

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



ІСТОРИЧНІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Матеріали науково-практичної конференції,
присвяченої 120-річчю з дня народження П.Т. Петрова,
завідувача кафедри історії медицини (1948–1957 рр.)
Харківського медичного інституту

м. Харків, 23 листопада 2016 р.



Харків – 2016

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІСТОРИЧНІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Матеріали науково-практичної конференції,
присвяченої 120-річчю з дня народження П.Т. Петрова,
завідувача кафедри історії медицини (1948–1957 рр.)
Харківського медичного інституту

м. Харків, 23 листопада 2016 р.

УДК 614.2(091)(744)
ББК 51.1 (4Укр)
І90

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

Затверджено вченою радою ХНМУ.
Протокол № 13 від 24.11.2016 р.

І 90 Історичні та медико-соціальні аспекти охорони здоров'я в Україні: матеріали наук-практ. конф.; присвяченої 120-річчю з дня народження П.Т. Петрова, зав. кафедри історії медицини (1948–1957 рр.) Харк. мед. ін-ту (м. Харків, 23 лист. 2016 р.). – Харків, 2016. – 148 с.

УДК 614.2(091)(744)
ББК 51.1 (4Укр)

© Харківський національний
медичний університет

Привітання
ректора Харківського національного медичного університету,
професора В.М. Лісового учасникам науково-практичної конференції
«Історичні та медико-соціальні аспекти охорони здоров'я
в Україні», присвяченої 120-річчю з дня народження П.Т. Петрова,
завідувача кафедри історії медицини (1948–1957 рр.)
Харківського медичного інституту

Шановні гості, шановні учасники конференції, друзі!

Вітаю вас на науково-практичній конференції, присвяченій 120-річчю з дня народження видатного історика медицини, кандидата медичних наук, доцента, завідувача кафедрою історії медицини з 1948 по 1957 роки Харківського медичного інституту, Петра Тимофійовича Петрова.

Петро Тимофійович був завідувачем кафедри історії медицини Харківського медичного інституту з 1948 по 1957 роки, а потім працював доцентом на кафедрі організації охорони здоров'я та історії медицини, учасник Великої Вітчизняної війни, майор медичної служби, нагороджений орденом «Червоної зірки» та багатьма медалями. Неодноразово брав участь в міжнародних конференціях, був керівником та організатором секції історії медицини в складі Харківського наукового медичного товариства (1958–1966 рр.). Під його керівництвом були підготовлені 2 кандидатські дисертації з історико-медичної тематики.

На сьогоднішній день кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я є продовжувачем традиції викладання історії медицини та має великий науковий потенціал. Співробітники кафедри виконують дисертаційні дослідження, проводять активну роботу з виконання ініціативних НДР, метою яких є дослідження стану здоров'я та оцінка якості життя студентів медичних вищих навчальних закладів, беруть активну участь в науковому житті та роботі університету, в тому числі на міжнародному рівні. Кафедра плідно співпрацює з лікарями та управліннями практичної охорони здоров'я, постійно впроваджує в навчальний процес власні наукові здобутки. Для забезпечення навчального процесу на кафедрі активно використовується мультимедійне та інтерактивне обладнання, впроваджуються сучасні освітні технології.

Процес навчання в нашому університеті невід'ємно пов'язаний з наукою, де молодим науковцям та студентству відводиться особлива роль. Студентська наука в своєму значенні – це не просто формальна участь молоді в проведенні наукових досліджень і виконанні технічних розробок, що, безумовно, є важливою складовою професійної підготовки сучасного спеціаліста. Це ще і розвиток компетенцій, які дозволяють молоді уявляти сучасну картину світу на основі поглибленого, цілісного вивчення предметної області. В сучасному світі неухильно зростають вимоги та прагнення студентів до вищої освіти. Основною задачею для університетів стає забезпечення високої якості освіти та наукових досліджень.

Ми можемо очікувати, що роль та значення вузівської науки буде з кожним роком тільки зростати, а з точки зору наукової цінності – на перший план буде виходити не кількість вироблених нових знань, а віддача від наукових досліджень. Найбільш потрібними буде саме глибина та якість наукових досліджень і розробок як з точки зору визнання професійним науковим співтовариством, так і їх практичної цінності. Тому студентська наука в широкому сенсі – це той початок, від якого залежить розвиток всього науково-кадрового потенціалу країни.

Слід зазначити, що в нашому університеті науково-дослідницька робота проводиться на всіх рівнях навчального процесу та на всіх організаційних рівнях – кафедральному, факультетському, університетському.

Основними задачами наукових конференцій є обмін досвідом та сучасними науковими здобутками серед наукового товариства та практиків, а також залучення до наукової діяльності більш широкого кола осіб, в тому числі і студентів, пробудження у молоді інтересу до нових наукових знань, що виходять за рамки основних освітніх програм, обмін досвідом кращої практики наукових досліджень.

Тому дозвольте ще раз привітати учасників конференції, побажати творчого натхнення, плідних дискусій та здобуття нових знань. Всім миру та добробуту!

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



В.М. Лісовий

ПЕТР ТИМОФЕЕВИЧ ПЕТРОВ – ПЕРВЫЙ ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В ХАРЬКОВСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ

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

Украинский историк медицины, кандидат медицинских наук, доцент Петр Тимофеевич Петров был первым (и единственным) заведующим кафедрой истории медицины в Харьковском медицинском институте. До войны, до призыва в армию, а также после демобилизации он 8 лет проработал на кафедре социальной гигиены ассистентом, затем доцентом, 9 лет заведовал кафедрой истории медицины, а после ее упразднения 9 лет до конца жизни преподавал этот предмет как доцентский курс на кафедре организации здравоохранения (ныне кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения ХНМУ).

Петр Тимофеевич Петров родился 5(17) октября 1896 г. в Харькове. Его родители происходили из крестьян. Отец, Тимофей Иванович Петров, на момент рождения сына значился в метрической книге как «запасный унтер-офицер, крестьянин Московской губернии Дмитровского уезда Рогачевской волости». Мать, Мария Максимовна, была домохозяйкой. Отец вместе с братьями занимался раньше ремеслом, в котором для нужд производства использовались ядовитые вещества, что подорвало его здоровье. По совету врачей, рекомендовавших ему сменить климат и найти работу на свежем воздухе, он с женой переехал в Харьков и устроился носильщиком на пассажирском вокзале. Мать умерла в 1910 г., отец – в 1940 г.

Петр Петров учился сначала в железнодорожном училище, а затем, после сдачи проверочных испытаний, поступил в 1909 г. в гимназию Общества взаимопомощи трудящихся женщин, которую закончил в 1915 г. Поскольку гимназия была учебным заведением не казенным, а созданным общественной организацией, там были свои порядки. В дореволюционной России государственные гимназии разделялись на мужские и женские, и даже программы преподавания в них были различными. Здесь же обучение было совместным: в одном и том же классе учились юноши и девушки. И классы не были переполненными, в выпускном классе было всего 16 человек. Поэтому преподаватели могли индивидуально подходить к воспитанникам, развивая их склонности и таланты.

Гимназия дала ему прочные знания, позволившие поступить в Харьковский университет. Это было время всеобщего увлечения поэзией, когда кумирами интеллигентной молодежи были поэты-символисты, акмеисты, имажинисты, футуристы. А поскольку он и сам еще в гимназии писал стихи, то сделал выбор в пользу историко-филологического факультета, на котором проучился до 1920 г., но после третьего курса его оставил. П.Т. Петров, повзрослев и насмотревшись на ужасы гражданской войны и иностранной оккупации, решил, что поэзией не проживешь, она хороша для души, а для жизни нужно получить реальную специальность. И в 1920 г. он поступил в Харьковскую медицинскую академию, преобразованную в ноябре 1921 г. в

Харьковский медицинский институт, закончил его санитарный уклон в 1925 г., связав себя с медициной на всю жизнь.

Еще будучи гимназистом, он с 1912 г. начал трудовую деятельность, подрабатывая репетиторством, а также выполняя разную работу: воспитателя детской колонии, ревизора дачных поездов, преподавателя школы для взрослых и др.

В 1920 г., став студентом-медиком, П.Т. Петров поступил на службу в дорожный здравотдел Южной железной дороги, где работал в должностях брата милосердия в холерных бараках, фельдшера, заведующего отделом нормирования труда, конторщика, а с 1926 г., после окончания мединститута, – санитарного врача станции Белгород ЮЖД.

В 1927 г. П.Т. Петров перешел в Городскую санитарно-эпидемиологическую станцию г. Харькова, где до 1931 г. работал пищевым санитарным врачом. Сохранился документ от 31 мая 1929 г.:

«Відкритий лист

Виданий Харківською Окрінспектурою Охорони Здоров'я на підставі декрету Радянської УСР «Про санітарні органи республіки» від 1-го червня 1923 року.

Пред'явник цього Петро Тимофійович Петров є дійсно санітарно-харчовий лікар м. Харкова.

Цей відкритий лист дійсний на території м. Харкова й має силу до 1-го січня 1930 року. Радянським установам та всім урядовим особам пропонується чинити всяку допомогу при виконанні Санітарно-Харчовим лікарем його службових обов'язків.

Примітка: термін чинності відкритого листа продовжується по півріччям (1-го січня й 1-го липня)».

В 1931 г. П.Т. Петров был зачислен в аспирантуру во Всеукраинский институт питания в Харькове, закончил ее в 1933 г. и до 1936 г. (до закрытия института) продолжал там работать научным сотрудником социально-гигиенического сектора, которым с 1930 по 1934 г. заведовал проф. С.А. Томилин. Работа под руководством выдающегося ученого, независимо отстаивавшего свои оригинальные, выдержавшие испытание временем взгляды и подходы к социально-гигиеническим проблемам, каким был Сергей Аркадьевич Томилин, оказала огромное влияние на П.Т. Петрова. Можно также высказать предположение, что последующий переход П.Т. Петрова к преподаванию истории медицины был обусловлен не только его учебой на историко-филологическом факультете Харьковского университета, но и влиянием С.А. Томилина, проявлявшего несомненный интерес к истории медицины и написавшего 15 глубоких работ по разным историко-медицинским вопросам.

С 1933 по 1936 г. П.Т. Петров также работал ассистентом в вечернем рабочем университете, организованном при Всеукраинском институте питания.

П.Т. Петров принял участие в экспедиции в село Остапье, где работала бригада научных сотрудников этого института. Село было выбрано, как характерное для Украины, для проведения комплексного исследования сани-

тарного состояния, условий труда и быта сельского населения. Работа проводилась Наркомздравом УССР через санитарно-статистические отделы органов здравоохранения и через подведомственные ему научно-исследовательские институты. В обследовании населения села Остапье Велико-Богачанского района на Полтавщине, которое проводилось в 1931–1932 гг., участвовали 16 научно-исследовательских институтов. Бригада Всеукраинского института питания изучала санитарно-гигиенические условия питания, различия в питании мужчин, женщин и детей, основные продукты питания, употребляемые на селе, санитарную грамотность населения в вопросах питания, бытовые и религиозные предрассудки, связанные с питанием, и др. Обследование проводилось по обширной анкете, разработанной сектором социальной гигиены института. Материалы, собранные за февраль 1932 г., дали сведения об особенностях питания в зимний период. Эти данные были обработаны, проанализированы и описаны П.Т. Петровым в статье «Старе й нове в селянському харчуванні» (1932).

Глубоко вникнув в медицинские вопросы, попробовав себя в науке и преподавании, П.Т. Петров не утратил интереса к литературе и, в частности, к поэзии. Он дружил с украинским поэтом и писателем Майком (Михаилом) Йогансеном. Именно он подтолкнул его к серьезному изучению английского языка. Даже вышла под редакцией М. Йогансена книжка американского писателя-коммуниста Майкла Голда «Іст-Сайдські новелі», в которой большинство рассказов (восемь из десяти) переведено на украинский язык П.Т. Петровым. М. Йогансен подарил другу два издания своей повести о путешествии в Слобожанскую Швейцарию (так называют в путеводителях красивейшие места в Змиевском районе Харьковской области на берегу Северского Донца). Дарственные надписи на них относятся к 1930 и 1934 гг. В одной из них, сделанной на английском языке, он называет своего «друга Pietro» одним из немногих, чье мнение он очень ценит. В 1937 г. М.Г. Йогансен по необоснованному обвинению был репрессирован и погиб (позднее был реабилитирован). Хотя держать у себя книги автора, попавшего в опалу, было опасно, у Петра Тимофеевича не поднялась рука их уничтожить, он благоговейно продолжал хранить их как память о друге.

В это время, по-видимому по совместительству, (с 1 ноября 1934 по конец 1935 г.) он работал младшим научным сотрудником в группе проф. З.А. Гуревича в Украинском институте экспериментальной медицины.

С 15 ноября 1936 г. П.Т. Петров стал ассистентом кафедры социальной гигиены 1-го Харьковского медицинского института. Здесь вместе с доц. Л.А. Абрамовичем он участвовал как один из авторов в подготовке пособия «Практикум по санитарной статистике» (1940).

Став ассистентом кафедры, П.Т. Петров приступил к сбору материала о здоровье рабочих семей г. Харькова для кандидатской диссертации, которую готовил под руководством проф. З.А. Гуревича. Материал о здоровье 2000 рабочих семей был собран, обработан и систематизирован П.Т. Петровым, основные результаты работы опубликованы в двух номерах журнала «Вра-

чебное дело» за 1938 г. Исследование выявило несомненные положительные сдвиги в здоровье рабочих семей: возрос показатель рождаемости, существенно снизилась общая и, особенно, детская смертность, улучшилось физическое развитие детей, закрепились санитарно-гигиенические навыки и др. Работа была практически готова, но защита не состоялась, так как ее автор был призван в армию.

В конце февраля 1940 г. военврач 2 ранга (звание было присвоено в 1938 г.) П.Т. Петров приступил к действительной военной службе. Служил в Чугуеве, Мариуполе, Сталинграде, Харькове. Сначала он занимал должность химика санитарно-эпидемиологической лаборатории Харьковского военного округа (с 25.02.1940 г.). Служил младшим, затем старшим врачом полка, командиром медсанбата. Полтора года был на фронте. С 23.04.1942 г. он – помощник начальника санитарного отдела в Сталинградском военном округе. С 09.1942 по 11.1943 г. – начальник отряда санэпидотдела № 105 28-й армии, с 11.1943 по 06.1944 г. – начальник эпидотдела 41-й фронтовой эпидлаборатории 4-го Украинского фронта.

О характере его работы свидетельствует удостоверение, выданное 28 июля 1942 г., в котором говорится, что военврач 2 ранга П.Т. Петров является особо уполномоченным Военного Совета Сталинградского фронта для контроля за проведением санитарно-профилактических мероприятий Райисполкомом Ворошиловского района и ему предоставляется право руководить работой Районной Чрезвычайной Противоэпидемической Комиссии, проверять выполнение решений вышестоящих противоэпидемических комиссий и требовать выполнения всех намеченных мероприятий, связанных с профилактикой желудочно-кишечных заболеваний.

Сохранилось командировочное предписание Военно-санитарного управления Сталинградского фронта, которое направляло военврача 2 ранга Петрова в служебную командировку с 22 по 26 июля 1942 г. в г. Астрахань для выполнения специального задания; в чем оно заключалось по условиям секретности военного времени не указывалось.

С июля 1944 г. П.Т. Петров служил уже в Харьковском военном округе в должности врача-гигиениста санэпидлаборатории, а с ноября 1944 по июнь 1946 г. – начальника эпидотдела санэпидотряда № 33 ХВО. 10 июня 1946 г. уволен в запас в звании майора медицинской службы, которое было присвоено 17.06.1943 г. Уточненные данные позаимствованы из военного билета и удостоверений, выдававшихся военврачу П.Т. Петрову в разное время. Должности и направления его деятельности были различными, но чаще всего он выступал как эпидемиолог и, по-видимому, его особенно привлекала именно эта сфера практической работы. По крайней мере в членском билете Харьковского медицинского общества, выданном в июле 1945 г., в графе о научной специальности им названа эпидемиология.

За время военной службы П.Т. Петров был награжден за боевые заслуги орденом «Красная Звезда» в 1943 г. (командованием 28-й армии), медалями «За оборону Сталинграда» в 1944 г. (командованием 4-го Украинского

фронта) и «За победу над Германией» в 1946 г. (Харьковским военным округом), а позже «Двадцать лет победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

Продолжая служить в армии, с сентября 1944 г. П.Т. Петров стал работать по совместительству ассистентом кафедры организации здравоохранения Харьковского медицинского института, а после демобилизации в июне 1946 г. занял эту должность как штатный сотрудник.

30 ноября 1945 г. в Совете ХМИ П.Т. Петров защитил диссертацию «Опыт изучения сдвигов здоровья в 2000-х рабочих семей г. Харькова», (черновик которой, к счастью, сохранился) и был удостоен степени кандидата медицинских наук (диплом выдан 21.02.1949 г.). В декабре 1946 г. был переведен на должность и. о. доцента кафедры организации здравоохранения.

В 1948 г. в Харьковском медицинском институте была создана кафедра истории медицины (аналогичные кафедры были организованы во всех медицинских вузах страны). К этому времени П.Т. Петров окончил первый цикл истории медицины в Центральном институте усовершенствования врачей в Москве, который проводился с 15.08 по 30.09 1948 г., и с 1 сентября 1948 г. стал первым заведующим кафедрой истории медицины Харьковского медицинского института. Решением Высшей Аттестационной Комиссии Министерства Высшего образования СССР от 12 марта 1949 г. П.Т. Петров был утвержден в ученом звании доцента по кафедре «история медицины».

Петр Тимофеевич много сделал для повышения престижа кафедры и пробуждения интереса к истории медицины у коллектива института. В ноябре 1949 г. в ХМИ была проведена научная конференция аспирантов и клинических ординаторов по истории медицины, посвященная 10-летию воссоединения украинского народа, в подготовке которой самое деятельное участие принял П.Т. Петров: под его руководством подготовлены 7 докладов аспирантов о выдающихся ученых-медиках и об истории кафедр анатомии и биохимии ХМИ. В повестке дня первым сообщением значился доклад заведующего кафедрой истории медицины доцента П.Т. Петрова «Расцвет медицинской науки на Украине», задавший высокий тон всей конференции.

