is required to get to those, given by individuals, meanings of investigated facts. Finally, as a methodological guideline, humanistic principle underlines that the researcher and the investigated person belong to the same reality. For more details, see Table 2. Moreover, in that relation, the researcher should take not the position of a distant observer but the one of an involved partner. One should take into consideration not only what are things and actions in our experience but also meanings given to those objects and actions by individuals in certain communities.

Table 2. Main guidelines and the meaning of the humanistic principle for medical professionals

Humanistic principle	Importance for social sciences	Importance for medical professionals
Ontological guideline	Reality as a result of meanings and interpretations given by individuals to objects of their actions	Doctor-patient relations as a result of meanings given by both sides of an interaction (not only by a doctor) to the situation and to a disease
Epistemological guideline	Quiddity of cognition	Quiddity of diagnosis is social

¹Own translation

	are not the facts, objects and phenomena themselves but the meaning given to them by people	and environmental examination at the same time as medical one and ability to insight into patients` feelings and the meaning of a disease given by them
Methodological guideline	Researchers should be an active partner not a distant observer	A doctor should treat their patients in a holistic manner, considering socio-psychological aspect and consequences of a disease not only a medical one; a doctor should present a partnership not a paternalistic attitude toward a patient when possible

Source: own elaboration based on [6, 7, 8]

That relation between the researcher and the researched person in social sciences one can successfully relate do the context of the doctor-patient relation underlining that both of them belong to the same social reality. A doctor should approach a patient the same way as a social researcher approaches a researched person – treating them as subjects, considering their experiences, meanings given to certain situations, needs, desires, concerns, acting with empathy and remaining a professional at the same time. A doctor cannot be only a distant objective observer, considering only their technical interpretation of symptoms, diagnostics and medical intervention, but they should look on a disease as a social construct and on a patient from the holistic perspective – considering patient`s interpretation of a situation and the meaning that they give to their disease, curing and to adaptation to living with dysfunction.

REFERENCES:

1. Sokołowska M., Socjologia medycyny,(in:) Ostrowska A, (ed.) Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy, IFiS PAN, Warszawa, 2009.
2. Straus R., The Nature and Status of Medical Sociology,(in:) American Sociological Review 1957;22, p. 200-204.
3. Horobin G., Medical Sociology in Britain: True Confessions of an Empiricist,(in:) Sociology of Health and Illness 1985, 7(1), p. 94-107.
4. Straus R., Medical Sociology: A Personal Fifty Year Perspective,(in:) Journal of Health and Social Behavior, 1999, 40, p. 103-110.
5. Skrzypek M. (ed.) Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących medycynę, KUL, Lublin, 2013.
6. Znaniecki F., Wstęp do socjologii, PWN, Warszawa 1988.
7. Znaniecki F., Pisma filozoficzne, tom II, Humanizm i poznanie i inne pisma filozoficzne, PWN, Warszawa 1991.
8. Znaniecki F., Metoda socjologii, PWN, Warszawa, 2008.

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

*Чернуха А.В., старший преподаватель кафедры общественных наук
Харьковского национального медицинского университета;
Абузова Ю.М., студентка I курса II медицинского факультета
Харьковского национального медицинского университета*

Социология медицины – отрасль социологии, изучающая систему охраны здоровья, социальные термины «болезнь» и «здоровье», поведение людей в сфере медицины. Это наука о закономерностях формирования ценностных ориентаций населения к здоровью или болезням, медицинского обслуживания, медицины и охраны здоровья.

Задача медицинской социологии – анализ взаимодействия медицины с обществом, с различными социальными институтами, познание законов развития и функционирования теории здравоохранения как социального феномена.

Медицинская социология изучает социологические особенности взаимоотношения больного с врачами, медицинскими сестрами, другими больными лечебного учреждения, семьей, друзьями. Влияние социальных факторов на здоровье, в том числе и психическое, является элементом целостного понимания этих проблем.

Врачи дают рекомендации по питанию, занятиям спортом, борьбе со стрессом; здравоохранение берет на себя функции социального контроля. Профессия медика заметно влияет не только на пациентов, но и на другие организации и социальные институты.

Возникновение социологии медицины разные авторы относят к разным датам и выражают свои индивидуальные точки зрения относительно этого определения. Английский врач и демограф Т. Маккеон (Т. MacKeown) доказывал, что в Великобритании в XVII в. медицина сыграла незначительную роль в серьезном снижении инфекционных болезней и росте населения. Особо он выделил этиологию болезней, позволившую определить четыре основные категории причин заболеваемости. Три из них связаны с попаданием в организм человека патогенных микроорганизмов: а) воздушно-капельным путем; б) через воду и пищевые продукты; в) с помощью микроорганизмов, т.е. передача происходит не через воздух или воду, а через контакты между животным и человеком (сыпной тиф) и от человека к человеку (например, болезни, передающиеся половым путем). В четвертую категорию попали врожденные пороки, болезни дегенерации, а также заболевания, обусловленные естественным процессом старения (видоизменяющиеся в зависимости от образа жизни, питания, окружающих факторов). К ним относятся онкологические и сердечно-сосудистые заболевания.

Профессор К. Winter относит начало медицинской социологии к середине прошлого века. В своей монографии «Социология для врачей» он неоднократно высказывает мысли о теснейшей связи социологии медицины и социальной гигиены. Изучая социологию медицины как логическое продолжение социальной гигиены, К. Winter рассматривает также историю социальной гигиены (социальной медицины) как историю социологии медицины.

Толчком для быстрого развития социологии медицины послужила научно-техническая революция и связанное с ней изменение социальной и природной экологии существования человека.

Проводится работа по систематизации, совершенствованию методологического аппарата, подготовки кадров и планирования социологических исследований.

Предмет социологии медицины, естественно, формирует основные фундаментальные и прикладные направления исследований.

Основными прикладными задачами социологии медицины в настоящее время являются:

- расширение социологического кругозора на до- и последипломном этапах подготовки специалистов для здравоохранения;

- систематизация, совершенствование методологии, стратегическое планирование медико-социологических исследований в системе охраны здоровья;

- реализация государственного заказа по оценке социальных результатов экономических нововведений, структурных преобразований и реформирования отрасли;

- использование результатов медико-социологических исследований в планировании и прогнозировании развития сети здравоохранения;

- использование конкретных медико-социологических исследований: для гармонизации интересов субъектов и участников ОМС (обязательного медицинского страхования); для интегральной оценки качества жизни и эффективности деятельности системы охраны здоровья и других целей.

С самого начала появления она развивалась по двум направлениям: социология в медицине (или собственно медицинская социология), социология медицины и здравоохранения – с использованием модели образа жизни.

В XVIII–XIX веках врачи сталкивались в основном с болезнями, часто имевшими инфекционный характер и угрожавшими жизни пациентов. Ведущими причинами смерти, например, в 1900 г. были грипп, пневмония, туберкулез, тогда как в конце XX века главными причинами смерти стали болезни сердца, злокачественные новообразования, поражения сосудов головного мозга и несчастные случаи. Другие причины заболеваемости в XX веке связаны с старением населения и изменениями образа жизни. Во

второй половине века врачи уже начали сталкиваться с длительными хроническими расстройствами, препятствующими оптимальному социальному функционированию пациента. Изменение характера патологии породило в социологии и клинической медицине новое понятие – «холистическая медицина», которое означает, что микроорганизмы в качестве главного этиологического фактора стали вытеснять стресс, а лечение все больше будут заменять такие понятия, как «реабилитация» и «социальное обеспечение».

Современная медицинская социология – это наука о медицине как социальном институте, функционировании и развитии этого института через его составные элементы, изучающая социальные процессы, протекающие в данном институте.

Рост интереса к медицинской социологии связывают с тем, что:

1) в современных сообществах происходит осознание того, что многие проблемы, связанные со здоровьем, имеют социальную природу;

2) здоровье и жизнь людей начали признаваться высшими социальными ценностями;

3) со стороны медицины наблюдается возрастание внимания к изучению социальных аспектов болезней, особенно это касается таких направлений, как психиатрия, педиатрия, семейная медицина, гериатрия и коммунальная медицина;

4) возникла потребность введения социологического образования в практику преподавания высших медицинских учебных заведений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Социология: Учебник для вузов / В. Н. Лавриенко, Н. А. Нартов, О. А. Шабанова, Г. С. Лукашова; Под ред. проф. В.Н. Лавриенко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ЮНИТИДАНА, 2000. – 407 с.
2. Краткий словарь по социологии. – М., 1989.
3. Добронравов, Н. Социология медицины / Н. Добронравов. // Философская энциклопедия. – М., 1970. – Т. 5. – С. 98.
4. Решетников, А. В. Эволюция и проблемы современной медицины / А. В. Решетников // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 5,6 (45). – С. 64-66.

СЕКЦІЯ 6. ПЕРСОНАЛІЇ ВИДАТНИХ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ВНЕСОК У МЕДИЦИНУ М. М. АМОСОВА

Арзуманова Т.В., доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету;

Абрикосова А.С., студентка I курсу стоматологічного факультету Харківського національного медичного університету

Микола Михайлович Амосов – взірць гуманізму і високої моралі, видатний кардіохірург, дослідник, вчений, письменник, громадський діяч, популяризатор науки і здорового способу життя. Уперше в світі розробив і впровадив у практику протитромбічні протези серцевих клапанів (1965), заклав основи школи біологічної та медичної кібернетики.

М.М. Амосов народився 6 грудня 1913 року в селі Вільхове у сім'ї службовця. У 1932 р. він закінчив Череповецький механічний технікум, після чого 3 роки працював змінним механіком на Архангельській електростанції. У 1934 році юнак вступив до Всесоюзного заочного індустріального інституту (ВЗІІ) у Москві. Наступного року вступив ще й до Архангельського державного медичного інституту, який з відзнакою закінчив у 1939 році. Здібного випускника прийняли до аспірантури з військовопольової хірургії, але він залишив її – поїхав до Череповця, де почав працювати ординатором хірургічного відділення міжрайонної лікарні. У вільний час готувався до захисту диплома у ВЗІІ, проектуючи літак з турбопаровим двигуном. Цей виш Амосов закінчив у 1940 році, теж із відзнакою.

У 1941 році він був призваний до лав Червоної Армії. Під час Великої Вітчизняної війни служив провідним хірургом у польових пересувних шпиталях на Західному, Брянському, 1, 2 і 3-му Білоруських фронтах. Упродовж 1947–1952 рр. працював головним хірургом Брянського

обласного відділу охорони здоров'я і водночас завідував хірургічним відділенням обласної лікарні. Тут М.М. Амосов цілеспрямовано й захоплено займався проблемами грудної хірургії. Він широко й успішно оперував при хірургічних та онкологічних ураженнях легень, стравоходу, кардіального відділу шлунка. Результати його операцій були тоді одними з найкращих у Радянському Союзі.

Миколу Михайловича було запрошено до Київського інституту туберкульозу та грудної хірургії імені Ф.Г. Яновського для керівництва спеціально створеною клінікою торакальної (грудної) хірургії. У 1953 році він захистив докторську дисертацію на тему «Пневмонектомії і резекції легень при туберкульозі». У 1955 році уперше в Україні почав займатися лікуванням вад серця. Разом зі своїми співробітниками створив надійний апарат штучного кровообігу «серце–легені» і впровадив його у практику одним із перших в СРСР. У 1955 році М.М. Амосов заснував і очолив першу в Радянському Союзі кафедру грудної хірургії для удосконалення лікарів, з якої пізніше виділилася кафедра анестезіології.

У 1961 році Амосову була присуджена Ленінська премія, він був обраний членом-кореспондентом АМН СРСР.

Одним з основних напрямків науково-практичної діяльності М.М. Амосова виявилось хірургічне лікування захворювань серця. У 1963 році М.М. Амосов першим у Радянському Союзі здійснив протезування мітрального клапана серця, а в 1965 році створив і вперше у світі впровадив у практику антитромботичні протези серцевих клапанів.

1960 року, будучи вже відомим хірургом, Микола Михайлович заснував і очолив відділ біологічної кібернетики в Інституті кібернетики Академії наук УРСР. Під його керівництвом проведені фундаментальні дослідження систем саморегулювання серця, здійснена розробка та побудова фізіологічної моделі внутрішнього середовища організму людини. За дослідження в галузі біокібернетики у 1978 році Микола Михайлович був удостоєний Державної премії УРСР.

У 1983 році клініка серцево-судинної хірургії Київського НДІ туберкульозу і грудної хірургії була реорганізована в Київський НДІ серцево-судинної хірургії МОЗ УРСР. М.М. Амосов з 1968 року обіймав посаду заступника директора, згодом став директором новоутвореного інституту і працював на цій посаді до 1989 року.

Хірург і вчений М.М. Амосов розкрився свого часу і як талановитий письменник, опублікувавши в 1964 р. свою першу повість «Думки і серце». Книга була перекладена різними мовами і видана у 28 країнах світу. За нею з'явилася низка інших літературних творів. У 1974 році М.М. Амосова прийняли до Спілки радянських письменників.

У багатогранній діяльності Миколи Михайловича велике місце відводилось громадській роботі. Він був депутатом Верховної Ради СРСР п'яти скликань. Говорячи про Миколу Михайловича, необхідно згадати ще одну складову його різноманітної діяльності – публіцистику. Тут він виявив видатні здібності, сміливість, тверезу оцінку ситуації в СРСР, зокрема в питаннях подолання негативних явищ, яких було чимало.

Академік Амосов – творець школи кардіохірургів в Україні. Під його керівництвом захищено 35 докторських і 85 кандидатських дисертацій. Микола Михайлович помер 12 грудня 2002 року на 90-му році життя. Постановою Кабінету Міністрів України Інституту серцево-судинної хірургії Академії медичних наук України присвоєно ім'я академіка Миколи Михайловича Амосова. Його іменем названа вулиця, на якій розташований інститут. 2000 року він увійшов до першої десятки особистостей, які визначили обличчя країни у ХХ столітті, а в 2008 році співвітчизники віддали йому друге місце серед 100 великих українців.

Та головне – це світла пам'ять про академіка М.М. Амосова, яка назавжди залишиться в серцях його учнів, співробітників, багатьох тисяч врятованих ним хворих і всіх, хто мав щастя зустрічатися з цією видатною людиною.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Кіпніс, Г. Амосов такий, який він є / Г. Кіпніс // Вітчизна. – 1993. – № 11-12. – С. 100-107.
2. 100 знаменитих людей України / В. М. Скляренко. – Харків : Фоліо, 2005. – 511 с.
3. Мостова, Т. Микола Амосов : філософія здоров'я / Т. Мостова // Рідна школа. – 2004. – № 1. – С. 76-79.

НАУКОВА СПАДЩИНА АКАДЕМІКА Д.С. ВОРОНЦОВА В ГАЛУЗІ ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЇ (ПЕРША ПОЛОВИНА ХХ СТОЛІТТЯ)

Варивода К.С., аспірантка кафедри історії та культури України ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»

Пізнання закономірностей становлення і розвитку електрофізіології в Україні наприкінці ХІХ – в першій половині ХХ століть неможливе без висвітлення наукових здобутків та відображення внеску окремих вітчизняних учених-електрофізіологів. Вагома роль у становленні й розвитку електрофізіології як на теренах України, так і в світі належить відомому фізіологу, академіку АН УРСР Д.С. Воронцову (1886–1965). Учений є автором понад 100 наукових праць та монографій з електрофізіології. Д.С. Воронцов здійснив фундаментальні дослідження з електрофізіології серця, скелетних м'язів, нервів, спинного та головного мозку. Життєвий і творчий шлях Д.С. Воронцова умовно можна поділити на декілька періодів, кожен з яких став певним етапом його наукової діяльності.

У петербурзький період (1907–1915) під час навчання в університеті розпочались наукові пошуки Д.С. Воронцова в галузі електрофізіології. Під керівництвом М.Є. Введенського він проводив дослідження з вивчення впливу блукаючого нерва на діяльність серця. Студент встановив, що блукаючий нерв здійснює не лише гальмівний вплив на діяльність серця, але за певних обставин має підсилюючу дію. Результати досліджень були узагальнені у дипломній роботі під назвою «К вопросу о тормозящем

влиянии блуждающего нерва на сердце» (1913). Дипломна робота Д.С. Воронцова була нагороджена золотою медаллю Петербурзького університету [1, с. 146].

Водночас були проведені дослідження щодо природи явища збудження в нерві. Своє зацікавлення цим питанням Д.С. Воронцов пояснював великим значенням даного процесу для життєдіяльності будь-якої живої клітини, тканини і організму в цілому. Д.С. Воронцов визначив загальну тривалість струму дії нерва жаби, а також тривалість його висхідної і нисхідної частин. Результати експериментальних досліджень ученого лягли в основу таких статей: «О длительности возбуждения в нерве» і «Некоторые наблюдения над токами действия на раздраженном и кокаинизированном нерве» (1913). Цими дослідженнями Д.С. Воронцов зробив вагомий внесок в розвиток електрофізіології периферичних нервів [1, с. 147].

Наступним етапом наукової діяльності Д.С. Воронцова була робота в Одеському університеті (1916–1920 рр.). В цей період Д.С. Воронцов закінчив розпочате в Петербурзі дослідження електрограми серця жаби. Учений проаналізував походження своєрідної форми електричної реакції шлуночка серця, яке складається з ряду зубців: R, S, T. В ході дослідження Д.С. Воронцов визначив, що упродовж всього часу скорочення серцевий м'яз не чутливий до повторних подразнень, що забезпечує ритмічну зміну систоли та діастоли. Він наголошував, що майже однакова тривалість процесів збудження і скорочення серцевого м'яза пов'язана з насосною функцією серця. Цим дослідженням Д.С. Воронцов зробив вагомий внесок в розвиток електрокардіографії. Результати досліджень він узагальнив у монографії «Анализ электрограммы сердца лягушки» (1917), за яку Д.С. Воронцову було присуджено ступінь магістра зоології, порівняльної анатомії і фізіології [2, с. 6].

У «смоленський» період (1922–1930 рр.) науковець розпочинає серію досліджень з вивчення біоелектричних потенціалів та впливу різних іонів на збудливість нервових тканин. На підставі одержаних даних було зроблено

висновок, що альтерація нерва одновалентними катіонами (Na, K) приводить до розвитку в ньому стану, схожого на збудження, тоді як двовалентні катіони (Ca, Mg) викликають стан, схожий на гальмування. В 1924 р. у статті «Влияние постоянного тока на нерв, обработанный водой, раствором сахара и хлоридом щелочных и щелочноземельных металлов» учений узагальнив дані цих досліджень. Водночас у статті Д.С. Воронцов робить важливий висновок про те, що процес збудження відбувається в поверхневій протоплазматичній мембрані клітини. Це положення склало основу всіх подальших його досліджень з вивчення нервових процесів [2, с. 7].

У «казанський» період (1930–1935) Д.С. Воронцов продовжив дослідження слідової електронегативності струму дії нерва. Окрім цього, були проведені дослідження механізму подразнюючої дії електричного струму, встановлено відновлюючий вплив іонів кальцію на втомлений м'яз. Результати цих досліджень опубліковані в наступних працях: «Обмен веществ в нерве» (1932), «К анализу электрической реакции нерва» (1933), «О природе возбуждения» (1934) [2, с. 9].

«Київський» період (1935–1965) наукової діяльності Д.С.Воронцова розпочався з вивчення фізіологічних властивостей нервових закінчень у скелетних м'язах, зокрема його увагу привернуло явище песимуму, відкрите М.Є. Введенським. В ході досліджень ученим була створена оригінальна концепція механізму песимального гальмування. Основні результати цього дослідження висвітлені в статті «О механизме периферического торможения скелетной мышцы» (1937) [3, с. 62].

Важливе значення для розвитку електрофізіологічних досліджень мала доповідь Д.С. Воронцова «О природе электрических потенциалов живых тканей», з якою він виступив на 1-й Гагрській конференції 1948 року. В доповіді учений детально виклав свої уявлення про механізм явища збудження, природу струму спокою і потенціалів дії. Д.С. Воронцов зробив висновок, що процес збудження відбувається в поверхневій протоплазматичній мембрані клітини за рахунок зміни концентрації іонів,

чим підтвердив іонну теорію В.Ю. Чаговця. Учений наголошував на тому, що процеси, які виникають на поверхні мембрани клітини, тісно пов'язані з обміном речовин у протоплазмі [3, с. 76].

Грунтовні дослідження були проведені Д.С. Воронцовим з вивчення електричних сигналів кори головного мозку. Він запропонував метод біполярного відведення викликаного потенціалу. На підставі отриманих даних Д.С. Воронцов у статті «Что собой представляет электроэнцефалограмма?» (1960) зробив висновок, що електроенцефалограма відображає лише певну частину процесів, які відбуваються в корі головного мозку [3, с. 90].

Особливої уваги заслуговує монографія Д.С. Воронцова «Общая электрофизиология» (1961). В монографії вчений узагальнив і проаналізував велику кількість фактичного матеріалу із загальної фізіології та електрофізіології, отриманого як українськими, так і зарубіжними науковцями. Ученим були висвітлені важливі питання природи і походження електричних потенціалів у живих тканинах, зв'язок цих потенціалів з основними функціями клітин і тканин, подана характеристика електричних явищ різних тканин організму. Упродовж тривалого часу монографія Д.С. Воронцова була настільною книгою для всіх електрофізіологів країни [3, с. 93].

Наукові відкриття академіка Д.С. Воронцова мають величезне значення для розвитку електрофізіології першої половини ХХ століття. Наукові праці ученого були присвячені таким питанням, як: виявлення електричних реакцій серця, нервів, м'язів і центральної нервової системи; з'ясування природи процесів збудження і гальмування; висвітлення природи електричних потенціалів живих клітин.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Костюк, П. Г. Исследования Д.С. Воронцова о природе возбуждения и торможения и их развитие в современной физиологии / П. Г. Костюк, Ф. Н. Серков // Физиологические научные школы в СССР: очерки. – Л. : Наука, 1988. – С. 146-157.
2. Серков, Ф. Н. Научная деятельность Д. С. Воронцова и ее значение для развития отечественной электрофизиологии и нейрофизиологии / Ф. Н. Серков // Современные

проблемы общей физиологии возбудимых образований: сб. работ, посвящ. памяти Д. С. Воронцова. – К. : Наук. думка, 1978. – С. 1-13.

3. Серков, Ф. Н. Даниил Семенович Воронцов / Ф. Н. Серков. – К. : Наук. думка, 1986. – 127 с.

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
АКАДЕМІКА О.І. ДУШЕЧКІНА В ГАЛУЗІ ФІЗІОЛОГІЇ РОСЛИН
(40 - 50-і роки ХХ СТОЛІТТЯ)

Годун Н.І., кандидат історичних наук, доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»

На сучасному етапі розвитку природничих наук (фізики й хімії), електронно-обчислювальної техніки та завдяки проникненню їх у фізіологію та біохімію рослин для науковців створюються можливості вивчати найточніші процеси в рослинному організмі. Розглядаючи цю галузь знань в історичному аспекті, слід зазначити, що становлення наукової думки й розвиток досліджень у галузі фізіології та біохімії рослин відбувалося переважно завдяки праці провідних учених.

Як самостійна галузь науки фізіологія рослин почала формуватися в середині ХІХ ст. Осередками розвитку фізіології рослин в Україні були кафедри фізіології рослин вищих навчальних закладів. Зокрема в 60–90 рр. ХІХ ст. головним центром вивчення фізіології рослин в Україні був Київський університет, де працювали відомі вчені І.Г. Борщов, О.В. Баранецький, С.М. Богданов, К.А. Пурієвич, С.Г. Навашин.

Вагомий внесок в розвиток фізіології рослин у 40–50-і роки. ХХ ст. зробив академік О.І. Душечкін, створивши в Україні загальновизнану наукову школу не лише агрохіміків, а й фізіологів рослин.

Починаючи з лютого 1945 р., коли О.І. Душечкіна – вже відомого на той час науковця в галузі агрохімії – обирають академіком АН УРСР. Він бере активну участь в організації нового закладу – Інституту фізіології

рослин і агрохімії АН УРСР, який розпочав свою роботу на базі відділу фізіології живлення рослин і агрохімії Інституту ботаніки АН УРСР. Директором новоствореного осередку науки було призначено саме О.І. Душечкіна [1, с. 91]. Під його керівництвом колектив плідно займався вивченням проблем фізіології та біохімії у підвищенні врожайності сільськогосподарських рослин. Дослідження фізіологічних процесів вчені проводили переважно на сільськогосподарських культурах. Вони одночасно з'ясовували фундаментальні закономірності й шукали практичні рішення, які б сприяли підвищенню продуктивності рослин. Особливо це було характерним для фізіології живлення рослин, тому розвиток цього найважливішого розділу фізіології рослин поєднувався з вивченням агрохімічної складової даної проблеми. Саме багаторічні дослідження академіка Душечкіна, які збагатили вітчизняну агрохімію розумінням механізмів перетворення ряду поживних речовин у ґрунті, дали змогу встановити оптимальні співвідношення для сільськогосподарських рослин між фосфором та іншими елементами живлення. Учений всебічно вивчив споживання фосфору і фосфоритів рослинами, дослідив динаміку рухомого азоту в ґрунті залежно від внесення добрив та інших умов. Усі ці розробки мали у своїй основі фізіологічний зміст, завершення їх дало можливість створити низку практично важливих методів унесення добрив та ефективного використання місцевих добрив [2, с. 27].

При вивченні системи живлення, за твердженням О.І. Душечкіна, необхідно враховувати співвідношення і залежності рослин від зовнішніх умов, тому що саме в цьому він вбачав ключ до побудови правильної системи добрив – однієї з основ ефективного підвищення врожайності. Без з'ясування ролі окремих мінеральних речовин у фізіологічних та інших функціях рослин не може бути правильно розв'язана проблема живлення рослин, а отже й питання про ефективну систему добрив. Ці завдання, що були поставлені О.І. Душечкіним перед Інститутом фізіології рослин та агрохімії, дуже близькі до сучасних поглядів щодо надходження і включення

в метаболізм (перетворення) та обмін речовин елементів живлення в рослинах. Без виявлення фізіологічних і біохімічних функцій, обумовлених окремими елементами живлення, як стверджував учений, неможливо вирішити й пояснити цілий комплекс процесів, що становлять зміст обміну речовин, процесів, які впливають на ріст, розвиток і продуктивність рослин [3, арк. 3].

У праці «Очередные задачи научно-исследовательской работы в области физиологии сельскохозяйственных растений и агрохимии» (1948 р.) О.І. Душечкін зазначав, що дедалі більша увага дослідників зосереджувалася на речовинах росту, значення яких у процесах живлення, за даними багатьох дослідників, дуже важливе. Своєю чергою, вчений наголошував, що вивчення цих питань у зв'язку з активністю ферментів, впливом мікроелементів та участю ізотопів є першочерговим і важливим у тому випадку, якщо ми бажаємо правильно розв'язувати проблему живлення. На думку вченого, науковці зазвичай не враховували потребу рослини в поживних речовинах за їх виносом. [4, с. 7]. Із його тверджень зрозуміло, що потреби рослин у поживних речовинах краще визначати не тільки за виносом з урожаєм, а й за біологічним максимумом, тобто за кількістю, що відповідає максимальному нагромадженню поживних речовин у рослині, після чого починається їх виділення.

Учений зазначав, що надходження поживних речовин у рослини тісно зв'язане з процесом фотосинтезу і такими життєвими процесами, як дихання, обмін речовин тощо. Обмін речовин, як наголошував О.І. Душечкін, немислимий без ферментів, вони сприяють утворенню чи розпаду тих або інших речовин. Попри те, що успішно вивчалися значення мікроелементів як біокатализаторів окислювально-відновних та інших процесів, від яких залежать рівень та якість урожаю, на ферменти, як підкреслював О. І. Душечкін, зверталось мало уваги. Саме ці питання й були висвітлені науковцем у згаданій праці «Очередные задачи научно-исследовательской

работы в области физиологии сельскохозяйственных растений и агрохимии».

Учений неодноразово відзначав велику роль радіоактивних ізотопів (наприклад, калію) у надходженні поживних речовин та в реакціях обміну речовин [3, арк. 7].