В 1950 г. по его предложению были возобновлены торжественные годовичные акты, на которых, в присутствии руководства института, профессоров, преподавателей, сотрудников и студентов, наиболее уважаемые ученые выступали с лекциями по актуальным проблемам медицины, интересным для всех собравшихся. В 1951 г. в программу торжественного акта, выпущенную в виде брошюры, были включены составленные П.Т. Петровым важнейшие факты и даты истории Харьковской высшей медицинской школы с 1805 по 1950 г., а также достижения института за 1950 г. В Харьковском национальном медицинском университете традиция торжественных годовичных актов сохраняется, их проведение приурочено к 17 января (эта дата также предложена П.Т. Петровым) – времени открытия Харьковского университета, с медицинского факультета которого начинается славная история нашей высшей медицинской школы.

Научной работе по истории медицины в Харьковском медицинском институте придавалось тогда большое значение. Так, в отчете о научно-исследовательской работе ХМИ за 1952 г. как отдельная проблема выделена история медицины. В отчете читаем: составлена история преподавания гигиены в Харьковской высшей медицинской школе (проф. В.М. Жаботинский), характеристика работы кафедры гигиены питания в советский период (проф. В.А. Сиворонов), история постановки медицинского образования в Харьковском университете по материалам студенческих историй болезни (1844–1855 гг.) (доц. М.Я. Кальф-Калиф). Написаны работы, освещающие деятельность ученых-эпидемиологов – Г.Н. Минха, О.О. Мочутковского, В.К. Высоковича (доц. П.Т. Петров), жизнь и деятельность акад. В.Я. Данилевского (проф. Е.К. Приходькова) и др. О работе П.Т. Петрова об эпидемиологах сказано, что «она ставила задачу дать характеристику этим деятелям на основании их трудов и устранить ряд ошибочных утверждений, имеющих место в литературе».

К 150-летию юбилею Харьковского медицинского института, празднование которого проходило с большим размахом, с 28 марта по 15 мая 1955 г., П.Т. Петров собрал богатый научный и иллюстративный материал, на основе которого была создана художественно оформленная выставка, отражающая историю высшей медицинской школы в Харькове. Выставка была размещена в большом зале Главного корпуса ХМИ, предоставленном кафедре истории медицины. Заведующий кафедрой выступал с докладами об истории ХМИ на выездных научных конференциях в г. Сумы и районных центрах Харьковской области, с лекциями для населения в лектории института, для студентов в клубе общежития.

В характеристике, подписанной директором ХМИ доц. И.Ф. Кононенко, указано, что Петров П.Т. – «Исключительно эрудированный и энергичный научный работник. Блестящий лектор и прекрасный преподаватель. Являясь первым в Харьковском медицинском институте заведующим кафедрой истории медицины, он вложил много сил в организацию кафедры истории медицины. Будучи хорошо эрудированным в вопросах истории медицины, доцент Петров П.Т. консультирует многих сотрудников института, работающих по вопросам истории медицины». Под руководством П.Т. Петрова были подготовлены 2 кандидатские диссертации: об истории кафедры акушерства и гинекологии Харьковского медицинского института (В.П. Веприк, 1961) и нормальной физиологии (В.П. Скалозуб, 1957).

Яркие, образные лекции сделали П.Т. Петрова одним из любимых преподавателей. И много лет спустя бывшие студенты, слушавшие их, вспоминали о лекциях по истории медицины, давая им самую высокую оценку. Сами ставшие преподавателями они смогли, опираясь на собственный педагогический опыт, оценить лекции П.Т. Петрова и с точки зрения полноты освещения темы, подбора интересных запоминающихся фактов, методики изложения и эмоциональной манеры подачи материала.

В 1953 г. по приказу Министерства здравоохранения УССР П.Т. Петров был командирован в г. Черновцы, где в медицинском институте прочитал для студентов курс лекций по истории медицины, провел консультации и экзамены, за что получил благодарность от дирекции. В благодарности отмечалось, что «лекции прочитаны на высоком идейно-теоретическом уровне и вызвали у студентов большой интерес к истории медицины».

В 1953 г. П.Т. Петров был награжден орденом «Знак Почета», в 1955 г. – значком «Отличнику здравоохранения».

В 1955 г. (09.09 согласно записи в трудовой книжке), П.Т. Петров был переведен на должность доцента кафедры общей гигиены, но с 01.09.1956 г. снова стал заведующим кафедрой истории медицины. В апреле 1957 г. директор ХМИ доц. И.Ф. Кононенко получил разрешение Министерства здравоохранения УССР «об'єднати кафедру організації охорони здоров'я з кафедрою історії медицини в одну кафедру організації охорони здоров'я з курсом історії медицини». И с 18.05.1957 г. П.Т. Петров переведен на должность доцента кафедры организации здравоохранения по курсу истории медицины и занимал ее до конца жизни. Эти перемещения были, по-видимому, связаны с решавшимся тогда вопросом об упразднении кафедр истории медицины, которые были сохранены как самостоятельные только в столичных вузах.

Ощущая настоятельную потребность в общении с единомышленниками, серьезно интересующимися историей медицины, П.Т. Петров проявил инициативу и, опираясь на поддержку энтузиастов, поставил вопрос о создании в рамках Харьковского научного медицинского общества историко-медицинского отделения. В инициативную группу, кроме П.Т. Петрова, вошли Ф.Ф. Исаев, О.И. Мошкович, И.Д. Хорош, профессора-гигиенисты В.М. Жаботинский, М.Л. Кошкин, В.А. Сиворонов. Было решено организовать Секцию истории медицины в составе Общества гигиенистов. 27 ноября 1958 г. состоялось организационное собрание, постановившее создать Секцию истории медицины и избравшее ее президиум. Председателем секции был избран доц. П.Т. Петров, его заместителем – полковник медицинской службы в отставке Ф.Ф. Исаев, постоянный секретарь появился немного позднее – им стал отставной военврач О.И. Мошкович.

Секция работала регулярно, проводя 9–10 заседаний в год. Тематика докладов охватывала широкий круг вопросов: военно-санитарная служба в годы гражданской и Второй мировой войн; история Харьковского медицинского общества, которое готовилось праздновать свое 100-летие; аптечное дело в Украине в XIV–XVIII веках; А.П. Чехов – врач; И.П. Котляревский и медицина; источники изучения древней украинской медицины; ошибки в историко-медицинских работах и их происхождение; юбилейные даты корифеев медицины и многие другие.

Секция создала себе авторитетное имя в Харьковском научном медицинском обществе, о чем говорит тот факт, что ее председателю П.Т. Петрову было доверено собрать, обобщить архивный материал и изложить исто-

рию ХНМО за 100 лет. Он успешно справился с этой ответственной работой, результатом чего стала его монография.

Руководил секцией П.Т. Петров до начала 1966 г., до болезни, которая 25 июня 1966 г. оборвала его жизнь. Доц. П.Т. Петрову принадлежит наибольшее количество сделанных на заседаниях секции докладов, он был ее представителем на всесоюзных и украинских конференциях, много сделал для популяризации деятельности секции на страницах газет и журналов. Он являлся также членом Президиума Харьковского научного медицинского общества.

Активное участие во многих историко-медицинских конференциях, выступления там с докладами и сообщениями, публикации во всесоюзных и украинских журналах сделали имя П.Т. Петрова известным в Союзе. Не случайно он, как представитель Украинского общества историков медицины (причем единственный), стал членом делегации на XIV Международном конгрессе историков медицины в 1954 г. в Италии (Рим, Салерно). Этот конгресс примечателен тем, что на него впервые были приглашены советские историки медицины. На все последующие международные конгрессы Всесоюзное общество историков медицины уже обязательно получало приглашения.

Доцент П.Т. Петров был известным в Союзе историком медицины, автором около 100 научных работ. Его перу принадлежит солидная монография «К истории Харьковского научного медицинского общества (1861–1961)» (1965). При ее подготовке он досконально изучил материалы, хранящиеся в архивах Харькова и Ленинграда (ныне Санкт-Петербург), проштудировал «Харьковский медицинский журнал», газеты «Южный край» и «Утро», выходившие в Харькове, и другие источники. Широкое использование газетных сообщений было оправдано, ибо Харьковское медицинское общество много сделало для развития здравоохранения в городе, основав лечебницу, Пастеровский, Химико-микроскопический, Бактериологический институты и другие учреждения, создав Женский медицинский институт, поэтому деятельность ХМО часто освещалась в городской прессе. Кроме того, газетные публикации восполняли недостающие архивные материалы, утраченные во время революции, гражданской и Второй мировой войн. Монография П.Т. Петрова до сих пор остается наиболее фундаментальным и востребованным трудом по истории Харьковского научного медицинского общества за 100-летний период.

Среди его научных работ следует выделить статьи по вопросам преподавания истории медицины. Вновь созданные кафедры вынуждены были работать в сложной обстановке: не была выработана методика преподавания дисциплины, не было учебников (первый серьезный учебник М.П. Мультиановского вышел только в 1961 г.), отсутствовали наглядные пособия. И П.Т. Петров на страницах союзного журнала «Советское здравоохранение» (№ 4 за 1952 г.) поделился опытом проведения семинаров по истории медицины, на которых заслушивались подготовленные студентами доклады с последующим их обсуждением в выступлениях назначенных, а часто и неофициаль-

ных оппонентов. В одной из своих статей П.Т. Петров обратился к преподаванию истории медицины в Харьковской высшей медицинской школе, начиная с ее основания в 1805 г.

Заслугой П.Т. Петрова явилось то, что он вернул в научный обиход имя выдающегося украинского ученого Сергея Аркадьевича Томилина, незаслуженно замалчиваемое тогда. Перу П.Т. Петрова принадлежат статьи о С. А. Томилине в журналах «Советское здравоохранение» (№ 7 за 1963 г.), «Врачебное дело» (№ 11 за 1958 г.) и Большой медицинской энциклопедии (издание 2-е, том 32).

Тематика его научных работ касалась также научных и идейных связей украинских ученых с передовыми медицинскими школами, как отечественными, так и зарубежными. Осветил он также вопросы развития медицинского образования в Харькове, в частности историю создания и деятельность Женского медицинского института, который, объединившись в 1920 г. с медицинским факультетом университета, положил начало Харьковскому медицинскому институту, ставшему теперь Харьковским национальным медицинским университетом.

В рецензиях на историко-медицинские издания и учебник С.А. Верхратского и в специально посвященных этой проблеме статьях П.Т. Петров не прошел мимо популярного тогда и престижного вопроса об ошибках в историко-медицинской литературе, что свидетельствует о его эрудиции и глубоком знании предмета.

Несколько работ П.Т. Петрова касаются истории отечественной эпидемиологии, среди них «Очерки по истории чумы на Украине и Юге России» (1950), «К истории русской эпидемиологии» (1951), «Д.С. Самойлович – отечественный эпидемиолог XVIII века» (1951) и др.

П.Т. Петров в 1949–1952 гг. был ученым секретарем Совета профессоров Харьковского медицинского института и, как отмечено в его характеристике, «уделяет много внимания улучшению работы Совета». Студенты того времени запомнили его и как заместителя декана лечебного, а затем санитарно-гигиенического факультетов. Они ценили в Петре Тимофеевиче человека, умевшего вникнуть в их проблемы и нужды, дать дельный совет, помочь добиться благоприятного решения в академических и житейских неурядицах. Ездил замдекана со студентами и в колхозы во время осенних сельскохозяйственных работ, продолжавшихся месяц, а то и более. И он многое делал для улучшения питания студентов и условий их проживания на селе.

В течение многих лет П.Т. Петров был председателем участковой избирательной комиссии, которая находилась в здании ХМИ по ул. Сумской, 1. Он был также деятельным лектором Общества по распространению научных знаний среди населения. В 1957 г. Харьковский горздравотдел, отметив значительное улучшение санитарно-просветительной работы в городе, назвал среди особо отличившихся лекторов доцента П.Т. Петрова и объявил ему благодарность.

Круг интересов Петра Тимофеевича был широк и разнообразен. Он посмотрел все спектакли в харьковских драматических театрах, не упускал возможности побывать на спектаклях столичных гастролеров; конечно, это были семейные походы в театр. Он был увлеченным филателистом, мог много интересного рассказать о событиях, в ознаменование которых выпущены марки. Свободно читал сложные английские тексты, например, держа в руках подлинник Р. Киплинга, делал вслух беглый перевод, будто перед ним была книга на русском языке. Читал без словаря польские книги и журналы.

Книги были главной страстью Петра Тимофеевича, к ним он относился с благоговением, всю жизнь собирал, составил солидную библиотеку, тематика входивших в нее книг свидетельствовала о его разносторонних интересах. В его библиотеке были книги по общей истории, медицине, статистике, географии, философии, всемирная, русская и украинская классическая литература, поэзия, энциклопедии, справочники и словари. Не чуждался он и развлекательного чтения (приключения, путешествия, детективы), в том числе на английском, польском и украинском языках. Денег на книги он никогда не жалел. Когда на черном рынке появились долго не издававшиеся книги, он, несмотря на спекулятивные цены, часто их покупал, особенно если встречал книгу, которая раньше была в его библиотеке, но во время войны была утрачена. Его всегда можно было видеть с книгой в руках: в кабинете, транспорте, во время отдыха. Не случайно все, знавшие его, отмечали его громадную эрудицию.

Солидная часть собранных им книг была передана научной библиотеке ХНМУ и на кафедру. И теперь предметом гордости библиотеки кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения являются редкие, а то и уникальные, довоенные издания учебников, подготовленных учеными, работавшими на кафедре: «Нариси з теорії соціальної гігієни» (1932) С.С. Кагана, «Соціальна гігієна» (лекції 1–8, 1933) С.А. Томилина и А.М. Меркова, «Загальна теорія санітарної статистики» (1935) А.М. Меркова, «Практикум по санітарній статистикі» (1940) Л.А. Абрамовича, М.И. Каминского и П.Т. Петрова. Ценнейшими экземплярами книг кафедральной библиотеки являются прижизненные издания монографий и статей С.А. Томилина, которые передала П.Т. Петрову Елена Михайловна Томилина, жена ученого.

Доцент П.Т. Петров пользовался заслуженным уважением руководителей, профессоров, преподавателей и сотрудников Харьковского медицинского института. Студенты любили его как хорошего преподавателя, ценили за содержательные интересные лекции, эмоциональную подачу материала. Хорошо знавшие его отмечали такие привлекательные черты личности Петра Тимофеевича, как доброжелательность, отзывчивость, доброту, неизменную вежливость, интеллигентность и глубокую порядочность.

ВОСПОМИНАНИЯ САНИТАРНОГО ВРАЧА О ГОДАХ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Петров П.Т., Петрова З.П.

Перебирая бумаги в поисках нужного документа, в давно не открывавшейся папке я обнаружила несколько тетрадных листочков, о существовании которых добросовестно забыла. Они были исписаны бисерным неразборчивым отцовским почерком, вверху стояло название «Воспоминания о годах Отечественной войны» и ниже имя автора – П. Т. Петров.

П. Т. Петров (1896–1966) имеет самое тесное отношение к нашему университету: он был выпускником Харьковского медицинского института (из которого вырос ХНМУ), а также первым, и единственным, заведующим кафедрой истории медицины в ХМИ (1948–1957 гг.). После закрытия таких кафедр в большинстве медицинских вузов страны, он до конца жизни продолжал читать курс истории медицины как доцент кафедры организации здравоохранения (теперь кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения).

Наиболее вероятно, что воспоминания представляли собой наброски к какому-то выступлению отца. Они были написаны для себя, в виде краткого плана будущего рассказа и, главное, многие слова в нем были даны в сокращении. Однако, разобравшись в родном, хоть и малопонятном почерке, я решила, что факты, приведенные в воспоминаниях, могут представлять интерес и для современного читателя. Написанные много позже происшедших событий, они выбрали из памяти наиболее яркие эпизоды фронтовых будней санитарного врача и эпидемиолога.

Я не взяла на себя право изменить лаконичный стиль отцовских заметок, но добавила пояснения к некоторым фактам, взяв их из того, что читалось между строк или из отцовских рассказов, запечатленных в моей памяти.

Петр Тимофеевич Петров, работавший ассистентом кафедры социальной медицины Харьковского медицинского института, был призван в кадры армии в 1940 г. Сначала он был зачислен младшим врачом 271-го корпуса артиллерийского полка, который располагался в г. Чугуеве, через два месяца получил повышение: стал старшим врачом 515-го стрелкового полка. Еще через 3–4 месяца был направлен на армейские курсы судебных химиков, которые закончил с отличием в марте 1941 г. и получил назначение в Санэпидлабораторию Харьковского военного округа (ХВО).

В начале войны П. Т. Петров служил в тыловых войсках в Харькове, Луганске, Сталинграде, Астрахани. В середине 1942 г. ХВО был превращен в 28-ю армию. Санэпидлаборатория, ставшая Санэпидотрядом (СЭО) № 105, двигалась вместе с армией через Калмыцкие степи, Элисту, Сальск, Батайск, Ростов-на-Дону до Миуса. Здесь войска задержались примерно на полгода, а потом двинулись на запад (Мариуполь, Мелитополь, Крым). Здесь военврач Петров был переведен в Санэпидотряд 4-го Украинского фронта на должность заведующего бактериологической лабораторией. В другом документе отец писал, что полтора года (1942–1944) был на фронте.

После взятия Крыма П. Т. Петров в 1944 г. вернулся в Харьков в Санэпидотряд ХВО, где служил до 1946 г., а затем был демобилизован в звании майора медицинской службы.

В своих воспоминаниях отец писал: *«Моя работа была эпидемиологической и санитарной. За эту работу я был награжден орденом «Красная Звезда» и двумя медалями «За оборону Сталинграда» и «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 годов». Из войны я вынес большой опыт организации борьбы с инфекционными болезнями. Мне пришлось встретиться с холерой, с угрозой чумы, с туляремией, с паразитарными тифами и кишечными инфекциями, главным образом, дизентерией. Кроме того, мне пришлось встретиться с отравлениями».*

На фронте это были отравления тетраэтилсвинцом и жидкостью против замерзания воды, в тылу – пищевые отравления.