У доповіді одного з його учнів доктора біологічних наук Д.М. Гродзінського, «Внесок О.І. Душечкіна в розвиток фізіології рослин» було наголошено, що вчений передбачив розвиток багатьох напрямків на основі використання новітніх методів фізичної і квантової хімії та радіобіології для розкриття суті процесів, які відбуваються на молекулярному й субмолекулярному рівнях і є основою фізіології живлення, метаболічних функцій, дихання, стійкості, росту і формоутворення організму рослин. Д.М. Гродзінський зазначив, що дослідження О.І. Душечкіна сприяли подальшому вивченню зв'язків між основними фізіолого-біохімічними процесами в рослинному організмі, що мало велике значення для подальшого розвитку фізіології та біохімії рослин.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Годун, Н. І. Роль наукової спадщини академіка О. І. Душечкіна у вивченні історії агрохімічної науки в Україні / Н. І. Годун // Історія освіти, науки і техніки в Україні : матеріали четвертої конф. молодих учених та спеціалістів, 29 січня 2008 р. / Укр. акад. аграр. наук, ДНСБ, Ін-т рослинництва ім. В. Я. Юр'єва. – К., 2008. – С. 90-92.
2. Власюк, П. А. Фізіологія живлення рослин і агрохімія за 30 років Радянської влади на Україні / П. А. Власюк // Науч. тр. ин-та физиологии растений и агрохимии АН УССР. – М., 1948. – № 1-2. – С. 23-37.
3. Інститут рукопису Національної бібліотека України імені В. І. Вернадського. Ф. XXVI. Особовий фонд О.І. Душечкіна, оп. 578, арк. 1-7.
4. Душечкин, А. И. Очередные задачи исследовательской работы в области физиологии с.-х. растений и агрохимии / А. И. Душечкин // Науч. тр. Ин-та физиологии растений и агрохимии АН УССР. – М., 1948. – № 1-2. – С. 5-22.

ПИТАННЯ ЄВГЕНІКИ У НАУКОВОМУ ДОРОБКУ ПРОФЕСОРА Б.І. МАТЮШЕНКА

Данилюк Н.В., аспірант кафедри історії та культури України ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький ДПУ імені Григорія Сковороди»

У сучасних умовах погіршення репродуктивного здоров'я молоді важливого значення набуває збереження повноцінного генетичного фонду. Це питання є актуальним з огляду на теперішню демографічну ситуацію та соціально-політичну кризу в Україні.

Поліпшення роду людського є одним із завдань евгеніки. Серед українських вчених ці питання вперше були підняті Б.І. Матюшенком у 20–30-их роках ХХ ст.

Слід зазначити, що Б.І. Матюшенко з 1905 р. працював у Києві в санітарній управі під керівництвом відомого академіка О. Корчака-Чепурківського, саме в 1905 р. при Генеральному Секретаріаті Б. Матюшенко організував медично-санітарну службу. В період Гетьманату він обіймав посаду директора медичного департаменту Міністерства здоров'я, а згодом – комісара Міністерства здоров'я. Під час Директорії Б. Матюшенко був міністром здоров'я. Упродовж 1922–1925 років за його редакцією у Празі виходив українською мовою журнал «Український медичний вісник». В еміграційний період Б.І. Матюшенко працював професором кафедри гігієни Українського вільного університету та Української господарської академії у Подебрадах. За праці з питань евгеніки Б. Матюшенко був обраний дійсним членом Чеського євгенічного товариства [1].

Перша ґрунтовна наукова стаття Б.І. Матюшенка з евгеніки на «Євгенічні поради та їх організація» була опублікована у Львові 1931 року в «Лікарському віснику».

У цій праці Б. І. Матюшенко підкреслює, що забезпечення біологічних ознак людини, а отже її вищої працездатності, має не лише медичне, а й

соціальне та державне значення. У зв'язку з цим учений висунув низку таких пропозицій щодо зменшення кількості дефективних нащадків, а саме:

- добровільні лікарські огляди перед шлюбом;
- заборона шлюбів із особами з психічними розладами, хворими на туберкульоз і особами з венеричними хворобами;
- отримання рекомендацій лікаря перед шлюбом;
- проведення консультацій одруженим – з питань статевого життя, безплідності, різноманітних вад організму;
- обов'язковість та безкоштовність медичних консультацій;
- лікарі медико-генетичних консультацій повинні володіти знаннями з питань соціальної гігієни, генетики, фізіології, сексології, психіатрії;
- лікарі медико-генетичних консультацій повинні працювати в тісному зв'язку з іншими спеціалістами;
- важливим завданням є популяризація медичних знань серед широких мас населення;
- санітарно-просвітницька робота має виконуватись усіма без винятку медичними працівниками [3].

З ініціативи Б. Матюшенка та Р. Осінчука і за підтримки М. Панчишина в 1937 р. була створена перша в Галичині євгенічна порадня (медико-генетична консультація), мета якої не відрізнялася від сучасних медико-генетичних консультацій. Слід зауважити, що перші консультації обмежувалися переважно порадами для шлюбних пар.

До основних напрямів діяльності порадни (медико-генетичної консультації) відносилися:

- складання анкет із запитаннями для жінок і чоловіків;
- зв'язок із спеціалістами різних галузей, що працювали в «народній лічниці» і протитуберкульозному диспансері;
- налагодження лабораторних досліджень (лабораторія Бактеріологічно-хімічного інституту Наукового товариства ім. Шевченка);
- кінцеві рекомендації.

У ній дослідник заявляє, що на генеративні властивості впливають соціально-політичні фактори: недуги, війна і голод. Зокрема він посилається на статистичні дані Наркомздраву, згідно з якими на 10 тисяч мешканців Києва, Одеси, Харкова припадає 764 хворих на венеричні недуги. За 1922 рік кількість хворих зросла у десять разів проти 1920–1921 років [1].

На думку вченого, загальний стан репродуктивного здоров'я нації залежить також від характеру і масовості війни. Б.І. Матюшенко зауважує, що смертність від соціальних причин має відношення не лише до демографії, а й до збереження нації. Відповідно, на генеративні властивості популяції впливає воєнний фактор. Окрім безпосередніх втрат, війна дає «контра селекційний» ефект, бо поряд із політичними течіями, у неї втягуються представники найрізноманітніших верств населення, які володіють високими спадковими якостями. Тому, їх загибель є великою шкодою для нації. Зокрема, відбувається знищення інтелігенції, що негативно впливає на інтелектуальний потенціал нації.

Ще одним із факторів погіршення репродуктивного здоров'я нації Б.І. Матюшенко визначив голод. Як зазначав учений, крім фізичних конституційних змін, голод руйнує і розхитує нервово-психічну систему, що призводить до збільшення кількості хворих на психічні недуги.

Всі ці кількісні втрати український народ, зі своїм високим коефіцієнтом розмноження, міг би згодом компенсувати. Але тільки за умови, що загальний рівень життя сприятиме високій народжуваності та низькій смертності. Проте ціла низка економічних, соціальних і політичних факторів була й залишається несприятливою, що виключає можливість такого компенсування.

Водночас низький рівень матеріального забезпечення населення, висока дитяча смертність, поширення соціальних хвороб (туберкульозу, алкоголізму, венеричних хвороб) поглиблюють негативні тенденції у відтворення українського населення. Безумовно, ці фактори негативно впливають на здоров'я майбутніх поколінь.

На підставі означених фактів Б.І. Матюшенко дійшов висновку, що процес вимирання нашого народу не припинився, а процес руйнування його біологічного фонду триває і навіть прискорюється. Зрозуміло, що таке твердження Б.І. Матюшенка було недоступним не лише широкому колу читачів, а й фахівцям, оскільки, по-перше, мало «євгенічне» спрямування, по-друге, викривало не тільки самий факт, але й причини зниження показників розвитку українського населення [2].

Отже, в праці про «Євгенічні поради та їх організацію» Б.І. Матюшенко наголошується на вагомості генофонду нації та показує його вплив на репродуктивне здоров'я людини. Також він доходить висновку, що одним із способів можливого зменшення числа дефектних нащадків є так звані «євгенічні подружні поради». Такими фахівець вважає цілий комплекс оздоровчої та соціальної політики, до складу якого входили б поради щодо здоров'я для дорослих упродовж усього активного життя. Вчений пропонує добровільні лікарські огляди перед шлюбом і доводить їх необхідність, наводить приклади з досвіду інших країн світу. Лікарі цих консультацій повинні добре знати євгеніку, мати знання з питань соціальної гігієни, сексології та психіатрії, працювати в тісному зв'язку з іншими спеціалістами. Важливим завданням Б. Матюшенко вважав популяризацію і широку пропаганду медичних знань, санітарно-просвітницьку роботу.

Питання про створення медико-генетичних консультацій, підняте Борисом Матюшенком понад 100 років тому, знайшло практичне втілення наприкінці ХХ сторіччя і спрямоване на забезпечення повноцінного генофонду нації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Коцур, Н. І. Матюшенко Борис Іванович (1883 – 1944) – вчений-гігієніст і суспільно-політичний діяч / Н. І. Коцур // Постаті Київщини. – К.: Міленіум, 2008. – Вип. 2. – С. 156.
2. Плющ, В. Нариси з історії української медичної науки та освіти / В. Плющ // Кн.1: Від початку державності до ХІХ ст. – Мюнхен, 1970. – 342 с.
3. Пундій, П. Українські лікарі. Бібліографічний довідник / П. Пундій // Гол. ред. Ярослав Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1996. – Кн.1. – С. 28.

К 105-Й ГОДОВЩИНЕ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ В.А. НЕГОВСКОГО

*Демочко А.Л., старший преподаватель кафедры общественных наук
Харьковского национального медицинского университета;*

*Олейник Е., студентка стоматологический факультета Харьковского
национального медицинского университета*

В 2014 году исполнилось 105 лет со дня рождения нашего земляка, украинца, уроженца Черниговщины В.А. Неговского. Вся жизнь ученого была отдана науке, а его исследования являются всемирно признанными и поистине революционными.

Владимир Александрович Неговский родился 19 марта 1909 года в городе Козельце Черниговской губернии в семье учителей. В 1933 году после окончания института Владимир Александрович некоторое время работал практическим врачом, а с лета 1934 г. поступил на работу в патофизиологическую лабораторию Института переливания крови и проработал там до 1935 г. у профессора Брюхоненко, одного из первых создателей аппарата искусственного кровообращения (автожектора). Владимир Александрович с увлечением работал в этом институте. Здесь он провел и опубликовал свою первую научную работу «Влияние коагуляторов и стабилизаторов крови на изолированную кишку кролика». Он принимал участие во всех опытах по оживлению организма, проводимых в институте.

Идеи борьбы со смертью все более увлекали Владимира Александровича. Видя, что упорные исследования в этом направлении могут давать положительные результаты, он написал письмо Председателю Совнаркома СССР, в котором просил предоставить возможность работать в области оживления организма. Ученый был приглашен в Управление научными институтами Наркомздрава СССР. Результатом этого посещения явился приказ № 118 от 19 октября 1936 г., согласно которому организовывалась лаборатория специального назначения по проблеме: «Восстановление жизненных процессов при явлениях, сходных со смертью».

Профессор Николай Нилович Бурденко дал согласие взять маленькую лабораторию в институт нейрохирургии, чтобы она числилась при этом учреждении, наркомздрав выделил 7 единиц. В 1948 г. лаборатория стала самостоятельным научным учреждением – Научно-исследовательской лабораторией общей реаниматологии АМН СССР, получившей широкое признание как в нашей стране, так и за рубежом.

Первый шаг, который делает В. А. Неговский на пути становления новой науки, – разделение смерти клинической и смерти биологической. Он выдвигает положение о том, что клиническая смерть, т. е. состояние организма, определяемое согласно многовековым медицинским канонам как остановка сердца и прекращение дыхания, есть на самом деле переходный процесс от жизни к смерти биологической, необратимой. И ещё одно принципиальное положение в логическом ряду концепции В. А. Неговского – роль мозга. В годы Великой Отечественной войны он организовал фронтовую бригаду, в составе которой выезжал в действующую армию и добивался оживления раненых, находившихся в состоянии агонии или клинической смерти.

В послевоенные годы значительно расширилась практическая деятельность лаборатории, руководимой В.А. Неговским. В 1946 г. в хирургической клинике А. Н. Бакулева был создан клинический реанимационный центр. Затем его работа проводилась в 4-й городской клинической больнице, а в 1964 г. в клинической больнице им. С. П. Боткина было организовано первое в стране реанимационное отделение общего профиля, на базе которого начал работу Московский выездной реанимационный центр, обслуживающий стационары г. Москвы. Обобщение результатов собственных исследований, а также данных советских и зарубежных авторов позволило ему заявить на Международном конгрессе травматологов в Будапеште (1961) о возникновении новой медицинской науки – реаниматологии, предметом изучения которой являются патология, терапия и профилактика терминальных состояний. В 1971 году Анатолий

Долинов и Владимир Неговский разрабатывают проект по созданию Европейской крионической корпорации. Проект, правда, не был реализован.

Первый в мире Научно-исследовательский институт общей реаниматологии (НИИОР АМН СССР) создан в 1985 году. В институте широко разрабатываются вопросы патофизиологии, профилактики и терапии терминальных состояний, вызванных различными причинами (шок и кровопотеря, инфаркт миокарда, утопление, электротравма, асфиксия новорожденных и др.), в частности, изучаются этиология и патогенез фибрилляции желудочков сердца и возможности её прекращения с помощью импульсов тока большой силы. На основе этих работ были сконструированы и освоены выпускаемые медицинской промышленностью дефибрилляторы, которые благодаря своей эффективности и безопасности завоевали всеобщее признание. В. А. Неговский руководил институтом до 1988 г., а вплоть до смерти являлся советником. Владимир Александрович сочетал в себе широкий разносторонний талант, удивительное трудолюбие, исключительную целеустремленность и организованность. Если присоединить к ним подлинно энциклопедическую образованность, огромный клинический и практический опыт, прекрасные личные качества, то становятся понятными истинные масштабы этого человека.

АРХИЕПИСКОП ЛУКА (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ) – ВРАЧЕВАТЕЛЬ ДУШИ И ТЕЛА

Кистенева О.А., доцент кафедры факультетской терапии Белгородского государственного национального исследовательского университета;

Дмитриев Д.С., студент I курса стоматологического факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета

Древний род Войно-Ясенецких известен с XVI века. К моменту рождения Валентина – 14 апреля 1877 года в г. Керчь – семья жила небогато,

однако, отец, владевший аптекарским магазином, смог дать детям (а их было пятеро) хорошее образование.

Валентин Войно-Ясенецкий в 1898 году становится студентом медицинского факультета Киевского университета им. Св. Князя Владимира. Уже на втором курсе товарищи решили, что он станет профессором анатомии, и их пророчество сбылось: через 20 лет этот увлеченный студент стал профессором топографической анатомии и оперативной хирургии.

Сразу стать земским врачом Войно-Ясенецкому не удалось, так как университет он закончил в 1903 году накануне войны с Японией. Началом его медицинской практики была военно-полевая хирургия в госпитале Киевского Красного Креста возле Читы. Ещё до окончания войны молодой хирург переехал в Ардажовское земство Симбирской губернии, где заведовал городской больницей, оперировал по всем отделам хирургии и офтальмологии, но вскоре отказался ввиду невыносимой трудности. Из-за конфликта с земской управой Ясенецкому пришлось уехать в Москву и около года быть экстерном хирургической клиники профессора Дьяконова.

В 1908–1909 годах в журнале «Хирургия» появляются первые научные работы В.Ф. Войно–Ясенецкого, посвященные вопросам обезболивания. Всего за первые двенадцать лет хирургической деятельности он опубликовал 19 из 42 своих научных работ.

В 1916 году, живя в Переславле, он защитил в Москве докторскую диссертацию о регионарной анестезии.

Земским врачом Войно–Ясенецкий проработал тринадцать лет. В городской и фабричной больнице талантливый хирург В. Войно–Ясенецкий развил широкую практику и был одним из первых в крупнейших операциях на желчных путях, желудке, селезенке и даже на головном мозге. В 1915–1916 годах заведовал небольшим госпиталем для раненых.

В 1917 г. по объявлению в газете при очень большом конкурсе Войно-Ясенецкий получил приглашение в Ташкент на должность хирурга и главного врача городской больницы. Продолжая работать в качестве

главного врача больницы, он оперировал каждый день (и даже ночью) и не мог не осмысливать своих наблюдений научно.

В результате появились «Очерки гнойной хирургии», написанные с большой любовью к страдающему человеку и к читателю. Публикация «Очерков» в 1934 г. вызвала всеобщий интерес и восторженный отзыв о ней хирурга И.И. Грекова. Все последующие книги по гнойной хирургии специалисты напишут со ссылкой на эту работу авторства Ясенецкого.

31 мая 1923 года прошла хиротония отца Валентина в епископы, которую одобрил патриарх Тихон. Доктор стал Владыкой – епископом Лукой, что и стало причиной нападок. Через неделю Войно-Ясенецкого арестовали, но он упросил начальника тюремного отделения дописать «Очерки гнойной хирургии», последний очерк 1-го выпуска – «О гнойном воспалении среднего уха и осложнениях его». И разрешение было дано. Писать приходилось в кабинете начальника после его работы. Так было положено начало одиннадцатилетней ссылки хирурга Войно-Ясенецкого. Из Ташкента его отправили в Москву, а после допросов в Москве – в первую ссылку в г. Енисейск. После Енисейска хирург попал в Хаю – деревушку среди бескрайней лесной пустыни. Владыка и врач жил два месяца в Плахино, и вдруг его снова возвратили в Туруханск. Второе пребывание в Туруханске длилось восемь месяцев – от апреля до ноября 1925 года. В ноябре ссылка закончилась, и Ясенецкий мог возвратиться в Ташкент.

В конце января 1926 года Войно-Ясенецкий приехал в Ташкент, где жила Софья Велицкая с детьми, которых она воспитывала, обучала в школах во время ссылок отца.

Весной 1930 г. власть распорядилась взорвать Сергиевский храм, и Владыка Лука решил принять в нем мученическую смерть как протест против разрушения храмов по всей стране – сжечь себя на иконах, закрывшись в храме. Взрыв храма был отложен, а епископа арестовали 23 апреля 1930 года и добивались отречения его от священного сана. Поскольку

это не удалось, его отправили в Котлас и поселили за 3 версты, на песчаном берегу Северной Двины, в лагерь «Макариха».

В конце 1933 года Войно-Ясенецкого освободили из ссылки, и он уехал в Москву.

В 1935 году в Ташкенте Войно-Ясенецкий жил неподалеку от Института неотложной помощи, где заведовал третьим корпусом. В «Правде Востока» тогда писали, что Наркомздрав Узбекистана утвердил профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого в ученой степени доктора медицинских наук без защиты диссертации. Наркомздрав принял во внимание его 27-летнюю деятельность и заслуги в области гнойной хирургии. Диссертация, которую он защитил в 1916 году, до сих пор не утратила своего значения.

1937 год – «ежовщина». Начались массовые аресты духовенства и всех «врагов советской власти». Арестовали и Владыку Луку, а затем приговорили к третьей ссылке в Сибирь – через Алма-Ату, Новосибирск, Красноярск в с. Большая Мурта (130 км от Красноярска).

Однако в последующий период и медицинская и религиозная деятельность не прекращались. В конце июля 1941 года в большую Мурту прилетел главный хирург Красноярского края и просил Войно-Ясенецкого лететь в Красноярск, чтобы работать главным хирургом эвакогоспиталя 15-15.

По окончании ссылки (в 1943 г.) хирург был назначен в Тамбов архиепископом Тамбовским и Мичуринским.

В 1946 г. хирург Ясенецкий получил Сталинскую премию 1-й степени за «Очерки гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных ранениях больных суставов».

Когда госпитали покинули Тамбов, в мае 1946 года архиепископа Луку переводят в Крым на должность Владыки Симферопольского и Крымского.

Весной 1952 года Владыка Лука не рассчитал своих сил, провел несколько недель с утра до вечера в московских медицинских библиотеках,

переутомил глаза и зрение начало стремительно падать. В начале 1955 года Войно-Ясенецкий полностью ослеп.

Утром 11 июня 1961 года, воскресенье, в день памяти Всех святых, в земле Российской просиявших, архиепископ Лука, профессор Войно-Ясенецкий скончался на 84 году жизни. «Не роптал, не жаловался. Распоряжений не давал. Ушел от нас утром без четверти семь», – сообщили сестре Владыки.

Владыка Лука, хирург В.Ф. Войно-Ясенецкий и спустя годы не забывается. Он действительно святой человек и в понимании духовном, и в понимании светском.

Архиепископ Симферопольский и Крымский Лука причислен к лику святых. Дни его памяти: 11 июня – день смерти; 9 февраля – в день памяти новомучеников и исповедников Русской Церкви; 18 марта – обретение мощей святителя Луки исповедника, архиепископа Симферопольского.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Поповский, М. А. Жизнь и житие святителя Луки Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга / М. А. Поповский. – СПб, 2002.
2. Протоиерей Василий Марущак. Святитель-хирург. Житие Архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого). – М., 2005.
3. Лука, архиепископ Симферопольский и Крымский, святитель. Избранные творения. М., 2007.
4. Лука (Войно-Ясенецкий), архиепископ. «Я полюбил страдание...» Автобиография. М., 1995.
5. Лисичкин, В. А. Лука, врач возлюбленный. Жизнеописание святителя и хирурга Луки (Войно-Ясенецкого) / В. А. Лисичкин. – М., 2009.

ПОРТРЕТ ВЕТЕРАНА ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ЗАМЕЧАТЕЛЬНОГО ВРАЧА Г.В. КОБАНОВА

Кистенева О.А., доцент кафедры факультетской терапии Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета;

Рудычева К.С., Бабкина И.С., студентки I курса факультета лечебного дела и педиатрии Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета

Геннадий Владимирович Кобанов родился 24 марта 1926 года в селе Прилепы Дмитриевского уезда Курской губернии (сегодня это с. Прилепы Хомутовского района Курской области). Его родители: отец Владимир Сергеевич Кобанов (1892–1973) хирург, заслуженный врач РСФСР, а мать Валентина Михайловна Кобанова (1899–1960) была учителем русского языка. В восемь лет Гена пошел в первый класс, а когда ему было пятнадцать, началась война. 26 апреля 1943 года был призван в армию Уразовским Р.В.К. Службу проходил в танковых частях механиком-водителем САУ-76, участвовал в боях на 1-м и 2-м Белорусских фронтах. Войну закончил под Прагой. Демобилизован в звании старшины в октябре 1950 года.



В 1951-м году Геннадий окончил 10-й класс Уразовской средней школы им. Энгельса и поступил в Курский государственный медицинский институт. Заканчивал уже Рязанский мединститут им. академика И.П. Павлова. Когда ему было 26 лет, женился на Людмиле

Стрижевской (врач-онколог). После окончания Рязанского мединститута, 1 августа 1957 года, Г. Кобанов зачислен на должность врача-хирурга в Белгородскую областную больницу. 15 декабря 1960 года был освобожден от занимаемой должности врача-травматолога в связи с зачислением в клиническую ординатуру г. Харькова, в Украинский НИИ ортопедии и травматологии им. Ситенко (утвержден приказом по Минздраву УССР № 1463-Л от 19/XI-1960 г.), которую окончил 18 декабря 1962 года. Сразу после окончания ординатуры был зачислен в Белгородскую областную больницу на должность врача-ординатора травматологического отделения. Через три года, 30 апреля 1965 года, он был назначен временно и.о. зав. травматологическим отделением, а уже 1 сентября переведен на должность врача-ординатора травматологического отделения. Вскоре Геннадию Владимировичу присвоили первую категорию врача хирурга-травматолога. 26 марта 1976 года, в день пятидесятилетия, он был награжден Почетной грамотой за долголетнюю и безупречную работу по охране здоровья.

24 апреля 1984 года ему была присвоена Высшая категория врача-ортопеда-травматолога. За годы работы им прооперировано более полутора тысяч больных. В травматологическом отделении были освоены и внедрены лучшие достижения отечественной практики лечения профильных больных. 28 апреля 1987 года хирург был награжден медалью «Ветеран труда». 16 апреля 1991 года он вышел на пенсию по возрасту.

Но отдыхал недолго – 14 сентября того же года был принят в Белгородское медицинское училище им. Е.В. Виноградской врачом-преподавателем по хирургии. Преподавал следующие дисциплины: общую хирургию, травматологию, детскую ортопедию для учащихся 3–

4-х курсов. 1 сентября 1992 года медицинское училище было реорганизовано в Белгородский медколледж, который, в свою очередь, 9 января 1997 года был реорганизован в медицинский колледж Белгородского государственного университета, в котором Г.В. Кобанов трудился до 29 июня 2001 года.

После выхода на пенсию Геннадий Владимирович активно включился в общественную работу, особенно по патриотическому воспитанию молодежи. Он находит занятия по душе, которые поддерживают его интерес к жизни. Г.В. Кобанов имеет более сорока научных работ. Под его авторством вышли в свет и такие замечательные книги, воспоминания, как: 1) «Об огнях-пожарищах, о друзьях-товарищах...»: сборник стихов и песен / авт.-сост. Г.В. Кобанов. – Белгород: «Везелица», 2009; 2) Кобанов Г.В. «Была страна огромная..., а теперь её нет». – Белгород, 2010; 3) Кобанов Г.В. Люди в белых халатах. – Белгород: «Везелица», 2011; 4) Кобанов Г.В. «Эх, путь-дорожка фронтовая». – Белгород, 2011; 5) Кобанов Г.В. Жемчужина Приосколья. Уразово. – Белгород, 2012.

С 6 мая 2013 года Геннадий Владимирович является членом ветеранской организации НИУ «БелГУ». Военское звание Г.В. Кобанова – капитан медицинской службы.

Мы гордимся своим земляком! Ведь Геннадий Владимирович принадлежит к числу тех талантливых, инициативных ветеранов, которые не стареют душой и способны вдохновлять многих молодых и зрелых людей.

АГАПІТ ПЕЧЕРСЬКИЙ – ЗАСНОВНИК ЛІКАРСЬКОЇ СПРАВИ В УКРАЇНІ-РУСІ

Козубенко Ю.Л., аспірант ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький ДПУ імені Григорія Сковороди»

Блаженний Агапіт увійшов до історії України як чернець, який молитвою зцілював тілесні й душевні хвороби. Він вважається засновником лікарської справи у Києво-Печерському монастирі. Жив у другій половині XI століття (? – 1095). Агапіт лікував за допомогою зілля, яке сам готував, та молитви. Був прозваний «безмідником», оскільки не брав за лікування платні [1, с. 38].

Лікарська діяльність Агапіта відображена у гравюрах XVII–XVIII ст. Одним з перших іконографічний портрет Агапіта, надрукований в «Патерику Печерському» 1661 року, зробив гравер Києво-Печерської лаври Ілля.

Загальновідомим фактом є те, що лікар-монах врятував від смерті князя Володимира Мономаха, який захворів у Чернігові і тривалий час лікувався у лікаря, але хвороба не минала. Помираючи, князь звернувся до Агапіта, аби той навідав його в Чернігові. Проте печерський монах відмовився, кажучи, що відтоді, як став монахом, ще ніколи не виходив за межі монастиря, хіба що по трави. Як описує цю ситуацію житіє святого, Агапіт зі смиренням відповів ігумену: «Якщо до князя в такому ділі піду, то й до всіх піду. Прошу тебе, отче, не вели мені за монастирські ворота виходити – через славу людську, від неї ж обіцяв я перед Богом до останнього подиху втікати». Агапіт обмежився тим, що дав посланцеві зілля. Молитвами ченця до Володимира Мономаха повернулись його сили та здоров'я [2].

Коли ж князь прибув до монастиря, аби подякувати лікареві, Агапіт і цього разу сховався, щоб не піддаватися спокусі слави. За деякий час князь знову прислав своїх бояр до монаха й передав йому золото. Як згадується у житії, «блаженний мовив йому: «О дитино, я ніколи ні від кого нічого не брав, бо ніколи не зцілював силою своєю, але Христовою». Відповів боярин;

«Той, хто послав мене, знає, отче, що не потребуєш нічого, але прошу тебе задля утішення сина твого, якому Бог через тебе здоров'я дарував, прийми це і віддай убогим» [3, с. 10].

Після цих слів Агапіт з радістю прийняв дарунок і переказав князеві усі свої багатства роздати убогим. Тоді взяв пакунок і викинув його подальше з монастиря. Почувши це, Володимир Мономах зрозумів, що Агапіт – справжній син Божий, тому від Нього одного потребує винагороди.

У Патерику Києво-Печерському, єдиному джерелі про Агапіта, сказано: «Прозван бысть лечец». Патерик розповідає, що один лікар-вірменин, який також мав значну практику, спочатку з недовірою ставився до Агапіта, але, побачивши на власні очі численні зцілення пацієнтів, переконався у силі його лікування, прийняв православ'я і став ченцем Києво-Печерського монастиря, послідовником блаженного [2, с. 124].

Коли захворів сам старець Агапіт, лікар-вірменин навідав його і почав змагатися з ним у лікарській справі. «Маєш померти через три дні, а якщо мої слова не справдяться, то обіцяю служити Богові у чернецтві», – впевнено заявив той. Після цієї розмови блаженний Агапіт прожив ще три місяці, а 1 червня помер [2, с. 126]. Приблизний рік смерті печерського святого – 1095-й рік.

Моці святого Агапіта зберігаються у Ближніх печерах Києво-Печерської Лаври. Збереглися також зображення лікаря в монументальних розписах лаврських храмів. Він був канонізований православною церквою як преподобний. Дата святкування пам'яті преподобного Агапіта Печерського – 14 червня (за старим стилем – 1 червня).

З 1998 року в Києві на Шулявці діє Храм преподобного Агапіта Печерського, від 2006 року він розташовується у новозбудованій дерев'яній церкві на території парку імені Пушкіна. Настоятель – протоієрей Андрій Ткачов.

Наприкінці минулого століття судмедексперт С. Нікітін створив скульптурний портрет Агапіта, а також встановив, що зріст Агапіт мав –

166 см, а помер у віці 60 років, час поховання – кінець XI століття (що збігається з літописними даними). Встановлено також, що Св. Агапіт страждав на артрозоартрит попереково-грудного відділу хребета, спонділоартрит, накульгував на праву ногу, від народження у нього не було мізинця на лівій руці.

Блаженний Агапіт є опікуном та покровителем лікарів, а також святому моляться ті, хто потребує зцілення душі й тіла. Найчастіше храми на честь преподобного Агапіта встановлюють на подвір'ї лікарських закладів. Українська Православна Церква також нагороджує орденом преподобного Агапіта Печерського лікарів, які сьогодні є найбільш вірними його послідовниками.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Малий словник історії України / Відп. ред. В.А. Смолій – К. : Либідь, 1997. – 464 с.
2. Патерик Києво-Печерський / Пер. та прим. І. Жиленко. – К. : Видавничий дім «КМ Academia», 2001. – 348 с.
3. Туптало, Д. Житіє Святих (Четві Мінеї), у 12 томах. Том X: Червень / Д. Туптало // Пер. із ц.-сл. Д. Сироїд. – Львів: Свічадо, 2011. – 568 с.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ В ДОСЛІДЖЕННЯХ ПРОФЕСОРА С.І. ТОМІЛІНА (1877 – 1952)

Коцур Н.І., доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»

До когорти відомих учених в галузі соціальної гігієни в Україні кінця XIX – першої половини XX століть слід віднести Сергія Аркадійовича Томіліна. Його праці з проблем соціальної гігієни мають вагому наукову цінність і визнані не лише в Україні, а й за кордоном.

Після закінчення Новоросійського університету в 1906 р. С.А. Томілін одержав звання лікаря з відзнакою. Відтоді все його життя пов'язане з Україною. Особливо плідною була діяльність С.А. Томіліна в

Олександрівському повіті Херсонської губернії, де він працював земським санітарним лікарем (1908–1913). Саме в цей період з'являються наукові публікації, присвячені санітарному стану губернії.

Упродовж 1922–1930-х років С.А. Томілін обіймав посаду завідувача статистичного відділу Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР в Харкові. Паралельно з роботою в комісаріаті він працював також на кафедрі соціальної гігієни Харківського медичного інституту.

Соціальну гігієну С.А. Томілін органічно поєднував з демографією, вважаючи, що «проблема народонаселення – це стрижень усього соціального життя». Працю С.А. Томіліна «Матеріали про соціально-гігієнічний стан українського села» (1924) високо оцінив санітарний відділ Ліги націй, вона декілька разів перевидавалася в Женеві французькою мовою [1, с. 80].

С. А. Томілін був одним з ініціаторів створення журналу «Профілактична медицина», перший номер якого вийшов у світ 1922 року. Цей журнал став справжньою трибуною соціальної гігієни не лише в Україні, а й у всьому Радянському Союзі. На сторінках видання публікувалися статті С. А. Томіліна, присвячені різним напрямкам його діяльності – соціальній гігієні, демографії, організації охорони здоров'я. Основне завдання соціальної гігієни фахівець вбачав у тому, щоб встановити, як відбивається роль людини у виробничих процесах на її регенеративних властивостях, яку біологічну спадщину людина залишає наступному поколінню разом із переданими їй матеріальними цінностями.

С. А. Томілін переконливо показував взаємозв'язок між економічним розвитком суспільства і тими витратами, які припадають на утримання хронічних хворих, душевнохворих, алкоголіків та ін., котрих він назвав «марними витратами виробництва». Пояснюючи неефективність у деяких випадках лікування, С. А. Томілін відмічав, що «більшість гігієнічних розпоряджень об'єктивно нездійсненна для хворого. Характер харчування хворого, житлові умови, його фізичне самопочуття, розпорядок дня цілком визначаються його економічним становищем» [2, с. 50].

У своїх працях професор С. А. Томілін обґрунтовує необхідність розвитку профілактичного напрямку медицини і розглядає завдання профілактики під кутом зору її впливу на умови життя кожної окремої людини та певного колективу. Для організації та проведення профілактичних заходів, на думку С.А. Томіліна, з метою запобігання виникненню захворювань та їх ускладнень, необхідне виконання певних умов: організація систематичного спостереження за станом здоров'я осіб, які підлягають профілактичному огляду; достовірні відомості про стан здоров'я цих осіб; зміна умов їхньої праці й побуту у випадку наявності небезпечного джерела захворювання; складання рекомендацій щодо правил особистої гігієни.

Навіть перелік назв основних праць С. А. Томіліна свідчить про соціально-медичну спрямованість його діяльності і широке коло наукових інтересів: «Біологічні елементи в соціальній гігієні» (1922), «Соціальна патологія і клінічна медицина (порівняльна характеристика)» (1922), «Ідея соціалістичного обґрунтування санітарної ідеології: культурно-соціальні основи профілактики» (1923), «Нариси з сільської гігієни» (1923), «Основні питання соціальної гігієни» (1924), «Проблеми спадковості у світлі соціальної гігієни» (1925), «Соціальна гігієна і місце її в системі медичних знань» (1925), «Соціально-гігієнічна оцінка проблем народжуваності» (1925), «Спроба санітарного опису України» (1928) [3], «Економіка населення – її соціально-гігієнічне і народногосподарське значення» (1929) та ін.

Вагому наукову цінність мають монографія С.А.Томіліна «Соціально-гігієнічна оцінка дитячої смертності (за матеріалами міжнародної і української статистики)» (1930) та його праця «Соціально-медична профілактика: Теоретичне обґрунтування і практична постановка» (1931). За його власним визначенням, монографія є першою спробою як у вітчизняній, так і в іноземній літературі викласти основні засади профілактичної думки і визначити обсяг профілактичних завдань у різних ділянках соціальної патології. «Гігієна – біологічне нормативне знання, що визначає, за яких умов

зовнішнього фізичного середовища досягається оптимум фізіологічних функцій організму». С. А. Томілін зазначає при цьому, що основним методом, яким послуговується гігієна, є експеримент. За його визначенням, «санітарія – технічне знання, що ставить своїм завданням втілити в життя гігієнічні норми, встановлені загальною гігієною» [4, с. 18-19].

З ініціативи С. А. Томіліна в Харківському медичному інституті 1923 року було створено одну з перших в Радянському Союзі кафедру соціальної гігієни, яку він очолював упродовж 1925–1932 років, а в 1926 р. йому було присвоєно наукове звання професора.

Як і більшість праць С.А. Томіліна, не втратили свого науково-освітнього значення до цього часу вісім лекцій із соціальної гігієни, присвячені визначенню соціальної гігієни як наукової дисципліни і предмету викладання, її основним методам, санітарній статистиці, основам демографії, соціальній гігієні праці, соціальній гігієні харчування, соціальній патології туберкульозу. С.А. Томілін вважав, що «соціальна гігієна є синтетичною наукою, яка здійснює відносно і здорового, і хворого організму інтегральний підхід, відсутній в індивідуальній медицині... В боротьбі за здорове життя соціальна гігієна приводить в дію ті важелі людської поведінки, які зовсім не приймаються індивідуальною медициною» [5, с. 16].

Не втрачає своєї актуальності сформульований С.А. Томіліним девіз профілактики: «...профілактика являється економікою по своїм цілям, потому что она оберегает от растраты биологические ценности» [6, с. 144].

Отже, професор С.А. Томілін зробив вагомий внесок у розробку теоретико-методологічних засад соціальної гігієни, демографії, статистики, обґрунтував основні принципи соціально-медичної профілактики та важливість профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Короленко, В. В. Теоретичні та методичні проблеми соціальної медицини в науковій спадщині С. А. Томіліна / В. В. Короленко // Думки, ідеї професора

- С. А. Томіліна та їх втілення у ХХІ столітті за напрямом : 2006 рік історія медицини : матеріали третього конкурсу на кращу роботу / за ред. В. П. Неділько. – К., 2005. – С. 80-86.
2. Клименко, З. Р. «Соціальні хвороби» та їх профілактика – в минулому і тепер / З. Р. Клименко // Думки, ідеї професора С. А. Томіліна та їх втілення у ХХІ столітті за напрямом : 2006 рік історія медицини : матеріали третього конкурсу на кращу роботу / за ред. В. П. Неділько. – К., 2005. – С. 49-52.
 3. Томилин, С. А. Биологические элементы в социальной гигиене / С. А. Томилин // Профилактическая медицина. – 1922. – № 2-3. – С. 39-47.
 4. Пискунов, В. П. О жизни и научной деятельности С. А. Томилина (краткий очерк) / В. П. Пискунов, В. С. Тешенко // Томилин С. А. Демография и социальная профилактика. – М. : Статистика, 1973. – С. 5-20.
 5. Томілін, С. А. Основні питання соціальної гігієни / С. А. Томілін // Профилактическая медицина. – Х. : Госмедиздат УССР, 1924. – № 5-6. – С. 16.
 6. Томилин, С. А. Социально-медицинская профилактика : теоретическое обоснование и практическая постановка / С. А. Томилин – Х. : Госмедиздат, УССР, 1931. – 208 с.

FAMOUS DOCTORS OF JAMAICA

Leon J., 1st course student, Group 21, the 6th Faculty for International Students, Kharkiv National Medical University

History of health care can lead to research and new inventions as one seeks to improve quality of life. Jamaica has had troubles in its health care development, but some people tried to do it better. In this case prominent personalities' activity studying is of great value. Improving of life quality is based on their efforts. Two distinguished men whose research and brilliance have positively impacted the quality of life of not only Jamaicans but internationally. Their names are Prof. Louis Grant and Dr. Cicely Dephline Williams. It is critical for all societies to never forget the contribution made by early workers in the field of medicine as it gives credence for continued invest in education and training of health care workers and specialist of various field, for it is through their successes and failures, we today have a path to discover and make greater advances in the field of medicine.

Prof. Louis Grant was born in Vere, Clarendon in 1913. He was the recipient of the Vere Trust Award to attend Jamaica College. Mr. Grant studied at Edinburgh University in Scotland and later specialised in tropical microbiology at

the London School of Tropical Medicine and Hygiene. Then he returned to Jamaica serving his country as a medic, microbiologist and pathologist. As a microbiologist and pathologist, Prof. Louis Grant was affiliated with the University of the West Indies for 20 years where he achieved the highest academic honour, being named professor emeritus in microbiology. He was succeeded in getting help in the form of a grant from World Health Organization and UNICEF to begin an inoculation campaign amongst Jamaican children to fight tuberculosis that was rampant in Jamaica in the 1940's. Many children received vaccinations which significantly halt the spread of the disease.

During the 1960's, Professor Grant at the University of the West Indies, Mona, conducted microbiological research on three diseases that were rampant in Jamaica: leptospirosis, dengue fever and equine encephalitis which affected horses. Through intensive research Dr. Grant discovered that cause of the spread of leptospirosis through contact with the urine of infected animals and that rats were the main carriers of the virus. He launched a public education campaign encouraging the covering of foods to avoid rat contamination [1].

Also in the 1960's reports of a disease afflicting horses on the eastern side of the island began to surface. Prof. Grant instituted quarantine on the movement of horses, donkeys and mules from that region. After much laboratory investigation he discovered that the horses were suffering from a virus known as equine encephalitis, which could not be spread to humans but could cause great damage to Jamaica's horse population. He recommended further measures for containment, thereby preventing the spread of the virus and the ruination of Jamaica's billion-dollar horse industry.

Dengue fever plagued many Jamaicans also in the 1960's. Prof. Grant conducted an extensive research and was able to identify the virus that caused dengue fever and the mosquito that was the carrier. This led to a public education campaign and further research on similar diseases.

Another great doctor was Cicely Williams. She was born in 1893 at Kew Park, Darliston, Westmoreland, and educated in Jamaica at Wolmer's Girls' School. In 1916 she entered Oxford University where she studied medicine.

After graduation in 1923, Dr. Williams decided to specialize in paediatrics and soon applied to the British Colonial Office for an overseas work. She was sent to the Gold Coast (now Ghana) in 1929 and spent seven years there, learning to speak Twi language and working to improve health conditions. She was the first woman to be appointed by in the British Colonial Medical Service to be sent to Gold Coast and first foreigner to receive the Joseph Goldberg Award of the American Medical Association, the first to receive the Order of Merit and the first woman to receive the Ceres Medal, an honour bestowed by the World Health Organisation for service of the highest order to mankind. In addition, she became a Fellow of the Royal College of Physicians, and a Companion of the Order of St. Michael and St. George [2].

She established clinics and hospitals and improved record keeping. She also worked with African herbal doctors to learn their treatments for diseases for which European medicine had no cures. Dr. Williams' most important work in Africa was her diagnosis of the common and often fatal condition kwashiorkor (dystrophy). She quickly published her diagnosis of kwashiorkor as a protein deficiency disease, which attracted the attention of the medical world. In the late 1930s she was transferred to Malaya after suffering from terrible conditions and bad treatment during World War II as a prisoner in Japanese war camps, which brought her near to death. She was the first woman placed in charge of the maternity and child welfare services there. She campaigned vigorously against the promotion by the milk companies of dried and canned milk as a substitute for breast-feeding in Third World countries.

From the late 1940s to the mid-1960s, she worked first with the World Health Organization, then as a university lecturer in Jamaica, England and Lebanon. She was appointed a member of a team that was looking for a cure for "vomiting sickness" caused by Ackee plant poisoning, particularly for children. It

was recognised that the poisoning was due to a chemical in the Ackee known as hypoglycin which led to a dramatic fall in blood sugar levels.

During her lifetime, Dr. Williams served in 58 countries in Europe, Asia, Africa and the Caribbean. Into her nineties Dr. Williams remained an active speaker in many countries world-wide, on her primary interests of maternal and child health, especially nutrition and breast feeding, birth control, the training of personnel and the development of health services. She was also an active member of the Medical Association for the Prevention of War. She died in England in 1992. In 2003, the Government of Jamaica awarded her the National Medal for Science and Technology for her pioneering work and splendid achievements [3].

In conclusion it can be said that Prof. Louis Grant and Dr. Cicely Williams made a great contribution not only in Jamaica public health care but in world at large. Their efforts alleviated the suffering of population, gave Jamaica and some another countries impulse for development based on good health. Prof. Louis Grant and Dr. Cicely Williams highlighted the need and importance for continued support to developing countries, in seeking to address health care quality and control of infectious diseases.

SOURCES AND LITERATURE:

1. Tortello, R. Dreamers Among Us – Prof. Louis Grant, 1913 – 1993 [Electronic resource] / R. Tortello. – Access mode : <http://jamaica-gleaner.com/pages/history/story0052.htm>
2. Tortello, R. Dr. Cicely Williams: Jamaica's Gift to the Field for Maternal and Child Health Care 1893 – 1992. [Electronic resource] / R. Tortello. – Access mode : <http://jamaica-gleaner.com/pages/history/story0037.htm>
3. Citation. Award of the National Medal for Science and Technology. Dr. Cicely Williams [Electronic resource]. – Access mode : http://www.miic.gov.jm/Portfolio/st_docs/National%20Medal%20Files/Cicely%20Williams.pdf

**ПРОФЕСОР В.Я. ПІДГАЄЦЬКИЙ – УЧЕНИЙ-ГІГІЄНІСТ,
ОРГАНІЗАТОР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИХ ПРАЦІВНИКІВ**

*Миздренко О.М., викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології
ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет
імені Григорія Сковороди»*

У сучасному техногенному суспільстві піклування про людину, зміцнення її здоров'я та збереження високого рівня працездатності є одним з головних державних завдань. Найважливішою особливістю охорони здоров'я працюючого населення є її профілактичний напрям. Гігієна праці стала одним із наукових та практичних напрямів профілактичної медицини, що вивчає вплив на організм людини процесу роботи і факторів виробничого середовища з метою наукового обґрунтування нормативів і засобів профілактики професійних захворювань та інших небажаних наслідків впливу умов праці на людину. Розгляд становлення цієї галузі знань в історичному аспекті дозволить осягнути досвід минулих поколінь, визначити місце особистості у започаткуванні та нагромадженні знань із зазначеної проблематики. З огляду на це актуальним є дослідження наукових пошуків професора Володимира Яковича Підгаєцького, який ще у 20-х роках ХХ століття займався питанням сільськогосподарського працезнавства не тільки шляхом використання здобутків технічної та агрономічної науки, а й з позицій науовця в галузі професійної гігієни. Вчений вказував на важливість доцільного використання можливостей людського фактора у процесі сільськогосподарського виробництва. Запровадження пропонованих професором В.Я. Підгаєцьким агротехнічних, фізіологічних, гігієнічних, ергономічних, організаційних та індивідуальних оздоровчих і захисних заходів забезпечило не тільки зростання продуктивності праці сільськогосподарських працівників, але й зниження травматизму та професійної і загальної захворюваності. До того ж, була полегшена робота сільськогосподарських

працівників і покращені її умови. Саме тому сьогодні залишається актуальним аналіз наукових розробок професора Підгаєцького із означеної проблеми.

В.Я. Підгаєцький уперше серед вітчизняних учених-гігієністів дав детальну характеристику виробничого травматизму в сільському господарстві України на межі XIX і XX століть. До нещасних випадків на виробництві вчений відносив раптові порушення стану здоров'я, які виникали внаслідок впливу ендогенних (наприклад, втоми) та екзогенних (небезпека від машин, заповишеність повітря) вад праці, які призводили до тимчасової або повної втрати працездатності і навіть смерті на виробництві [1, с. 119]. За спостереженнями професора В.Я. Підгаєцького, виникнення травматизму було пов'язане з виробничим стажем, а саме: чим більший був виробничий стаж за професією, тим менше траплялося нещасних випадків. Учений також проаналізував кількість нещасних випадків за днями тижня. Було три підйоми нещасних випадків: у понеділок, п'ятницю та суботу. Стосовно понеділка вчений зазначав, що саме цього дня починає працювати багато нових робітників, після хвороб повертаються до праці люди, які через часткову втрату навичок або кваліть не виявляють відповідної уважності. Серед причин травматизму В.Я. Підгаєцький вказує і на алкоголізм. Збільшення кількості травм наприкінці тижня вчений пояснював нарощенням втоми. Проаналізувавши динаміку нещасних випадків упродовж робочого дня, він дійшов висновку, що збільшення кількості нещасних випадків у кожен наступну годину робочої зміни тривалістю 11 годин (з перервою на обід після шостої години праці) також відбувається через зростання втоми [1, с. 120].

Як зазначав дослідник, кількість нещасних випадків залежить також від екзогенних професійних вад, тобто від зовнішніх виробничих чинників, зокрема таких, як температура повітря, рівень виробничого освітлення. Встановлено, наприклад, що найменше нещасних випадків припадає на той час, коли температура повітря становить 15–17°C. Учений зазначав: якщо температура повітря вища або нижча за норму, то кількість нещасних

випадків зростає. Водночас існує також певна залежність між освітленням у різні пори року та кількістю нещасних випадків. За висновками В.Я. Підгаєцького, у грудні кількість нещасних випадків найбільша, а в літні місяці з достатнім природним освітленням – найменша [2, с. 150].

В Україні на початку 20-х років ХХ століття кількість нещасних випадків у сільськогосподарських працівників наблизилася до кількості випадків у фабрично-заводських. Професор пояснював ці явища кількома обставинами. По-перше, він вважав, що через періодичність сільськогосподарських робіт значна кількість працюючих втрачає навички професійної діяльності. По-друге, небезпека нещасних випадків зростає через використання нових сільськогосподарських машин. До того ж, культурний рівень робітників сільськогосподарського виробництва на той час був значно нижчим порівняно з рівнем фабричних робітників [2, с. 165].

Серед причин нещасних випадків у сільському господарстві перше місце було відведено кінним та паровим машинам-молотаркам, через які траплялося $\frac{3}{4}$ всіх нещасних випадків. Нижчі показники травматизму були зафіксовані при роботі із соломорізками, віялками, косарками, жатками та млинами. Тож нещасні випадки в сільськогосподарському виробництві залежали насамперед від організації виробничого процесу в цій галузі і меншою мірою – від самого робітника.

Вивчаючи шкідливість сільськогосподарської праці під час робіт біля парових молотарок, В.Я. Підгаєцький зробив оцінку тих індивідуальних захисних заходів, якими повинні забезпечуватися робітники за нормами Народного комісаріату праці. В якості індивідуальних захисних засобів, барабанщики – переважно чоловіки – отримували брезентові цупкі халати та автомобільні окуляри. Оскільки в цупкому халаті неможливо швидко подавати 18–20 снопів за хвилину, жінки працювали в легких кофтинках, а чоловіки – в сорочках. Українці неохоче користувалися робітниками й окулярами, оскільки вони були оснащені цупкою шкіряною перемичкою, ободом, який

не пропускав повітря в очні западини, і через це скельця запотівали [3, с. 111].

Пізніше вчений сконструював та перевірів дослідним шляхом деякі модифікації індивідуальних захисних пристосувань. Слід зазначити, що розробляючи нові методи захисту працівників сільськогосподарської галузі, професор В.Я. Підгаєцький враховував важкі умови їхньої праці. Для захисту сільськогосподарських працівників від пилу він розробив спеціальний костюм, який складався з капюшона, куртки та брюк. У капюшон вмонтовували окуляри Довганова, але зі скельцями значно більшого діаметра, та маску з густої дротяної сітки. Випробувавши кілька різних за розміром сіток, В.Я. Підгаєцький зупинився на сітці з товщиною дроту 0,084 мм і діаметром просвіту 0,132 мм. Сітка складалася вдвічі і кріпилася до дротяного каркасу. У подальших модифікаціях для кращої циркуляції повітря в капюшоні були зроблені віконця, затягнуті такою ж саме сіткою. Цей костюм був досить дешевий – близько 4-х карбованців за одиницю. Водночас він був доволі міцний – витримував два періоди молотьби, мав достатньо дихальної площі. Про зручність роботи в костюмі свідчив той факт, що барабанщики подавали в костюмі стільки ж, а іноді й набагато більше снопів, ніж працівники без костюма. Умови теплорегуляції в костюмі не порушувалися. Окрім того, костюм щільно прилягав до тіла, шкіра зберігалася в чистоті, очі та дихальні органи були надійно захищені від пилу [3, с. 114].

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Підгаєцький, В. Я. Гігієна праці. Для технічних вишів та самоосвіти / В. Я. Підгаєцький. – Х. : Держвидав України, 1929. – 167 с.
2. Подгаецкий, В. Я. Научная организация труда и управление рабочей силой в сельском хозяйстве / В. Я. Подгаецкий. – М. ; Л: Сельхозгиз, 1930. – 316 с.
3. Підгаєцький, В. Я. Заходи до оздоровлення праці при молотьбі / В. Я. Підгаєцький // Укр. мед. вісті. – 1926. – № 2(4). – С. 108-114.

БОРИС МОИСЕЕВИЧ ХМЕЛЬНИЦКИЙ (К 130-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Мякина А.В., Якивец И.В., Тягнирядко К.А., Харьковський національний медичинський університет



*«Не много тех, кто чистоту души
Умел сберечь средь мутных
волн житейских...»*

А. Плещеев

Профессия врача – одна из самых благородных, гуманных и необходимых. Говоря о людях этой профессии, мы часто повторяем слова: самоотверженность, подвижничество, чувство долга и т.д.

Среди таких врачей, которые посвятили себя служению людям, – директор Украинского научно-исследовательского института туберкулеза, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой туберкулеза Харьковского медицинского института, кавалер ордена Красной Звезды Хмельницкий Борис Моисеевич.

Детство и отрочество будущего ученого прошли в скромном уголке. Теперь это Старобельск – город районного значения, что на Луганщине: край и целебных вод, и сосновых лесов, и здравниц, и детских лагерей. А на время рождения Бориса (4 февраля 1885 г.) это был заурядный населенный пункт Харьковской губернии со своеобразными поселенцами и приграничным менталитетом. Не по годам развитый мальчик всегда тяготел к книгам, учению и наблюдению.

Воспитываясь в семье аптекаря, Борис Моисеевич оканчивает с отличием мужскую классическую гимназию и без промедления поступает в Императорский Харьковский университет, на медицинский факультет. Поскольку Б. Хмельницкий был выходцем из небогатой семьи, он зарабатывал на жизнь репетиторством, а по окончании факультета (1910)

начал работать в должности ординатора госпитальной терапевтической клиники профессора Н.К. Георгиевского (1910–1914). Свои первые статьи Борис Моисеевич пишет, будучи на этой должности. Так, в 1912 году в «Харьковском медицинском журнале» выходят его статьи «Современное состояние вопроса о присутствии в крови бацилл при туберкулёзе» и (в соавторстве с Зильбером С.М.) «К серодиагностике эхинококка».

В Первую мировую войну Хмельницкий оказывается на фронте, работает ординатором полевого подвижного госпиталя, врачом для поручений головного эвакуационного пункта и старшим врачом санитарного поезда. После февральской революции возвращается в родной Харьков, где впоследствии получает должность в госпитале Красной Армии, а по демобилизации трудится в гражданских учреждениях.

После 1917 г. наступает новый этап в развитии противотуберкулёзной службы страны. С этого времени организация борьбы с туберкулёзом переводится с благотворительной на государственную основу. При Наркомздраве утверждается секция по борьбе с этим недугом. Постепенно получает развитие новая медицинская специальность – фтизиатрия.

Будучи ещё терапевтом, Б.М. Хмельницкий интересовался проблемой больных туберкулёзом. При его участии в Харькове был организован Центральный туберкулёзный диспансер и открыты два санатория (1918–1920), что дало толчок дальнейшему строительству противотуберкулёзных учреждений на Украине. Его избирают по конкурсу заведующим этого лечебного заведения, а также председателем выборной организации, которая тогда называлась «Губернским туберкулёзным Советом». Одновременно он назначается заведующим проблемной секцией лечебного дела Харьковского губернского отдела здравоохранения.

С 1923 года Борис Моисеевич работает заведующим отделом по борьбе с туберкулёзом при Наркомздраве Украины (Харьков). В этот период он занялся организаторской деятельностью в здравоохранении, не оставляя

лечебную и научную работу, напечатал ряд работ по вопросам организации противотуберкулёзной службы.

В 1921 г. в Москве был создан Центральный научно-исследовательский институт туберкулёза. Впоследствии такие НИИ появились и в других городах, в том числе и в Харькове, где Хмельницкий занимал должность ассистента и заведующего клиникой для взрослых. В 1927 г. Борис Моисеевич защитил докторскую диссертацию на тему «Смешанная инфекция при легочном туберкулёзе» и продолжал работать доцентом, а затем (1940–1955) директором научно-исследовательского института.

Вторая его война была еще более жестокой, беспощадной и кровавой. Тысячи искалеченных, израненных воинов нуждались в неотложной помощи, лечении, поддержке, великодушии людей в белых халатах. Это был напряженный труд по спасению, лечению и возвращению в строй бойцов и командиров. Учитывая опыт прошлых лет, с первых дней войны Бориса Моисеевича назначают начальником эвакуационного госпиталя № 3481 для легочных ранений и заболеваний, который был им же и организован в г. Харькове, на базе туберкулёзного института. В этой должности он прослужил до 1945 года. Необходимо сказать, что госпиталь и эвакуированный институт находились в то время в Новосибирске. Этот город был одним из конечных пунктов, куда с 1941 года прибывали санитарные поезда. В разное время на территории области располагалось от 53 до 112 эвакуационных госпиталей. Одновременно с этой службой Б.М. Хмельницкий продолжал исполнять обязанности заведующего кафедрой и директора Украинского научно-исследовательского туберкулёзного института. Он также работал председателем фтизиатрического центра Сибирского военного округа, за что в 1944 году награждён Почётной грамотой Военного совета Новосибирского облисполкома «за большую плодотворную работу по организации высококачественной хирургической помощи легочным раненым и больным СибВО».

В 1951 году Б.М. Хмельницкий переводится на основную работу в Харьковский медицинский институт, где и завершает свою трудовую деятельность.