Отдельную часть воспоминаний отец посвятил военным опасностям: *«Мы были на фронте во втором эшелоне и в общем было спокойно. Сталинградскую бомбардировку воздушную я не испытал – я в это время в Каменном яру организовывал госпиталь для пострадавших на воде наших запасных частей, уходивших из Сталинграда в Астрахань. Немцы в Волгу насыпали магнитных бомб, и много пароходов подорвалось.*

Мне пришлось перенести интенсивную бомбардировку воздушную на ст. Астрахань-вторая (...). Это была реальная опасность.

Вторая была на Миусе: там нас беспокоили артобстрелы, регулярно повторявшиеся в обеденное время – здесь приходилось бежать в СЗО и охранять его, так как мои товарищи разбегались».

Будучи эпидемиологом, отец не мог не уделить особого внимания случаям особо опасных инфекций, в борьбе с которыми непосредственно участвовал.

Первая встреча с холерой у П. Т. Петрова произошла в июле 1941 г. в Харькове. Санитарные органы получили сообщение из инфекционной больницы, что туда поступили двое военнослужащих с тяжелыми пищевыми отравлениями и умерли. Пищевых отравлений в армии не бывает (там за этим строгойше следят), и в санэпидлаборатории заподозрили, что это могло быть отравление мышьяком или солями тяжелых металлов и, как вторая возможность, инфекция. Для расследования случаев смерти была создана комиссия: Гарный (или Черный) вскрывал трупы, Петров представлял судебных медиков, Нечаевская – бактериологов (так тогда называли микробиологов). На питательной среде был сделан посев – выросли холерные запяты. Дальнейшее расследование показало, что солдаты работали на одном участке с арестованными из пересыльной тюрьмы. Среди арестованных были смертные случаи, как думали, от дистрофии, а как раз холера вызывает страшное обезвоживание организма и приводит к резкому исхуданию. Был еще один случай со смертельным исходом: у служителя в морге, который приводил в порядок труп после вскрытия. И далее отец пишет: *«Это наша гордость: мы открыли холеру и стали проводить меры».*

Холера была остановлена. Ей не позволили распространиться дальше.

Был случай холеры в Сталинграде: на рынке заболела продавщица воды, ее забрали в больницу, а дезинфекцию не сделали. Пришлось вмешаться военной санитарно-бактериологической службе, которая и провела необходимые мероприятия, не допустившие широкого распространения холеры.

В Астрахани были случаи холеры в запасных частях и в проходящих эшелонах. Врачи санэпидлаборатории упорно работали: были проведены госпитализация больных, обследования по выявлению контактов, все бойцы подразделений, где служили заболевшие, были подвергнуты вакцинации два раза с промежутком в пять дней. *«Эффект был прекрасный»*, по словам П. Т. Петрова. Он добавил, что холера пошла на Гурьев, но там с нею боролся М. Н. Соловьев. Михаил Николаевич Соловьев – будущий действительный член Академии медицинских наук СССР, заведующий кафедрой эпидемиологии Харьковского медицинского института.

Подводя итог результатам борьбы с опасной инфекцией, П. Т. Петров заметил *«С холерой легко справились, это вам не дизентерия»*.

Об угрозе появления чумы П. Т. Петров сообщил, что больных не было, но в одном урочище возле Астрахани были обнаружены больные мыши-полевки (грызуны как раз и являются переносчиками чумы). Так как воинские части стояли в поле, врачи санэпидотряда под руководством П. Т. Петрова проводили в целях профилактики прививки живой сухой вакциной. И угроза чумы отступила.

Санитарным врачам пришлось также проводить мероприятия по предупреждению отравлений. Случай отравления тетраэтилсвинцом был в Сталинграде, потом повторился в Ростове. Причем в донесении сообщалось «отравление фосгеном». П. Т. Петров в сердцах обругал писавшего донесение: *«Чертова безграмотность – фосген без легочных явлений»*. Действительно, фосген – это отравляющее вещество удушающего действия, так что, если никаких легочных явлений не наблюдалось, ни о каком отравлении фосгеном речи быть не могло.

Были случаи отравления дезинфицирующим раствором. П. Т. Петров выявил их причину. Сначала применялось другое средство, которое было заключено в двойную ампулу: в стеклянной был спирт, в синтетической – хлорамин; когда разбивали ампулу, спирт смешивали с хлорамином и этим составом обрабатывали шприц. Понятно, что этиловый спирт представлял собой серьезный соблазн. Чтобы использовать его для питья, срезали синтетическую оболочку, выбрасывали хлорамин, разбивали стеклянную ампулу – и можно пить.

Потом появилось другое средство – в аптечном флаконе помещался готовый раствор спирта с хлорамином. Использование его для питья приводило к отравлениям. Санитарный врач П. Т. Петров принял решение отменить опасное средство и сделал вывод, что раствор *«не сгодился»*, нарочито употребив просторечную форму.

В тылу в 1945 г. были пищевые отравления в госпиталях. До июля в рацион входила тушенка, а когда она закончилась, перешли на мясо, но хранить его было негде – так появились отравления. Особое внимание требовалось от санитарных врачей в периоды, когда каждый день шли дожди и стояла жара – именно в такое время появлялись отравления с тяжелыми последствиями. То, что это было вызвано испорченным мясом, подтверждали наблюдения: сегодня появлялись случаи отравления, а завтра они практически исчезали, если больных переводили на растительную пищу.

С дизентерией пришлось бороться очень упорно. С нею врачи встретились на Перекопе и в автотехническом училище. Пришлось применять самые радикальные меры, вплоть до хлорирования почвы и применения бочек с хлорной известью. Эпидемиолог П. Т. Петров, опираясь на собственный опыт борьбы с дизентерией, сделал заключение: *«Хуже ее нет на войне и вообще в армии»*.

Поскольку, вполне вероятно, заметки предназначались для выступления перед студентами-медиками, П. Т. Петров считал необходимым сделать общие выводы, опирающиеся на собственный опыт борьбы с инфекционными заболеваниями в военных условиях: *«Эпидемиологом ты можешь не быть, но эпидемиологию знать ты обязан»*. В формулировке этого главного вывода он, как ценитель и знаток поэзии, перефразировал известные слова Н. А. Некрасова:

*«Поэтом можешь ты не быть,
Но гражданином быть обязан».*

И еще один вывод он посчитал нужным донести до слушателей. Ему приходилось встречаться с *«политикой страуса»*: врач не сообщает в вышестоящие санитарные органы о единичных случаях появления опасных инфекционных заболеваний, не предпринимает необходимых мер по предупреждению их распространения – случаи накапливаются и, подобно взрыву, очаг поражения широко разбрасывает заразу. В резко негативной оценке таких действий санитарный врач и эпидемиолог П. Т. Петров категоричен. Он требует немедленного реагирования на опасную ситуацию: *«Ставь страшный диагноз и действуй по нему»*.

Закончить свое выступление отец хотел эпизодом своей фронтовой биографии, который наметил несколькими словами: *«Зерно в Мечетинской и пробы на человеке»*. Об этом случае отец мне рассказывал, на меня он произвел неизгладимое впечатление и врезался в память. Наши войска вошли в отбитую у фашистов станицу. В ней обнаружили амбар с прекрасно сохранившейся пшеницей. Немедленно возникла идея использовать зерно для еды. На это должны были дать добро врачи. Было серьезное опасение, что зерно могло быть фашистами отравлено или умышленно заражено. Заведующий санитарно-бактериологической лабораторией П. Т. Петров с помощником приступили к исследованиям, химическим и бактериологическим. Исследования показали, что зерно чистое. Но врачи считали необходимым

увериться в этом окончательно, ведь могло быть применено неизвестное им ядовитое вещество. Я хорошо помню, что отец мне рассказывал, как сидели они с помощником и рассуждали: если дать разрешение на использование зерна для питания, а появятся случаи отравления, вся ответственность ляжет на них и трибунала не избежать. И они решили проделать еще одну пробу: набрали зерна в котелок, сварили кашу и съели ее. Поскольку никаких плохих последствий это не вызвало, они со спокойной совестью позволили полевой кухне варить пшеничную кашу и кормить солдат, которые с удовольствием приняли добавку к обычному питанию.

На этой оптимистической ноте военврач П. Т. Петров и решил закончить свое выступление.

**КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ № 1,
ОСНОВ БИОЭТИКИ И БИОБЕЗОПАСНОСТИ:
60 ЛЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ БАЗЫ – КУОЗ
«ХАРЬКОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 11»
*Ащеулова Т.В., Злывка Л.В.***

Кафедра пропедевтики внутренней медицины № 1, основ биоэтики и биобезопасности находится на базе терапевтического стационара КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница № 11» (ХГКБ №11) по адресу пер. Руставели, 10 с 1957 года.

Историю кафедры можно начать задолго до этой даты, например, с 1805 года, когда некоторые разделы пропедевтики внутренних болезней начали преподавать в Харьковском императорском университете, и уже в те годы это происходило на базе клиники. Пусть это были небольшие клиники сначала на 6 коек, в дальнейшем клиника была расширена до 16 коек и с амбулаторным приемом, как на кафедре «Семиотика», под руководством профессора В.Ф. Альбрехта, но уже тогда было понятно, что невозможно научить практике в теории.

Отсчет времени для кафедры именно с названием «Пропедевтика внутренних болезней» начинается с 1894 года, преподавание также осуществлялось в факультетской терапевтической клинике. Кафедру возглавляли такие известные ученые пропедевтической и терапевтической школы, как проф. П.И. Шатилов, проф. С.Н. Синельников, проф. Р.И. Шарлай, проф. Л.Т. Малая, проф. Н.И. Штельмах, около четверти века профессор О.Н. Ковалева, по инициативе которой на базе ХГКБ № 11 был создан и успешно работает «Городской центр по диагностике и лечению артериальной гипертензии». Во все времена пропедевтика считалась родоначальницей, азбукой, фундаментом медицины, основой подготовки врача любой специальности. Это не мертвая наука! Методы диагностики претерпевают модернизацию, так и пропедевтика внутренней медицины совершенствуется, развивается, не стоит на месте. И все это невозможно в отрыве от практического здравоохранения! Только в клинике, только воочию показывая современные методы и методики исследования можно научить студентов и совершить первые шаги по формированию их клинического мышления.

В следующем 2017 году кафедра пропедевтики внутренней медицины № 1, основ биоэтики и биобезопасности Харьковского национального медицинского университета будет отмечать свой 60-ти летний юбилей работы на базе КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница № 11».

ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ № 2 ХАРЬКОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Кожемяка А.И., Клименко В.А., Сиренко Т.В.,
Плахотная О.Н., Кандыба В.П.*

Кафедра детских болезней основана в Харьковском университете в 1892 г. Основателем её был видный учёный, профессор Михаил Деевич Пономарёв. С 1811 г. по 1817 г. курс детских болезней при кафедре акушерства и гинекологии Харьковского университета читал профессор Иван Петрович Каменский, используя руководство Н.М. Максимовича-Амбодика и свой собственный опыт. В день 7-летия университета (1812 г.) он сделал доклад «О физическом воспитании детей и о влиянии его на умственное и нравственное состояние». После смерти И.П. Каменского преподавание детских болезней было прекращено вплоть до 1875 г., когда приват-доценту М.Д. Пономарёву поручили чтение дисциплины в цикле акушерства (зав. – проф. И.П. Лазаревич). М.Д. Пономарёв боролся за открытие самостоятельной кафедры детских болезней. Эта борьба успешно завершилась 12 января 1892 г. и он (к тому времени уже почётный профессор) возглавил кафедру. Его научные исследования были посвящены инфекционным болезням (корь, скарлатина, оспа), в 1879 г. опубликовал монографию «Болезни новорожденных».

После выхода в отставку М.Д. Пономарёва (1901 г.) зав. кафедрой педиатрии был талантливый учёный, профессор Иван Виссарионович Троицкий (1902 г.), который заведовал кафедрой до 1918 г. Он внёс весомый вклад в совершенствование и систематизацию учебно-педагогического процесса. По его ходатайству университетом были выделены средства для строительства клиники детских болезней (ул. Данилевского, 7). Он организовал общество детских врачей (1912 г.), был одним из организаторов I Всероссийского съезда педиатров (1912 г.) и I международного съезда (Париж, 1912 г.). И.В. Троицкий был талантливым, высокообразованным учёным педиатром, его перу принадлежит 150 научных работ, из них несколько учебников по педиатрии, истории медицины («Курс лекций по болезням детского возраста», 1887 г.; «Учение о детских болезнях», 1908 г.; «Гигиена детского возраста», 1912 г. и др.). Иван Виссарионович Троицкий с профессором М.Д. Пономарёвым явились основателями Харьковской школы педиатров, которая внесла весомый вклад в развитие детского здравоохранения в Украине.

После объединения медицинского факультета Харьковского университета и женского медицинского института в медицинскую академию с 1920 г. кафедрой педиатрии руководил профессор Яков Сергеевич Аркавин, который сделал много для преподавания дисциплины в клинических условиях (детская клиника на ул. Данилевского, 7). С его школы вышли такие известные учёные как проф. В.А. Белоусов, проф. Г.И. Тец, доц. А.М. Бендерская, доц. Л.А. Гильман и др. Научные разработки кафедры того времени каса-

лись вопросов лечения новорожденных, искусственного вскармливания и профилактики желудочно-кишечных заболеваний у детей раннего возраста.

После проф. Я.С. Аркавина заведующим кафедрой педиатрии избран проф. Н.М. Фришман (1929 г.), ученик выдающегося учёного-педиатра А. А. Киселя, который перенёс на Харьковскую почву основные идеи учителя – профилактическое направление в педиатрии. Н.М. Фришман и его сотрудники (проф. В.А. Белоусов, доц. Р.В. Витлина, Э.А. Вигдергаус, доц. Л. А. Гильман, доц. С.М. Бендерская) активно работали по совершенствованию подготовки врачей-педиатров. В 1930 г., после открытия педиатрических факультетов, кафедра педиатрии была общей для лечебного и педиатрического факультетов.

В 1938 г., в связи с увеличением набора на педиатрический факультет, была выделена отдельная самостоятельная кафедра детских болезней для лечебного и санитарно-гигиенического факультетов, руководителем которой был избран профессор В. А. Белоусов (заведовал с 1938 г. по 1941 г.). В довоенный период (1930–1941 гг.) на кафедрах педиатрии разрабатывались методы диагностики и лечения туберкулёза, дифтерии и скарлатины у детей.

Во время Великой отечественной войны институт был эвакуирован в г. Чкалов (Оренбург), где обе кафедры были объединены. После возвращения из эвакуации в 1944 г. кафедру педиатрического факультета возглавил проф. В.А. Белоусов, а кафедру детских болезней лечебного и санитарно-гигиенического факультетов – проф. Г.И. Тец (заведовал до 1967 г.). Был создан новый кафедральный и клинический коллективы на базе детской больницы Южной железной дороги (ул. Иванова, 26). Важной проблемой, которой была посвящена научная работа кафедры, являлся ревматизм. Сотрудниками кафедры изучены вопросы патогенеза ревматизма у детей – состояние высшей нервной деятельности (В.С. Приходько), изменение артериального и венозного давления (Р.П. Соловьёва, Н.Н. Ефимова), функциональное состояние почек (С. М. Бендерская), печени и поджелудочной железы (Н.Н. Ефимова, А.И. Кожемяка). Также проводилось изучение клинических особенностей течения холепатий в детском возрасте и исследование поджелудочной железы при этих заболеваниях (А.И. Кожемяка, Л.А. Никитенко). Проведенные научные исследования под руководством проф. Г.И. Теца послужили основой для 3 докторских и 20 кандидатских диссертаций. Проф. Г.И. Тецом по заданию министерства здравоохранения СССР подготовлена программа по педиатрии для студентов лечебного факультета, которой почти 10 лет пользовались все медицинские институты страны.

С 1967 г. по 2002 г. (35 лет) кафедру возглавлял проф. Анатолий Иванович Кожемяка. Под его руководством изучались вопросы этиологии, состояния иммунитета, аллергической реактивности, клиники, лечения и профилактики острых и хронических заболеваний респираторной системы у детей. Выявлены особенности этиологической структуры и иммунологической реактивности при острой пневмонии у детей раннего возраста (А. И. Кожемяка), разработана комплексная терапии с включением иммуностимулирую-

щих препаратов (В.Ф. Наконечный, В.Я. Казанов, М. Рахман, В.П. Кандыба, Е.Т. Дадамбаев) и иммунозаместительной терапии специфическими иммуноглобулинами (Д.Т. Древаль, Т.И. Гоцуляк, И.Н. Поддубная, П.Н. Марталог). Изучалась патология новорожденных: клинические особенности течения пневмонии (Т.И. Гоцуляк, И.Н. Поддубная); клинико-иммунологические сдвиги при пневмониях у новорожденных с ГИП ЦНС (Т.В. Сиренко, П.Н. Марталог, В.Д. Гирка); гнойно-воспалительные заболевания и менингиты у новорожденных (О.Н. Плахотная, М. Рахман). Сотрудниками кафедры (А.И. Кожемяка, Л.П. Пушкаренко, Д.Т. Древаль) апробировались методы иммунопрофилактики вирусных респираторных инфекций в организованных детских коллективах. Изучались вопросы хронической патологии органов дыхания (хронический и рецидивирующий бронхит, муковисцидоз – В.Я. Казанов, Е.Т. Колиушко, В.П. Кандыба). Совместно с кафедрой социальной гигиены выполнена работа по программе ISAAC по эпидемиологии аллергических заболеваний в Харьковском регионе (А.И. Кожемяка, В.А. Огнев, В.В. Басилайшвили, Т.В. Сиренко, В.А. Клименко, В.К. Шмулич). Внедрены методы лечения атопических форм бронхиальной астмы с использованием гистоглобулина и специфической гипосенсибилизации оральной вакциной из домашней пыли (В.А. Марков, А.К. Солодун). Дана оценка клинической эффективности ступенчатой терапии бронхиальной астмы (В.А. Клименко), изучены клинико-патогенетические особенности атопического дерматита у детей (В.А. Клименко, И.А. Санкова, Ф.Х. Александян). Выполнены работы по иммунологии гломерулонефрита и пиелонефрита у детей (Е.А. Вашев, Е.Т. Дадамбаев, Н.М. Петренко). Научные исследования обобщены в 5 докторских (А. И. Кожемяка, Е.А. Вашев, Е.Т. Дадамбаев, Т.В. Процюк, В.А. Клименко) и 26 кандидатских диссертациях.