Обладая большой терапевтической подготовкой и широкой эрудицией в разных разделах медицины, Борис Моисеевич изучал проблемы скрытых форм («маски туберкулёза») и внедрял в практику методику выявления атипичных форм, протекающих под стереотипом разнообразных заболеваний. Б.М. Хмельницкий – первопроходец учения о клинике первичного туберкулёза у взрослых и основатель Харьковской школы фтизиатрии – «эндогенистов». Борис Моисеевич пользовался любовью у своих учеников, впоследствии работавших в разных городах страны. Под его руководством защитила кандидатскую диссертацию на тему «Туберкулинодиагностика в клинике внутренних болезней» создатель Научно-исследовательского института терапии НАМН Украины, Герой Социалистического Труда, Герой Украины, действительный член АМН СССР, Российской АМН, Национальной АН и АМН Украины, заслуженный деятель науки УССР – Любовь Трофимовна Малая.

Борис Моисеевич дружил со многими выдающимися людьми своего времени, в частности с известным художником Георгием Верейским и поэтом Владимиром Маяковским, который при посещении Харькова гостил в доме Хмельницкого.

Своими научными трудами (а он автор более 90 научных работ, которые составили содержание его программных докладов на республиканских и союзных съездах терапевтов и фтизиатров) профессор внёс значительный вклад в разработку проблем диагностики, профилактики и лечения туберкулёза.

Умер Б.М. Хмельницкий 17 июля 1959 года в результате развившегося инфаркта миокарда.

В Харькове, на улице Пушкинской, между авиазаводом и выше Дальней Журавлёвки, расположено основанное в 1930-х годах 13^е городское

кладбище. Здесь погребены известные люди: историки Д.И. Багалеи, Д.И. Миллер, архитектор А.Н. Бекетов и другие ученые, которые внесли огромный вклад в развитие науки, техники, культуры и музыки. Среди них, в тишине, покоится и прах профессора медицины Бориса Моисеевича Хмельницкого.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Енциклопедія українознавства у 10 томах / Гол. редактор В. Кубійович – Париж; Нью-Йорк: Молоде життя, 1954 –1989.
2. Семейный архив Б. М. Хмельницкого.
3. Хмельницкий, Б. М. Современное состояние вопроса о присутствии в крови туберкулёзных бактерий при туберкулёзе / Б. М. Хмельницкий // Отд. отт. из «Харьковского медицинского журнала» за 1912 год.
4. Зильбер С. М. К серодиагностике эхинококка / С. М. Зильбер, Б. М. Хмельницкий. // Отд. отт. из «Харьковского медицинского журнала» за 1913 год.

АКАДЕМІК В. В. ФРОЛЬКІС:

НАУКОВІ ПОШУКИ ЗАСОБІВ ПРОДОВЖЕННЯ ЖИТТЯ

Палієнко О.А., старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»

Аналіз ситуації зі станом здоров'я в умовах сьогодення актуалізує необхідність зміни наших уявлень і вимог щодо здоров'я людини, нації, людства. Здоров'я нації сьогодні розглядається як показник цивілізованості держави, що відображає соціально-економічний стан суспільства. Згідно з резолюцією ООН № 38/54 від 1997 року здоров'я населення вважається головним критерієм доцільності й ефективності всіх без винятку сфер господарської діяльності. За оцінками фахівців, близько 75 % хвороб у дорослих є наслідком умов життя.

Всесвітньо відомий геронтолог академік В.В. Фролькіс на запитання: «Що робити, щоб у нас не було такої високої смертності й низької тривалості

життя?» висловив кілька думок. Здоров'я на 75–80% визначається рівнем та способом життя, екологією і тільки на 10–12% – охороною здоров'я. В інституті геронтології АМН України підраховано, що чим вищий національний дохід на душу населення та правильний його розподіл (охорона здоров'я, наука, культура), тим більша тривалість життя в цій країні, нижча смертність. Лікар може допомогти або не допомогти, рідко – нашкодити. Однак помилки в економіці можуть позначитися на найголовнішому – здоров'ї кожної людини. Відповідь на запитання «Чому ми живемо менше за інших?» полягає в тому, що ми живемо гірше за інших. Але водночас багато залежить від кожної людини: від способу життя, інтересів, життєвої позиції, від бажання жити і прагнення бути здоровою [1].

Ще видатні медики епохи Відродження наполягали на тому, що жодні ліки, еліксири не замінять активного способу життя. За даними дослідників, загальна смертність на 1000 осіб становить: для людей з малорухливим способом життя – 20,6, для людей з помірною життєвою активністю – 10,6, із середньою – 7,4. Смертність від ішемічної хвороби серця, відповідно, становить – 7,5, 4,0 і 3,0. Людям похилого віку, за винятком добре тренуваних, цілком достатньо 60–90 хвилин прогулянки в інтенсивному режимі. Помірні навантаження, окрім поліпшення загального самопочуття, сприяють утворенню додаткових судин у міокарді, підвищенню вмісту ЛПВЩ (ліпопротеїни високої щільності), зменшенню ймовірності тромбозів.

Важливим у науковій діяльності В.В. Фролькіса стає з'ясування фундаментальних механізмів старіння. Вчений розробив та запропонував разом зі своїми однодумцями й колегами адаптаційно-регуляторну теорію старіння, яка пояснює внутрішні протиріччя вікового розвитку. Найбільш детально викладена ця теорія у монографії «Регулирование, приспособление и старение» [2]. Вчений вважає, що віковий розвиток і тривалість життя визначаються балансом двох процесів: поряд з процесом старіння виникає механізм активної протидії – процес антистаріння, для якого В.В.Фролькіс запропонував термін – вітаукт (лат. *vita* – життя, *auctum* – збільшувати). Цей

процес, за Фролькісом, направлений на підтримання життєдіяльності організму, його адаптацію, збільшення тривалості життя.

Ідеї адаптаційно-регуляторної теорії об'єднали однодумців, котрі склали авторитетну наукову школу В.В. Фролькіса, відому далеко за межами України і СНД. Робота науковців спрямована на нейро-гуморальні механізми старіння. Учнями і співробітниками В.В. Фролькіса проведено глибокий аналіз вікових змін у центрах регуляції, на етапах прямого і зворотнього зв'язку. Отримані результати свідчать про послаблення нервового контролю метаболізму і функцій клітин з віком, зміною їх реактивності у відповідь на дію гуморальних факторів та зв'язок цих порушень зі зміною обміну медіаторів, гормонів, енергетичних процесів і станом клітинних мембран.

Важливим компонентом теорії старіння В.В. Фролькіса є генно-регуляторна гіпотеза старіння [2]. Згідно з нею, первинні механізми старіння пов'язані зі зміною регуляції активності генів, регуляції їх експресії та репресії. Вікові порушення генної регуляції можуть призвести не тільки до зміни співвідношення синтезованих білків, але й до експресії раніше непрацюючих генів, появи нових не синтезованих білків і врешті – до старіння та смерті клітин.

Вчений вважав, що генно-регуляторні механізми старіння є основою для розвитку різних видів вікової патології: атеросклерозу, раку, діабету, паркінсонізму, хвороби Альцгеймера. В залежності від експресії або репресії тих чи інших генів, розвиватиметься той чи інший синдром старіння, та чи інша патологія. На основі цих суджень була запропонована ідея генно-регуляторної терапії для запобігання розвиткові вікових патологій [2].

Вікові зміни нейрогуморальної регуляції ведуть до обмеження діяльності органів та розвитку в них вторинних порушень обміну і функцій. Було доведено, що в умовах цілісного організму провідними ланками в механізмах старіння є зміни функцій різних центральних нервових структур, нейрон-гормональних зв'язків, послаблення нервового трофічного контролю над тканинами, при цьому гіпоталамус старіє. В результаті зміни чутливості

гіпоталамуса до різних гуморальних чинників розвивається «гіпоталамічна дезінформація» щодо стану внутрішнього середовища організму. Це і є однією з провідних причин порушення регуляції гомеостазу. Тому, коли в нервових центрах нарастають вікові зміни, саме це стає основним механізмом старіння цілісного організму – змін його психіки, поведінки, емоцій, репродуктивної функції, працездатності, регуляції гомеостазу [3]. Людина отримує можливість доживати до такого віку, коли в організмі розвиваються патологічні процеси, які й стають причиною смерті. В.В. Фролькіс запропонував ідею про існування різних синдромів старіння. Серед них особливе місце займають синдроми прискореного та уповільненого старіння. Він звертає увагу на схожість проявів старіння і стресу (стрес–вік–синдром), який може сприяти розвитку патології [4]. Важливо також підкреслити, що концепція, запропонована В.В. Фролькісом, стала творчим синтезом і сучасним розвитком прогресивних ідей, нагромаджених історією геронтології, щодо механізмів старіння на різних рівнях організації.

Результати досліджень, проведених у відділі біології старіння, визначають стратегію і тактику пошуку засобів, що сприяють лікуванню вікової патології. Під керівництвом В.В. Фролькіса були синтезовані нові препарати, зокрема, новий клас антиаритмічних засобів, запропоновані інгібітори вазопресину для лікування коронарної недостатності, артеріальної гіпертонії. Було доведено на тваринах, що інгібітори біосинтезу білка за рахунок, ймовірно, блокади синтезу пептидів, що ведуть до загибелі клітин, збільшують тривалість життя. Також до збільшення тривалості життя веде ентеросорбція і введення індукторів мікосомального окислення. Отримані експериментальні дані слугують обґрунтуванням дослідницьких напрямів вікової фармакології.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Фролькіс, В.В. «Что делать?» / В. В. Фролькіс // Зеркало недели. Украина. – 1998. – № 10.
2. Фролькіс, В.В. Регулирование, приспособление и старение / В. В. Фролькіс. – Л.: Наука, 1970. – 432 с.

3. Фролькис, В. В. Старение. Нейрогуморальные механизмы / В. В. Фролькис – Киев: Наук. думка, 1981.
4. Фролькис, В. В. Стресс–возраст–синдром / В. В. Фролькис // Фізіологічний журнал – № 3. – Т. 37. – 1991. – С. 3-11.

ОРГАНИЗАТОР И РУКОВОДИТЕЛЬ ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ Д. С. ЛОВЛЯ

Перцева Ж.Н., директор музея истории Харьковского национального медицинского университета;

Семененко Е.В., хранитель фондов музея истории Харьковского национального медицинского университета

История Харьковской высшей медицинской школы насчитывает более двухсот лет. Среди тех, кто вложил свой талант и силы в ее развитие много славных имен. Одно из почетных мест занимает имя Дмитрия Сергеевича Ловли – руководителя двух украинских медицинских институтов (Харьковского и Черновицкого), талантливого организатора здравоохранения и высшего медицинского образования.

Жизненный путь Д.С. Ловли начался в эпоху судьбоносных перемен в Российском государстве. Он родился в ноябре 1895 г. в с. Рамешки Тверского уезда Тверской губернии в крестьянской семье. Окончив в 1914 г. Тверскую мужскую гимназию, Д.С. Ловля поступил на медицинский факультет Московского университета. Шла война, поэтому, не оставляя учебы, он начал работать в эвакогоспитале, одновременно занимаясь революционной деятельностью [1, с. 182].

В 1918 г., не окончив университета, Д.С. Ловля вернулся в Тверь, где работал инструктором по внешкольному образованию в губнаробразе. В 1919 г. он переехал в г. Змиев Харьковской области, и непродолжительное время исполнял обязанности инструктора в уездном наробразе [2].

В этом же году Д.С. Ловля ушел добровольцем в Красную Армию. Понимая необходимость завершения учебы, он обратился с рапортом к

руководству и был переведен в Киев, в Окружное санитарное управление (КОВСУ) политинспектором, что позволило ему возобновить свои учебные занятия теперь уже в Киевском мединституте. После мобилизации из армии в 1921 г. Д.С. Ловля продолжил работу в органах здравоохранения, обучаясь в институте. В 1924 г., будучи студентом 5-го курса, был избран деканом рабфака Киевского института народного образования. Через год окончил мединститут по терапевтическому уклону. С 1926 г. Д.С. Ловля работал в г. Киеве главврачом 2-й рабочей больницы, с 1928 – главврачом 1-й железнодорожной больницы в г. Одессе [1, с. 183].

В 1929 г. Д.С. Ловля был назначен директором Харьковского медицинского института, который в те годы переживал трудные времена. За период с 1920 по 1929 годы в нем сменилось восемь директоров. Педагогический процесс в институте был плохо организован. Отсутствовали учебная и научная часть, специальные отделы. Аппаратура и оборудование кафедр и клиник безнадежно устарели и не позволяли проводить занятия на должном уровне. Профессора и сотрудники института отмечали низкий уровень дисциплины среди студенчества [3, с. 104].

Новому директору пришлось столкнуться с большими трудностями. Однако, благодаря умелому и энергичному руководству, принципиальному и требовательному отношению к людям, честному и ответственному исполнению Д.С. Ловлей своих обязанностей, положение института за непродолжительное время изменилось к лучшему [1, с. 183]. За время его директорства значительно укрепилась учебно-материальная база кафедр и института в целом, развернулась большая методическая работа. Все учебные программы медицинских вузов, изданные в то время Наркоматом здравоохранения, были разработаны кафедрами ХМИ [4]. В 1935 г. Харьковский медицинский институт был признан лучшим среди всех медицинских вузов Украины [3, с. 104].

В 1936 г. психоневрологический факультет ХМИ и Харьковский производственный мединститут были объединены в один институт, который

получил название 2-го ХМИ. Таким образом, в Харькове с этого времени существовали два медицинских вуза [1, с. 183].

Д. С. Ловля остался директором 1-го Харьковского мединститута, однако его работа была прервана арестом НКВД по абсурдному доносу. Аресту предшествовали неоднократные проверки и несколько персональных дел в партийном порядке в течение 1936–1937 годов [4].

После длительного следствия Д. С. Ловля был осужден на 12 лет каторжных работ и сослан на Колыму. В 1939 г. его дело было пересмотрено, поскольку во время следственного процесса он не признал себя виновным. К тому же многие представители коллектива ХМИ выступили в защиту своего руководителя, дали ему положительные характеристики [2].

В 1940 г. Д.С. Ловля был реабилитирован, вернулся в Харьков и продолжил работу в 1-м ХМИ, теперь уже ассистентом на кафедре микробиологии. Во время Великой Отечественной войны вместе с институтом он эвакуировался в г. Чкалов (ныне г. Оренбург), где, помимо преподавания, работал главным государственным санитарным инспектором Чкаловской области. После возвращения в 1944 г. в Харьков Дмитрий Сергеевич параллельно с преподавательской деятельностью в медицинском институте также работал Харьковским областным госинспектором [3, с. 104].

В августе 1945 г. решением «партии и правительства» Д.С. Ловле была поручена организация медицинского института в г. Черновцах, директором которого он и стал (ныне Буковинский государственный медицинский университет) [6, с. 11].

Это были трудные для страны и института годы, но Д.С. Ловля и здесь проявил прекрасные организаторские способности, преданность делу, высокую ответственность и прекрасные душевные качества. Уже через два года после открытия институт дал здравоохранению первых 88 врачей. Без сомнения, этими успехами Черновицкий мединститут во многом был обязан своему директору – Д.С. Ловле [7, с. 2].

В 1949 г. Д.С. Ловля защитил кандидатскую диссертацию на тему «Медико-санитарные организации в борьбе за ликвидацию сыпного тифа в Чкаловской, Харьковской и Черновицкой областях в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. и послевоенные годы». В 1950 г. ему было присвоено звание доцента [3, с. 105].

Должность ректора Черновицкого медицинского института Д.С. Ловля занимал в течение семи лет, по совместительству он работал ассистентом (1946–1950), а в 1950–1951 годах доцентом кафедры инфекционных болезней этого института [6, с. 12].

В декабре 1950 г. по состоянию здоровья Д.С. Ловля ушел на пенсию и последние годы жизни проживал в Черновцах, где и умер в 1955 году.

История вузов – это история конкретных людей. Своим развитием институты в значительной мере обязаны воле, таланту, культуре отдельных личностей. Таким человеком в истории двух медицинских институтов – Харьковского и Черновицкого – стал прекрасный человек, талантливый организатор и руководитель высшей медицинской школы Д.С. Ловля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Перцева, Ж. Н. Ловля Дмитрий Сергеевич / Ж. Н. Перцева // Служение Отечеству и долгу. – Х. : Изд-во НУА «Золотые страницы», 2007. – С. 182-184.
2. Материалы музея истории ХНМУ. – ФОРМ 7/11 – 6.
3. Лісовий, В. М. Внесок харківських вчених у становлення та розвиток Чернівецького медичного інституту / В. М. Лісовий, В. П. Пішак, В. В. Бобін та ін. // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2006. – № 2. – С. 104-105.
4. ЦГАВОВУУ, ф. 166, оп. 12, спр. 4429.
5. Пішак, В. П. Буковинська державна медична академія: становлення, здобутки, перспективи розвитку / В. П. Пішак, М. Ю. Коломоєць, І. Й. Сидорчук та ін. – Чернівці: БДМА, 2004. – 228 с.
6. Перцева, Ж. Н. Храним память / Ж. Н. Перцева // Медицинский университет. – 2006. – № 11. – С. 2.

А.Н. АВДАКОВА И БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ХАРЬКОВЕ

Русанова Е.В., Русанов К.В., краеведы, г. Харьков

Имя врача А.Н. Авдаковой называли все, кто писал о борьбе с туберкулезом в Российской империи. Но биография Анны Николаевны остается мало изученной. Как следствие, в ней и сегодня немало «белых пятен», домыслов и разночтений, даже в отношении года рождения.

При приеме в Харьковское медицинское общество (ХМО) А.Н. Авдакова сообщила [1], что родилась в 1874 г. в Петербурге, гимназию окончила в 1892 г. В 1899 г. поступила в Парижский университет и окончила его в 1905 г. со званием доктора медицины (диссертация «La paralysie de la branche externe du spinal dans la tabés»). В 1906 г. Авдакова стала экстерном в госпитальной терапевтической клинике Харьковского университета и, выдержав в мае 1907 г. государственный экзамен, получила звание женщины-врача. В 1907–1908 гг. она продолжала работать в клинике и в Бактериологическом институте ХМО.

Однако в 1920 г. Анна Николаевна указала в регистрационной карточке [2], что родилась 13.05.1877 г.; по национальности русская, образование получила в Парижской медицинской школе в 1906 г., доктор медицины. С 1908 по 1911 гг. – частнопрактикующий врач и ординатор терапевтической госпитальной клиники. С 1910 г. – заведующая лечебницей для легочных туберкулезных больных. Брала курсы в Берлине в 1910 и 1911 гг. Имеет труды на французском языке. Не замужем, живет с матерью (75 лет) на ул. Сумской, 52.

Но чем занималась А.Н. Авдакова семь лет между окончанием гимназии и поступлением в Сорбонну? Можно лишь догадываться, что личная жизнь богатой невесты не сложилась. А толкнуть ее на стезю медицины могла семейная традиция – врачами были дед Анны по отцу и старший брат отца.

Степан Никифорович Авдаков окончил Медико-хирургическую академию (МХА) в конце 1820-х годов. Через несколько лет штаб-лекаря С.Н. Авдакова отправили на Кавказ. Там он и прослужил до конца дней (умер 2.10.1860) в Дагестане, Чечне и Осетии, там родились его сыновья – Владимир (1839) и Николай (1848). Владимир Степанович закончил в 1866 г. МХА и тоже работал на Кавказе всю жизнь – кроме двух лет, когда писал и защищал в столице диссертацию на степень доктора медицины (1876); на эту работу «Материалы для изучения ожогов различных степеней у животных» и сейчас ссылаются комбустиологи. В 1915 г. отставной статский советник Владимир Авдаков еще проживал в Георгиевске. А вот его младший брат Николай в этом году окончил свой жизненный путь, в зените славы и величия.

Начав менеджером чужих предприятий, горный инженер Н.С. Авдаков вырос до члена Государственного Совета России (с 1906 г.), председателя Совета съездов представителей промышленности и торговли; мажоритарного акционера, т.е. председателя правлений банков, заводов, золотых приисков, железных дорог и проч. Его именем называли пароходы. В.И. Ленин не раз цитировал экономические труды «велеречивого Кит Китыча Авдакова».

Ему был обязан становлением промышленный Донбасс: шахты и металлургические заводы, железные дороги, Мариупольский порт и судоходный канал в Керченском проливе, Горный институт в Екатеринославе возникали после выступлений Н.С. Авдакова. Рупором его идей были журналы, издававшиеся с 1880 г. Советом съездов горнопромышленников Юга России.

Штаб-квартира этой влиятельной организации находилась в Харькове. В 1900 г. Николай Степанович был избран ее председателем. Он долгое время квартировал в Харькове в чужих домах, а в 1897 г. выкупил у городского головы И.О. Фесенко дом на ул. Сумской, 52 и с размахом перестроил его.

С 1906 г. и до конца дней А.Н. Авдакова жила и принимала больных (по внутренним болезням) в этом доме. О том, кто еще входил в семью Авдаковых, в точности не известно. Справочники называют среди живших в доме Е.Д. Авдакову (мать?), а в годы Первой мировой войны – Елену Николаевну Авдакову-Бекетову (сестра?), окончившую в 1914 г. курсы медсестер [3].

Диссертация, опубликованная парижским издательством Bousset (1906, 112 с., 4 рис.) под именем А. D'Avdakoff, еще не имела отношения к чахотке. И в Харькове Анне Николаевне пришлось с большим трудом осваивать туберкулезную тему и создавать себе реноме с нуля.

С 1.09.1906 г. терапевтическую госпитальную клинику, располагавшуюся в Александровской городской больнице (ул. Благовещенская, 25), возглавил проф. К.Н.Георгиевский (1867–1933). Из ежегодных «Отчетов о состоянии и деятельности Императорского Харьковского университета» видно, что с 1906 г. А.Н. Авдакову здесь «временно допускали к занятиям в клинике». Она никогда не была штатным ординатором этой клиники, самое большее – исполняла должность ординатора сверхштатного, до увольнения 14.11.1911 г.

Еще Анна Авдакова занималась в патологоанатомическом кабинете университета (зав. проф. Н.Ф. Мельников-Разведенков) – исследовала изменения в пищевode, участвовала в научных совещаниях врачей и 15.11.1907 г. сделала сообщение «Случай туберкулеза пищевода». Тот же профессор рекомендовал ее в действительные члены ХМО, и на заседании Общества 24.11.1907 г. Авдакова получила при баллотировке 20 голосов «за» и 6 – «против».

Тогда же Анна Николаевна изучала в Бактериологическом институте ХМО «технику опсонических исследований при туберкулезе». Вскоре предметом ее внимания стали туберкулины: с 1908 по 1911 гг. Авдакова выступала в ХМО с сообщениями на эту тему. В университетской клинике

она производила «Наблюдения над изменениями реакции Pirquet вместе с офтальмореакцией при лечении туберкулином» (1910 г.).

Случайно или нет, но как раз в 1906 г. Бактериологический институт ХМО начал осваивать выпуск туберкулина Дени (Prof. J. Denys, Louvain), который затем производился десятками тысяч доз. Книга автора препарата, вышедшая в 1903 г., на русском языке не издавалась, и не исключено, что импульс производству дали сведения, привезенные А.Н. Авдаковой с Запада.

С 1909 г. Анна Николаевна активно включилась в организационную деятельность по созданию Харьковского отдела Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом (учрежден весной 1911 г. – см. статьи Н.П. Аржанова в журналах «Провизор», № 6 за 2011 и «Стоматолог» № 4 за 2011). Она была связующим звеном между Харьковом и столицами, регулярно посещая заседания Лиги. А.Н.Авдакова и ее отец вошли в правление Харьковского отдела. Отчет последнего [4] сообщал, что д-р Авдакова входила в комиссию по популяризации знаний о туберкулезе и мерах борьбы с ним. Ей были поручены организация лекций для интеллигентной публики с демонстрацией при помощи волшебного фонаря и создание туберкулезного музея («выставки»).

В 1913 г. Харьковский отдел открыл амбулаторию для туберкулезных больных, и А.Н. Авдакова служила там ординатором: у нее уже был трехлетний опыт работы в аналогичной собственной амбулатории. «Бесплатная лечебница для легочных больных женщины-врача Авдаковой» открылась в 1910 г. по адресу ул. Благовещенская (ныне К. Маркса), 32. Современник писал [5]: «Амбулатория д-ра Авдаковой – частное учреждение, несущее функции общественной борьбы с туберкулезом. <...>. В 1910 г. в ней было 784 больных и 5974 посещения, в 1911 г. – 617 больных и 6861 посещение. <...> Расход по амбулатории выражается в сумме 3815 руб. 80 коп., причем 1000 руб. идет на наем помещения и более 500 рублей – на медикаменты. Персонал состоит из врача (д-ра Авдаковой), фельдшерицы и служителя».

Тысячу рублей стоила в то время в Харькове годовичная аренда квартиры из 5–7 комнат. Эти цифры согласуются с данными [6] о том, что амбулатория занимала первый этаж двухэтажного дома и состояла из 6 комнат – приемной, кабинета, лаборатории, комнат для врача, фельдшерицы и служителя.

Под амбулаторию (то есть лечебницу для приходящих больных, без стационара) Авдаковыми был снят небольшой (оценочная стоимость 3000 руб.) дом княгини М.С. Шаховской (по первому мужу – Ковальчуковой). Он находился на углу Благовещенской площади с Тюремной площадью.

В амбулатории А.Н. Авдаковой широко и с удовлетворительными результатами применялась туберкулинотерапия. По данным отчета за 1911 г., после лечения вес прибыв у 62 % пациентов, а процент больных с нормальной температурой вырос с 37 % до 77 %. Улучшение легочного процесса и восстановление трудоспособности отмечались у более чем половины больных.

Отметим, что Анна Николаевна применяла именно туберкулин Дени производства Бактериологического института ХМО [7].

Лечение чахотки искусственным пневмотораксом было разработано еще в 1880-е годы, но получило признание лишь в предвоенные. А.Н.Авдакова одной из первых в России стала широко применять этот метод в своей амбулатории, съездив в 1913 г. на стажировку к его автору – К.Форланини [8].

Начавшаяся с 1917 г. полоса революций и смен власти не заставила А.Н. Авдакову уехать из Харькова. Она не бежала от большевиков, хотя имя ее покойного отца теперь служило не защитой, а скорее поводом для репрессий.

Вопрос о реквизиции квартиры врача Авдаковой рассматривался 23.02.1919 г. на заседании Президиума Харьковского губисполкома, однако был решен в пользу Анны Николаевны [9] – скорее всего, здесь сыграла роль

бесплатность лечения в ее амбулатории. Последняя стала государственным диспансером, переехав к своей бывшей хозяйке в бывший дом Авдакова [10]: «Второй туберкулезный диспансер был основан в 1910 г. д-ром А.Н.Авдаковой как бесплатная амбулатория для туберкулезных больных. <...> Амбулатория была оборудована и содержалась на средства д-ра Авдаковой до начала 1920 г., когда была национализирована и перешла в ведение Губздрава. Вскоре после этого она была переведена в ныне занимаемое ею помещение по бывш. Сумской ул., № 52, получив название 2-го туберкулезного диспансера».

Диспансер теперь размещался в большом двухэтажном доме с садом и состоял из амбулатории для взрослых (два терапевтических и горловой кабинеты, ожидальня, аптека, лаборатории) и стационара на 10 коек. При нем имелись амбулатория и дневной санаторий для детей, столовая для взрослых. По-прежнему широко применялось лечение туберкулином и искусственным пневмотораксом, проводились научные врачебные конференции и т. п.

Во 2-м тубдиспансере, кроме А.Н. Авдаковой, работали 4 врача. Не исключено, что в первые годы она возглавляла коллектив. Из городских справочников видно, что позже Авдакова заведовала лечебной частью, а с 1932 г. состояла консультантом тубдиспансера, проживая на его территории. И продолжала работать, так и не заслужив ни званий, ни наград. Очень редко А.Н. Авдакова печаталась в советских журналах – во «Врачебном деле» («К вопросу о значении экссудата при наложении искусственного пневмоторакса», 1920) и в «Проблемах туберкулеза» («Отдаленные результаты законченного искусственного пневмоторакса», 1933; «Формы и течение легочного туберкулеза после распущенного искусственного пневмоторакса», 1936; «Материалы по подкожной туберкулинотерапии туберкулеза», 1941).