С 2002 по 2010 гг. кафедрой заведовал проф. В.А. Фёклин, его научные работы посвящены лечению тяжёлых форм бронхолёгочных заболеваний у детей. Им подготовлено 6 кандидатов медицинских наук.

Кафедра детских болезней лечебного факультета (в дальнейшем пропедевтики педиатрии № 2) успешно готовила научно-педагогические кадры высшей квалификации. Из числа бывших сотрудников стали заведующими кафедр педиатрии и руководителями отделов НИИ: проф. С. М. Бендерская (ХИУВ), проф. В.С. Приходько (каф. госпитальной педиатрии ХНМУ), проф. А.И. Кожемяка (каф. детских болезней ХНМУ), проф. Е.А. Вашев (каф. детских инфекций ХНМУ), проф. А.И. Сукачёва (каф. факультетской педиатрии ХНМУ), проф. Л.К. Ефимова-Мясникова (каф. педиатрии Ужгородского Университета), проф. А.С. Лихачёва-Калиниченко (каф. неонатологии ХМАПО), проф. Е.Т. Дадамбаев (каф. поликлинической педиатрии, Алма-Ата), проф. О.И. Сиренко (каф. поликлинической педиатрии ХМАПО), д.мед н., доц. В. А. Клименко (зав. каф. пропедевтики педиатрии № 2 ХНМУ), проф. Е.В. Середа-Кочина (зав. отделом НИИ педиатрии АМН, Россия), проф. К.С. Тихомирова (зав. отделом Пятигорского НИИ Курортологии, Россия). Готовились научно-педагогические кадры для ближнего за-

рубежя – Е.Т. Дадамбаев, Т.И. Гоцуляк (Казахстан), П.Н. Марталог (Молдова). Ф. Х. Алексанян (Армения) и дальнего зарубежя (Непал, Бангладеш, Палестина, Ливан, Кипр и др.)

С 2010 г. по настоящее время кафедрой руководит доктор медицинских наук, доцент В. А. Клименко. Основными направлениями научных исследований являются аллергология детского возраста, пульмонология и неонатология. Кафедра продолжает славные традиции, заложенные корифеями отечественной педиатрии, и стремится оправдать надежды своих учителей.

ВЧЕННЯ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ Л.В. ГРОМАШЕВСЬКОГО: ПОГЛЯД КРІЗЬ СТОЛІТТЯ

Козько В.М., Ткаченко В.Г., Соломенник Г.О., Собко С.О.

Ім'я Льва Васильовича Громашевського стало всесвітньо відомим ще за життя цієї непересічної людини, а саме завдяки його фундаментальним науковим працям, присвяченим питанням загальної та прикладної епідеміології багатьох інфекційних хвороб, сутності епідемічного процесу, закономірностям розповсюдження інфекційних хвороб, теоретичного та практичного обґрунтування заходів щодо суттєвого зниження захворюваності та ліквідації деяких з них.

Роки формування світогляду Л.В. Громашевського та становлення його як майбутнього вченого відбувалися на рубежі ХІХ–ХХ сторіч, коли досягнення всесвітньо відомих вчених Луї Пастера, Роберта Коха, Іллі Мечникова, Миколи Гамалії, Данила Заболотного та багатьох інших зробили суттєвий науковий поштовх в царині мікробіології, вірусології та імунології, що надалі сприяло багаточисельним успіхам у боротьбі з інфекційними хворобами, які на той час викликали переважну кількість передчасних смертей і були визначальним чинником низької тривалості життя людини.

Академік Л.В. Громашевський – лікар-епідеміолог і педагог, видатний вчений й організатор охорони здоров'я вніс значний вклад у вивчення інфекційних хвороб на популяційному (суспільному) рівні, відкривши закономірності, загальні закони та положення про їх поширення, поняття про епідемічний процес, його прояви та рушійні сили. Ним було теоретично розроблено та обґрунтовано з подальшим практичним підтвердженням вчення про механізми передачі та класифікацію інфекційних хвороб. Л.В. Громашевський став фундатором вітчизняної наукової епідеміології та ефективної системи боротьби з інфекційними хворобами, розробив засади та основи дезінфекційної справи, а за багатьма розробленими ним положеннями та отриманими результатами по праву вважається першовідкривачем та новатором в епідеміології інфекційних хвороб.

На початку ХХ століття людство потерпало від холери, чуми, іспанки, черевного та висипного тифів. Тож поява таланту Л.В. Громашевського виявилася напрочуд своєчасною та затребуваною. Становленню Льва Васильовича Громашевського як вченого передувала його безпосередня добровільна участь в протичумній експедиції в Маньчжурії, де Лев Громашевський пот-

рапив в самий епіцентр маньчжурської чумної епідемії. У складі так званих летких санітарних загонів він виявляв і доставляв на протичумний пункт хворих китайців, дезінфікував їх будинки, проводив різні протиепідемічні заходи, лікував хворих, прибирав численні трупи в охопленому епідемією чуми Харбіні та інших населених пунктах, перешкоджав поширенню епідемії на територію Російської імперії. Як зазначали свідки тих подій ризик для життя був надзвичайно великий, адже три чверті особового складу російської протичумної експедиції, очолюваної професором Данилом Заболотним, загинули, заразившись від хворих на чуму.

На початку минулого сторіччя Л.В. Громашевський у якості студента-медика, а надалі молодого лікаря, прийняв безпосередню участь в ліквідації в Україні епідемій чуми, холери, черевного і висипного тифів, дизентерії, епідемічного гепатиту та багатьох інших тяжких і небезпечних інфекційних хвороб. Завдяки його організаторським здібностям та таланту було організовано перші кафедри епідеміології в Одесі, Дніпропетровську, Києві, Москві, очолювані ним в різні роки. З 1944 року Л.В. Громашевського було обрано дійсним членом АМН СРСР. В 1948 році у м. Києві за безпосередньої участі Л.В. Громашевського було організовано Інститут інфекційних хвороб, першим директором якого став сам Лев Васильович. Його досвід та професійні здібності як лікаря і вченого, вмілого організатора та керівника відіграли велике значення у заснуванні Всесвітньої організації охорони здоров'я (1946, США), найавторитетнішого в світі органу в системі охорони здоров'я й по сьогоднішній час.

Серед здобутків вченого – визначення ролі соціальних, біологічних, екологічних чинників та їх впливу на епідемічний процес, структуру та розповсюдження інфекційних хвороб. В 1949 році він писав: «... неможливо навіть уявити собі епідеміологію поза врахування й вивчення соціального фактору. Епідеміологія всіх заразних хвороб в процесі історії людства змінювалася під впливом тих змін, які відбувалися в соціальному житті людського суспільства». В основу класифікації інфекційних хвороб за Л.В. Громашевським було покладено локалізацію збудника інфекційної хвороби в організмі людини і механізм передачі, який включає три складові стадії: виділення збудника із ураженого організму, перебування його в зовнішньому середовищі й проникнення в новий організм, що заражається. Наукове передбачення Л.В. Громашевського щодо можливості ліквідації частини інфекцій в глобальному масштабі з успіхом було підтверджене на прикладі натуральної віспи ще за життя вченого. Визначені Л.В. Громашевським три безпосередні складові епідемічного процесу – джерело інфекції, механізм її передачі та сприйнятливість до даної інфекції населення залишаються базисом сучасної епідеміології й по сьогоднішня.

Нам же, нащадкам та учням академіка Л.В. Громашевського, відверто приємно признавати, що наукові положення та вчення нашого співвітчизника, залишаються актуальними, дієвими і затребуваними і в ХХІ столітті.

Використана література

1. Лев Громашевський на фоні епохи. Мистецтво лікування. – № 5. – 2003.
2. Пам'яті Л.В. Громашевського. Збірник наукових праць (до 110-річчя від дня народження). Київ, 1997.
3. Л.В. Громашевський. Общая эпидемиология, М., 1965.

ОСНОВНІ ВІХИ З ІСТОРІЇ ХАРКІВСЬКОЇ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ: ДО 220-РІЧЧЯ ЇЇ ЗАСНУВАННЯ

*Кравченко Ю.М., Ольховський В.О., Балановський В.В.,
Губін М.В., Сокол В.К.*

Першим законодавчим документом, що дійшов до наших днів, у якому наявне пряме розпорядження лікарям забезпечувати судово-медичні дослідження став Наказ імператора Росії Павла I від 19 січня 1797 р. «Про створення лікарських управ» у всіх губернських містах Російської імперії. На основі вищенаведеного Наказу в м. Харкові відповідним розпорядженням харківського губернатора О.Г. Теплова в квітні 1797 р. була створена Слобідсько-Українська лікарська управа. Вона складалася з трьох членів, які мали вищу лікарську освіту – інспектора, або штадт-фізика, оператора і акушера. В 1835 р. Слобідсько-Українська лікарська управа була перейменована в Харківську лікарську управу, яка керувала усією медичною діяльністю, у тому числі і судово-медичною експертизою, нашого краю. До 1917 р. окремих судово-медичних лікарів, а тим більше, судово-медичних організацій в Російській імперії не було, а цю роботу здійснювали лікарі загальної практики. У 1919 р. в Харкові створюється державна судово-медична експертиза за типом посадової, а саме – 24 грудня 1919 року затверджується посада Старшого міжрайонного судово-медичного експерта. В січні 1920 року ця посада реформується в Губернського судово-медичного експерта при Харківському губернському відділі охорони здоров'я. У цьому ж році в Харкові, який на той час став столицею УРСР, на базі Інституту судової медицини Харківського університету, при Народному комісаріаті охорони здоров'я України був створений судово-медичний відділ. Це стало початком організації судово-медичної служби в цілому на Україні. Судово-медичний відділ очолив професор М.С. Бокаріус, який став таким чином першим керівником судово-медичної служби України. В районах області створюються посади районних судово-медичних лікарів. 1 листопада 1923 р. у Харкові при особистій участі проф. М.С. Бокаріуса створюється Харківський кабінет судової експертизи, який у 1925 р. реорганізується в Інститут науково-судових експертиз. З моменту заснування Інституту ним керує Заслужений проф. М.С. Бокаріус. Після смерті Засл. проф. М.С. Бокаріуса (в 1931 р.) Інституту присвоєне його ім'я. У 1925 р. в Харкові створюється Харківське міське бюро судово-медичної експертизи (проіснувало до 1952 р.). 27 травня 1932 р., на підставі розпорядження Народного комісаріату охорони здоров'я Украї-

ни, при Харківському обласному судово-медичному інспекторіві створюється Обласне бюро судово-медичної експертизи в складі: начальник бюро – обласний судово-медичний експерт проф. Микола Миколайович Бокаріус; завідувач Обласною судово-медичною лабораторією – В.М. Країнська-Ігнатова; міський судовий медик – М.П. Раєвський. У 1933 р. Харківська обласна судово-медична лабораторія реорганізується в Центральну науково-дослідну станцію судової медицини, у підпорядкування якої перейшла вся судово-медична експертиза Харківської області. Директором станції призначається В.М. Країнська-Ігнатова. В 1934 р. Центральна науково-дослідна станція судової медицини ліквідується (в основному, через недостачу фінансів). 15 лютого 1934 р. усувається посада Міського судово-медичного інспектора й відновляється діяльність Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи. 16 квітня 1948 р. обов'язки Харківського міського судово-медичного експерта покладаються на Харківського обласного судово-медичного експерта. 27 травня 1948 р. Харківська обласна судово-медична лабораторія об'єднується із Харківською обласною судово-медичною експертизою. У травні 1952 р. відбулося злиття самостійно існуючої Харківської міської судово-медичної експертизи з Харківською обласною судово-медичною експертизою. Нове об'єднання назвали Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи (ХОБСМЕ). Основні структурні підрозділи ХОБСМЕ створювалися у такі строки: відділення судово-медичної гістології – в 1928 році; відділення судово-медичної криміналістики – в 1948 році; відділення судово-медичної цитології – в 1975 році; організаційно-методичний відділ – в 1982 році; відділ комісійних судово-медичних експертиз – в 1992 році; відділ чергових судово-медичних експертів – в 2001 році. У 1978 р. на базі патолого-анатомічного відділення 4-ої міської лікарні швидкої допомоги м. Харкова відкривається філіал № 1 ХОБСМЕ, а у 1983 р. на базі кафедри судово-медичної експертизи Харківського інституту удосконалення лікарів (тепер ХМАПО) – філіал № 2 бюро. В 2004 році при Харківській обласній клінічній лікарні створюється кабінет судово-медичної експертизи. Типові судово-медичні морги в районах області почали будуватися з 1964 року і продовжують відкриватися по теперішній час.

Отже, Харківська судово-медична служба, починаючи з 1919 р., у різні часи, була представлена такими великими незалежними одна від одної установами: 1) Харківська обласна судово-медична лабораторія (1921–1948 рр.); 2) Харківська міська судово-медична експертиза (1925–1952 рр.); 3) Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи (з 1932 р. по теп. час); 4) Центральна Науково-дослідна станція судової медицини (1933–1934 рр.). На сьогодні Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи здійснює судово-медичну діяльність в 9 районах м. Харкова й 27 сільських районах Харківської області, загальне населення яких нараховує близько 3 млн. чоловік. Крім цього, співробітники ХОБСМЕ виконують комісійні судово-медичні експертизи для правоохоронних органів усіх областей України, вирішуючи тим самим складні питання, що виникають в практиці правоохоронних органів.

БЕВЕРІДЖ ВІЛЬЯМ ГЕНРІ
Мищенко М.М., Митрофанюк В.А.

Беверідж Вільям Генрі – англійській політичний діяч, економіст, ім'ям якого названий План Беверіджа з соціального забезпечення.

Народився 5 березня 1879 році в Рангпурі (нині Бангладеш), освіту отримував в Англії. Під час навчання захоплювався астрономією, потім юриспруденцією. У 1902–1909 роках працював на кафедрі громадського права в коледжі при Оксфордському університеті, в цей час зацікавився економікою та соціологією. У 1905–1908 роках Беверідж – член ради Лондону з безробіття, голова комітету з працевлаштування безробітних. У 1906–1908 роках співпрацював з «Морнінг пост», потім обіймав посаду в міністерстві торгівлі, а в 1909 році був призначений директором біржі праці і введений в правління департаменту зайнятості. У 1916 році, під час Першої світової війни, працював другим секретарем в міністерстві продовольства, а через три роки був призначений постійним секретарем цього міністерства. У 1919 році був зведений у лицарське звання. У 1919–1937 роках – директор Лондонської школи економічних і політичних наук. У 1934–1944 роках – голова Постійного комітету зі страхування від безробіття. У 1941 році – заступник міністра у міністерстві праці, а з 1937 року – член Британської академії. У 1940–1944 роках – президент Королівського економічного товариства [3].

У червні 1941 року Беверіджа було призначено головою комітету із соціального страхування, а 1 грудня 1942 року ним у Парламенті була представлена доповідь, в якій містився План досягнення «повної зайнятості», що передбачав ряд заходів у боротьбі з безробіттям, в тому числі організацію громадських робіт, встановлення повного контролю над зовнішньою торгівлею, обов'язкове державне страхування, а також створення міністерства соціальної служби. Згідно з цим Планом, Беверідж запевняв: «Об'єктом управління як під час миру, так і під час війни є не слава правителів або раси, а щастя простої людини» [2, 4].

В цілому План Беверіджа був прийнятий з ентузіазмом. У 1946 році лейбористський уряд втілює в нормативних актах більшість з рекомендацій цього Плану.

Система охорони здоров'я, що запропонована у Плані Вільяма Беверіджа, має наступні особливості: централізоване планування; пряме оподаткування для фінансування; професійний менеджмент (керівництво); контроль якості – частково державою, а частково – професійними органами; регіональне планування; істотний економічний ресурс; низька оплата праці професійних працівників; низькі адміністративні витрати.

Основний принцип, який було втілено в основу англійської медичної страхової системи згідно рекомендацій Беверіджа – гроші йдуть за хворим, який має право вибору лікаря, що частково може регулювати попит за законами вільного ринку. На відміну від страхової моделі Бісмарка фінансування проводиться за рахунок податків, а не страхових внесків [1].

У 1948 році парламент Великобританії прийняв закон про реформу під гаслом *From cradle to grave* («З пелюшок до могили»): лікарні націоналізовані, сімейні лікарі зберегли незалежність, громадяни – право вибору лікаря.

У жовтні 1944 року Беверідж був обраний в палату громад і залишив викладацьку роботу в Оксфорді, а у 1946 році – отримав титул барона.

Пішов з життя видатний політик та громадський діяч 16 березня 1963 року.

У числі його праць: «Повна зайнятість у вільному суспільстві» («*Full Employment in a Free Society*», 1944 рік); «Ціна світу» («*The Price of Peace*», 1945 рік); «Чому я ліберал» («*Why I Am a Liberal*», 1945 рік); «Добровільна дія» («*Voluntary Action*», 1948 рік); «Влада і вплив» («*Power and Influence*», 1953 рік), а також «Захист вільної освіти» («*A Defence of Free Learning*», 1959 рік) [5].

Використана література

1. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної. – М.: ГЕОТАР-Медіа, 2011. – 240 с.
2. Social Insurance and Allied Services (The Beveridge Report)
Інтернет-ресурси:
3. <http://www.bbc.co.uk/>
4. <https://en.wikiquote.org>
5. <http://www.sochealth.co.uk/>

ИЗ ИСТОРИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЖЕНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УКРАИНЕ

Мякина А.В., Лагуновская Н.В., Литвинова К.В., Ткаченко М.С.