Анна Николаевна не оставила свой диспансер и больных в немецкой оккупации. Год ее смерти (1943-й) назван авторами [6] без указания

источника, но в чем можно не сомневаться – так это в том, что свою судьбу доктор Авдакова встретила с достоинством.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Curriculum vitae А. Н. Авдаковой // Харьковский медицинский журнал. – 1908. – Т. 5. – № 1. – С. 153.
2. Государственный архив Харьковской области (ГАХО), ф. Р-821, оп. 1, д. 2064, л. 61.
3. Мельников-Разведенков, Н. Ф. Отчет о временных курсах сестер <...> // Отчет о деятельности ХМО за 1914 г. – Харьков, 1916. – С. 41-75.
4. Туберкулез у людей и животных и меры борьбы с ним – Харьков, 1912. – 140 с.
5. Камнев, М. С. Общественная борьба с бугорчаткой в России до войны (критический очерк) // Туберкулез. – 1917. – №1. – С.56-73.
6. Волянский, Ю. Л. Две харьковские лечебницы семейства Авдаковых / Ю. Л. Волянский, Л. Г. Телепнева // История, краеведение и генеалогия. – Вып. 25. – Харьков: Курсор, 2011. – С. 32-44.
7. Каганович, Р. Б. Из истории борьбы с туберкулезом в дореволюционной России / Р. Б. Каганович. – М.: АМН СССР, 1952. – 320 с.
8. Стадникова, А. В. Ассоциация фтизиатров / А. В. Стадникова. // 140-летие Харьковского медицинского общества (1861-2001). – Харьков: РЦНИТ, 2002. – С. 105-111.
9. ГАХО, ф. Р-821, оп. 1, д. 2, л. 99.
10. Противотуберкулезные учреждения Харьковщины // Туберкулез: сборник статей. – Харьков, 1924. – С. 153-160.

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

В НАУКОВОМУ ДОРОБКУ О.В. КОРЧАКА-ЧЕПУРКІВСЬКОГО

ЗА ЗЕМСЬКИЙ ПЕРІОД ДІЯЛЬНОСТІ (1886–1897 рр.)

Товкун Л.П., кандидат історичних наук, доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»

Багатогранна діяльність академіка О.В. Корчака-Чепурківського (1883–1947) базувалася на самовідданому служінні науці, справі охорони здоров'я людей. Видатний учений-гігієніст-епідеміолог вивчав стан здоров'я населення і окремих його груп, вплив соціально-економічних чинників на суспільне здоров'я і охорону здоров'я, розробляв заходи охорони та зміцнення суспільного здоров'я. Результати його соціально-гігієнічних

досліджень знайшли своє відображення у низці наукових праць за земський період діяльності (1886–1897).

Зокрема, працюючи завідуючим Костянтиноградською міською земською лікарнею (1886-1889рр.), О.В. Корчак-Чепурківський виявляв глибоку зацікавленість медичними статистичними дослідженнями і узагальненням статистичних даних. Результатом цієї діяльності стали перші наукові праці молодого лікаря: «Сулема при перемежающейся лихорадке» [1] та «Организация земско-медицинской помощи в Константиноградском уезде в 1884 г.» [2]. На особливу увагу заслуговує друга з цих публікацій «Организация земско-медицинской помощи в Константиноградском уезде в 1884 г.». У ній автор уперше узагальнив власні медико-статистичні спостереження та дані лікарів і фельдшерів Костянтиноградського повіту, зокрема звернув увагу на принципи організації земської медицини в повіті та спеціалізацію медичної допомоги земських лікарів. Загальний огляд захворюваності в повіті він відтворив у вигляді двох насичених діаграм, а деякі захворювання розглянув окремо, вказуючи при цьому на недосконалу систему реєстрації хворих у повіті.

Обіймаючи посаду санітарного лікаря Херсонського повіту (1889–1891), О.В. Корчак-Чепурківський опублікував «Отчет о состоянии врачебной помощи и народного здоровья в Херсонском уезде за 1889 год» [3]. Одним із його висновків було те, що в повіті відсутній медико-статистичний матеріал щодо захворюваності населення. Саме у зв'язку з цим лікар звернувся до іншого джерела стосовно санітарного стану повіту – до метричних даних про рух населення (народжуваності та смертності). Виконавши цю роботу, О.В. Корчак-Чепурківський з'ясував, що існують певні періоди в поширенні епідемій дифтерії, а також визначив залежність її поширення та припинення від площі населеного пункту та вікового складу населення [4]. Ця інформація мала важливе практичне значення для санітарної організації Херсонського повіту, зокрема для підготовки до

наступної епідемії дифтерії, що очікувалася, за його прогнозом, у 1894–1896 роках.

На сторінках цієї статті також містився звіт про санітарний огляд найманих робітників Херсонського повіту. Під час цього огляду О.В. Корчак-Чепурківський з'ясував, що санітарні умови праці робітників були вкрай незадовільними. Про цей факт він неодноразово повідомляв на повітових і губернських з'їздах лікарів і вимагав від землевласників позитивного вирішення проблеми. Водночас ним було з'ясовано, що саме ці робітники були головними носіями та поширювачами сифілісу й трахоми в даному повіті. Тому він ознайомлював робітників із запобіжними заходами проти зараження цими хворобами [3].

Необхідно зазначити, що саме в період перебування О.В. Корчака-Чепурківського на посаді санітарного лікаря Херсонського повіту серед сільського населення лютувала епідемія дифтерії, яка спричиняла високу дитячу смертність. У зв'язку з цим дві статті – «Программа исследования дифтерита» та «Дифтерит в Херсонском уезде» – він присвятив складанню програми дослідження дифтерії та детальному вивченню особливостей її поширення [5-6]. На думку О.В. Корчака-Чепурківського, вивчення дифтерії можливе тільки завдяки опрацюванню метричних даних про рух населення, особових карток захворювання, опису епідемій і спорадичних випадків захворювань на дифтерію та спеціальних спостережень за окремими пунктами епідеміологічного дослідження хвороби [5, с. 332].

Посідаючи місце головного санітарного лікаря Бессарабської губернії (1891-1897 рр.), О.В. Корчак-Чепурківський у своїй статті «Несколько замечаний по поводу пеллагры» виклав свої міркування щодо причин поширення пелагри в губернії, її симптомів, характерних особливостей перебігу, етіології та профілактики [7]. Автор розглядав пелагру як суспільне явище та загрозу виродження населення тих областей, у яких трапляються її епідемії. Причиною хвороби лікар вважав споживання збіднілим населенням неякісного кукурудзяного борошна. О.В. Корчак-

Чепурківський встановив зв'язок пелагри з голодуванням, констатував факт поширення захворювань у голодні роки та вплив побутових умов, а саме: тяжкої праці та неякісного харчування під час тяжкої роботи в полі.

У своїй статті «Эпидемические вопросы в системе исследования санитарного состояния населения России» О.В. Корчак-Чепурківський першим серед науковців виокремив епідеміологію як окрему наукову дисципліну й обґрунтував її зв'язок з іншими науками. Для вирішення санітарних питань визначив завдання епідеміології, до яких відніс статистичні дослідження захворюваності, руху, смертності населення та його соціально-побутових і загальногігієнічних умов життя [8].

Таким чином, проаналізовані соціально-гігієнічні дослідження О.В. Корчака-Чепурківського у вищезгаданих наукових статтях за період праці у земській медицині (Костянтиноградській міській земській лікарні, Херсонському повіті та Бессарабській губернії) у 1886–1897 роках стали вагомим внеском ученого в розвиток охорони здоров'я населення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Корчак-Чепурковский, А. В. Сулема при перемежающейся лихорадке / А. В. Корчак-Чепурковский // Земская медицина. – М., 1885. – № 25. – С. 43-45.
2. Корчак-Чепурковский, А. В. Организация земско-медицинской помощи в Константиноградском уезде в 1884 г. / А. В. Корчак-Чепурковский // Земская медицина. – М., 1886. – № 33-34. – С. 32-33; № 35-36. – С. 36-38; № 39-40. – С. 34-35; № 41-42. – С. 43-44; № 43-45. – С. 52-55; № 46-47. – С. 69-70; № 48-49. – С. 54-55; № 50. – С. 38-39.
3. Корчак-Чепурковский, А. В. Отчет о состоянии врачебной помощи и народного здоровья в Херсонском уезде за 1889 год / А. В. Корчак-Чепурковский. – Херсон: Изд. Херсонской Уездной Земской Управы, 1890. – 188 с.
4. Отчеты о деятельности санитарного персонала // Сборник Херсонского земства. – 1890. – № 9. – С. 122-128.
5. Корчак-Чепурковский, А. В. Программа исследования дифтерита / А. В. Корчак-Чепурковский // Сборник Херсонского земства. – 1891. – № 10. – С. 324-332.
6. Корчак-Чепурковский, А. В. Дифтерит в Херсонском уезде / А. В. Корчак-Чепурковский // Сборник Херсонского земства. – 1891. – № 12. – С. 350-370.
7. Корчак-Чепурковский, А. В. Несколько замечаний по поводу пеллагры / А. В. Корчак-Чепурковский // Врач. – 1893. – № 44-45. – С. 1246-1247.
8. Корчак-Чепурковский, А. В. Эпидемические вопросы в системе исследования санитарного состояния населения России / А. В. Корчак-Чепурковский // Общественно-санитарное обозрение. – 1896. – № 2. – С. 27-30.

DZIAŁALNOŚĆ SPOŁECZNO-POLITYCZNA DR JÓZEFA MARCZEWSKIEGO

Czerniecka-Haberko A., Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

Doktor Józef Marczewski był jednym z wielu lekarzy praktykujących w Częstochowie w pierwszej połowie XX wieku. Józef Marczewski urodził się 18 listopada w Nowym Jorku. Był synem Dionizego i Amalii Marczewskich [7, 212]. W 1889 roku ukończył V Gimnazjum im. Jana Kilińskiego w Warszawie. Następnie studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Studia ukończył w 1895 roku [1]. Po uzyskaniu dyplomu lekarza poświęcił się okulistyce.

Pracę zawodową rozpoczął w Warszawie. Tam też, był ordynatorem Kliniki Okulistycznej. Jednak dość szybko, gdyż w roku 1898 miejscem jego zamieszkania stała się Częstochowa [8, 164]. Marczewski był pierwszym lekarzem okulistą w mieście. Przez wiele lat (1900-1914) prowadził własną lecznicę oczną. Potocznie nazywaną „małym szpitalem okulistycznym” [7, 21; 9, 130]. Ten okres swej działalności Marczewski wspomina w następujących słowach: „od roku 1900 prowadziłem własną lecznicę oczną w Częstochowie, na podstawie zezwolenia z początku na 4 łóżka z pokojem operacyjnym, później 14 łóżek. Zwinąłem lecznicę z dniem wybuchu wojny [I wojny światowej – uzup. A. C.-H.], po wojnie wznowiłem prowadzenie zakładu, lecz wobec Kas Chorych musiałem zamknąć jako imprezę deficytową” [2].

Marczewski był postrzegany przez współczesnych mu jako dobry lekarz. S. Nowak o Marczewskim pisał: „był dobrym i doświadczonym okulistą, operował dobrze, miał rozległą praktykę i prowadził własną, niedużą lecznicę okulistyczną przy ul Cerkiewnej 19” [5].

Dr Marczewski, poza pracą zawodową był aktywnym na polu społeczno-politycznym. Niemal przez 20 lat pełnił różne funkcje w ówczesnym Magistracie miasta Częstochowy. I tak, w 1907 objął posadę lekarza miejskiego. W latach

1914-1917 pełnił funkcję prezesa Rady Miejskiej. W latach 1917-1918 był nadburmistrzem miasta. W latach 1920-1927 był prezydentem miasta [7, 213].

Aktywność społeczna dr Marczewskiego rozpoczęła się w latach 1905-1906. Marczewski brał czynny udział w tworzeniu polskiego gimnazjum oraz akcji odczytowej Oddziału Częstochowskiego Polskiego Towarzystwa Higienicznego. Aktywnie uczestniczył w pracach Towarzystwa Lekarskiego. Zaangażował się w powołanie w samach tegoż Towarzystwa, Oddziału Higienicznego [9, 119-121, 124]. W 1905 roku – jako pierwszy – zorganizował zebranie mieszkańców w sprawach samorządu miejskiego. Podczas jego przygotowywania współpracował z Adolfem Suligowskim z Warszawy, czyli z jednym z nielicznych znawców problematyki samorządu miejskiego w Królestwie Polskim [8, 79; 9, 131]. Brał czynny udział w powołaniu do życia Towarzystwa Szerzenia Wiedzy, którego celem było stworzenie biblioteki publicznej w mieście [7, 213; 9, 131].

W tym czasie Marczewski należał do grupy inteligentów, która została określona przez S. Nowaka, jako „pasyści”. Reprezentowali oni umiarkowane stanowisko w sprawach społecznych i narodowych. Taka postawa zwróciła uwagę niemieckich władz okupacyjnych. Marczewski, po opuszczeniu Częstochowy przez wojska rosyjskie, został powołany do nowej Rady Miasta jako jej prezes [5, 9-10]. Nominacja ta wpłynęła na zmianę stosunku wyborców do Marczewskiego. Marczewski nie mógł zatem wystartować w kolejnych wyborach. Przez władze niemieckie został mianowany nadburmistrzem miasta. Protekcja niemiecka w uzyskaniu tego stanowiska oraz kilka błędów w stosunkach z wyborcami oraz Radą Miejską, spowodowały upadek Marczewskiego w dniu 11 listopada 1918 roku. Oczywistym było, że Marczewski nie miał szans w kolejnych wyborach (1919 r.) [9, 131-132].

Na arenę polityczną Częstochowy, powrócił Marczewski w roku 1920, kiedy to w wyniku ataku PPS został zmuszony do ustąpienia dotychczasowy prezydent miasta, Aleksander Bandtkie-Stężyński. Kandydatem ze strony narodowców został Marczewski. Marczewski został wybrany głosami radnych z frakcji narodowej i przedstawicieli żydowskiej burżuazji [9, 132; 5, 56-57].

Nowemu prezydentowi zarzucano m.in. współdziałanie z okupacyjnymi władzami niemieckimi w wysyłaniu Polaków na roboty do Niemiec, brak reakcji na aresztowanie marcu 1918 r. członków Rady Miejskiej demonstrujących przeciwko pokojowi brzeskiemu oraz o oskarżanie ludności żydowskiej Częstochowy o sprzyjanie „wywrotowcom”. W rezolucji wystosowanej przez ugrupowania lewicowe pisano: „powołanie do steru Zarządu Miasta człowieka o obliczu politycznym jakie ma dr Józef Marczewski; człowieka znanego ze swojej działalności społecznej jako zdeklarowany reakcjonista i służalec państw zaborczych; człowieka, który w stosunku do rządu okupacyjnego zajmował stanowisko nie naczelnika polskiej gminy miejskiej i rzecznika interesów tejże, lecz urzędnika i gorliwego wykonawcy woli władzy zwierzchniej (...) postawienie takiego człowieka na czele Zarządu Miasta – napełnia serca obawą o dalszy los znękaney, biednej ludności naszego miasta” [3]. Owa rezolucja – mająca na celu podważenie autorytetu niewygodnego dla partii lewicowych kandydata – umożliwiła dr Marczewskiemu pochwalenie się swoją aktywnością społeczno-polityczną. Dr Marczewski złożył bowiem oświadczenie w którym czytamy: „oświadczam, że jako lekarz-zawodowiec przez 25 lat pracy dałem przeszło 100 tysięcy porad darmo proletariatowi, że jako działacz społeczny pracowałem i pracuję w ciągu 22 lat w najrozmaitszych instytucjach społecznych, że w działalności mej nigdy nie stawiałem przeszkód dążeniu warstw upośledzonych do zdobycia lepszych warunków bytu, że kariery politycznej nie szukałem, czego dowodem jest odmowa z mej strony przyjęcia poselskiego mandatu do II Dumy, że do Rady Stanu wszedłem z wyboru, a nie nominacji, przy czym kandydatura moja postawiona była przez koła polityczne z Warszawy” [3].

Prezydentura Marczewskiego trwała do maja 1927 roku. Zdaniem S. Nowaka stanowiła „w dziejach powojennych Częstochowy pewną zamkniętą całość; okres rządów dr. Marczewskiego można nazwać okresem likwidacji w gospodarce samorządowej wszystkich pozostałości z czasów wielkiej wojny i wstępem do gospodarki miejskiej czasów powojennych” [5, 57].

Zdaniem Wyględowskiego, okres prezydentury dr Marczewskiego nie wyróżniał się jednak szczególnymi osiągnięciami w dziejach ochrony zdrowia w Częstochowie. Wyględowski zaznaczył, że inicjatywa budowy szpitala miejskiego upadła, gdyż na ochronę zdrowia zabrakło pieniędzy [8, 78-79]. Należy pamiętać, że Marczewski jako prezydent w dniu 25 listopada 1925 roku podpisał projekt umowy technicznej z Towarzystwem Ulen et Co z Nowego Jorku na wykonanie wodociągów i kanalizacji w mieście. Mimo licznych trudności, inwestycję zrealizowano do końca 1928 roku. Owa inwestycja mogłaby zostać uznana za najważniejsze dokonanie dra Marczewskiego, gdyby nie była związana z poważnymi zarzutami natury finansowej. Owe zarzuty przyczyniły się do nieustannych ataków ze strony radnych PPS. 15 maja 1927 roku radni złożyli mandaty. Rozwiązano Radę Miasta i zmuszono Marczewskiego do ustąpienia. Po tych wydarzeniach Marczewski nie podjął już działalności społeczno-politycznej [9, 57, 132-133]. Swoje działania skoncentrował na praktyce lekarskiej.

W Częstochowie, w okresie międzywojennym, leczeniem chorób oczu zajmowali się: lekarze domowi, fabryczni oraz felczerzy. Leczenie odbywało się zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i w gabinetach prywatnych. Nie było możliwe w warunkach szpitalnych, gdyż Częstochowa w owym czasie nie posiadała ani jednego oddziału okulistycznego. Wydaje się, że rolę takiego oddziału spełniała prywatna lecznica oczna dr J. Marczewskiego, w której leczono i operowano ludzi z chorobami oczu.

W czasie II wojny światowej, w Częstochowie, praktykowało 4 lekarzy okulistów. Oprócz J. Marczewskiego byli to: Janina Żółkowska-Pacewicz, Karol Pacewicz i Jan Kulesza. Wszyscy wymienieni lekarze zatrudnieni byli w Miejskiej Przychodni Okulistycznej, kierowanej przez dr J. Marczewskiego [7, 85]. S. Rybicki, w książce pt. *Pod znakiem lwa i kruka* zacytował sprawozdanie z działalności częstochowskich przychodni lekarskich działających w okresie okupacji. Fragment dotyczący przychodni okulistycznej był następujący: „przychodnia okulistyczna – kierownik dr Józef Marczewski – w okresie 28.X1939

do 31.III.1942 udzieliła opatrunków i porad 5921, w czym chorych na jaglicę 2089. ponadto dodatkowo 19 zabiegów poważnych i 190 drobnych” [6].

Marczewski zmarł 25 kwietnia 1944 roku. Pochowany został na Cmentarzu Kule w Częstochowie [7, 213].

Marczewski był pierwszym lekarzem specjalistą w zakresie chorób oczu [4, 9]. Mimo, że „należał (...) bezwarunkowo do najwybitniejszych osobistości w mieście”, to był postacią bardzo kontrowersyjną. Nowak pisał: „znana była porywczosć dr. Marczewskiego, jego wyniosłe traktowanie niejednego mieszkańca miasta, nieraz może usprawiedliwione, nie jednało mu przyjaciół w mieście; wielu ceniło jego zdolności i spryt życiowy, nie lubiło go jednak szczerze” [5,13]. Sam Marczewski „uważał się za człowieka opatrnościowego dla miasta, przez nikogo niezastąpionego, (...) raz nawet w przyływie szczerości powiedział mi [S. Nowakowi – uzup. A.C.-H.], że uważa się za jednego z najdzielniejszych ludzi w Polsce i że karierze jego życiowej szkodzi mu tylko zbytnia porywczosć i obcesowość, które zrażają do niego ludzi (...); zdawało mu się, że miasto bez niego nie da sobie zupełnie rady” [5, 143].

BIBLIOGRAFIA:

1. Archiwum Państwowe w Częstochowie (dalej: APCz), Wydz. Pow. VII.12.422.
2. APCz, Mag. Cz. Sygn. 5537.
3. APCz, Mag. M. Cz. Sygn. 5026. O ukonstytuowaniu się nowego Zarządu Miejskiego
4. Gierek-Łapińska A., Przedmowa, [w:] Wyględowski M., Wyględowska-Promińska D., Okulistyka i okuliści Częstochowy, Częstochowa 2004, s. 9-10.
5. Nowak S., Samorząd m. Częstochowy w latach 1916-1931. Z moich wspomnień, cz. III: Z rękopisu wydał i wstępem opatrzył A. J. Zakrzewski, Częstochowa 1994.
6. Rybicki S., Pod znakiem Lwa i kruka: fragmenty wspomnień z okupacji, Warszawa 1990.
7. Wyględowski M., Almanach lekarzy Częstochowy, Częstochowa 2011.
8. Wyględowski M., Wyględowska-Promińska D., Okulistyka i okuliści Częstochowy, Częstochowa 2004.
9. Wyględowski M., Zakrzewski A.J., Ochrona zdrowia w Częstochowie w XIX-XX wieku. Szkice z historii medycyny, Częstochowa 1995.

**ВНЕСОК ПРОФЕСОРА О. П. ВАЛЬТЕРА
В СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТОК АНАТОМІЧНОЇ ШКОЛИ
2-ї ПОЛОВИНИ ХІХ СТОРІЧЧЯ**

Харченко Н.А., аспірантка ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»

В історичну пам'ять українського народу повертаються імена тих людей, які віддали свої знання та досвід великій справі – становленню та розвитку медичної науки. На теренах України в другій половині ХІХ сторіччя вагому роль відіграв український анатом та фізіолог, професор кафедри анатомії Київського університету св. Володимира – Олександр Петрович Вальтер. Він був усебічно освіченою людиною, умілим експериментатором, талановитим дослідником, чудовим лектором і вимогливим викладачем.

Майбутній професор Вальтер (1817–1889) – народився у дворянській німецькій родині, що переселилася до Росії в середині ХVІІІ ст. Після закінчення Ревельської гімназії, у 1835 році, вступив на медичний факультет Дерптського університету. Вчителем і наставником О.П. Вальтера був відомий учений – анатом, хірург і педагог М. І. Пирогов, який вплинув на формування його наукового світогляду. Після закінчення університету О.П. Вальтер продовжує вдосконалювати свої знання з анатомії та фізіології за кордоном, у Берліні, у знаменитого Йоганна Мюллера, а згодом – у анатомів і фізіологів Патрубана, Берреса і Рокітанського у Відні. Маючи певний науковий багаж, молодий лікар прибув до Петербурга і досить швидко завоював авторитет науковця. Незважаючи на недовге перебування в північній столиці Росії, О.П. Вальтер встиг зарекомендувати себе з кращого боку в середовищі медичних світил Російської імперії тієї епохи [1, с. 52].

У 1843 р. за рекомендацією науковців М.І. Пирогова, І.Т. Спаського, К.М. Бера, П.А. Загорського Олександр Вальтер займає місце ад'ютанта-професора на кафедрі фізіологічної анатомії і мікроскопії медичного факультету Київського університету св. Володимира, де викладав анатомію

та фізіологію (1862–1865), фармакологію (1859–1861), хірургію, історію медицини [3].

Значний інтерес становить багата наукова спадщина О. П. Вальтера, зокрема його докторська дисертація, яку він захистив у 1845 році в Київському імператорському університеті на тему: «De mechanismo implicationis pilorum in plica polonica, disquisitiones microscopicae» («Про механізм сплетіння волосся при ковтуні, мікроскопічне дослідження»). В даній дисертації учений ґрунтовно проаналізував результати спостереження над ковтуном, розповсюдженням на той час у різних регіонах Російської імперії. У дисертаційній роботі О.П. Вальтер скрупульозно дослідив ланцюг соціальних факторів, що породжують низку людських недуг серед білорусів і литовців, які проживають в сільській місцевості північно-західних земель Російської імперії, рішуче звинувачуючи лікарів у нерозумінні й недооцінці ролі та значення умов життя і побуту сільських жителів. Професор Вальтер запропонував новий метод гістологічного дослідження головного мозку. Під його керівництвом були проведені краніологічні дослідження (1862) та дослідження різних методів бальзамування, зібрано велику колекцію слов'янських черепів.

О.П. Вальтер вніс багато нового у методику та організацію навчального процесу. Він автор кращого на той час підручника «Курс практичної та прикладної анатомії людського тіла» (1871), який отримав спеціальну «малу» премію П. Загорського [2, с. 126].

У 1871 році професор О.П. Вальтер обіймав посаду завідувача кафедри хірургії та очолював хірургічну клініку Київського університету. Його справедливо називали у середовищі колег і студентів батьком київської школи анатомів, одним з першопрохідців історичного становлення та розвитку Київського університету. Вчений дав досить оригінальне порівняння шляху рідної землі та стану людського організму, описавши цей невидимий взаємозв'язок такими словами: «Величезний вплив Батьківщини на людину. Тіло наше складається з їжі, яку ми споживаємо і яка виростає на

тому ж ґрунті, на якому ми і живемо. Тому кров наша, ми самі, вся наша сутність і нутрощі беруть свій початок від того ж рідного ґрунту, пов'язані з ним усім своїм еством не гірше, ніж дерево пов'язане з землею. Тому нам так дорога Вітчизна, тому ми її так любимо, тому кров наша так охоче проливається на Батьківщину» [2]

Наукова спадщина О.П. Вальтера була присвячена проблемам функціональної морфології, фізіології кровообігу, загальній фізіології. Слід відзначити вагомий внесок ученого в розвиток фізіологічних знань. За своєю підготовкою, інтересами та дослідницькою діяльністю О.П. Вальтер був видатним фізіологом. Його фізіологічні дослідження процесів теплоутворення та теплорегуляції тваринного організму сприяли майбутньому формуванню вчення про гіпотермію. У 1842 році в експериментах на жабах О.П. Вальтер установив, що подразнення симпатичних нервів призводить до звуження просвіту судин, а їх виключення, навпаки, – до розширення. Таким чином, О.П. Вальтер на 11 років раніше за Клода Бернара довів регульований вплив симпатичних нервів на тонус кровоносних судин. Починаючи з 1862 року, ним опублікована низка праць з питань теплоутворення і теплорегуляції в живих організмах («Про смертельне підвищення тепла у тілі тварини», «Про вплив холоду на організм тварин» (1863), «Про самостійний рух клітин головного мозку»). Зокрема, вивчивши дію холоду, він запропонував охолодження як засіб для зменшення кровотечі у тварин під час проведення вівісекцій. У своєму підручнику «Курс анатомії людського тіла» (1852), на відміну від інших тогочасних авторів, О.П. Вальтер наводив багато експериментальних даних з анатомії та фізіології.

Вивчаючи наукову спадщину видатного вченого, ми можемо констатувати, що Київською анатомічною школою під керівництвом О.П. Вальтера та його учнів були закладені ґрунтовні підвалини класичної описової анатомії та експериментальної фізіології. Вчені-анатоми-фізіологи блискуче володіли технікою і різними методами анатомічних досліджень,

відкрили й описали багато нових анатомічних фактів, їх роботи сприяли зміцненню зв'язків анатомії з фізіологією, розвиткові ідей еволюційної морфології та ембріології. Перелічені вище аспекти наукового доробку видатних вчених дають можливість поглибити і збагатити науку відомостями про видатні постаті 2-ї половини ХІХ сторіччя.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Университета Св. Владимира (1834–1884) / Под. ред. В.С. Иконникова. – К., 1884.
2. Спіров М. С. Київська анатомічна школа / М. С. Спіров. – К.: Здоров'я, 1965. – 131 с.
3. Коцур, Н. І. Становлення і розвиток гігієнічної науки в Україні: шлях крізь епохи і соціальні потрясіння (друга половина ХІХ – 20-ті рр. ХХ століття): монографія / Н. І. Коцур. – Корсунь-Шевченківський, 2011. – 726 с.
4. Историко-статистические записки об ученых и учебно-вспомогательных учреждениях Императорского Университет Св. Владимира / Под ред. В. С. Иконникова. – К., 1884. – 416 с.

А.М. МЕРКОВ, ПРОФЕССОР КАФЕДРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ХАРЬКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА – ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ И ПЕДАГОГ

Чумак Л.И., кандидат медицинских наук, доцент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета

Профессор Аркадий Михайлович Мерков (1899–1971), выпускник медицинского факультета Харьковского университета, впоследствии профессор кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института, является представителем советской школы социальной медицины. За годы своей педагогической, научно-исследовательской и практической деятельности А.М. Мерков опубликовал около 200 работ по проблемам социальной гигиены, санитарной статистики, организации здравоохранения и демографии, в том числе около 20 монографий и учебных пособий. Свои научные изыскания А.М. Мерков проводил в самых разнообразных областях общественного здравоохранения. Огромное число его работ посвящено

вопросам теории, методологии и истории санитарной статистики, которая была основной темой его научного творчества.