История развития высшего медицинского образования начинается со времен создания медицинских факультетов при университетах. Так, на территории восточно-украинских земель медицинские факультеты функционировали при Харьковском университете с 1805 года, Университете Св. Владимира с 1841 года, Новороссийском университете с 1900 года, на территории западно-украинских земель – с 1894 года окончательно восстановлен медицинский факультет при Львовском университете. Отдельно стоит выделить развитие высшего женского медицинского образования. Женщины могли получать медицинское образование за границей; для получения высшего образования действовали также высшие женские курсы. С начала XX ст. женщинам разрешалось посещать университеты

Уставом 1863 года женщинам запрещалось посещать лекции в университете. Не имея доступа к высшему образованию в Русской империи, они вынуждены были ехать за границу, в частности в Цюрих. Царское правительство было встревожено «стремлением женщин к высшему образованию»; учитывая многочисленные выступления передовых кругов общества за орга-

низацию высшего женского образования, на необходимость врачей в государстве приняли меры по поводу развития высшего женского образования.

Борьба за право женщин получать высшее образование велась со второй половины XIX ст. В 1872 году в Петербурге были открыты высшие женские курсы при медико-хирургической академии, однако они просуществовали только 10 лет. Женский медицинский институт был создан в 1897 году в Петербурге. Про становление и развитие высшего женского медицинского образования на территории восточно-украинских земель можно вести разговор с начала XX века, когда в 1907 году при высших женских курсах в Киеве было создано медицинское отделение. Высшие женские медицинские курсы действовали в Одессе (1910). Хотя учеба на курсах отвечала университетской программе, однако они не имели тех привилегий, которыми пользовались государственные высшие учебные заведения.

Высшие женские курсы в Киеве, основанные в 1878 году, сначала имели срок учебы 2 года, вскоре срок увеличился до четырехгодичного, однако уже в 1889 году их деятельность была приостановлена, а восстановлена в 1906 году. Киевские высшие женские курсы неофициально называли «Женский университет св. Ольги». Курсы давали возможность выходцам из Украины получать высшее женское образование университетского уровня.

Заслуживает внимания речь профессора О. Муратова, которую он произнес в Киеве на открытии медицинского отделения при Высших женских курсах 23.09.1907 года. О том, что нужда в медицинском отделении существовала, свидетельствует факт подачи заявлений на поступление. Хотя предыдущим педагогическим советом планировалось набрать 200 и 150 человек. Некоторые женщины, которые уже учились в западноевропейских университетах, были готовы перевестись на курсы в Киев, теряя год обучения, чтобы получать образование дома. В речи, обращаясь к первым слушательницам курсов, профессор О. Муратов акцентировал на понимании важности выбранного направления и ответственности, которая на них возлагается. Поступить на медицинское отделение Высших женских курсов в Киеве можно было после окончания женской гимназии, института ведомства учреждений императрицы Марии или другого подобного заведения. Согласно с циркуляром Министерства народного образования от 21.03.1913 года, преподавание на медицинском отделении признавалось равноценным преподаванию в университете. В ведомостях про первые шесть лет деятельности медицинского отделения идет речь про необыкновенный процесс в развитии учебно-материального обеспечения (строительство помещений, создание новых кафедр и др.). Плата за обучение составляла 150 р./год.

Для допуска к экзаменам женщин в экзаменационной государственной медицинской комиссии на звание врача (1913) необходимыми были такие документы: 2 фотографии, свидетельство о рождении, замужество, паспорт или удостоверение, свидетельство о окончании высших медицинских курсов, свидетельство про окончание женской гимназии, свидетельство про сдачу дополнительных экзаменов (согласно с курсом мужской гимназии), удостоверение с курсов о поведении, квитанцию о оплате в казначейство 20 руб.

Проанализированная деятельность медицинских отделений Высших женских курсов, женских медицинских институтов, которые обеспечивали профессиональную медицинскую подготовку на территории Украины, свидетельствует о становлении и развитии высшего женского медицинского образования. Важным событием в начале XX века был допуск женщин к учебе на медицинских факультетах университетов как на территории восточных, так и западно-украинских земель, что было актуальным в тогдaшнем обществе в контексте «женского вопроса» и учитывая необходимость медицинских специалистов.

Используемая литература

1. Ганіткевич Я. В. Українські лікарі-вчені першої половини XX століття та їхні наукові школи : біографічні нариси та бібліографія / Я. В. Ганіткевич. – Львів: [б. в.], 2002. – 544 с.
2. Дионесов С. М. К истории женского врачебного образования / С. М. Дионесов // История высшего медицинского образования и научных медицинских школ Украины : материалы к III Укр. ист.-мед. конф., посвящ. 120-летию Киевского ордена Труд. Красн. Знамени мед. ин-та им. ак. А. А. Богомольца / под ред. К. Ф. Дупленко, Р. Я. Бенюмова. – К., 1962. – С. 36–37.
3. Енциклопедія українознавства / [гол. ред. В. Кубійович]. – перевид. в Україні ; репринт. відтворення вид. 1955–1984 рр. – Львів: НТШ, 1993. – Т. 1. – 400 с.

ХАРЬКОВСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

Мякина А.В., Сухарева Л.П.

В 1921 году на VI съезде врачей Н. В. Склифосовским было выдвинуто предложение о необходимости подготовки зубных врачей с высшим медицинским образованием на медицинских факультетах университетов.

Историческим решением коллегии Укрглавпрофобра был заложен фундамент высшего стоматологического образования в Украине. 30 сентября 1921 года создан одонтологический факультет в составе Харьковской медицинской академии, а 8 ноября 1921 года Харьковская медицинская академия преобразована в медицинский институт с медицинским и одонтологическим факультетами. На факультете созданы 4 кафедры: консервативного зуболечения с пропедевтической одонтологией, протезного зуболечения с ортодонтией, оперативного зуболечения с челюстной ортопедией и отдельной хирургии полости рта и смежных участков. Профильной базой факультета стала Харьковская государственная зубо врачебная школа [1].

Сотрудники факультета создали 13 учебных пособий по стоматологии и большое количество методических пособий для студентов. Среди преподавателей был известный анатом – академик В. П. Воробьев, автор выдающихся трудов по новейшим методам бальзамирования.

В августе 1931 года стоматологический факультет Харьковского медицинского института был реорганизован в самостоятельный Харьковский

стоматологический институт с 4-летним сроком обучения. Были созданы 3 специализированные кафедры: хирургической, терапевтической и ортопедической стоматологии. За это время институт подготовил 650 врачей-стоматологов. Кроме того, заочное отделение, экстернат и курсы переквалификации закончили более 2500 врачей-стоматологов.

23 июня 1941 года в институте состоялся выпуск 180 специалистов-стоматологов. Харьковский стоматологический институт в первый год войны направил в армию 45 человек: 27 преподавателей, 16 сотрудников и 2 студента. Во время Великой Отечественной войны (1941–1944 гг.) Харьковский стоматологический институт был эвакуирован в г. Фрунзе и функционировал как факультет Киргизского мединститута [1].

По возвращении из эвакуации в Харьков в июле 1944 года директором института был назначен ученый-биолог, профессор П. В. Власенко. Среди преподавательского состава были выдающиеся ученые С. Л. Утевская – изучала микробиологию пародонтальных карманов, М.Б. Фабрикант – родоначальник челюстно-лицевой хирургии в Украине, М.Ф. Доценко – ученик известного челюстно-лицевого хирурга А.И. Евдокимова. Основными направлениями научных поисков сотрудников института в послевоенные годы были клинико-морфологические и клинико-микробиологические исследования заболеваний зубов и разработка методов их лечения. В эти же годы были заложены основы для написания докторских и кандидатских диссертаций [2].

В 1964 году ректором Харьковского государственного медицинского стоматологического института была назначена Н. Д. Лесовая. Ее многолетний плодотворный труд нашел отражение в 430 публикациях, 50 рационализаторских предложениях. В 1959 году была открыта областная стоматологическая поликлиника, которая стала методическим центром, способствующим развитию стоматологии в регионе.

12 мая 1967 года Совет Министров УССР принял постановление о переводе Харьковского медицинского стоматологического института в город Полтаву. Харьковский медицинский стоматологический институт был переименован в Полтавский медицинский стоматологический институт. Но научная деятельность в нашем городе продолжалась.

В 1994 году Полтавский медицинский стоматологический институт получил IV уровень аккредитации и статус Украинской медицинской стоматологической академии. За время существования академия подготовила 28700 врачей-стоматологов, 12000 врачей других специальностей, около 1600 медицинских работников среднего звена [2].

Использованная литература

1. История стоматологии. III Всероссийская конференция «История стоматологии». Доклады и тезисы с международным участием /под редакцией К. А. Пашкова/. – М.: МГМСУ, 2009. – 176 с.
2. Интернет-ресурс: <http://umsa.edu.ua/> – официальный сайт Украинской медицинской стоматологической академии.

СЛУЖЕНИЕ ВО ИМЯ НАРОДА

Мякина А.В., Шимко В.В., Долженко М.С., Попова М.С.

Вильгельм Федорович Грубе – известный хирург, патологоанатом, профессор кафедры оперативной хирургии и хирургической клиники нашего с вами Харьковского университета. Благодаря ему хирургия в Харькове вышла на новый уровень и стала использовать новейшие открытия науки: от антисептиков и асептиков до снижения послеоперационной летальности. Под его руководством было создано Харьковское медицинское общество.

Грубе Вильгельм Федорович родился 30 мая 1827 г. в с. Нейгуш Курляндской губернии в бедной семье. Начальное образование получил на дому, позже поступил в Рижскую гимназию. В том же году (1845 г.) он поступает в Дерптский университет на богословский факультет, но его больше интересовала медицина и через два года он перешел на медицинский факультет. Будучи студентом двух последних курсов, В. Ф. Грубе за отличные успехи в медицинских науках был допущен к работе в хирургической и глазной клиниках в качестве ординатора. В 1850 г. он заканчивает университет с отличием и защищает диссертацию о доброкачественной опухоли носа, за что был удостоен научной степени доктора медицины.

После университета Вильгельм Федорович поступил в морскую службу, где два года проработал врачом. Его настойчивость в овладении знаниями не осталась незамеченной, и он стал быстро подниматься по карьерной лестнице. С 1855 г. ему было поручено заведование хирургическим отделением госпиталя и не только дало возможность усовершенствоваться в оперативной технике, но и проводить исследования в области патологической анатомии. В 1854–1856 гг. молодой хирург руководил практическими занятиями по оперативной хирургии, читал лекции. Во время Крымской войны В. Ф. Грубе был главным хирургом Кронштадта. 28 марта 1859 г. он был избран профессором Харьковского университета по кафедре оперативной хирургии. В то время он уже имел опыт 10 тыс. крупных операций за что и получил предпочтение научного совета. Вильгельм Федорович незамедлительно начал усовершенствовать хирургическую клинику, оборудовать ее по всем правилам науки. У него это получилось, клиника преобразовывалась на глазах. Грубе не ограничивался только своей профессиональной областью, он изучал физиологию, нормальную и патологическую анатомию и т.д. С началом франко-прусской войны охотно работает в Красном Кресте, изучает организацию работы в лазаретах, уход за больными. По завещанию вся его многотомная библиотека перешла Харьковскому университету. 28 апреля 1898 г. Вильгельм Федорович Грубе умер. На протяжении 39 лет он заведовал хирургической клиникой и за это время преобразовал не только само учреждение, а и процесс преподавания хирургии. Не мало важно сказать, что Вильгельм Федорович давал своим ученикам не только теоретическую базу, а и личные профессиональные наставления, которые помогали в практике. По его словам, хирургический инструмент – это обоюдоострое оружие,

способное как помочь в умелых, так и навредить в неопытных руках. Он пытался научить студентов тому, что хирургия – это комплекс массы мелких приемов, которые требуют точного выполнения, что способствует эстетической и прогностической эффективности операции. Профессор на своих лекциях проводил операции стационарным больным, оценивал составленные студентами истории болезни и обсуждал их с курсом. Им предоставлялась возможность проводить мелкие операции: вылушивание мелких опухолей, разрезы нарывов и флегмон, удаление зубов и т.д. Все новинки науки того времени привлекали внимание и интерес Грубе, а когда он убеждался в их эффективности, то внедрял их в клинику и на факультете. Он провел первую в России операцию вылушивания всей нижней челюсти по поводу новообразования. Впервые в Харькове в клинике В. Ф. Грубе был введен антисептический способ оперирования и лечения ран, где преимущественно использовали асептику. Профессор был одним из первых в России, кто с успехом выполнил овариотомию, а в асептическую эру – спленэктомию, холецистэктомию, нефрэктомию, струмэктомию, операции на печени и поджелудочной железе. Он первый начал проводить резекцию суставов при костном туберкулезе вместе с А. Г. Подрезом, а также изучил и использовал закись азота, провел первую в Харькове операцию под наркозом с помощью этого вещества. Вильгельм Федорович Грубе был и есть одним из известнейших хирургов нашей страны второй половины XIX века. Он был известен не только в пределах своей державы, но и в зарубежье. К нему стекались пациенты со всех уголков тогдашней России. Его педагогический талант, глубочайшие знания и тонкий юмор привил студентам любовь к хирургии. Имя Вильгельма Федоровича Грубе занимает почетное место в плеяде врачей – ученых и общественных деятелей, составивших славу и гордость харьковской медицины.

Использованная литература:

1. Перцева Жанетта Миколаївна. Професор В. Ф. Грубе та його внесок у розвиток медицини Харківщини другої пол. XIX ст. [Електронний ресурс].
2. Нуштаев И. А. Вильгельм Федорович Грубе (1827–1898) // Ортопедия, травматология и протезирование – 2010, № 3: С.112–114 (рос.).
3. Фрадкіна Н. В. Просвітницька діяльність Харківського медичного товариства // Гуманітарний часопис – 2012, № 2.

БОЛЕЗНЬ И ПОСЛЕДНИЕ ДНИ ЖИЗНИ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ХИРУРГА

Трегуб П.О., Бондарь Ю.В.

История болезни и смерти Н.И. Пирогова для студентов-медиков давно стала деонтологической «ситуационной задачей», которая показывает, как необходимо с больным себя вести.

Пирогова в начале 1881 г. начала беспокоить боль и раздражение на слизистой твердого неба. После этого образовалась язвочка, вследствие чего

он перешел на молочную диету, так как посчитал, что это устранит проблему. Но язвочка увеличивалась. И.В. Бертенсон и Н.В. Склифосовский были первыми консультантами больного. 24 мая 1881 г. Н.В. Склифосовский поставил диагноз рака верхней челюсти и выразил необходимость срочно его оперировать. Известие о том, что у него злокачественная опухоль, вызвало тяжелейшую депрессию у Николая Ивановича. Он уехал в Вену к своему ученику Т. Бильроту, отказавшись от операции.

Т. Бильрот убедился в тяжелом диагнозе и пришел к выводу, что проведение операции невозможно по причине тяжелого физического и морального состояния больного. Поэтому он «отвергает диагноз», который поставили российские врачи. Этот обман «воскресил» Николая Ивановича: «Ну, если Вы мне это говорите – то я успокаиваюсь».

Н.И. Пирогов последний год жизни прожил в имении Вишня, где писал свой «дневник старого врача», работая над рукописью до последних дней. 22 октября 1881 г. Николай Иванович писал: «Ой, скорей, скорей! Худо, худо! Так, пожалуй, не успею и половины петербургской жизни описать». Он не успел. К сожалению, рукопись незаконченной так и осталась. Последнее предложение на полуслове оборвалось. Много загадок из жизни Н.И. Пирогова хранит эта рукопись, одна из них связана со смертью и бальзамированием его тела.

Николай Иванович Пирогов умер в 20 ч. 25 мин. 23 ноября 1881 г. По его желанию тело было забальзамировано. Бальзамирование проводил доктор Д.И. Выводцев из Петербургской медико-хирургической академии путем впрыскивания раствора тимола в сонную и бедренную артерии, без вскрытия черепной, брюшной и грудной полостей. В 1870 г. Д.И. Выводцев выпустил свою работу под названием «О бальзамировании вообще и о новейшем способе бальзамирования трупов без вскрытия полостей, посредством салициловой кислоты и тимола», которая была практически единственной в России книгой по бальзамированию. Перед бальзамированием Д.И. Выводцев вырезал часть опухоли, которая была исследована в Петербурге – у Н.И. Пирогова оказался характерный «роговой рак».

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что причина смерти выдающегося хирурга так же смутна и загадочна, как и большая часть его жизни. Однако с уверенностью можно сказать, что вклад в науку, а в частности в медицину, этого человека неопределимо велик, именно поэтому мы должны гордиться своим соотечественником и стремиться постичь то в медицине, что удалось постичь ему.

Использованная литература:

1. Порудоминский «В.И. Пирогов» – М.: Молодая гвардия, 1965 г. – 304 с.
2. С.Я. Штрайх «Пирогов», 1933 г., 205 стр., 230 стр. Оситашвили К.Д.

ПОДВИГ ЧЕЛОВЕКОЛЮБИЯ

Трегуб П.О., Оситашвили К.Д.

В годы Крымской войны в России по инициативе и под патронажем княгини Елены Павловны была создана особая организация, предназначенная для помощи больным и раненым воинам, – Крестовоздвиженская община сестер милосердия.

Первой женщиной, получившей известность благодаря бескорыстной помощи раненым воинам, считается Даша Севастопольская.

Ее деятельность началась в 1854 г. в сентябре, после сражения на Альме. Не остались в стороне и другие жительницы Севастополя – А. С. Толузакова, Е. М. Хлапоница и многие другие известные и оставшиеся «безымянными» героини. Но все они действовали неорганизованно и зачастую не обладали даже минимальными знаниями и навыками, необходимыми для медицинских сестер.

Помочь раненым стремились многие в России. И тогда организатором первой в России специальной организации сестер милосердия выступила великая княгиня. Урожденная принцесса, племянница короля Фридриха I. В декабре 1823 г. семнадцатилетнюю принцессу крестили по православному обряду, а в феврале следующего года состоялось ее бракосочетание с великим князем Михаилом.

Семейная жизнь у Елены Павловны складывалась непросто: ее супруг был человеком с очень нелегким характером, откровенным солдафоном. Он мечтал о наследнике, которого можно будет сделать настоящим военным, а у четы родились пять дочерей. Отношение Михаила Павловича к жене порицали даже его старшие братья.

Великий князь умер в 1849 г. После этого Елена Павловна до конца жизни носила траур, но принадлежавший ей Михайловский дворец в Санкт-Петербурге стал едва ли не центром культурной жизни столицы. Великая княгиня выступала в качестве мецената, ее поддержкой и покровительством пользовались многие деятели искусства, включая И. К. Айвазовского.

Занималась она и благотворительностью, помогая лечебным учреждениям и приютам. При этом Елена Павловна обладала административными способностями и при необходимости была отменным организатором. Неудивительно, что именно она стала учредителем и основателем Крестовоздвиженской общины сестер милосердия – специальной организации, ставившей своей целью подготовку и отправку персонала для помощи раненым и больным солдатам. Община получила свое название в честь православного праздника Воздвижения Креста Господня. Елена Павловна не только финансировала деятельность общины и выделила для ее нужд помещения во дворце, она сделала все возможное, чтобы добиться изменения отношения в обществе к самой идее женского ухода за ранеными и больными непосредственно на театре военных действий.

Несомненною удачею великой княгини надо признать выбор в качестве начальника отправляемых в Крым врачей и сестер Н. И. Пирогова. Выдающийся врач, получивший благодаря Елене Павловне очень большие полномочия, смог чрезвычайно умело организовать деятельность своих подчиненных. В результате были спасены многие тысячи жизней.

Н. И. Пирогов разделил сестер на несколько групп. Группа перевязочных сестер несла суточное дежурство в отделении госпиталей, помогала врачам при перевязках и операциях, наблюдала за чистотой палат. При перевязке она должна была обращать внимание на изменения раны и окружающей ее ткани; в случае появления сильного покраснения, гнойных затеков или кровотечения следовало немедленно сообщить об этом врачу.

Заключение. Благодаря открытиям и нововведениям Николая Ивановича Российская медицина получила резкий скачек в сторону медицинского ухода, как на поле боя, так и в мирной жизни.

ЖИТТЯ І ДІЯЛЬНІСТЬ СЕМАШКА МИКОЛИ ОЛЕКСАНДРОВИЧА

Усенко С.Г., Гонтарь Є.В., Кузьменко М.І.

Микола Олександрович Семашко (20.09.1874 –18.05.1949) – лікар, видатний організатор охорони здоров'я і творець системи охорони здоров'я Радянського Союзу [3]. Семашко М. О. народився в сім'ї педагога в селищі Лівенське Єлецького повіту Орловської губернії. У 1891 році закінчив Єлецьку чоловічу гімназію. Після чого вступив на медичний факультет Московського університету. У 1895 році за участь у революційному русі був заарештований і засланий на батьківщину під поліцейський нагляд.

Став випускником медичного факультету Казанського університету в 1901 році, після чого працював лікарем в Орловській і Самарській губернії. Після Жовтневої соціалістичної революції Семашко приступив до посади завідувача медико-санітарного відділу Московської ради. Розтин тіла Леніна було проведено під його керівництвом. Семашко керував роботою по боротьбі з епідеміями, працював над основами і принципами охорони здоров'я в Радянському Союзі, дав початок розвитку системам охорони материнства і здоров'я дітей та підлітків. 1921 рік став плідним для Миколи Олександровича, він став професором, завідувачем кафедри соціальної гігієни медичного факультету Московського університету. З 11 липня 1918 працював в якості народного комісара охорони здоров'я Російської Радянської Федеративної Соціалістичної Республіки (РРФСР).

У 1927 р. на Всесоюзній нараді з громадського харчування Микола Олександрович підняв питання с приводу організації і управління центрального інституту харчування. Пріоритетом інституту мало стати об'єднання всієї наукової роботи в області харчування. Такий інститут був створений через 3 роки після Всесоюзної наради. Зараз інститут носить назву Науково-дослідницького інституту харчування Російської академії медичних наук. Його головним завданням стало методичне керівництво та управління дослідницької роботи в області харчування по всій країні.

З 1930 по 1936 роки Семашко – голова Дитячої комісії. Комісія займалася боротьбою з безпритульністю, керівництвом лікувально-профілактичної роботи в дитячих оздоровчих закладах. А також Микола Олександрович, не шкодуючи своїх сил, працював у Всеросійському центральному виконавчому комітеті (ВЦВК), в якості члена Президії.

Не залишив без уваги Микола Олександрович проблему протезування, за що першому в Росії протезному заводу присвоюється його ім'я (Перший російський протезний завод Металіст) [1, с. 658].

1941 рік припав на примусову евакуацію кафедри по організації охорони здоров'я 1-го Московського Ордена Леніна медичного інституту. В Уфу був також евакуйований і Семашко Микола Олександрович. Після евакуації в березні 1942 року організував збір матеріалу по діяльності медичних закладів за роки, які припали на війну. Важливим для діяча стало оперативне відновлення охорони здоров'я на звільнених територіях [2, с. 79–80].

У 1945–1949 М. О. Семашко керував інститутом шкільної гігієни Академії педагогічних наук РРФСР, але в той же час він не бракував часу і сил на роботу в інституті організації охорони здоров'я та історії медицини Академії медичних наук СРСР і Будинку вчених в Москві [1, с. 659]

М.О. Семашко працював до останніх днів свого життя, незважаючи на своє здоров'я. Без його уваги не залишилась діяльність у Великій медичній енциклопедії. Саме він став засновником Центральної медичної бібліотеки.

Батьківщина високо оцінила багаторічну працю Семашка Миколи Олександровича. Він був нагороджений орденами Леніна і Трудового Червоного Прапора, медалями та безліччю грамот.

Покинув нас Семашко М. О. на 75 році свого життя. Помер Микола Олександрович Семашко в травні 1949 року Похований на Новодівичому кладовищі [3].

Використана література

1. Семашко Николай Александрович – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1969.
2. Чениченко М. Ю. Н.А. Семашко – первый нарком здравоохранения: новый век – новые исследовательские горизонты – 2014.
3. Электронные материалы проекта «Профессия врача» 2010–2014 года
4. <http://professiya-vrach.ru/article/nikolay-aleksandrovich-semashko-osnovopolozhnik-sovetskogo-zdravookhraneniya/>

АЛЬФРЕД ГРОТЪЯН – ОДИН ИЗ ОСНОВОПОЛОЖНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Усенко С.Г., Королькова А.А., Тиханский Д.С.

Социальная медицина в наше время является важной актуальной областью медицины, которая востребована во всем мире. Наиболее благоприятные условия для развития социальной медицины как науки сформировались прежде всего в Германии в 70-х годах XIX века [1, С. 7]. Значительное влия-

ние на формирование истоков этого раздела медицины оказал Альфред Гротьян.

Альфред Гротьян – немецкий врач, первый профессор социальной гигиены Берлинского Университета в Германии. Будущий ученый родился 28 ноября 1869 г. в городе Шладен в семье докторов, что повлияло на дальнейший выбор профессии Альфреда (врачами были его отец Роберт Гротьян, дед Генрих Гротьян и двоюродный брат Карл Гротьян). Несмотря на медицинскую направленность своей семьи и приверженность семейным традициям медицине Альфред был подвержен влиянию социалистических веяний того времени из-за своего друга Альберта Зюдекума. Во время учебы в Грайфсвальде, Лейпциге, Берлине будущий социал-гигиенист был очень активным участником социалистических студенческих собраний.

В 1894 г. А. Гротьян защитил докторскую диссертацию по неврологии, а в 1896 г. начал свою собственную медицинскую практику. Спустя некоторое время молодого ученого начинают интересовать вопросы социальных проблем общества (например, возникновение алкоголизма на фоне неблагоприятных жилищных условий и несовершенной системы здравоохранения). В 1903 году на основании накопленного материала Альфред Гротьян начинает издавать журнал по социальной гигиене. Состоявшийся на то время доктор медицинский наук по неврологии прослушивает лекции по социально-экономическим наукам, позднее участвует в знаменитом политико-экономическом семинаре Густава Шмоллера. Все это способствует обращению научных интересов потомственного врача к социальным проблемам общества как к причине массовых заболеваний трудящихся. В 1905 году совместно с Ронем Ленгофом им было основано научное общество социальной гигиены и медицинской статистики в Берлине. Находясь в правлении, Гротьян способствовал тому, что это общество активно занялось вопросами и проблемами охраны здоровья детей, борьбы с туберкулезом, алкоголизмом в социально-медицинском аспекте [2, С. 1]. Безусловно, деятельность этой организации была полезна немецкому населению, однако из-за начала Первой мировой войны деятельность общества значительно пошла на спад и со временем утратила свою актуальность и влияние на медико-социальные вопросы. В 1912 г. вместе с Иоганном Каупом выпускает «Справочник по социальной медицине» (Лейпциг). В том же году добивается доцентуры по специальности социальной гигиены [2, С. 1]. Гротьян некоторое время занимается преподаванием в знаменитой берлинской клинике Шарите.

В начале XX века заключает брак с Шарлоттой Хартц, у молодой семьи вскоре появляются дети: Гертруда, Мартин и Питер. Что примечательно сын Мартин и его внуки (Ева, Марианна, Мишель) продолжили семейную традицию врачевания, правда, по психиатрии. Одновременно со счастливой семейной жизнью Альфред продолжает активное участие в развитии социальной медицины и к 1920 году после всех вышеперечисленных успехов занимается организацией первой в мире кафедры социальной медицины в Берлине. Его вклад в науку был оценен по достоинству и в 1927 г. Гротьяна

назначают деканом клиники Шарите, что свидетельствовало о небывалом успехе состоявшегося профессора.

Также следует отметить одну из главных работ Альфред Гротьяна «Социальная Патология». Работа над этим значительным трудом была начата еще в 1902 году. Несмотря на неблагоприятные условия работы, такие как непопулярность только появившейся науки, начало Первой мировой войны, Альфред заканчивает и издает книгу уже к 1912 году. На русском книга появилась к 1925 году и была очень популярна в научных кругах по социальной медицине. Полное название труда звучит как «Социальная патология, экспериментальная теория социального соотношения заболеваний как основа социальной медицины». Согласно представленной теории на процесс течения заболевания, а также период реконвалесценции влияет социальное окружение пациента. В своей «Социальной патологии» Гротьян демонстрирует основные группы заболеваний с точки зрения их социальной обусловленности, законов распространения, социальных последствий и путей общественной борьбы с ними [3, С. 1]. Однако теория не приобрела заметной популярности в то время, в виду отсутствия строгой научно-доказательной базы, чего требовала медицина того времени. Благодаря усердной работе Альфреда Гротьяна на территории Германии в других университетах стали появляться схожие курсы, кафедры и организации, в которых работали такие знаменитые ученые как Эмиль Ресле, Фридрих Принцинг, Альфред Фишер. Работа этих специалистов была сконцентрирована на первоочередной роли социальных условий и факторов, которые определяют здоровье населения и на значение государственных социальных мероприятий в его охране.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод о ценном вкладе Альфреда Гротьяна, первого профессора по социальной гигиене, в развитие социальной медицины как науки, который своим собственным трудом и упорством показал важное значение социальной проблематики в течении и регрессии различных патологий. Своим трудом «Социальная Патология» оказал влияние на развитие науки не только в Германии, но и воздействовал на отечественную медицину. Благодаря ему активно стали появляться кафедры, исследовательские институты, которые занялись вопросами социальной этиологии разнообразных заболеваний.

Использованная литература

1. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 3–22
2. https://de.wikipedia.org/wiki/Alfred_Grotjahn
3. Bruno Harms: Grotjahn, Alfred. In: Neue Deutsche Biographie (NDB). Band 7, Duncker & Humblot, Berlin 1966, ISBN 3-428-00188-5, S. 169
4. <http://daomed.com/wiki/%D0%93%D0%A0%D0%9E%D0%A2%D0%AC%D0%AF%D0%9D>

**ДАНИЛО КИРИЛОВИЧ ЗАБОЛОТНИЙ –
ЕПІДЕМІОЛОГ-«ЧУМОГОН» ЗІ СВІТОВИМ ІМ'ЯМ
(ДО 150-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)**

Чумаченко Т.О., Семеренська Т.І.

Історія дбайливо зберігає імена видатних діячів науки, з життям і роботою яких пов'язані становлення і розвиток цілої галузі знань. В теперішній час слід з великою вдячністю згадати тих, хто знаходився біля витоків вітчизняної та світової епідеміології, закладав фундамент теперішніх її успіхів. Серед таких особистостей провідне місце належить фундатору та організатору епідеміології як науки, засновнику першої в світі кафедри епідеміології, талановитому вченому та практику охорони здоров'я, величної постаті українського народу, що служила всьому людству – Данилі Кириловичу Заболотному. Д.К. Заболотний був не тільки засновником сучасної вітчизняної епідеміології, але й науковим першовідкривачем, лікарем-рятівником, і, як сам він себе жартівливо називав, – «чумогоном».

Д.К. Заболотний народився 28 грудня 1866 р. у родині кріпака в селі Чоботарка Подільської губернії (тепер село Заболотне на Вінниччині). Любов та натхнення до епідеміології прийшли під час навчання на природничому відділенні фізико-математичного факультету Новоросійського університету (Одеса). У 1889–1891 рр. Д.К. Заболотний працював асистентом на Одеській бактеріологічній станції, яку заснував І.І. Мечников, у 1891 р. склав екстерном державні іспити в університеті на ступінь магістра природничих наук. В цьому ж році вступив на третій курс медичного факультету Київського університету Святого Володимира, який закінчив у 1894 р. Під час роботи на Одеській бактеріологічній станції Д.К. Заболотний виконав роботу на ступінь кандидата природничих наук – «Мікроби снігу», створив експериментальну модель холери на ховрах. У 1893 р. разом з І. Савченко вивчав проблему пероральної імунізації проти холери, для доказу ефективності якої випив живу культуру холерних вібріонів після попередньої пероральної імунізації. Цим небезпечним експериментом поклав початок пероральної вакцинації.

Протягом всього життя багатогранна діяльність Д.К. Заболотного була пов'язана з боротьбою з інфекціями та супроводжувалась великим ризиком для його життя, але попре це він служив народу, трудився для збереження здоров'я людей. Після закінчення університету Д.К. Заболотний працював епідеміологом в Подільській губернії, де боровся з епідеміями холери та дифтерії. Він дослідив ефективність протидифтерійної сироватки на собі після експериментального інфікування збудником дифтерії. Для виконання докторської дисертації ним була створена експериментальна модель сифілісу на мавпах-бабуїнах (1909 р.).

Величезне значення у становленні Д.К. Заболотного як епідеміолога зі світовим ім'ям, мала його участь у протиепідемічних, рятувальних експедиціях в інші країни по всьому світі (Індію, Аравію, Китай, Персію), в яких він, починаючи з 1897 р., неодноразово брав участь, досліджуючи епідеміологію

чуми та холери. В 1910–1911 рр. Д.К. Заболотний працював на Далекому Сході, в Монголії, де проводив роботу по ліквідації чуми. Перебуваючи в Монголії, наражаючи себе на небезпеку під час розтину загиблого тарбагана, він випадково вколов руку голкою шприца, наповненого гноем з чумного бубону. Гадаючи, що він має померти від чуми, Заболотний почав писати прощальні листи своїм рідним. Проте, на щастя, протичумна сироватка, яку він собі ввів, спрацювала, і вчений переніс чуму, спостерігаючи за її перебігом як лікар, і як вчений. Спостереження під час роботи дозволили Д.К. Заболотному вперше висунути гіпотезу про природні осередки чуми й про гризунів як джерел чумної інфекції та зберігачів її збудника (тарбаганів, ховрахів, пацюків). При цьому він вперше звернув увагу на можливість трансмісивної передачі чуми через ектопаразитів гризунів. Детально дослідивши спалахи чуми, Д.К. Заболотний створив свою класичну епідеміологічну формулу про три фактори, необхідні й достатні для розвитку і поширення епідемій чуми, а саме: наявність ендемічних осередків, соціальні умови і масові переміщення людей (пілігримаж). Він встановив зв'язок захворюваності людей на чуму з епізоотіями серед диких гризунів. У 1910 р. він керував в Одесі боротьбою з бубонною чумою. Летальність від цієї хвороби склала всього 20,7 %, що стало європейським рекордом того часу. Вивчаючи епідеміологію холери, Заболотний відкрив феномен існування серед здорових людей носіїв холерних вібріонів. Завдяки Д.К. Заболотному, в 1918 р. у Петрограді було ліквідовано холеру за 3 місяці, що не мало аналогів в світовій практиці.

Високий рівень інфекційної захворюваності вимагав широкого проведення протиепідемічних заходів кваліфікованими фахівцями, тому в цей час величезне значення набула необхідність спеціальної підготовки лікарів та середніх медичних робітників. В червні 1920 р. Вчена рада Одеського медичного інституту розглянула пропозицію Д.К. Заболотного про створення кафедри епідеміології та ухвалила рішення її організувати. Так була створена перша в світі кафедра епідеміології. 20 листопада цього ж року асистентами кафедри були обрані Л.В. Громашевський та М.Н. Соловйов, останній в 1930 р. організував кафедру епідеміології в Харківському медичному інституті. В 1920 р. академіка Д.К. Заболотного призначають ректором Одеської медичної академії. У вересні 1923 р. Д.К. Заболотний був обраний керівником кафедри мікробіології та епідеміології з вченням про дезінфекцію Військово-медичної академії у Петербурзі. В 1926 р. він став дійсним членом Академії наук СРСР, в 1928 р. – президентом ВУАН (тепер Національна академія наук України). Академік Д.К. Заболотний заснував Інститут мікробіології та епідеміології (згодом Інститут мікробіології та вірусології імені Д.К. Заболотного НАН України).

Видатний епідеміолог, талановитий організатор, досконалий вчений, обдарований педагог, особистість, завдяки якій було збережено безліч життів, та напрацьований величезний фундамент вітчизняної епідеміології, людина, якою можуть пишатись нащадки – таким назавжди увійшов в історію української та світової епідеміології Данило Кирилович Заболотний.

**ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ
ОРТОДОНТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ**

Ляхова Н.О., Голованова І.А.

В умовах зростання стоматологічної захворюваності дітей особливе значення має зниження рівня патології шляхом проведення профілактичних заходів, лікування карієсу та його ускладнень, захворювань тканин пародонту та зубощелепних аномалій. В структурі поширеності стоматологічних захворювань у дітей зубощелепні аномалії займають третє місце після карієсу і захворювань пародонту [5].

Аномалії та деформації зубощелепної системи у дітей і підлітків сприяють погіршення стоматологічного здоров'я, завдаючи медичний, соціальний та економічний збиток суспільству [2]. Крім того, зубощелепні аномалії є сприяючим фактором, а нерідко і причиною розвитку самої різноманітної соматичної патології. При цьому 30 % з них зумовлені спадковими факторами, а 70 % обумовлені відсутністю масової профілактики і своєчасної діагностики зубощелепних аномалій.

Поліпшення якості стоматологічної допомоги населенню є як медичною, так і соціально-економічною проблемою. Медичне значення поліпшення якості стоматологічного лікування – це зниження числа ускладнень, покращання стану порожнини рота, збереження здоров'я. Соціальні та економічні ефекти полягають у зменшенні кількості візитів до лікаря, зниження кількості випадків повторного лікування, підвищенні продуктивності роботи стоматолога, зниження економічних витрат на кожного хворого в розрахунок на тривалий період часу.

Організаційні заходи, що забезпечують профілактику зубощелепних аномалій у системі диспансерного спостереження, сформульовані наступним чином [1, 3, 4]:

- клінічне обстеження дітей, яке дозволяє дитячому стоматологу виявити і діагностувати такі, що формуються чи сформовані зубощелепні аномалії, а також усунути сприятливі фактори їх розвитку;
- визначення груп диспансерного спостереження та складання плану профілактичних і лікувальних заходів (для лікарів-педіатрів всіх профілів спеціалізованої служби);
- своєчасне направлення дітей зі сформованими аномаліями до лікаря на лікування, контроль за проведенням спеціалізованого лікування та роз'яснення його ролі дітям, батькам та вихователям;
- контроль за усуненням у дітей виявлених причинних факторів виникнення аномалій;
- організація та проведення в дитячих колективах навчання дітей, їх батьків, педагогічного і медичного персоналу методики гігієнічних заходів

– застосування в організованих дитячих колективах здоров'я зберігаючих технологій, направлених на запобігання розвитку ортодонтичної патології.

Профілактичні заходи повинні будуватися з урахуванням вікових періодів розвитку дитини. Найбільш сприятливим для профілактики зубощелепних аномалій є період активного росту щелеп, пов'язаний з формуванням молочного прикусу, що збігається з раннім переддошкольним та дошкільним віком дитини. У ці вікові періоди визначаються клінічні ознаки основних етіологічних факторів, що відносяться до функціональних порушень і сприяють розвитку зубощелепних аномалій [1, 3, 4]. В період змінного прикусу профілактичні заходи стають менш ефективними. У дітей з постійним прикусом діагностуються сформовані зубощелепні аномалії, що вимагають трудомісткого лікування. Тому визначення активно діючих причин і їх усунення вже не можуть мати профілактичної спрямованості.

Підхід до планування та здійснення профілактичних заходів повинен бути диференційованим, враховувати демографічний склад і щільність населення, частоту та поширеність різних видів зубощелепних аномалій і деформацій, соціально-економічний розвиток регіону та його екологічний стан, специфіку захворюваності, а також загальну епідеміологічну ситуацію. Такий підхід дозволить отримати необхідну інформацію для планування обсягу лікувально-профілактичних заходів у регіоні, об'єму фінансування та ефективного планування підготовки кадрів [2, 3].

Профілактичні заходи з метою формування нормального розвитку зубощелепної системи потрібно починати з антенатального періоду розвитку дитини спільно з акушерами-гінекологами, надалі до даних заходів необхідно підключити педіатрів, сімейних лікарів, психологів, логопедів, стоматологів та педагогів.

Використана література

1. Головка Н.В. Ортодонтія. – Вінниця: Нова книга, 2008. – 220 с.
2. Канюра О.А., Савичук Н.О., Голубчиков М.В. Основні напрямки реформування дитячої стоматологічної служби. – Київ: Медицина, 2010 р.
3. Куроєдова В.Д., Дмитренко М.І. Сучасні методи профілактики зубощелепних аномалій і деформацій// Світ ортодонції. – Київ: Вісник стоматології, 2003. – № 1(4), С. 6–9.
4. Фліс П.С., Омельчук М.А., Ращенко Н.В. та ін. Ортодонтія. – К.: Медицина», 2008 р. – 360 с.
5. Фліс П.С., Ращенко Н.В., Філоненко В.В., Дорошенко Н.Н., Пацера С.А., Жачко Н.І., Леоненко Г.П., Шпак Д.Ю. Частота та розповсюдженість зубо-щелепних аномалій та деформацій за даними клініки Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця // XI конгрес СФУЛТ. – Полтава, 2006. – № 244. – С. 207.

ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Сокол К.М.

Складна екологічна, демографічна ситуація в країні, епідемія туберкульозу, зростання ВІЛ-інфекції/СНІДу, високі показники захворюваності, дитячої та материнської смертності потребують негайного і докорінного покращення якості медичної допомоги. На тлі названих проблем значне занепокоєння визиває низка реформ в системі охорони здоров'я, які скоро приймаються і також швидко міняються.

Тільки в останні роки були прийняті такі документи, як Політична декларація Генеральної асамблеї ООН з профілактики неінфекційних і інфекційних захворювань та боротьби з ними (2011); Таллінська хартія: системи охорони здоров'я для здоров'я та благополуччя (2008); План дій з реалізації Європейської стратегії профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2012–2016 роки; Глобальна стратегія в сфері раціону харчування, фізичної активності і здоров'я (2004), Європейський план дій по скороченню шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 роки та ін.

Не дивлячись на значну кількість програм в країнах багатих і бідних, медичне обслуговування населення погіршилось, про що свідчать високі показники смертності в США (44–98 тис. випадків), часті арбітражні суди в Європі (до 10 тис. за рік), де кожний десятий випадок лікування наносить шкоду пацієнтам [1].

У багатьох країнах сучасна охорона здоров'я зорієнтована на хворобу, на її лікування в умовах платного медичного обслуговування, яке перетворює систему охорони здоров'я в систему збагачення окремих медичних працівників при свідомому відстороненні держави.

Не визначившись у програмі реформування системи охорони здоров'я, Україна проводить фрагментарні зміни, які можуть з часом призвести до значного погіршення стану здоров'я населення, демографічної ситуації.

Нашими дослідженнями [2] виявлено значне зростання вроджених вад розвитку в Харківській області, які перевищують середні показники в Україні та Європейських країнах. Для виходжування таких дітей впроваджуються перинатальні центри. Зрозуміло, що покоління, які виростуть з перинатальних центрів не будуть повноцінними трудівниками, вони будуть постійною обузою для рідних і держави, на піддержку їхнього здоров'я будуть виділятися значні кошти. Але саме головне в тому, що вже через декілька поколінь вільних від натурального відбору ми одержимо дуже слабе, хворобливе покоління, непридатне для суспільства.

Другою проблемою для держави і області є дорожньо-транспортний травматизм. За прогнозами ВООЗ у 2020 р. він вийде на друге місце за чисельністю в структурі захворювань, при цьому не була врахована все зростаюча кількість інвалідів внаслідок штучно створених воєнних конфліктів. Скорочення ліжкового фонду і ліквідація травматологічних відділень, яка зараз спостерігається в області, не враховують прогнозів в реформах охорони здоров'я.

Ще однією проблемою в реформуванні охорони здоров'я стала «реформа швидкої допомоги». Планується замінити бригади швидкої допомоги парамедиками, екстреними медиками, які не маючи медичної освіти повинні надати мінімальну медичну допомогу пацієнтам, а також уміти досконально водити машину. Парамедики, які замінять бригади швидкої допомоги повинні пройти відповідні курси підготовки по досконалих учбових програмах. Є думка, що такий підхід призведе до зниження рівня надання первинної медико-санітарної допомоги.

При реформуванні системи охорони здоров'я важливо забезпечити хворих доступними за ціною ліками, а здорових і дітей імунопрепаратами. Визиває занепокоєння, що в програмах реформ відсутня інформація про відновлення інститутів і виробництв по виготовленню вітчизняних медичних препаратів, вакцин і сивороток.

Реформи в охороні здоров'я також не можуть бути ефективними без кардинальних змін у системі оплати праці медичних працівників, без підняття престижу медичної професії.

Використана література

1. В. Москаленко. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті // Український медичний часопис. – 2013. – № 3. с. 28–31.
2. Сокол К.М., Завгородній І.В., Дмуховська Т.М. Оцінка стану репродуктивного здоров'я в Харківській області // Актуальні питання соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. – м. Харків, 2016. – с. 110–113.

ТРАГЕДИИ И СЛЕДСТВИЯ В БИОМЕДИЦИНЕ: МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Амбросова Т.Н., Ащеулова Т.В., Смирнова В.И.

*«В науке надо повторять уроки, чтобы хорошо их помнить,
в морали надо хорошо помнить ошибки, чтобы не повторять их».*

В.О.Ключевский

История доказательной медицины и история формирования биоэтики может рассматриваться как связь трагедий и следствий в биомедицине. Доказательная медицина на сегодняшний момент является основой формирования медицинских знаний, цель которой является предоставление пациенту наиболее качественной доказанной квалифицированной медицинской помощи, основанной на данных клинических исследований. Историю клинических испытаний (КИ) можно разделить на два этапа. Первый этап длился несколько тысячелетий, когда медицинские технологии испытывались без законодательного и морально-этического контроля. Началом второго этапа КИ следует рассматривать историю человеческих трагедий, связанную с периодом Второй мировой войны (преступления против человечества), и различных экспериментов с участием человека в медицине и социальной психологии, морально-нравственный аспект проведения которых был достаточно сомнительным. Современная история защиты прав испытуемых началась созданием Нюрнбергского кодекса (1947), основой которого стала концепция доктрины информированного согласия при проведении испытаний с участием человека. С 1947 положения Нюрнбергского кодекса способствовали формированию других деклараций и документов различных медицинских ассоциаций. Следующим звеном этого процесса стала Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации, отражающая этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта (1964). На территории США основным этическим документом, регулирующим защиту прав пациента в КИ стал Бельмонтский протокол (1979), история которого также связана с морально-нравственной трагедией исследования Таскиги (1933–1979) в штате Алабама. Фундаментальные принципы КИ изложены в «Конвенция о защите прав и достоинства человека в области биомедицины» (1997), предпосылками создания которой следует рассматривать: нарастающий прогресс в области биологии и медицины; необходимость уважения человека как индивида и как представителя вида *Homo sapiens*, важность вопроса о гарантиях достоинства человека; что неправильное использование достижений биологии и медицины может повлечь за собой угрозы достоинству человека; убежденность в том, что прогресс в области биологии и медицины должен быть использован на благо

нынешнего и будущего поколений людей; необходимость международного сотрудничества во имя того, чтобы все люди на Земле могли пользоваться благами, предоставляемыми достижениями в биологии и медицине; важность широкого общественного обсуждения проблем, связанных с использованием достижений биологии и медицины, с морально-этической и правовой точки зрения.

ПРОБЛЕМИ ЗАСВОЄННЯ СТУДЕНТАМИ ВМНЗ УКРАЇНИ ЗНАНЬ З БІОСТАТИСТИКИ ТА ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ НАВЧАННЯ

Іншакова Г.В., Грузєва Т.С.

Однією із важливих складових навчального процесу вищої школи є контроль знань студентів, який виступає в якості характеристики якісних та кількісних параметрів технології навчання і визначає ступінь відповідності отриманих умінь та навичок цілям і завданням навчальної дисципліни. Тобто перевірка знань дозволяє виявити його позитивні та негативні сторони, об'єктивно оцінити результативність навчання, встановити причину недоліків і окреслити шляхи вдосконалення навчального процесу.

Метою нашого дослідження було оцінка рівня знань студентів ВМНЗ України з основ біостатистики для удосконалення методики викладання цієї навчальної дисципліни.

Нами було проведено соціологічне опитування з визначення рівня знань з основ біостатистики серед студентів IV–VI курсів ВМНЗ України. Джерелом інформації слугувала анонімна анкета, яка складалася з 24 питань. Анкетування проводилося у 2014/2015–2015/2016 н.р. на кафедрах соціальної медицини та організації охорони здоров'я ВМНЗ України, у т.ч. НМУ імені О.О. Богомольця, ІФНМУ та ТДМУ. Соціологічним опитуванням було охоплено 937 респондентів, у т.ч. студенти IV курсу, на якому вперше вивчається біостатистика, складала 43,3 % (406 осіб), V курсу – 29,8 % (279) та VI курсу – 26,9 % (252 особи) ($p < 0,05$).

Результати проведеного нами опитування свідчать, що подобається вивчати біостатистику $21,1 \pm 2,9$ % респондентів. Причому, на IV курсі цей показник становив $23,9 \pm 4,3$ %, на V курсі – $17,6 \pm 5,4$ %, на VI курсі – $20,4 \pm 5,6$ %. Достатньо великий відсоток студентів не могли визначитися з відповіддю – $44,5 \pm 2,4$ %. Розподіл тих, хто був знайомий зі статистичними величинами і методами до вивчення біостатистики, і тих, хто не стикався з медико-статистичним аналізом, майже є однаковим і становить $44,2 \pm 2,4$ % та $43,9 \pm 2,5$ % відповідно. Ті, хто позитивно відповів на питання, джерелом отримання знань частіше всього вказували на знання з попередніх курсів навчання, підручника, школи, інтернету, від викладача тощо.

Особливий інтерес викликало питання щодо виникнення труднощів при засвоєнні біостатистики. Аналіз результатів анкетування показав, що не ви-

кликано труднощів вивчення цього предмету у $32,3 \pm 2,7$ % респондентів, викликало труднощі – у $52,5 \pm 2,2$ % та не могли дати точну відповідь $15,3 \pm 3,0$ % студентів. Слід зауважити, що зі збільшенням курсу спостерігається позитивна динаміка у відповідях, так на IV курсі стикалися з труднощами при засвоєнні біостатистики $57,0 \pm 3,3$ % студентів, на V курсі – $49,8 \pm 4,2$ %, на VI курсі – $48,0 \pm 4,5$ %.

Найбільшу питому вагу серед причин, що пов'язані з незадоволеністю навчальним процесом при опануванні біостатистики, становлять причини, пов'язані з труднощами в розумінні математичних формул та великим обсягом навчального матеріалу – $40,9 \pm 2,6$ % і $40,1 \pm 2,6$ % відповідно, недостатністю часу на вивчення теми – $38,1 \pm 2,7$ %, швидким темпом занять – $33,1 \pm 2,8$ %, браком прикладів практичного застосування статистичних методів в майбутній професії – $31,7 \pm 2,8$ %, незадовільною шкільною математичною підготовкою – $23,0 \pm 3,0$ %. Що стосується розподілу цих показників за курсами, то слід зауважити, що між відповідями студентів на IV та VI курсах існує суттєва різниця, так коефіцієнт Стьюдента дорівнює 4,9; 3,8; 3,4; 5,4; 2,6; 2,9 відповідно. Зменшення цих показників зі старшинством курсу можна пояснити тим, що студенти стають більш організованими, планують свій час, детальніше знайомі з практичною діяльністю, а також більше займаються науковою роботою, де можна прикласти знання математичного апарату, та розуміють значущість застосування статистичних методів.

Опитування передбачало також виявлення найбільш прийнятних форм навчання біостатистиці. Так, перевагу роботі під керівництвом викладача надали $57,9 \pm 2,1$ % опитаних, спостереженню за вирішенням задач в процесі заняття – $30,3 \pm 2,7$ %, розв'язуванню задач з товаришем – $12,0 \pm 3,1$ %, самостійній роботі за допомогою навчально-методичних матеріалів – $11,7 \pm 3,1$ %. Причому, студенти IV курсу найбільш ефективною формою вважали розв'язування задач з товаришем ($45,1 \pm 7,0$ %), V курсі – роботу під керівництвом викладача ($33,4 \pm 3,5$ %) та на VI курсі – самостійну роботу за допомогою навчально-методичних матеріалів ($30,5 \pm 8,0$ %).

Аналіз результатів щодо найбільш ефективного способу навчання біостатистиці показав, що переважна більшість студентів вважають виконання професійно-орієнтованих завдань – $70,5 \pm 1,8$ %, творчих завдань – $15,8 \pm 3,0$ % опитаних, розгляд типових тестів – $15,4 \pm 3,0$ %, вирішення нестандартних задач – $9,3 \pm 3,1$ %. Слід зауважити, що досить цікавим є розподіл найбільш ефективних способів навчання на кожному курсі. Так, на IV курсі – це розгляд типових тестів ($49,3 \pm 6,0$ %), V курсі – виконання творчих завдань ($37,7 \pm 6,5$ %), VI курсі – розв'язування нестандартних задач ($33,7 \pm 8,8$ %).

Що стосується продовження вивчення біостатистики після проходження курсу на кафедрах соціальної медицини та організації охорони здоров'я, то не вважають це за необхідне $60,3 \pm 2,1$ % студентів, водночас необхідність вивчення біостатистики майбутніми лікарями визнають $43,0 \pm 2,5$ %. Той факт, що знання і застосування цього предмету будуть потрібні у подальшій професійній діяльності розуміють лише $46,9 \pm 2,4$ % респондентів.

Таким чином, проведенне нами дослідження дозволило виявити недоліки та прогалини в навчанні біостатистиці, причини незадоволеності студентів навчальним процесом, визначити найбільш прийнятні форми та ефективні способи навчання, що створить умови для удосконалення процесу математичної підготовки майбутніх лікарів, методики навчання біостатистиці та розробки навчально-методичного забезпечення навчального процесу з застосуванням сучасних технологій навчання.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ УКРАИНЫ

Сокол К.М., Бутеец И.Ф.