Основным направлением научных исследований А.М. Меркова было изучение заболеваемости населения. Под его руководством в связи с переписями 1959 и 1970 годов был проведен ряд конкретных исследований общей заболеваемости населения различных местностей СССР.

Аркадий Михайлович был автором ряда статей по классификации и номенклатуре болезней и причин смерти, одним из инициаторов сближения советской классификации с международной и перехода на нее, что имело огромное значение для анализа причин смертности населения.

Много лет А.М. Мерков занимался вопросами статистики онкологических заболеваний, будучи пионером этого раздела санитарной статистики в стране. Он автор значительного числа работ, начиная от монографии «Краткая методология статистического изучения рака» (1931) до методического пособия для врачей-онкологов «Статистическое изучение злокачественных новообразований», написанного совместно с А.В. Чаклиным (1962), а к Международному противораковому конгрессу, состоявшемуся в Москве в 1963 г., А.М. Мерков совместно с Б.Д. Кауфманом подготовил сборник статистических материалов «Заболеваемость и смертности населения СССР от злокачественных новообразований», после чего научное общество онкологов избрало А.М. Меркова своим почетным членом.

Специальный раздел творчества А.М. Меркова составляют работы по истории санитарной статистики. Еще в 1932 году была опубликована его статья «Итоги развития санитарной статистики на Украине», а в 1957 вышла книга «Санитарная статистика в Союзе ССР за 40 лет (1917–1957 гг.)». Самостоятельным направлением в научном творчестве А.М. Меркова была демографическая статистика. Его перу принадлежит краткий учебник для врачей «Демографическая статистика», издававшийся дважды – в 1959 и 1965 годах. В 1965 году под редакцией А.М. Меркова (совместно с И.С. Случанко) был издан «Практикум по демографической статистике» [1].

А.М. Мерков много сделал для совершенствования прикладной части санитарной статистики, учета и отчетности медико-санитарных учреждений. При его непосредственном участии была проведена, имевшая принципиальное значение реформа медицинской отчетности (1949 г.). Впервые в периодичную отчетность медицинских учреждений была введена таблица с сокращенным перечнем диагнозов, составляемая на основе децентрализованной разработки материалов повсеместно регистрируемой заболеваемости (по «Ежедневной ведомости учета заболеваний»). В 1953 году система учета общей заболеваемости была изменена и усовершенствована [1].

Педагогическая деятельность А.М. Меркова началась в 1929 году и продолжалась до последних лет его жизни. Вначале он работает в качестве ассистента, с 1931 г. – доцентом, а с 1933 г. становится профессором кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института. С открытием в 1936 году 2-го медицинского института в г. Харькове А.М. Мерков заведует в нем кафедрой социальной гигиены, совмещая при этом заведование кафедрой социальной гигиены в Харьковском институте усовершенствования врачей, что было допустимым в довоенный период. Также известно, что в 1938–1941 годах ученый был директором Харьковского областного научно-методического бюро санитарной статистики.

В 1941 году заканчивается «харьковский» период в биографии Аркадия Михайловича Меркова. Подводя итоги этого периода, следует отметить, что помимо активной работы на различных должностях в медицинских учреждениях г. Харькова, А.М. Мерков проявил себя как талантливый педагог и исследователь. Преподавательская деятельность А.М. Меркова на кафедре социальной гигиены Харьковского медицинского института под руководством Сергея Аркадьевича Томилина предполагала активное участие в издании учебной литературы для студентов-медиков. Так в 1933 г. вышли восемь лекций по социальной гигиене С.А. Томилина и А.М. Меркова, выпущенные Всеукраинским заочным стоматологическим институтом. Они включали темы: социальная гигиена; основной метод социальной гигиены – санитарная статистика; основы демографии; социальная гигиена питания и

труда; социальная патология, в том числе туберкулеза. Достоинством этих лекций явилось то, что они основывались на новейших статистических данных советского здравоохранения в РСФСР и УССР. Каждая лекция была снабжена вопросами для самоконтроля и указателем рекомендованной литературы [2].

В период 1933–1935 гг. появились также пособия для студентов – «Общая теория санитарной статистики» издания Харьковского санитарно-гигиенического института и «Социальная гигиена (избранные главы)» издания Харьковского фармацевтического института, а также пособие для врачей и студентов на украинском языке – «Загальна теорія санітарної статистики». А.М. Мерков является одним из авторов учебника гигиены для фельдшерских школ под редакцией А.Н. Марзеева, который впервые был издан в 1940, переиздавался в 1944 и 1948 годах и был переведен на украинский и эстонский языки. Много научных работ написано А.М. Мерковым на английском и немецком языках, которыми он прекрасно владел.

Последним местом работы А.М. Меркова (с 1955 года) был Всесоюзный научно-исследовательский институт организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко, где он работал в качестве заведующего отделением статистики здоровья населения, а в последние годы жизни – в качестве консультанта [3].

Современники знали его как эрудированного, строгого, принципиального в работе и вместе с тем исключительно отзывчивого, доброжелательного человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мерков, А. М. Здоровье населения и методы его изучения (избранные произведения) / А. М. Мерков; Под редакцией проф. М. С. Бедного. – М.: «Статистика», 1979. – 232 с.
2. Петрова, З. П. Из истории социальной гигиены на Украине (1861–1932 гг.) / З. П. Петрова. – Х., 1974 г. – С. 62-65, 131.
3. Нестеров, В. А. Аркадий Михайлович Мерков (К 70-летию со дня рождения) / В. А. Нестеров, М.С. Бедный // Советское здравоохранение. – 1969. – №1. – С. 92-93.

СЕКЦІЯ 7. МЕДИЧНА ОСВІТА: ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ

РЕФОРМУВАННЯ ГУМАНІТАРНОЇ СКЛАДОВОЇ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У НЕЗАЛЕЖНІЙ УКРАЇНІ В 90-ті РОКИ

*Глєбова Л.І., кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільних наук
Харківського національного медичного університету*

Гуманітарна підготовка є невід'ємною частиною процесу формування високопрофесійних фахівців у галузі охорони здоров'я. Майже чверть століття підготовка фахівців-медиків відбувається в умовах існування нової, незалежної України. Упродовж цього часу медична освіта зазнала кардинального реформування. Гуманітарна складова вищої медичної освіти оновлена повністю. Аналіз процесів, що відбувається у підготовці кадрів вищої кваліфікації для охорони здоров'я у 90-ті роки, безумовно, цінний з точки зору осмислення досягнень і перспектив подальшого розвитку медичної освіти.

Після проголошення незалежності України якісні зміни відбувалися в усій гуманітарній сфері. Позитивний імпульс таким змінам дали ліквідація монополії комуністичної партії, утвердження принципів плюралізму, деідеологізація освітньої системи. Надзвичайно важливим кроком на цьому шляху стало закріплення означених принципів у Конституції України. У статті 15 Основного закону України зазначено, що суспільне життя в країні базується на засадах політичної, економічної та ідеологічної багатоманітності. Жодна з ідеологій не визнається державою як обов'язкова для всіх. Ці норми, закріплені Конституцією України 1996 року, фіксували надзвичайно важливі принципи облаштування гуманітарної сфери українського суспільства: кожен громадянин, кожне об'єднання свідомо й добровільно обирають ті ідеологічні настанови, які вони вважають слухними. Хоча гарантування такої багатоманітності часом призводить до появи радикально налаштованих груп, об'єднань чи партій. До прикладу,

деякі «гарячі голови» з лав націоналістів пропонували у вищих навчальних закладах запровадити курс «теорії інтегрального націоналізму». Проте ця ініціатива не отримала підтримки в українському суспільстві.

Щодо змісту гуманітарної освіти, то він поступово починає змінюватися від кінця 80-х років. Так, 1989 року замість ідеологічного предмету «Історія КПРС» з'являється навчальна дисципліна «Політична історія ХХ сторіччя». Запровадження цього курсу відкривало нову сторінку у викладанні гуманітарних наук у медичних вишах. Однак перехід до нової якості викладання був надзвичайно складним, оскільки викладачі залишалися ті ж самі. Деякі продовжували викладати саме історію партії. Але більшість викладачів почали студіювати нововведені курси, виконали величезну роботу над собою, позбавляючись від кліше й стереотипів старого мислення. У серпні 1991 року відійшов у минуле курс наукового комунізму, замість предмету «Політична історія ХХ сторіччя» було введено «Історію України», а «Політичну економію» заступили дисципліни «Економічна теорія» та «Економіка охорони здоров'я».

У перші роки незалежності в медичних вишах склалося негативне ставлення до гуманітарних дисциплін, що обумовлено їхнім ідеологічним змістом у попередній період. І це проявлялося у скороченні навчальних програм, зменшенні обсягу вивчення дисциплін цього циклу, розформуванні кафедр. З метою запобігання подібним явищам було створено єдину концепцію соціально-гуманітарної освіти в Україні та прийнято спільну постанову колегії міністерств вищої освіти, народної освіти, культури, охорони здоров'я, торгівлі. Було визначено, що вивчення гуманітарних і соціально-політичних дисциплін має складати не менше 20–25 % від загального обсягу навчального часу для студентів медичних спеціальностей. Міністерство освіти України у спеціальному листі означило обов'язкові дисципліни для підготовки спеціалістів з вищою освітою та мінімальний обсяг навчальних годин на їх вивчення. Приміром, на вивчення «Історії

України» та «Основ економічної теорії» передбачалося по 120 навчальних годин.

У подальшому коло соціально-гуманітарних дисциплін поступово ширилося. В 1994-95 навчальному році у медичних вишах з'явилися нові предмети: «Теорія та історія світової і української культури», «Політологія», «Релігієзнавство», «Ділова українська мова», «Основи психології та педагогіки». Наступного навчального року вперше заговорили про елективні курси – так називали дисципліни, які могли обрати самі студенти. Першими були «Сучасна цивілізація і культура» та «Менеджмент і маркетинг у системі охорони здоров'я». Після прийняття Конституції України, в 1996 році був запроваджений предмет «Основи конституційного права України». Таким чином складалася принципово нова система гуманітарної підготовки майбутнього лікаря.

У процесі розвитку вищої медичної освіти прийшло розуміння важливості й значущості гуманітарної складової у підготовці фахівця. В законі України «Про освіту» сказано, що метою освіти є розвиток людини як особистості і найвищої цінності суспільства, розвинення її талантів, розумових та фізичних здібностей, виховання високих моральних якостей, формування громадян, здатних до свідомого суспільного вибору, збагачення на цій основі інтелектуального, творчого й культурного потенціалу народу, підвищення освітнього рівня народу, забезпечення народного господарства кваліфікованими спеціалістами. Саме ці завдання і прагнуть вирішувати сьогодні гуманітарні науки, зокрема у справі підготовки кадрів для галузі охорони здоров'я.

**НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА КАФЕДРИ ФАКУЛЬТЕТСЬКОЇ
ТЕРАПІЇ 1-ГО ХАРКІВСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ
В ЕВАКУАЦІЇ (1942-й РІК)**

Демочко Г.Л., старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету

Розв'язання у Європі Другої світової війни та напад Німеччини на Радянський Союз кардинально змінили життя радянської України. Стосувалися ці зміни усіх сфер діяльності, в тому числі освіти й науки.

Восени 1941 року 1-й Харківський медичний інститут було евакуйовано у містечко Чкалов (нині – Оренбург), куди співробітники вишу дісталися наприкінці жовтня [1]. Сьогодні щодо місця евакуації вишу існує деяка плутанина. Так, у довіднику «Українські лікарі: біобібліографічний довідник» 2008 року видання, електронна версія якого розміщена на сайті ХДНБ ім. В.Г. Короленка [2], написано, що виїхав ХМІ у Чкаловськ. Таке твердження не відповідає дійсності. У джерелах Державного архіву Харківської області, у фонді 1-го ХМІ Р-1584, усюди місто евакуації називають Чкалов, а містом Чкаловськ називалося село Васильово Нижегородської губернії, де й народився відомий льотчик.

Усі плани, які будувалися у науковій царині на 1941 рік, а це 198 дослідницьких тем із 7 напрямів, виявилися під загрозою [3]. Однак, як свідчать історичні джерела, кафедри ХМІ виконали 35 тем, запланованих на цей рік, та ще 40 тем поза планом [4]. Звісно, що такі показники були значно нижчими за можливі, але «рятували» ситуацію чотири десятки позапланових тем, які стосувалися оборонної роботи країни.

Однією з провідних у ХМІ була кафедра факультетської терапії. До Чкалова приїхали досвідчені співробітники, які й продовжили науково-дослідну роботу в нових умовах. Так, наприкінці 1941 року за науку взялися завідувач кафедри професор Є. Черніков, доцент Є. Манбург, асистенти З. Рохальський, Є. Бурштейн та інші [5]. Наукова тематика розподілялася

таким чином: існували спеціальні теми, які розроблялися певним колективом авторів або одним автором, а також велика кафедральна тема, участь у розробці якої брав весь науково-педагогічний склад. Таких кафедральних тем у кафедрі факультетської терапії в 1942 році було декілька: «Сульфанило- и окситотропные пневмонии», «Диагностика и терапия ревматизма и особенности ее в условиях военного времени», «Изменение белковых фракций крови при хронических инфекциях», «Первичный туберкулез у взрослых в условиях военного времени», «Значение физиотерапии при внутренних заболеваниях в условиях войны», «О путях функциональной диагностики в терапии», «Токсический миелотоксикоз», «Терапевтическая ценность цитотоксической сыворотки», «Клиническая ценность гемодинамической пробы для распознавания функциональных состояний» [5]. Окремі теми, такі як «Переливание иногруппной крови», «Клиника и лечение бруцеллеза по данным клинической больницы за 5 лет», «Диагностика стертых форм бруцеллеза на основе изучения гемограмм» планувалися під конкретних виконавців. Скоріше за все такі теми розробляли співробітники, які готувалися дисертації. Загалом на 1942 рік планувалося 12 тем, серед яких декілька були перехідними, тобто їх дозволялося виконуватися більше року, в залежності від обсягу досліджень, які проводилися. Основна проблема, яка могла «затягнути» виконання теми, – це великий обсяг клінічного матеріалу. Так, у відповідному стовпчику щодо стану розробки теми часто з'являлися записи про наявність п-ної кількості випадків, які можуть слугувати для отримання результатів. Натомість розробка самої теми аж ніяк не добігала логічного кінця, а у відповідному стовпчику дата зовсім не позначалася.

За даними щодо результативності науково-дослідних тем можна зробити висновок, що більшість з них були виконані у відведений час, або ж їх результати були вже готові для оприлюднення у медичній пресі. Відсоток невиконаних тем коливався у межах 20–25%.

У підсумку можна стверджувати, що науково-дослідна робота кафедри факультетської терапії у цей період зазнала великих змін. По-перше, пристосування до нової клінічної бази, по-друге, – значний обсяг науково-дослідних тем, пов'язаний зі специфікою воєнного часу. Ці фактори негативно вплинули на результати наукової активності підрозділу. Однак треба зазначити, що долаючи всі перепони, співробітники кафедри виконали основну частину тем, запланованих на цей час.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Історія Харківського державного медичного університету. 200 років. – Харків : ВПЦ «Контраст», 2005. – С. 104
2. Ловля Дмитро Сергійович / [підгот. В. Осіковська] // Репресовані та реабілітовані лікарі України // Ганіткевич Я. Українські лікарі : біобібліогр. довід. / Ганіткевич Я., Пундій П. – Л., 2008. – Кн. 3. – С. 321; <http://korolenko.kharkov.com/kray/KEB/RI/Lovlia.html>
3. Державний архів Харківської області (ДАХО). – Ф. Р-1584 Харьковский медицинский институт, оп. 21 , спр. 6. Научная тематика на 1941 год, арк. 1–30
4. Там само. Оп. 21, спр. 11. Описание документальных материалов постоянного хранения (1935–1962 гг.), арк. 9
5. Там само. Оп. 21, спр. 17. Отчеты кафедр о научно-исследовательской работе за 1942 год, арк. 1а, 1а зв.

УПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОБЛЕМНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН

Кайдалова Л.Г., доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки і психології Національного фармацевтичного університету;
Щокіна Н.Б., кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки і психології Національного фармацевтичного університету

Необхідність удосконалення системи вищої професійної освіти потребує негайного впровадження сучасних педагогічних технологій, активних та інтерактивних методів викладання навчальних дисциплін. Підготовку конкурентоспроможних, компетентних фахівців, які здатні творчо підходити до розв'язання професійних завдань, аналізувати зростаючі інформаційні потоки, самостійно приймати рішення, прагнути до самоосвіти й самовдосконалення протягом усього життя неможливо здійснити на основі

традиційних методів навчання з акцентом на репродуктивну діяльність, що не може забезпечити достатній рівень підготовки майбутніх фахівців до професійної діяльності. Це спонукає викладачів до впровадження педагогічних технологій, спрямованих на активізацію навчально-пізнавальної діяльності, розвиток самостійності, критичного мислення тощо. З огляду на це актуальності набуває саме технологія проблемного навчання, яка спонукає до розвитку аналітичного мислення, вміння робити вибір і, як наслідок, стає передумовою розвитку особистості.

Ідеї проблемності висвітлюються в педагогічних ідеях Сократа, Ж.-Ж. Руссо, А. Дістервега, Л.М. Толстого, пізніше в працях Дж. Дьюї, Дж. Брунера, М. Махмутова, Н. Менчинської, І.С. Якиманської та ін.

Сутність проблемного навчання розуміють як процес створення проблемних ситуацій (проблемних завдань) і вирішенні їх на заняттях при максимальній самостійності й під керівництвом викладача [4]. Таким чином викладач не повідомляє готові знання, а висуває проблему і за рахунок пробудження інтересу до неї, викликає бажання знайти спосіб її вирішення, що сприятиме виробленню власної позиції, точки зору.

Проблемна технологія може бути впроваджена як на етапі здобування нових знань (варіант проблемної лекції), так і на етапах усвідомлення знань, формування й закріплення умінь та навичок при проведенні семінарських або практичних занять (проблемна ситуація, проблемна задача, розв'язання проблемних завдань, кейс-метод, метод проектів); написання творчих робіт, курсових, дипломних, магістерських робіт тощо [3].

У ході проблемної лекції викладач висуває проблему, створюючи пізнавальне утруднення і, у ході міркування, розкриває можливі шляхи розв'язання навчальної проблеми. Особливої значущості при проведенні проблемної лекції набуває «проблемний початок лекції», коли висунута викладачем проблема виступає як своєрідний «гачок», який привертає увагу до навчального матеріалу впродовж всієї лекції. Проблемний виклад навчального матеріалу дозволяє активізувати навчально-пізнавальну

діяльність, сприяє росту зацікавленості навчальним предметом, розвиває аналітичне мислення.

При проведенні семінарських і практичних занять основний акцент робиться на вирішення проблемних питань і ситуацій, розв'язання проблемних завдань. Істотною ознакою проблемного запитання є прихована суперечність. Такого роду запитання відкривають можливість одержання неоднотипних відповідей. Відсутність готової схеми вирішення спонукає до самостійного аналізу суперечливої ситуації.

Проблемна ситуація виникає тоді, коли є кілька можливих варіантів розв'язання проблеми, при обмеженій інформації, недостатності вихідних даних.

Аналіз наукових праць і літературних джерел з питання впровадження технології проблемного навчання дозволив визначити й узагальнити способи створення проблемної ситуації [1, 2, 5]:

1. Спонування до вибору правильного варіанту відповіді та його обґрунтування.
2. Перехід від поодиноких фактів до узагальнень.
3. З'ясування протиріч між можливими засобами розв'язання завдання й практичною неможливістю обраного способу діяльності.
4. Побудова гіпотези на основі відомої теорії, з подальшою її перевіркою.
5. Використання протиріччя між досліджуваними фактами та наявними знаннями.
6. Знаходження раціонального шляху вирішення проблеми, коли задані умови і кінцева мета.
7. Самостійне знаходження рішення при заданих умовах. Творче завдання, для вирішення якого необхідно використовувати додаткову літературу, довідники, тощо.
8. Розгляд проблеми в історичному аспекті.
9. Зіткнення з життєвими фактами або незвичайними явищами, що потребують теоретичного обґрунтування.

10. Постановка викладачем серії проблемних питань.
11. Демонстрація досліду, результати якого вимагають наукового пояснення.
12. Спонування до порівнянь, зіставлень, протиставлень окремих положень, фактів, явищ, поглядів тощо, унаслідок чого виникає пізнавальне утруднення.
13. Спонування до попередніх узагальнень нових фактів.
14. Спонування до висунення гіпотез, формулювання висновків та їх перевірка.
15. Використання наочних матеріалів.

Проблемне завдання завжди містить у собі суперечність, для розв'язання якої необхідно отримати нові знання, що добуваються у процесі вирішення завдання, у пошуку. А головне – наявність алгоритму, якому має відповідати його вирішення.

Таким чином, упровадження технології проблемного навчання, а саме проведення проблемних лекцій, постановка проблемних питань, створення проблемних ситуацій і розв'язання проблемних завдань, створює передумови розвитку креативного мислення, аналітичних здібностей, сприяє формуванню творчого підходу до вирішення професійних завдань, впливає на рівень професійної компетентності майбутніх фахівців.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Манько, В.А. Проблемне навчання як актуальна науково-педагогічна проблема / В. А. Манько // Засоби навчальної та науково-дослідної роботи. – Х., 2006. – Вип. 25. – С. 102–106.
2. Матюшкин, А.М. Проблемные ситуации в мышлении и обучении / Матюшкин А.М. – М. : Педагогика, 1972. – 208 с.
3. Махмутов, М. И. Організація проблемного навчання у школі. Книжка для вчителів / М. И. Махмутов. – М. : "Просвітництво", 1977. – 240 с.
4. Фурман, А. В. Проблемні ситуації в навчанні : кн. для вчителя /А.В. Фурман. – К. : Рад. Школа, 1991. – 191 с.
5. Шуришина, Л. В. Проблемне навчання та інформаційні технології як засоби підвищення мотивації студентів / Л. В. Шуришина // Вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту. – Чернівці: ЧТЕІ КНТУ, 2012. – Вип. II (46). Економічні науки. – 412 с.

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧЕБНОЙ АУДИТОРИИ-МУЗЕЯ
МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Кистенева О.А., к.и.н., доцент кафедры факультетской терапии;
Горобец А.С., студент 1 курса факультета лечебного дела и педиатрии
медицинского института Белгородского государственного национального
исследовательского университета*

В настоящее время во всем мире приоритетными становятся общечеловеческие ценности. Подготовка врачей является невыполнимой без широкого гуманитарного видения, развитого исторического мышления. Преподавание всемирной истории медицины в высших учебных заведениях ясно даёт понять студентам, каков будет мир их будущей профессии, тем самым повышая уровень общей и профессиональной культуры. Главные источники всех полученных знаний о врачевании хранятся в архивах, музеях, библиотеках. Об одном из небольших музеев и пойдет речь.

Создателем учебной аудитории-музея медицинского колледжа является Марченко Елена Семёновна. Она начала работать преподавателем в 1985 году тогда еще в медицинском училище, который впоследствии стал медицинским колледжем. Посвятила обучению, воспитанию будущих медиков и педагогов более 20 лет своей жизни. Многие преподаватели работали под её началом, включая тех, чей стаж насчитывает десятки лет.

Елена Семеновна всегда была одним из лучших классных руководителей. Её деловые качества, требовательность и материнское тепло буквально притягивали студентов. Многие из них после окончания колледжа, несмотря ни на что поддерживали дружеские отношения с Еленой Семеновной.

Благодаря ее энтузиазму в колледже начала функционировать учебная аудитория-музей истории медицины, которая была создана в 1997 году. Проект и макет будущей учебной аудитории-музея были разработаны Еленой

Семеновной во время прохождения специализации в Москве. При создании этой аудитории она опиралась на Музей Российского общества Красного Креста, Центральный музей истории медицины им. Склифосовского, музей истории медицины в РУДН и другие.

В реализации этого проекта посильную помощь оказывали студенты и многие преподаватели нашего колледжа.

Содержание научной деятельности аудитории-музея таково:

- изучение биографий врачей, которые внесли научный и практический вклад в развитие здравоохранения региона;
- музей работает с архивными документами, обрабатывает их и ведёт поисковую работу; является хранилищем исторической памяти о событиях в области здравоохранения и медицины;
- преподаватели колледжа проводят там практические семинары, а также чтение лекции по истории медицины;
- пополнение музея новыми экспонатами и их хранение.

Основные цели и задачи учебной аудитории-музея:

- повышение качества знаний по истории медицины и углубление в образовательный процесс.
- изучение событий истории организации и развития лечебно-профилактических учреждений региона;
- проведение культурно-просветительной работы с населением по традициям сохранения здоровья, изучение основных методов лечения народной и современной медицины, а также ознакомление с достижениями в области здравоохранения;
- подготовка исследовательских работ учащимися колледжа, педагогами, а также действующими врачами и руководителями лечебно-профилактических учреждений региона;
- применение полученных знаний учащимися и врачами на практике;
- стимуляция пополнения фонда музейных предметов и как следствие – повышение их информативности;

- дальнейшее развитие основных видов музейной деятельности: собирательской, экспозиционной, научно-просветительной и образовательной;

- повышение доступности и наглядности предоставляемой информации, эмоционального воздействия на посетителей.

Музей содержит стенды, отображающие все периоды истории медицины, а именно: ранняя медицина и колдовство (ок. 40000 лет до н. э.); медицина стран древнего Востока (ок. 4000 лет до н. э.); медицина древних Греции и Рима (1200 лет до н. э.); арабская медицина (ок. 700 г. – середина XVII в.); медицина Средневековья (476–1640 гг.); медицина нового времени (1640 – 1918 гг.); Отечественная медицина (XVIII–XIX вв.).

В заключение хотелось бы сказать, что такие кладези медицинской истории и человеческой культуры, как музей медицинского колледжа, необходимы всем нам. Это не только хранилище знаний, это прошлое, на которое мы можем опираться и не повторять совершенных ошибок впредь, это увлекательный экскурс по предметам старины, это новые впечатления и возможность расширить свой кругозор. Стоит обратить внимание и на то, как создавался музей-аудитория. Елена Семеновна загорелась этой идеей, поверила в нее и настойчиво воплощала. Она верила в студентов, которые, опираясь на ее материалы, будут создавать новый культурный пласт, новый виток в развитии музея. Ее деяния достойны уважения, они служат примером колоссальной самоотдачи и бескорыстности.

11 сентября 2012 года Елены Семеновны Марченко не стало. Но ее детище продолжает жить. Каждый желающий сегодня может прикоснуться как к артефактам древности, так и к новым экспонатам, количество которых увеличивается день ото дня. Сотрудники музея с радостью делятся информацией, которая не оставляет равнодушными ни студентов колледжа, ни обычных людей, казалось бы, далеких от медицины.

**ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ НАУЧНЫХ ШКОЛ И КРУЖКОВ
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Кистенева О.А., к.и.н., доцент кафедры факультетской терапии
медицинского института Белгородского государственного национального
исследовательского университета;*

*Жуков А.С., студент 1 курса факультета лечебного дела и педиатрии
медицинского института Белгородского государственного национального
исследовательского университета*

Наука – специфическая отрасль человеческой деятельности. В современном понимании наука – это особого рода деятельность, включающая особые цели и методы их достижения. Это социальный институт, включающий отдельных ученых и их формальные и неформальные объединения, организации, лаборатории, научные школы, кружки.

Перспективы науки всегда определялись перспективами ведущих научных школ. Особенно это характерно для XXI столетия, когда все отрасли мировой науки достигли выдающихся высот, а любые научные проблемы требуют объединения умов, образования коллективов ученых. В этих условиях чрезвычайно возрастает значение научных школ.

Научная школа – это особый феномен, сопряженный с другими научно-социальными объединениями и структурами науки, такими как научная дисциплина, научное направление, организация (институт, лаборатория, сектор, кафедра) и др.

Сегодня Белгородский государственный национальный исследовательский университет является не только одним из ведущих образовательных учреждений Белгородчины. Он превратился в один из крупнейших в регионе научных и исследовательских центров, развивающих фундаментальные естественные, экономические, гуманитарные науки. В

университете обучается свыше 28 тысяч студентов из всех 83-х регионов России и 74-х стран мира. Университет готовит специалистов почти по 200 лицензированным специальностям среднего и высшего профессионального образования. В НИУ «БелГУ» 12 советов по защите докторских и кандидатских диссертаций. Ведутся фундаментальные и прикладные исследования более чем по 40 направлениям. В вузе создано 9 учебно-научных инновационных комплексов; а также 60 научных центров и лабораторий, в том числе: 17 научно-исследовательских лабораторий; 38 научно-исследовательских и научно-образовательных центров; 3 центра коллективного пользования научным оборудованием; 2 студенческих НИЛ и КБ; региональный центр интеллектуальной собственности.

В XXI веке особо актуален вопрос о защите окружающей среды и здоровья населения. В университете существует научно-исследовательская лаборатория «Молекулярная генетика человека», созданная в 2002 году как структурное подразделение Белгородского государственного университета на базе кафедры медико-биологических наук. Целью создания лаборатории было проведение фундаментальных и прикладных исследований по проблеме «Комплексное изучение структуры генофонда населения, экологических факторов и их влияния на здоровье жителей центральной России».

В настоящее время лаборатория разрабатывает несколько направлений:

- изучение молекулярно-генетических основ мульти факториальных заболеваний;
- изучение влияния экологических и популяционно-генетических факторов на репродуктивное здоровье населения Белгородской области и распространённость врожденных пороков развития;
- молекулярно-генетическая диагностика врожденных тромбоэмболий и наследственных форм рака молочной железы среди населения Белгородской области.

В рамках реализации межгосударственного образовательного проекта «Университет Шанхайской организации сотрудничества» НИЛ «Молекулярная генетика человека» тесно сотрудничает с ведущими исследовательскими школами университетов Казахстана и Китая. Возглавляет научно-исследовательскую лабораторию Чурносов Михаил Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медико-биологических дисциплин.

Большое количество научных исследований сосредоточено в области медицинской антропологии, клинической морфологии. В связи с этим, на кафедре анатомии и гистологии НИУ «БелГУ» в 1996 году создано направление «Клиническая морфология хирургических заболеваний и опухолей человека».

В рамках научного направления решаются следующие задачи:

1. Изучение взаимосвязей клинических, молекулярно-генетических характеристик и иммуноморфологических маркеров (рецепторы стероидных гормонов, Her2/нец, пролиферативной активности, ангиогенеза, гистологического типа дифференцировки) рака молочной железы;

2. Изучение клинико-морфологических особенностей метастазов злокачественных опухолей различного гистогенеза без выявленного первичного очага, иммунофенотипических перестроек опухолевых клеток в сопоставлении с первичной опухолью, разработка алгоритмов диагностики первичных очагов;

3. Иммуноморфологическое исследование мягкотканых опухолей желудочно-кишечного тракта, их клинико-морфологических особенностей и критериев диагностики;

4. Анализ патоморфологических и иммуноморфологических особенностей сарком мягких тканей и морфологически сходных опухолей;

5. Разработка критериев и алгоритма дифференциальной морфологической и иммуноморфологической диагностики рака большого сосочка двенадцатиперстной кишки и опухолеподобных изменений;

6. Доклиническая апробация новых материалов в хирургии, в том числе с наномодифицированной структурой и поверхностью.

В настоящее время кафедрой выполняется работа по двум федеральным грантам (госконтрактам): разработка структурно-функциональных моделей и алгоритмов диагностики и прогноза гормонально-зависимой и инфекционной патологии репродуктивной системы женщин; биомедицинское исследование изменений структур органов и тканей при имплантации стентов нового поколения.

Кроме того научные школы и кружки были созданы и на базе медицинского колледжа, который в январе 1997 года стал структурным подразделением Белгородского государственного университета. На базе медицинского колледжа существует несколько научных кружков, один из самых продуктивных – кружок «Гигиенист».

В 1998 г. его организовала совместно со студентами преподаватель гигиены и экологии Нелень Тамара Степановна. Целью создания кружка стало изучение окружающей среды студентов и жителей нашего города. По сей день кружок занимается изучением проблем гигиенической и экологической безопасности в Белгороде, сотрудничает с инфекционной лабораторией города. Членами и руководителями кружка «Гигиенист» собрано большое количество информации по экологии и гигиенической безопасности, снято большое количество фильмов, написано научных работ. Регулярно проводятся различные акции. Члены кружка стали лауреатами различных степеней во многих научных конкурсах, в том числе «недели науки» проводимой в НИУ «БелГУ». Тамара Степановна по сей день остается бессменным руководителем кружка.

В научном и практическом плане представляет интерес дальнейший анализ общих закономерностей развития научных школ и механизмов распространения их влияния в научном сообществе.

**ИСТОРИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ
ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Кистенева О.А., к.и.н., доцент кафедры факультетской терапии
медицинского института Белгородского государственного национального
исследовательского университета*

*Лунев В.О., студент 1 курса факультета лечебного дела и педиатрии
медицинского института Белгородского государственного национального
исследовательского университета*

Кафедра госпитальной терапии была организована в 1999 году на базе областной клинической больницы Святителя Иоасафа города Белгорода как кафедра внутренних болезней № 1 (1 марта 2014 года она была переименована в кафедру госпитальной терапии). Организатором и заведующим кафедрой является доктор медицинских наук, профессор Афанасьев Юрий Иванович. Юрий Иванович – член докторского диссертационного совета Воронежской медицинской академии, председатель аттестационной комиссии управления здравоохранения администрации Белгородской области.



Юрий Иванович Афанасьев

Кафедра реализует учебные поручения по дисциплинам учебного плана специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология»: внутренние болезни для студентов четвертого и пятого курсов, терапия, клиническая фармакология, эндокринология, лучевая диагностика, военно-полевая терапия.

В настоящее время штат кафедры включает в себя следующих сотрудников: д.м.н., профессор Афанасьев Ю.И. (внутренние болезни); д.м.н., профессор Покровская Т.Г. (клиническая фармакология); к.м.н., доцент Малородова Т.Н. (клиническая фармакология); к.м.н., доцент Пономаренко Т.Н. (инфекционные болезни); к.м.н., доцент Болдырев А.В. (инфекционные болезни); к.м.н., доцент Суязова С.Б. (военно-полевая терапия); к.м.н., доцент Морозова Л.В. (внутренние болезни); к.м.н., доцент Нестеров В.Г. (лучевая диагностика и терапия); д.м.н., профессор Дмитриева Т.В. (внутренние болезни); к.м.н., доцент Бабанин А.В. (лучевая диагностика и терапия); к.м.н., доцент Алферов П.К. (внутренние болезни); к.м.н., доцент Мищенко Е.В. (внутренние болезни); к.м.н., доцент Баранов А.Е. (инфекционные болезни); к.м.н., доцент Розенкова Т.Н. (инфекционные болезни); к.м.н., доцент Кузьмина О.А. (эндокринология); ассистент Кузин Ю.Ф. (лучевая диагностика и терапия). к.м.н., ст. преподаватель Бурда Ю.Г. (клиническая фармакология); к.м.н., доцент Бонцевич Р.А. (клиническая фармакология); к.м.н., ст. преподаватель Свидовская С.В. (внутренние болезни). Остепененность кафедры составляет 100 %.

Кафедра полностью укомплектована учебно-методическим материалом. Клинической базой кафедры являются отделения областной клинической больницы: гастроэнтерологии, кардиологии, эндокринологии, гематологии, пульмонологии, нефрологии, ревматологии, функциональной диагностики, лучевой диагностики, терапии.

Сотрудниками защищено три докторских и восемь кандидатских диссертаций. Соискателями кафедры – сотрудниками областной клинической больницы и других лечебных заведений города Белгорода – защищены 4

кандидатские диссертации. Получено 11 патентов, выпущено 7 монографий, опубликовано более 200 научных работ. Из 25 изданных учебных пособий – 17 имеют гриф учебно-методического объединения по высшему медицинскому и фармацевтическому образованию вузов Российской Федерации.

Коллектив кафедры активно участвует в конкурсе грантов. Общая сумма выигранных грантов различного уровня составила в 2006–2013 годах более 6 млн рублей. Сотрудники кафедры выступили с докладами на 20 конференциях международного, федерального, регионального, зонального и городского уровней.

На кафедре организован и активно функционирует научный студенческий кружок, объединяющий в себе самые различные направления под общим названием «Клиническая медицина и клиническая фармакология», научными руководителями которых являются: профессор Афанасьев Ю.И., профессор Покровская Т.Г., доцент Малородова Т.Н., доцент Пономаренко Т.Н. Молодые исследователи достойно представляли свои исследования на конференциях регионального, федерального и международного масштаба.

Студентами опубликовано 15 работ: они выступали с докладами на 14-й международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов»; 59-ой студенческой научной конференции Смоленской государственной медицинской академии; 10-й открытой итоговой научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием Кировской государственной медицинской академии; итоговой студенческой научной конференции Московской медицинской академии; международной научной конференции студентов и молодых ученых г. Черновцы. Все студенты награждены дипломами первой степени.

На кафедре ежегодно проходят секционные заседания в рамках «Недели студенческой науки БелГУ».

В настоящее время коллектив кафедры строит планы своего дальнейшего развития.

**ИСТОРИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ПЕДИАТРИИ
С КУРСОМ ДЕТСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
ФАКУЛЬТЕТА ЛЕЧЕБНОГО ДЕЛА И ПЕДИАТРИИ НИУ «БЕЛГУ»**

Кистенева О.А., к.и.н., доцент кафедры факультетской терапии факультета лечебного дела и педиатрии медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета;

Мельниченко А.А., студентка 1 курса факультета лечебного дела и педиатрии медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета

Кафедра педиатрии с курсом детских хирургических болезней организована в 2006 году, а преподавание дисциплины «Педиатрия» начато с 2000 года в составе кафедры акушерства, гинекологии и педиатрии медицинского факультета Белгородского государственного университета.

Заведующей кафедрой является Романова Татьяна Алексеевна. Она окончила Крымский государственный медицинский институт по специальности «Педиатрия» в 1979 году. В 1991 окончила клиническую ординатуру при Крымском ордена Трудового Красного Знамени медицинском институте по той же специальности. В 2008 г. защитила диссертацию на соискание учёной степени доктора медицинских наук в ГУ «Научный центр здоровья детей РАМН» г. Москвы. Является врачом высшей квалификационной категории. Стаж работы – 34 года, педагогический стаж – 21 год. Автор свыше 200 печатных работ, в том числе 3 монографий и 6 методических пособий.

Штат кафедры: Гурова Маргарита Михайловна, д.м.н., профессор, врач высшей квалификационной категории; Пажинский Леонид Владимирович, профессор, врач-отоларинголог, заведующий отоларингологическим отделением ОГБУЗ «ДОКБ», врач высшей квалификационной категории; Акиншин Владимир Иванович, к.м.н., доцент, заместитель главного врача по организационно-методической работе, врач высшей квалификационной категории, заслуженный врач РФ, «Отличник здравоохранения»; Семененко

Анатолий Петрович, к.м.н., доцент, профессор РАЕН, главный врач городской детской больницы, и.о. главного врача 4-й детской поликлиники, врач высшей квалификационной категории, заслуженный врач РФ; Гаглоев Виктор Михайлович, к.м.н., доцент, детский хирург, врач высшей квалификационной категории; Крючкова Татьяна Алексеевна, к.м.н., доцент кафедры; Шальнева Татьяна Владимировна, к.м.н., доцент, врач-педиатр педиатрического отделения № 1 ДОКБ; Саввина Татьяна Ивановна, к.м.н., доцент, врач-офтальмолог, зав. офтальмологическим отделением ОГБУЗ «ДОКБ»; Подсвинова Елена Васильевна, старший преподаватель; Попова Валентина Сергеевна, старший преподаватель кафедры; Горелова Екатерина Михайловна, старший преподаватель, детский хирург, врач высшей квалификационной категории; Бобровская Наталья Юрьевна, ассистент кафедры; Рубанова Лариса Евгеньевна, ассистент, и.о. главного врача ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»; Шаталова Татьяна Геннадьевна, ассистент, заместитель главного врача по медицинской части МУЗ «Детская городская поликлиника № 4»; Чернявская Елена Константиновна, ассистент, зав. отделением функциональной диагностики, главный детский специалист – эксперт-кардиолог департамента здравоохранения и соцзащиты населения Белгородской области, врач высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения, заслуженный врач; Тулинов Андрей Иванович, к.м.н. ассистент, врач-хирург, заместитель главного врача по хирургический помощи в ОГБУЗ «Областная детская клиническая больница»; Черников Алексей Николаевич, к.м.н., ассистент, врач-хирург, заведующий хирургическим отделением в ГБУЗ «Детская областная клиническая больница».

Совершенствование преподавания и повышение мастерства ППС основывается на постоянной работе с новой литературой, путем участия в научно-практических конференциях на региональном и федеральном уровнях, а также за счет повышения квалификации на центральных базах.

Учебными базами кафедры являются: детская областная клиническая больница, городская детская поликлиника № 4, перинатальный центр областной клинической больницы Святителя Иоасафа, городская детская больница, областной детский санаторий, реабилитационно-восстановительный центр для детей с ограниченными возможностями по состоянию опорно-двигательного аппарата и ДЦП (п. Весёлая Лопань).

Детская областная клиническая больница – основная база кафедры, которая располагает лекционным залом для чтения лекций на 140 посадочных мест, 4 учебными комнатами для проведения практических занятий. Кроме того, на базе детской областной клинической больницы имеется кабинет заведующего кафедрой, кабинет доцента, ассистентская и лаборантская. Планируется создание научно-исследовательской лаборатории.

Перинатальный центр Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа (главный врач – Ж.Ю. Чефранова) создан в 2002 году на базе областной акушерско-гинекологической больницы. В 2005 г. вошел в структуру областной клинической больницы. В составе перинатального центра 1 гинекологическое отделение, 3 акушерских отделения патологии беременности, 3 акушерских наблюдательных отделения, 3 отделения новорожденных, отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, отделение пренатальной диагностики, консультативно-диагностическое отделение, отделение вспомогательных репродуктивных технологий. Перинатальный центр является базой для проведения практических занятий по изучению анатомо-физиологических и морфо-функциональных особенностей здорового и больного ребенка в раннем неонатальном периоде.

На кафедре реализуются учебные поручения по следующим дисциплинам: «Актуальные проблемы детской диabetологии»; «Госпитальная педиатрия»; «Диетология»; «Детская хирургия»; «Детские болезни»; «Детские хирургические болезни с ортопедией, реанимацией и анестезиологией и общим уходом за детьми»; «Лекарственные растения в

педиатрии»; «Неотложные состояния детской эндокринологии»; «Основы формирования здоровья детей»; «Оториноларингология»; «Офтальмология»; «Подростковая педиатрия»; «Поликлиническая и неотложная педиатрия»; «Пропедевтика детских болезней»; «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка и общим уходом за детьми»; «Репродукция человека (детей)»; «Социальная педиатрия»; «Социальный маркетинг и менеджмент качества подготовки врачей-специалистов»; «Ультразвуковая диагностика в педиатрии»; «Факультетская педиатрия, эндокринология»; «Функциональная диагностика в педиатрии»; «Эндокринология».

Научное направление кафедры: медико-социальные проблемы детей Белгородской области в возрастном аспекте. Действует студенческий кружок, исследования выполняются студентами под руководством ППС в соответствии с научным направлением кафедры.

Между кафедрой и учебными базами заключен договор по учебно-методической и лечебной работе. Все сотрудники кафедры выполняют лечебную работу, предусмотренную в договоре.

Таким образом, штат кафедры педиатрии с курсом детских хирургических болезней укомплектован преподавателями, имеющими высокую профессиональную, педагогическую подготовку, большой практический опыт, он в должном объеме осуществляет учебно-методическую, научно-исследовательскую и лечебную работу. Кафедра планирует свою работу в свете современных требований, обращая особое внимание на теоретическую подготовку и усвоение практических навыков студентами, на активизацию совместной работы с органами здравоохранения, внедрение передовых методов диагностики и лечения в практику работы лечебных учреждений.

Существенным временным недостатком, затрудняющим работу кафедры, является нехватка учебных комнат, которая в перспективе может и будет устранена после реконструкции старого и ввода в строй нового корпуса детской областной клинической больницы.

СУЧАСНИЙ МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ТА САМОДІАГНОСТИКИ УСПІШНОСТІ НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ ФАРМАЦЕВТІВ ТА МЕДИКІВ

Комишан А. І., кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник кафедри педагогіки та психології Національного фармацевтичного університету

Сьогодні у освітян медико-фармацевтичної галузі не викликає сумніву той факт, що діагностика є однією з найважливіших складових частин навчально-виховного процесу, який вимагає якісного розуміння сутності даного явища, його значення у світлі виконуваних ним функцій, чіткого уявлення про вимоги до нього, про його об'єкти, форми та методи.

Реформування змісту вищої фармацевтичної та медичної освіти, її розбудова відповідно до міжнародних стандартів спрямовані на вирішення цього завдання, тому питання контрольної-діагностичних заходів щодо виявлення рівня знань, умінь та навичок студентів набуває підвищеної уваги.

У сучасних умовах реформування сфери вищої освіти одним із важливих питань залишається підвищення якості діагностики навчально-пізнавальної діяльності студентів. Вирішенню даного питання певною мірою сприяє застосування тестів для виявлення рівня результатів навчання.

Дослідження, що проводяться нами за визначеною проблемою свідчать про те, що, незважаючи на численні позитивні якості тестування, воно потребує ретельного та виваженого їх запровадження у навчально-виховний процес з урахуванням специфіки та особливостей підготовки майбутніх фармацевтів та медиків. Про це також переконливо свідчать дослідження вітчизняних дослідників К.М. Гнезділової [1], Т.А. Садової [2], М.П. Сукнова [3], Н.І. Черв'якової [4], та ін.

Сьогодні у нас не викликає жодного сумніву те, що при створенні методики тестового контролю для певної навчальної дисципліни слід урахувати:

- вимоги до компетентності майбутнього фахівця, що визначаються в ОПП через професійні функції, типові завдання кожної конкретної професійної функції та уміння стосовно кожного типового завдання певної професійної функції;

- вимоги до компетентності майбутнього фахівця, що формуються в процесі засвоєння певної навчальної дисципліни (визначаються в робочій програмі навчальної дисципліни) через узагальнену структуру дисципліни: модуль, тема модуля, питання теми, навчальні елементи кожного питання певної теми;

- вимоги дидактики вищої школи при проектуванні (формуванні і структуруванні) тестів і тестових завдань;

- вимоги системного та комплексного підходу, а також методу аналізу ієрархій;

- обов'язкове експертне оцінювання створеного фонду тестів з певної навчальної дисципліни поточного, тематичного, модульного та комплексного (підсумкового) рівнів.

Це є обов'язковою, але недостатньою умовою, бо ще є людський фактор стосовно студентської молоді. Мова йдеться про об'єктивізм та суб'єктивізм в діагностуванні засобами тестових контролів, а також про діагностику та самодіагностику студентів.

Однією зі складових реформування вітчизняної освітньої галузі є упровадження інноваційних комп'ютерних технологій, які відповідають вимогам сучасного інформаційного суспільства і забезпечують високий рівень якості освіти. Системне та систематичне діагностування рівня успішності навчання великої кількості студентів викликає необхідність автоматизації діагностування, застосування комп'ютерної техніки і відповідного програмного забезпечення. Наші дослідження свідчать про ефективність застосування сучасної комп'ютерної техніки та відповідних програмних засобів для самодіагностики та діагностики навчальних досягнень студентів. Проблема полягає лише в правильному та коректному

доборі системи процедур самодіагностики та діагностики студентів. Безумовно, ця робота має вестись у поєднанні з іншими формами контролю та діагностики.

У контексті вище викладеного та з метою підвищення рівня успішності навчання майбутніх фармацевтів та медиків нами пропонується в рамках системи тестування з навчальної дисципліни розробляти *тести формувального типу* та на їх основі створити комп'ютерний програмний продукт. Зазначимо, що *тестові завдання формувального типу* – зворотно-пропорційні завдання по відношенню до завдань діагностичного типу. Такі тестові завдання нами пропонується застосовувати для самодіагностування студентів за результатами засвоєння певного обсягу навчально-наукової інформації (теми заняття, теми модуля, модуля чи всієї навчальної дисципліни) з урахуванням вище зазначених вимог.

Програмний продукт має призначатися для самостійної роботи студентів, а також сприяти підвищенню рівня навчально-пізнавальної діяльності та спонуканню їх до роботи з рекомендованими джерелами інформації з навчальної дисципліни. У випадку невірних відповідей комп'ютер має рекомендувати студентам звернутися до рекомендованих джерел інформації. Це обумовлюється тим, що сучасний студент переважною мірою перевагу віддає роботі з комп'ютером, а не з паперовим носієм навчально-наукової інформації.

Тестові завдання мають бути різнорівневими за ступенем складності. Тести для самостійної роботи студентів (формувального типу) мають бути складені так, щоб студент розумів про що йдеться мова, а не просто намагався вгадати правильну відповідь. На нашу думку, завдяки таким тестовим завданням студент, наприклад, зможе не тільки підготуватися до практичного заняття, але й успішно відповісти на міні-тести поточного контролю та скласти модульний контроль з дисципліни.

Як якості приклад (табл. 1) наведемо тестові завдання формувального та діагностичного типів для навчальної дисципліни «Медична хімія»:

Приклад тестових завдань формувального та діагностичного типів для
навчальної дисципліни «Медична хімія»

Завдання формувального типу	Завдання діагностичного типу
<p>Магній – елемент, який у якості металу – комплексотворювача входить в молекулу:</p> <ul style="list-style-type: none"> - *хлорофілу; - гемоглобіна; - вітаміну В12; - карбоангідази. 	<p>До складу молекули хлорофілу в якості металу – комплексотворювача входить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - *магній; - цинк; - молібден; - хром.

* – правильна відповідь.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Гнезділова, К. М. Упровадження елементів педагогічної діагностики в навчальний процес вищого навчального закладу / К. М. Гнезділова // е-журнал «Педагогічна наука: історія, теорія, практика, тенденції розвитку». – 2008. – Випуск №1.
2. Садова, Т. А. Діагностика в системі професійно-педагогічної підготовки майбутніх фахівців / Т. А. Садова // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. Частина II. – 2009. – №5(168). – С. 119-127.
3. Сукнов, М. П. Організація контролю навчальної діяльності студентів вищого технічного навчального закладу в умовах кредитно-модульного навчання: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.09 / Сукнов Михайло Петрович. – Х., 2007. – 215 с.
4. Черв'якова, Н. І. Діагностика розвитку професійної компетентності майбутніх вчителів початкових класів засобами задачного підходу / Н. І. Черв'якова // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. Частина II. – 2009. – № 5 (168). – С. 211-218.

**ПОЄДНАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ТА ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ
НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ ІЗ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Лехан В.М., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;

Заярський М.І., доцент соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;

Гриценко Л.О., Колесник В.І., викладачі кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Організація навчального процесу на кафедрі соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я здійснюється за Європейською кредитно-трансферною системою (ECTS) відповідно до вимог Болонської конвенції та ґрунтується на поєднанні модульних технологій навчання і залікових кредитів. Однією із найважливіших умов забезпечення якості навчання на кафедрі є приведення викладання дисциплін до єдиних критеріїв і стандартів [1].

За наявності для всіх студентів однакових передумов засвоєння теоретичного матеріалу, актуальним залишається якісне відпрацювання практичних навичок. Загальний рівень підготовки студента і рівень підготовки до практичного заняття, вміння самостійно опрацювати новий матеріал, наявність типового прикладу чи алгоритму розв'язання задач, а також вміння послідовно висловлювати думки на аркуші паперу, суттєво впливають на якість рішення ситуаційних завдань та опанування практичними навичками. З метою стандартизації відпрацювання практичних навичок згідно з вимогами робочих навчальних програм дисциплін «Біостатистика», «Соціальна медицина, організація охорони здоров'я» нами на кафедрі розроблено та впроваджено стандартизовані форми протоколів практичних занять (посібники) з дисциплін для самостійної аудиторної та позааудиторної роботи студентів [2–5 та інші].

При підготовці посібників була використана чинна нормативно-правова база, у тому числі освітньо-кваліфікаційні характеристики, освітньо-професійні та типові програми підготовки фахівців. У поєднанні з календарно-тематичним планом і навчально-методичними матеріалами посібник сприяє повнішому засвоєнню студентами навчального матеріалу та оволодінню практичними навичками.

У розроблених посібниках враховувано особливості мовної підготовки вітчизняних та іноземних студентів, наявну і доступну навчальну літературу.

Користуючись посібником, студент у процесі підготовки до практичного заняття з'ясовує мету вивчення теми та навчального завдання,

ознайомлюється з переліком обов'язкових практичних умінь і навичок, працює з наданою по кожній темі основною навчальною та рекомендованою літературою. Для систематизації матеріалу та його осмислення пропонуються алгоритми рішення практичних завдань. Заповнюючи таблиці та структурно-логічні схеми, студенти опановують практику осмисленого, цілісного засвоєння навчального матеріалу. Завдання виконуються як в аудиторному режимі, так і в поза- аудиторний час. Індивідуальні завдання складено з урахуванням конкретних ситуацій, характерних для стану здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я в сучасний період. Між завданнями існує як внутрішній зв'язок в рамках змісту дисципліни, так і міжпредметна інтеграція. Акцент зроблено на відпрацюванні навичок приймати управлінські рішення на підставі кількісного аналізу та якісної оцінки розрахованих статистичних показників, виявлення факторів, що формують соціально-медичну чи медико-організаційну проблему.

Для забезпечення можливості самостійно засвоювати навчальний матеріал і виконувати відповідні завдання в посібнику наведено форми облікових документів, витяги з чинних положень, інструкцій, окремі показники стану здоров'я та діяльності закладів охорони здоров'я, зразки розв'язання типових задач.

Пілотна апробація зразків протоколів здійснювалася в навчальному процесі з постійним зворотнім зв'язком, що дозволило зважити на побажання студентів і викладачів стосовно доступності наведеної довідкової інформації та алгоритмів відпрацювання практичних навичок. Соціологічне опитування показало, що для 68,8 % студентів форма протоколів до практичних занять у вигляді виданого посібника зручна, оскільки структурує виконання завдань. Завуалювали своє небажання вдумливо виконувати завдання і давати відповіді на всі питання алгоритму 23,4 % опитаних, вважаючи форму протоколів незручною.

Викладачі використовують протоколи кафедри для з'ясування рівня закріплення студентами практичних навичок. Повнота і якість виконання

завдань разом з іншими видами контролю формує підсумкову оцінку за тему. При відпрацюванні студентами пропущених занять виконання викладених у протоколі завдань є обов'язковим.

Таким чином, використання протоколів практичних занять у навчальному процесі на кафедрі соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я забезпечує поєднання стандартизації та індивідуалізації навчання, дає змогу підвищити результативність процесу, полегшити засвоєння студентами необхідного матеріалу, вдосконалити контроль і самоконтроль. Уніфіковані форми посібників забезпечують взаємозв'язок між аудиторною і позааудиторною роботою, формують у студентів звичку до самостійного вирішення проблемних ситуацій, сприяють якісному опануванню практичними навичками.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Система управління якістю медичної освіти в Україні: Монографія / І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко, Г. В. Дзяк та ін. – Дніпропетровськ: «АРТ-ПРЕС», 2003. – 212 с.
2. Протоколи з біостатистики: Посібник / Укладачі: В. М. Лехан, М. І. Заярський, Л. О. Гриценко. – Дніпропетровськ, 2013. – 51 с.
3. Протоколи з соціальної медицини, організації охорони здоров'я (Модуль 1): Посібник / Укладачі: В. М. Лехан, М. І. Заярський, В. І. Колесник. – Дніпропетровськ, 2013. – 59 с.
4. Протоколы по биостатистике: пособие для иностранных студентов / Составители: В. М. Лехан, Н. И. Заярский, Л. А. Гриценко. – Днепропетровск, 2014. – 54 с.
5. Протоколы по социальной медицине, организации здравоохранения (Модуль 1): пособие для иностранных студентов / Составители: В. Н. Лехан, Н. И. Заярский, В. И. Колесник, Л. А. Гриценко. – Днепропетровск, 2014. – 51 с.

ПРИВАТНА ІНІЦІАТИВА В МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ОСВІТІ (друга пол. ХІХ – поч. ХХ ст.)

Лутаєва Т.В., кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки і психології Національного фармацевтичного університету

Удосконалення сучасної медичної та фармацевтичної освіти в Україні потребує вивчення, урахування й відродження педагогічного досвіду. Особливий інтерес із цього погляду становлять традиції вітчизняної приватної ініціативи, якій належала провідна роль у вирішенні багатьох питань медико-фармацевтичної освіти в ХІХ – на початку ХХ ст.

У ході наукового пошуку встановлено, що питання становлення та розвитку приватної ініціативи в освіті на території Російської імперії досліджувалося в роботах О. М. Друганової, Г. М. Ульянової та ін. Проблема приватної ініціативи в медико-фармацевтичній освіті побічно висвітлювалася вітчизняними науковцями (І. Ю. Робак, Ж. М. Перцева, З. П. Петрова та ін.) та не була предметом цілісного наукового аналізу.

Мета даних матеріалів – охарактеризувати особливості приватної ініціативи викладачів медичного та фізико-математичного факультетів Харківського університету другої половини ХІХ – поч. ХХ ст.

Українська дослідниця О.М. Друганова у своїх наукових працях відзначає, що «під приватною ініціативою в освіті варто розуміти організаційну, матеріальну діяльність окремих осіб та асоціацій різних типів і рівнів» [1]. Поряд з поняттям «приватна ініціатива» у досліджуваній період уживалися поняття «громадська ініціатива», «добродійність», «добročинна діяльність», «допомога бідним», «піклування», «філантропія», «громадське призріння». В освітній сфері найчастіше використовувалося поняття «добродійність» та «добročинна діяльність». За Г.М. Ульяновою, термін «добродійність» (рос. м. «благотворительность») слід застосовувати до громадської активності, пов'язаної з наданням фізичними й юридичними особами (але тільки не суб'єктами держави) грошових і матеріальних ресурсів на допомогу нужденним [2, с. 624].

Вивчення історико-педагогічних джерел дозволяє свідчити, що приватна ініціатива в галузі освіти була притаманна представникам професорсько-викладацького складу медичного та фізико-математичного факультетів Імператорського Харківського університету.

Кращі представники вищої школи Російської імперії усвідомлювали свою наукову діяльність не як мертву чиновницьку службу, а як важливу громадську справу, спрямовану на розвиток вітчизни. Однак, не можна зводити їхню культурно-просвітницьку та добродійну діяльність тільки до голого ентузіазму. Матеріальний стан науковців-медиків (фармацевтів) досліджуваного періоду, зокрема в Харківському університеті, був згідно статистичним даним задовільним, що дозволяло їм здійснювати приватну ініціативу в освіті.

Усі наукові товариства медиків та природознавців, що підпорядковувалися адміністрації Харківського університету, надавали можливість своїм членам займатися добродійною діяльністю.

Представники Харківського медичного товариства (ХМТ), яке по суті було громадською структурою, існувало переважно на членські внески й приватні пожертвування, демонстрували численні приклади приватної ініціативи. Так, з ініціативи ХМТ в Харкові був організовано приватний вищий навчальний заклад – Жіночий медичний інститут (ЖМІ), заняття в якому почалися 1 листопада 1910 р.

У 1869 р. харківські науковці медико-фармацевтичної галузі стали ініціаторами створення Харківського товариства поширення в народі грамотності з М. М. Бекетовим на чолі. Завдяки сприянню фізіолога В. Я. Данилевського при товаристві був заснований Санітарний Комітет, що займається вихованням і оздоровленням ослаблених дітей. При кожній школі товариства організовувалися уроки з гігієни й фізіології [3].

Представники професорсько-викладацького складу медичного й фізико-математичного факультетів Харківського університету, усвідомлюючи свою готовність до рішення соціально-значущих педагогічних проблем, направляли свою діяльність на вдосконалення матеріальної бази університету, а також сприяли поширенню інформації про приватну ініціативу своїх колег.

У досліджуваний період професор ботаніки Микола Степанович Турчанінов передав у дарунок Харківському університету свою колекцію рослин. Одночасно з гербарієм університет одержав особисту ботанічну бібліотеку ученого [4, с. 125].

Приват-доцент Харківського університету Павло Дмитрович Хрущов витратив десятки тисяч рублів на устрій у власному маєтку в селищі Карасівка Харківського повіту найбагатшої фізико-хімічної лабораторії, з якої «вийшла низка робіт, частково виконаних їм, частково одним, частково його співробітниками» (переклад автора) [5, с. 588].

Апполінарий Григорович Подрез, фундатор вітчизняної клінічної урології, заповів все своє майно, у тому числі будинок і двірське місце по вулиці Пушкінській в м. Харкові, у спадщину Харківському університету [3].

У Харківському університеті діяло «Товариство допомоги недостатнім студентам» (з 1909 р. «Товариство допомоги хворим і недостатнім студентам і курсисткам»), яке займалося пошуком роботи для студентів, будівництвом гуртожитків, їдалень, організовувало доставку їжі додому, сприяло в наданні лікарняного лікування [6]. На початку ХХ в. у Харківському університеті діяв також професійний союз студентів-медиків, матеріальну допомогу якому надавали представники науково-педагогічного складу Харківського університету [там само].

Ученими-медиками (фармацевтами) Харківського університету надавалася благодійна підтримка науковим дослідженням викладачів і студентів. Однією з найпоширеніших форм відповідної допомоги стали премії добродійників за певні наукові досягнення. Проведений науковий пошук дозволив установити перелік іменних стипендій для майбутніх медиків і фармацевтів. Серед них: за кращу наукову працю в галузі хірургії ім. В. Ф. Грубе [7], за кращу роботу з бактеріології й взагалі природничих наук ім. Л. Ценковського, за кращу роботу із природничих наук ім. А. Павловського, В. Черняєва [5, с. 124].

Вважаємо, що головними рушійними силами приватної ініціативи у сфері медико-фармацевтичної освіти в XIX – на початку XX ст. стали соціально-економічні та соціокультурні умови, які визначали рівень добробуту регіональної еліти та її соціальної відповідальності, а також традиції християнської доброчинності, які склалися в Україні впродовж багатьох століть. Усвідомлення того, що саме у вищих навчальних закладах плекалися кадри вітчизняних учених, визначило пріоритет діяльності благодійників – підтримку наукових досліджень викладачів і студентів. Приватна ініціатива вчених-медиків (фармацевтів) – носіїв передової педагогічної думки – сприяла тому, щоб держава в особі свого уряду визнала позашкільну освіту, а також приватну вищу жіночу освіту важливими для суспільного прогресу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Друганова, О. М. Розвиток приватної ініціативи в освіті України (кінець XVIII – початок XX століття) : автореф. дис... д-ра пед. наук: 13.00.01 / О. М. Друганова; Харківський національний педагогічний ун-т ім. Г. С. Сковороди. – Х., 2009. – 42 с.
2. Ульянова, Г. Н. Здравоохранение и медицина // Россия в начале XX века / Г. Н. Ульянова. – М. : Новый хронограф, 2002. – С. 624-651.
3. Южный край. – 1900. – 21 октября; 13 ноября.
4. Камелин, Р. В. Николай Степанович Турчанинов (к 200-летию со дня рождения) / Р. В. Камелин, А. К. Сытин // Ботанический журнал. – 1997. – Т. 82. – № 9. – С. 123-137.
5. Физико-математический факультет Харьковского университета за первые сто лет его существования (1805-1905) / Под ред. И. П. Осипова, Д. И. Багалея. – Харьков : Тип. Фирмы «Адольф Дарре», 1908. – 625 с.
6. Южный край. – 1909. – 28 листопада; 3 декабря.
7. Южный край. – 1899. – 11 апреля.

ВАЛЕНТИН ОТАМАНОВСЬКИЙ У ХАРКІВСЬКОМУ МЕДІНСТИТУТІ: ЗАВЕРШАЛЬНЕ ПОЛЕ ДІЯЛЬНОСТІ

Робак І.Ю., доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету

Валентин Дмитрович Отамановський (1893–1964) – відомий громадсько-політичний діяч, герой українських національно-визвольних

змагань 1917–1918 рр., знаний вчений, дослідник широкого гуманітарного, практично енциклопедичного спектру – краєзнавець і пам'яткознавець, фахівець з історії та права українських міст середньовіччя, історії медицини й аптечної справи, історик науки, бібліограф, видавець і письменник, перекладач і знавець багатьох мов, педагог, організатор науки, просвітянин та освітянина, доктор історичних наук, професор.

14 жовтня 1958 р. він за конкурсом обрався на посаду завідувача кафедри латинської мови Харківського державного медичного інституту. 19 жовтня прибув із Саратова до Харкова і зупинився в готелі «Харків». 20 жовтня вже приступив до роботи. Незабаром отримав квартиру в новобудові на проспекті Леніна за дві тролейбусних зупинки від головного корпусу інституту. Туди разом з дружиною і перебрався [1, арк. 3].

На кафедрі з притаманними йому енергією і професіоналізмом підняв на якісно новий рівень наукову і навчально-методичну роботу. З ініціативи та під керівництвом професора В.Д. Отамановського молоді викладачі стали досліджувати латинську мову наукових праць вчених-медиків. На матеріалі вивчення граматичних і термінологічних особливостей латинської мови праць М.І. Пирогова він запланував дві кандидатські дисертації, які були виконані та захищені вже після смерті професора. Взагалі під його керівництвом всі викладачі кафедри працювали над кандидатськими дисертаціями. Валентин Дмитрович розпочав велику роботу щодо інтеграції курсу латинської мови з курсами клінічних кафедр, кафедр анатомії та фармакології [1, арк. 1–47; 2, с. 190; 3, с. 193–196; 4, с. 247]. Професор принципово змінив підхід до викладання латини студентам-медикам, наблизивши його до практичних потреб охорони здоров'я. До нього латину вивчали на кафедрі як будь-яку іноземну мову з усіма її граматичними особливостями (всі відмінки іменників і прикметників, всі форми дієслова тощо). В.Д. Отамановський поставив вивчення латини на службу медицині, залишив два відмінки, що вживаються в медичних термінах і дієслівні форми в рецептах.

Сам професор остаточно замкнув коло своїх наукових інтересів на історії охорони здоров'я, медицини та аптекарської справи. Його історико-медичні статті публікувала центральна республіканська і загальносоюзна преса.

Так, 1959 р. вчений друкує ґрунтовну статтю «Реформи в Речі Посполитой, направленные на создание государственной системы здравоохранения, и их значение для Правобережной Украины». У статті В.Д. Отамановський описує реформи, що були спрямовані на створення державної системи охорони здоров'я в колишній Польщі і показує їхнє значення для населення Правобережної України [5]. Він дійшов висновку, що в 80–90-х роках XVIII ст. мешканці великих міст Правобережної України чітко розуміли необхідність заміни ремісничої медицини науковою і активно підтримували заходи передових діячів Речі Посполитої, спрямовані на покращення медико-санітарного облаштування міст. В умовах Речі Посполитої кінця XVIII ст. заходи щодо підготовки лікарів для міст і містечок шляхом навчання здібних юнаків-міщан слід визнати абсолютно виправданими.

1960 р. в часописі «Фармацевтичний журнал» В.Д. Отамановський надрукував статтю «Перші аптеки на Україні» [6].

У ній автор зазначав, що внаслідок недостатнього вивчення історії аптечної справи в Україні, виникнення перших українських аптек відносили здебільшого до XVIII ст., тоді як насправді аптеки в Україні з'явилися значно раніше. В.Д. Отамановський стверджує, що виникнення аптек в Україні відбувалося в XIV–XVII ст. у зв'язку з економічним піднесенням міст як торгово-ремісничих центрів, процесом відокремлення торгівлі від ремесла та створенням великих медичних центрів (Києва, Львова, Луцька, Кременця, Кам'янець-Подільського та інших).

Першою аптекою в Україні була приватна аптека у Львові 1392–1400 рр., і належала вона аптекареві Клеменсу, а в 40-х роках XV ст. у цьому місті їх було вже три.

В.Д. Отамановський дослідив, що аптеки в правобережних містах з'являлися приблизно під кінець першої або початку другої чверті XVI ст. У своїй статті він наводить оригінальні й цікаві відомості про аптеки у Луцьку, Острозі, Кам'янці-Подільському, Барі та Києві. Досконале знання латинської, польської та німецької мов дозволило йому ґрунтовно дослідити архівні матеріали та зробити висновки про перші аптеки в Україні.

Вдруге мережа аптек на Правобережній Україні створюється тільки в другій половині XVIII ст. І цьому питанню В.Д. Отамановський присвятив свою наступну статтю «Розвиток аптечної справи на Україні з середини XVII до початку XIX ст.» (1963) [7, № 5, с. 48–57].

Внаслідок військових спустошень під час визвольної війни українського народу з панською Польщею та руйнації у 70-х роках XVII ст. спустошені міста Правобережної України перестали існувати як медичні центри. Разом з тим припинили своє існування всі правобережні аптеки. Поновили свою діяльність приватні аптеки правобережних міст лише в другій половині XVIII ст. у зв'язку з відбудовою цих міст і перетворенням їх на ремісничі та медичні центри .

Друге повідомлення В.Д.Отамановського про розвиток аптекарської справи в Україні із середини XVII до початку XIX ст. розмістили у шостому номері «Фармацевтичного журналу» за 1963 рік і стосується воно Лівобережної України, яка була під Росією [7, № 6, с. 56–67]. Із статті В.Д. Отамановського ми дізнаємося, що українські цирульники та знахарі завжди самі готували ліки, нерідко застосовуючи досить складну фармацевтичну технологію.

Непересічною подією у вивченні історії вітчизняної медицини стал вихід монографії В.Д. Отамановського «Борьба медицины с религией в Древней Руси». Вийшла вона вже після смерті автора, 1965 р., в Москві, в центральному союзному медичному видавництві «Медицина» обсягом майже 10 друкованих аркушів і накладом 3300 примірників [8].

У трьох великих розділах книги розглянуто три важливих джерела вітчизняної медицини в розрізі їх взаємовідносин з релігією: 1) давньоруська народна медицина; 2) церковно-монастирська медицина; 3) міська реміснична медицина. Кожне з цих джерел мало вплив на формування вітчизняної медицини ще до того, як з'явилися медичні факультети. Монографія вирізнялася серед тогочасних праць такого плану оригінальною оцінкою розвитку медицини, фундаментальним аналізом нашої історії. У своїй книзі В.Д. Отамановський, детально зупинившись на аналізі розвитку медичної галузі в Давній Русі, відзначає, що коріння нашої медицини сягає сивої давнини і немає нічого спільного з російською історією. Він вважав, що в основі медико-санітарної культури східних слов'ян була народна медицина, яка використовувала велику кількість ліків рослинного і тваринного походження. В.Д. Отамановський стверджував, що східні слов'яни вміло використовували народну хірургію. Вчений зробив висновок, що зі створенням Київської держави народжувалася церковно-монастирська медицина. Шпиталі ставали невід'ємною частиною медико-санітарного побуту. Хворих доглядали ченці-монахи. Крім традиційних прийомів народної медицини вони практикували лікування хворих культовими засобами. Для лікування ревматичних та інших захворювань східні слов'яни почали використовувати водяні й парові лазні.

У відгуку на рукопис монографії, представленому ще за життя Валентина Дмитровича, відомий історик вітчизняної медицини професор С.А. Верхратський писав: «Работа проф. В.Д. Отамановского оригинальна по замыслу и насыщена по своему содержанию. Автор скрупулезно изучил соответствующую литературу и архивные источники, которые позволили ему дать читателям более определенное представление о взаимоотношениях в древней Руси между молодой, не пустившей еще глубоких корней в народе, христианской религией, народной медициной и зарождавшейся ремесленной медициной. В работе проф. В.Д. Отамановский уточняет некоторые

неточности в понимании летописных источников, укоренившиеся в нашей историко-медицинской литературе» [1, арк. 29].

Переорієнтувавшись у науковій діяльності майже повністю на історію медицини, Валентин Дмитрович у Харкові все ж закінчує свої розвідки стосовно визначного подільського історика, письменника й краєзнавця, лікаря за фахом Йосипа Антонія Ролле (1830–1894). Нарешті це вилилося в статтю «И.А. Ролле и Ю.Д. Талько-Грынцевич», опубліковану 1962 р. у центральному журналі «Советское здравоохранение» [9] і в статтю про Й.А. Ролле для першого видання Української радянської енциклопедії [10].

Останні роки свого життя, працюючи в Харківському медичному інституті, В.Д. Отамановський присвятив монографії «Аптечное дело на Украине в XIV – начале XIX вв.». Вона обіймала обсяг 6 друкованих аркушів і 1963 р. була рекомендована до друку Держмедвидавом. Але світу так і не побачила [1, арк. 23, 28, 36].

10 березня 1964 р. на вулиці неподалік від Харківського медінституту, на шляху до кафедри, Валентину Дмитровичу стало зле. Поруч розташовувалася клініка внутрішніх хвороб обласної клінічної лікарні, куди його негайно доправили. Але пацієнтові не зарадила навіть своєчасна допомога лікарів. Хворий незабаром помер від інфаркту міокарда. Поховали Валентина Дмитровича Отамановського на міському кладовищі № 2 [там само, арк. 28]. Офіційного некрологу щодо його смерті ніде опубліковано не було, хоча керівництво ХМІ просило про це начальника головного аптечного управління МОЗ УРСР [там само, арк. 28]. Проте Валентинові Дмитровичу не простили його антирадянського минулого, і, з точки зору начальства, на некролог він не заслуговував.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Архів Харківського національного медичного університету «Харьковский Государственный Медицинский Институт Министерства Здравоохранения УССР (ХГМИ). Г. Харьков. Отдел кадров. Дело № 28. Отамановский Валентин Дмитриевич. Зав. Кафедрой латинского языка. Начато 20 октября 1958 г. Окончено 17 января 1972 г. На 47 листах».

2. Вчені університету / Харк. держ. мед. ун-т ; за ред. А. Я. Циганенка. – Х. : Харків, 2002. – 470 с. – На опр.: Вчені Харківського державного медичного університету. – Присвяч. 200-річчю від дня заснування Харк. держ. мед. ун-ту, 1805–2005.
3. Історія Харківського державного медичного університету : [1805–2005 / за ред. А. Я. Циганенка]. – Х. : [ВПЦ «Контраст»], 2005. – 742 с., [7] с. іл. – На опр.: Історія Харківського державного медичного університету. 200 років.
4. Очерки истории Харьковского медицинского института / [редкол.: В. А. Задорожный (отв. ред.) и др.]. – Х. : ХМИ, 1969. – 486 с.
5. Отамановский, В. Д. Реформы в Речи Посполитой, направленные на создание государственной системы здравоохранения, и их значение для Правобережной Украины / В. Д. Отамановский // Советское здравоохранение. – 1959. – № 7. – С. 35–41.
6. Отамановський, В. Д. Перші аптеки на Україні / В. Д. Отамановський // Фармацевтичний журнал. – 1960. – № 2. – С. 60–68.
7. Отамановський, В. Д. Розвиток аптечної справи на Україні із середини XVII до початку XIX ст. / В. Д. Отамановський // Фармацевтичний журнал. – 1963. – № 5. – С. 48–57 ; № 6. – С. 56–67.
8. Отамановский, В. Д. Борьба медицины с религией в Древней Руси / проф. д-р ист. наук В. Д. Отамановський ; под ред. проф. М. И. Барсукова и доц. И. А. Устинова. – М. : Медицина, 1965. – 188 с.
9. Отамановский, В. Д. И. А. Ролле и Ю. Д. Талько-Грынцевич : (к истории рус.-польск. науч. связей) / В. Д. Отамановский // Советское здравоохранение. – 1962. – № 8. – С. 75–77.
10. Ролле, Йосип Антоній // Українська радянська енциклопедія / голов. редкол.: М. П. Бажан (голов. ред.) [та ін.]. – К., [1963]. – Т 12 : Пряшів – Світлофор. – С. 340.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Czerniecka-Haberko Anna	doktor, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie	Częstochowa, Polska
Galuszka Mieczysław	dr hab. Nauk humanistycznych prof. nadzwyczajny, Zakład Socjologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi	Łódź, Polska
Gaponova E.O.	senior lecturer, department of social sciences Kharkiv National Medical University	Kharkiv, Ukraine
Ilin V. G.	teaching assistant of the Department of Social Sciences of the Kharkiv National Medical University	Kharkiv, Ukraine
Krawtschenko W.I.	Doktor der Wirtschaftswissenschaften, Dozent am Lehrstuhl für Gesellschaftswissenschaften in der Nationalen Medizinischen Universität Kharkiw	Kharkiv, Ukraine
von Freeden G.	Facharzt, Doctor der Medizin, private Klinik Kalten und Kollegen	Berlin, Bundesrepublik Deutschland
Leon Jermaine	1 st course student, the 6 th Faculty for International Students, Kharkiv National Medical University	Kharkiv, Ukraine
Lipińska Joanna	Zakład Socjologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi	Łódź, Polska
Łukasz Sasuła	doktorant II roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie	Częstochowa, Polska
Martynenko Nataliya	lecturer of Social Sciences department Kharkiv National Medical University	Kharkiv, Ukraine
Tsopozidis Xristos	student of 6 th faculty Kharkiv National Medical University	Thessaloniki, Greece
Migoń Justyna	doktorantka II roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie	Częstochowa, Polska
Srogosz Tadeusz	prof. dr hab., kierownik Zakładu Metodologii Historii i Historii Historiografii oraz kierownik studiów doktoranckich Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie	Częstochowa, Polska
Stempień Jakub	lecturer, Department of Sociology, Medical University of Łódź	Łódź, Polska
Stroynowski Andrzej	doktorant II roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie	Częstochowa, Polska
Szczygłowska Malwina	doktorantka Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Zakład Metodologii Historii i Historii Historiografii, psycholog w NZOZ „Nasza Przychodnia” w Częstochowie	Częstochowa, Polska
Wieczorkowska Magdalena	PhD, lecturer, Department of Sociology, Medical University of Łódź	Łódź, Poland
Абрикосова Анастасія	студентка стоматологічного факультету Харківського національного медичного університету	Харків, Україна

Абузова Юлія	студентка ІІ медичного факультета Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Альков Володимир	кандидат історичних наук, старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Арзуманова Тетяна	кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Бабкіна Ірина	студентка факультета ліцею і педіатрії Медичного інституту Белгородського державного національного дослідницького університету	Белгород, Росія
Байчікова Аліна	студентка ІІІ медичного факультету Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Варивода Катерина	аспірантка кафедри історії та культури України державного вищого навчального закладу «Переяслав- Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»	Переяслав- Хмельницький, Україна
Водяний Олег	аспірант Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди	Переяслав- Хмельницький, Україна
Галічева Ніна	доктор медичних наук, професор кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Глєбова Людмила	кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Годун Наталія	кандидат історичних наук, доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав- Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»	Переяслав- Хмельницький, Україна
Гончаренко Леонід	кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Горобець Алексей	студент факультету ліцею і педіатрії медичного інституту Белгородського державного національного дослідницького університету	Белгород, Росія
Гриценко Людмила	викладач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»	Дніпропетровськ, Україна

Громов Анатолій	кандидат економічних наук, доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Данилюк Наталія	аспірант кафедри історії та культури України ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький ДПУ імені Григорія Сковороди»	Переяслав-Хмельницький, Україна
Демочко Ганна	кандидат історичних наук, старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Дмитриев Дмитрій	студент стоматологического факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета	Белгород, Россия
Егорочкина Юлія	заведующая соматогериатрическим отделением ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» МЗ АО	Астрахань, Россия
Жуков Александр	студент факультета лечебного дела и педиатрии медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета	Белгород, Россия
Заярський Микола	доцент кафедри кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»	Дніпропетровськ, Україна
Зінчук Андрій	асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Зінчук Ольга	викладач внутрішньої медицини Харківського базового медичного коледжу №1	Харків, Україна
Кайдалова Лідія	доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки і психології Національного фармацевтичного університету	Харків, Україна
Камінська Тетяна	доктор економічних наук, професор кафедри економічної теорії Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого	Харків, Україна
Камлык Ирина	заведующая сектором Научной библиотеки Харьковского национального медицинского университета	Харьков, Украина
Католик Андрій	старший викладач кафедри педагогіки і методики викладання історії та суспільних, начальник навчально-методичного відділу Чернігівського	Чернігів, Україна

Киричок Ирина	національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка директор Научной библиотеки Харьковского национального медицинского университета	Харьков, Украина
Кистенева Ольга	кандидат исторических наук, доцент кафедры факультетской терапии медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета	Белгород, Россия
Клименко Анатолий	профессор кафедры гигиены и физиологии человека Харьковской государственной академии физической культуры, кандидат биологических наук	Харьков, Украина
Козлова Надія	Державний заклад «Клінічна лікарня ДТГО „Львівська залізниця”»	Львів, Україна
Козубенко Юрій	аспірант ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький ДПУ імені Григорія Сковороди»	Переяслав-Хмельницький, Україна
Колесник Валентина	викладач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»	Дніпропетровськ, Україна
Комишан Анатолій	кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник кафедри педагогіки та психології Національного фармацевтичного університету	Харків, Україна
Костюкевич Татяна	заведующая отделом Научной библиотеки Харьковского национального медицинского университета	Харьков, Украина
Коцур Надія	доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»	Переяслав-Хмельницький, Україна
Кузьміна Ірина	доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Лехан Валерія	доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»	Дніпропетровськ, Україна
Лунев Валентин	студент факультета лечебного дела и педиатрии медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета	Белгород, Россия

Лутаєва Тетяна	кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки і психології Національного фармацевтичного університету	Харків, Україна
Мамедова Каміла	студентка III медичного факультету Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Мандзюк Марія	студентка Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого	Харків, Україна
Мацьків-Богдан Христина	Державний заклад «Клінічна лікарня ДТГО „Львівська залізниця”»	Львів, Україна
Мельниченко Александра	студентка факультета лечебного дела и педиатрии медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета	Белгород, Россия
Миздренко Оксана	викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»	Переяслав-Хмельницький, Україна
Мищенко Александр	кандидат медицинских наук, ассистент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета	Харьков, Украина
Морозова Євгенія	Державний заклад «Клінічна лікарня ДТГО „Львівська залізниця”»	Львів, Україна
Мякина Александр	кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета	Харьков, Украина
Нечмоглод Юлія	студентка стоматологічного факультету Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Олійник Олена	студентка стоматологічного факультету Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Олексюк Ольга	асистент кафедри організації та управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького	Львів, Україна
Павлова Ганна	студентка III медичного факультету Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Палієнко Ольга	старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»	Переяслав-Хмельницький, Україна

Перцева Жаннета	директор Народного музея истории Харьковского национального медицинского университета	Харьков, Украина
Печененко Антон	студент II медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета	Харьков, Украина
Подригало Леонид	доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гигиены и физиологии человека Харьковской государственной академии физической культуры, доктор биологических наук	Харьков, Украина
Робак Ігор	доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Ровная Ольга	доцент кафедры гигиены и физиологии человека Харьковской государственной академии физической культуры	Харьков, Украина
Рудычева Кристина	студентка факультета лечебного дела и педиатрии Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета	Белгород, Россия
Русанов Константин	краевед	Харьков, Украина
Русанова Евгения	краевед	Харьков, Украина
Самосудов Иван	заведующий отделением военно-врачебной экспертизы ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» МЗ АО	Астрахань, Россия
Семененко Олена	хранитель фондов музея истории Харьковского национального медицинского университета	Харьков, Украина
Тарханов Владимир	заместитель главного врача по лечебной работе ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» МЗ АО	Астрахань, Россия
Товкун Лідія	кандидат історичних наук, доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»	Переяслав-Хмельницький, Україна
Толстоплет Елена	доцент кафедры гигиены и физиологии человека Харьковской государственной академии физической культуры, кандидат биологических наук	Харьков, Украина
Троценко Олексій	старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Тягнирядко Кристина	студентка III медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета	Харьков, Украина

Ульянова Юлія	студентка ІІ медичного факультета Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Уразова Лілія	студентка ІІ медичного факультету Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Харченко Наталія	аспірантка ДВНЗ «Переяслав- Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»	Переяслав- Хмельницький, Україна
Чернуха Александр	кандидат исторических наук, старший преподаватель кафедры общественных наук Харьковского национального медичного університету	Харків, Україна
Чумак Любов	кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки здоров'я Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Шубіна Марина	студентка ІІ медичного факультету Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Щербіна Микола	доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1 Харківського національного медичного університету	Харків, Україна
Щокіна Наталія	кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки і психології Національного фармацевтичного університету	Харків, Україна
Якивець Ірина	асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки здоров'я Харківського національного медичного університету	Харків, Україна

Наукове видання

Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я : матеріали Другої Міжнародної наукової інтернет-конференції, присвяченої 210-річчю Харківського національного медичного університету

Відповідальний за випуск: Робак І.Ю.

Літературна редакція: Мац В.А.

Підп. до друку 01.10.2014.

Формат 60×84/16. Друк цифровий. Гарнітура Таймс.
Умов. друк. арк. 14,88. Умов. вид. арк. 12,1. Наклад 100 прим.
Зам. № 1156.

Харківський національний медичний університет
61022, Харків, пр. Леніна, 4, meduniver@knmu.kharkov.ua, +38(057) 707-73-80, 700-41-32

Видавництво «Колегіум»

тел. (057) 703-53-74

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої діяльності
до державного реєстра видавців.

Сер.ДК №1722 від 23.03.2004 р.

Надруковано у друкарні

ФОП Тарасенко В.П.

Свідоцтво № 24800170000043751 від 21.01.2002 р.

61124, м. Харків, вул. Зернова, 6/267

Тел/факс: (0572)52-82-11