Доказательная медицина (ДМ) – это инновационное направление и технология сбора, анализа, обобщения и интерпретации научной информации. Другими словами, ДМ означает научное обоснование врачебных решений с использованием эпидемиологических методов исследования. Термин «доказательная медицина» был предложен канадскими учёными из университета Мак-Мастера в 1990 году [1].

Изменения экономической ситуации в странах постсоветского пространства привели к пересмотру принципов социальных взаимоотношений. Советские общественные институты разрушались, а новые, демократические, еще не были созданы. Медицина в данных условиях играла ключевую роль, так как она регламентировала право на здоровье. Сегодня для построения национальной модели здравоохранения необходимо ориентироваться на принципы доказательной медицины.

Инновационные медицинские технологии доказательной медицины (ДМ) в настоящее время общепризнаны, как наиболее рациональный научный подход к принятию ключевых клинических решений. На сегодняшний день медицинский работник должен уметь анализировать различные источники информации, а также находить данные с использованием современных информационных технологий. Главная проблема перехода национальной системы здравоохранения на принципы доказательной медицины – это отсутствие фундаментальных знаний в области технологий ДМ, поэтому нередко формируются ошибочные модели в практическом здравоохранении и в научных исследованиях.

В настоящее время необходимо провести анализ подобных проблем и найти правильные методы их решения [2].

В Украине важным критерием на сегодняшний день является неподготовленность медицинских работников в вопросах доказательной медицины. Для решения этой задачи необходимо подходить комплексно, а не только лишь увеличивать финансирование медицинской отрасли. Также большое значение имеют разработанные специальные программы для пациентов, направленные на улучшение состояния здоровья и профилактики заболеваний. Чтобы осуществить данные изменения требуется пересмотр научно-

практического и социального мировоззрения, благодаря которому произойдет эволюция взглядов. Таким образом, реформирование медицинской отрасли должно быть первоочередной задачей нашего государства, и все фундаментальные обоснования должны осуществляться на принципах современной доказательной медицины.

Использованная литература

1. Уваренко А.Р, Ледошук Б.О, Митник З.М. Доказова медицина у спектрі медичної інформації, галузевої інноваційної політики та якості медичного забезпечення. – К.: Здоров'я, 2009. – С. 17–21.
2. Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. Клиническая эпидемиология, основы доказательной медицины (перевод с англ. под общей редакцией к.м.н. С.Е. Бащинского и к.м.н. С.Ю. Варшавского). – Медиа Сфера: Москва, 1998. – С. 146–150.

СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ОБНАРОДОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

Трегуб П.О., Паймина И.С.

Систематическая ошибка (СО, смещение) – это смещение среднего результата измерения по отношению к истинной величине. Любое отклонение результатов от истины или процесс, который приводит к этому, любое искажение в анализе, сборе, интерпретации или публикации данных, систематически отличающихся от истины, называют систематической ошибкой [1, с. 2].

Чаще всего публика, использующая медицинскую и научную литературу, рассматривает её как относительно объективный научный материал, довольно точно отвечающий на поставленные вопросы. Однако научные статьи, часто содержащие информацию со случайными ошибками, могут включать в себя и СО. Такие ошибки ведут к созданию образа непрекращающихся сообщений об успехах в диагностике и лечении, что может вызывать сомнения.

Одна из основных ошибок обнародования – публикационная СО, которая состоит в обнародовании не всех результатов исследования. В публикацию идут лишь те исследования, которые показали себя с лучшей стороны и представляют нововведение в лечебной практике. Эта ошибка весьма распространена и присуща не только медицинской сфере, но и для всей деятельности человека. Основной причиной является заинтересованность исследователя в получении положительного результата. Исследователь работает, в той или иной мере отдавая предпочтение рабочей гипотезе. Если она не подтверждается, то это ведет к потере интереса к опубликованию. А не распространение результатов может быть опасным для проведения дальнейших исследований. Так, в 80-х годах XX века группа авторов исследовали антиаритмическое ЛС. В группе пациентов, которые его получали, обнаружилась высокая летальность. Авторы расценили это как случайность, и, поскольку разработка этого антиаритмического ЛС была прекращена, то

публиковать материалы не стали. Позднее подобное антиаритмическое ЛС – флекаинид – стало причиной гибели множества людей [2, с. 161–166].

Немаловажным фактором является и заинтересованность спонсора исследований. При получении положительных результатов исследования, которые впоследствии таким же образом скажутся на продажах или имидже, они могут многократно публиковаться. Такой принцип часто используют в фармацевтических компаниях, производители оборудования, не желающие выставлять напоказ результаты исследований, которые могут произвести отрицательный эффект.

На вероятность опубликования влияют разные факторы помимо основного фактора – результата исследования. Одним из таких является языковое смещение, тесно связанное с СО финансирования. Результаты исследований, исходящие из англоязычных стран Запада, публикуются намного чаще, что так же поддерживается существенным финансированием этих исследований. Они вызывают большее доверие у редакторов, чем материал из развивающихся стран. Однако это не мешает периодической публикации в лучших журналах одиозных фальсифицированных исследований из этих стран или плагиата.

СО отсрочки публикации. Все исследования, имеющие меньшие шансы на опубликование, одновременно еще и позднее публикуются. Для инициативных исследований отсрочка в опубликовании может составлять многие годы.

СО сообщаемого исхода заключается в том, что исследователь публикует те изученные признаки, которые наиболее привлекательны, или лучше подтверждают интересы спонсора, в то время, как клинически важные исходы могут не сообщаться, сообщаться не полностью, или сообщаться в более поздних публикациях.

Исследователь, выполняющий систематический обзор, также может внести СО в его результаты. Поэтому систематические обзоры также должны оцениваться читателями критически. Прежде всего, такая ошибка возникает за счет исключения исследований из обзора и манипулирования критериями включения.

Выводы: для отдельно взятого читателя, который знакомится с отдельно взятой статьей наличие публикационной СО незаметно, именно поэтому у врача на первом месте должен быть поиск защищенной от СО информации, прежде всего – систематических обзоров.

Использованная литература

1. Власов В.В., «Систематические ошибки и вмешивающиеся факторы».
2. Cowley AJ, Skene A, Stainer K et al. The effect of lorainide on arrhythmias and survival in patients with acute myocardial infarction: an example of publication bias. Int J Cardiol 1993;40(2):161–166.

**IMPACT OF THE EPIDEMIC OF CHILDREN OBESITY ON THE
GENERAL HEALTH INDICATORS AND WAYS OF ITS PREVENTION**

Pomogaybo E.G.

According to WHO, the number of children who are overweight or obese in the world increased from 32 million in 1990 to 42 million in 2013. If this trend continues, the number of infants and young children who are overweight in 2025 will grow to 70 million. Growth of in obesity in children increases the epidemic in adults and creates a growing threat to the health future generation [1].

Increased attention to the problem is caused by not only its rapid growth, both in developed and developing countries, as well as the fact that the relationship between increased body weight in childhood and in adulthood can be traced in recent years. At the same time obese children increases the probability of developing non-communicable diseases, and they are often stigmatized.

Childhood obesity is associated with metabolic syndrome, which includes type 2 diabetes, insulin resistance, dyslipidemia, hypertension, ovarian hyperandrogenism, and other conditions. However, to date, not all countries are aware of the importance of this disease and have not been fully evaluated its effect on the health of the population as a whole. Risks of many non-communicable diseases, which are caused by obesity, depends on time of the beginning, the extent and duration of the disease [2]. Considering the importance of these parameters, it should be noted that the rapid growth in the number of obese children are likely to lead to a substantial increase in the burden of non-communicable diseases that exist in virtually all countries, a decrease in life expectancy and a significant increase in the number of years lived in a state of disease. This, in turn, will be connected with significant costs of health system [3].

The increase in the obesity rate among children affected by various factors, many of which are manageable, and are not sufficiently effective system of prevention, based only on the basic methods of health promotion. Thus, the epidemic of overweight and obesity can be prevented with the assistance of the state health care system, as well as schools and communities. They play a significant role in understanding the significance of the healthier foods selection and regular physical activity among both parents and children [4].

Conclusion. The ongoing epidemic of obesity among children significantly affects the health of the population. To avoid it is necessary to unite both governmental non-governmental organizations and the private sector. At the same time, WHO performs an integrating function and should involve a variety of partners and stakeholders to decision this goal. Parents, school staff and doctors play an initial role in the formation of the skills of a healthy diet and physical activity in children and adolescents.

References

1. Francesco Branka. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response / edited by Francesco Branka, Haik Nikogosian and Tim Lobstein; WHO Library Catalogue in Publication Data. – Copenhagen, Denmark, 2009.
2. Netrebenko DC Childhood obesity: the origins of the problem and find solutions // Pediatrics. – 2011. – № 6. – S. 104–113.
3. Lobstein T. Obesity In children/ BMJ. – 2008 – Vol. 337. – P. 669. Pretlow R. A. Overweight and obesity in childhood / R. A. Pretlow. // Pediatrics. – 2008 – Vol. 122 (2). – P. 476.
4. Lobykina EN Methodology of overweight and obesity prevention body at the present stage / EN Lobykina, O. Khvostov, LA Proskuryakova, Yu Ruzaev // Occupational diseases and health promotion. H 2008. – N° 2.I S. 18–22.

FEATURES OF OBESITY EPIDEMIC IN DEVELOPING COUNTRIES

Pomogaybo E.G.

Currently, obesity is recognized as one of the major challenges for health care systems worldwide. It often causes a number of severe chronic diseases, which are combined in the metabolic syndrome. Besides each year increasing prevalence of obesity among children and adolescents, as well as observed the relationship between excess weight in childhood and adolescence and obesity among adults [1].

Previously this problem was relevant only to high-income countries. To date, the rate of new cases of obesity and excess weight is recorded more frequently in low-income countries, per capita, this trend is especially for city residents. It should also be noted that in developing countries, these consequences of obesity, such as hypertension and diabetes are developing much faster than in the developed and are morbid character. At the same time against the background the growing pandemic of obesity some developing countries still continue to struggle with malnutrition. As a result, obesity and malnutrition may be combined in one and the same country, community, or even family.

Numerous studies conducted worldwide have shown that in many countries with low and middle-income countries there are no real data on the prevalence of overweight and obesity, which further aggravates the problem of searching for solutions [2,3]. If we make a comparison of the development of the obesity epidemic in the developed and developing countries should be noted that the process of globalization that exists today throughout, even more intensified disparities between rich and poor. While people with higher income can afford all the variety of a commodity market, low-income countries are forced to switch to a diet of lower quality, rich in fats and in carbohydrate. This process has also changed the nature of agricultural and food systems, as well as the quality, type, value and attractiveness of products available for consumption. World market integration impact on

specific dietary schemes, especially in middle-income countries, it is grafted to the greater consumption of vegetable oil and food, held a significant preliminary processing, which is associated with the policy of foreign direct investment [4].

Conclusion: currently, many countries with low social and economic status along with infectious diseases and malnutrition are forced at the same time to deal with non-communicable diseases such as obesity. In children, this double problem associated with inadequate nutrition at an early age, followed by a high-energy diet begins with a large intake of fat and micronutrient deficiency. Some of the main causes of obesity and diet-related chronic diseases in the world are closely linked to the global policies in nutrition and public health fields, particularly among low-income countries. Thus, it can lead to significant medical and social problem and the costs of health care systems in poor countries.

References

1. Bol'shova O.V. Ozhirinnya in Kindergarten that pidlitkovomu vitsi / O.V. Bol'shova // Health Protection of Ukraine. – 2008. – № 18 (1). – P. 50–53.
2. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. – ВОЗ, 2009. – 408 с.
3. International Obesity Task Force. Childhood obesity [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.ietf.org/childhoodobesity.asp>. – Date of access: 20 Aug. 2008.
4. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/index.html. – Date of access: 20 Aug. 2008.

STUDY OF THE MECHANISMS OF EATING DISORDERS, AS SIGNIFICANT PREDICTORS OF OVERWEIGHT AND OBESITY

Pomogaybo E.G.

Based on observations in 30–40 % of cases, patients with obesity are observed those or other eating disorders. Such disorders, in turn, are factors that can lead to relapse after obese patients decrease in body weight significantly. It must always be taken into account when choosing the appropriate method for the correction of excess weight and obesity.

There are several types of such disorders, and often they can be combined in the same patient, which proves the similarity of their mechanisms of development. The most common disorder is the externalities behavior. It manifests itself increased the patient's response to external stimuli, such as a well-decorated table, or advertising on TV products. At the same time, patients begin to eat, regardless of whether they are hungry or not. This group of people prone to overeating outdoors or to eat delicious food until it finished. Thus, a person with such eating disorders always takes food when it is available [1–2, 5].

Emotiogenic eating behavior is observed in most of the patients with overweight or more often called hyperergic reaction to stress and emotional overeat-

ing. When this disorder a person uses food when experiences an emotional discomfort. Consequently, the patient eats not then when he is hungry, but because he irritated or depressed. Among obese patients may still occur compulsive hyperphagia, which clinically manifested time-limited episodes of overeating. One type of compulsive hyperphagia is nocturnal hyperphagia. Such bulimic episodes often end due to excessive overfill of the stomach. Studies have proven the dependence of the disorder with the upbringing of children in families where the food is the main source of pleasure. The consequence of such an incorrect stereotype is fixed and in later life. It is considered that the basis of these two states is stress, but when a person has hyperergic reaction reason he is aware the reason that it has caused, and when he has compulsive hyperphagia is not recognized. Among such disorders also distinguish carbohydrate thirst and premenstrual hyperphagia. Carbohydrate food or thirst is usually consumption of sweet and fatty foods at the same time, in this case the food eaten reminds effect of the drug. Premenstrual hyperphagia may occurs a few days before the beginning of the menses and is also characterized by the predominant reception of sweet or fatty foods.

Conclusion: initially, based on the mechanisms of these disorders is recommended a gradual exclusion from the diet of high-calorie foods and also need to train the patient to the food intake in the same place and at the same time, best thing 3–4 times a day at the table in the room, and not in the kitchen. In this reception of food should be slow, and while eating is necessary to think of the pleasure of it. For the first time is necessary to avoid situations that can cause overeating and should not be an excess of food at home. Another very important to teach the patient to distinguish hunger from emotional discomfort [3, 4].

References

1. Ascension TG Vakhmistrov AV Clinico-psychological analysis of eating disorders in obesity // Journal. nevrol. and psychiatry. – 2001. – № 12. – S. 19–24.
2. Ascension TG, Safonov VA, Platonova NM Eating disorders and comorbid symptoms of obesity and methods of their correction // Journal. nevrol. and psychiatry. – 2000. – № 12. – S. 49–52.
3. Babio N. A two-phase population study: relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. / N. Babio, J. Canals, A. Pietrobelli et al. // Nutr. Hosp. 2009. Vol. 24, N 4. P. 485–491.
4. Lobstein T. Obesity In children/ BMJ. – 2008 – Vol. 337. – P. 669.
5. Iughatti L., Besideii G. Nutrition and Obesity. – Oksford: Oxfordpress, 2008. – 272 p.

МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПЕДІАТРІЇ

Галічева Н.О., Чумак Л.І.

Для дослідження якості життя як взагалі, так і зокрема в педіатрії застосовуються дві групи методик. Методика включає у себе опитувальник, методику опитування та спосіб розрахунку коефіцієнту якості життя згідно з опитувальником.

Більшість країн світу має спеціалізовані центри по вивченню якості життя дітей. Це Відділ медичної психології Гамбурзького університету (Германія), Відділ дитячого здоров'я Інституту профілактики і здоров'я (Нідерланди), Дослідницький центр МАРІ (Франція), Центр результатів дитячого здоров'я (США), Інститут економіки здоров'я (Канада), Відділ клінічної епідеміології та біостатистики університету Мак Мастера (Канада), Міжнародний центр дослідження якості життя (Росія). Визначення поняття «якість життя дитини» має певні особливості та визначається J. Bruil як сприйняття дитиною різних сфер життя, що мають для нього значення, і ті відчуття, які пов'язані для нього з проблемами у функціонуванні [1, С. 230]. Дослідження якості життя в педіатрії дає змогу отримувати дані щодо особливостей сприйняття дитиною оточуючого світу та самого себе, відношення дитини до свого здоров'я, лікування, ступеню задоволеності лікуванням, закономірностей виникнення у життя дитини та його родини характерних психологічних та соціальних проблем під час розвитку захворювання, стан «оптимального здоров'я» з позиції самої дитини та його батьків. Концепція дослідження якості життя в педіатрії базується на принципах загальної концепції дослідження якості життя у клінічній медицині. Складові компоненти, за якими оцінюється якість життя дитини мають певні особливості. Основне значення для дитини мають такі сторони життя як спілкування з однолітками, гра, самооцінка, відсутність або наявність болю, голоду. Тому для дітей розроблені особливі опитувальники, які враховують ці аспекти. Вони також як і для дорослих поділяються на загальні та спеціальні. Серед загальних це – «Child Health Questionnaire» (CHQ) – опитувальник здоров'я дитини; KYNDL – Європейський опитувальник оцінки якості життя дітей; TACQOL – опитувальник оцінки якості життя в педіатрії; «PedsQLTM 4.0 Generic Core Scals» – дитячий опитувальник якості життя; «Child Health and Illness Profile» (CHIP) – профіль здоров'я та захворювань у дітей; «Autoquestionnaire Infant Image Questionnaire» (AUQUEY) – опитувальник оцінки якості життя в неонатології; «How Are You» (HAY) – опитувальник стану дитини [2, С. 27–28].

Окрема група методик – це специфічні методики, які відображають безпосередній вплив хвороби та її симптомів на якість життя пацієнта. Більшість спеціальних опитувальників розроблена у таких розділах медицини як кардіологія, гастроентерологія, ревматологія, неврологія, ендокринологія, онкологія, пульмонологія та трансплантологія [3, С.322].

Висновки. Названі методики дозволяють правильно обрати інструмент дослідження якості життя для конкретного дослідження для отримання достовірних даних.

Використана література

1. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание/ Под ред. Акад.РАМН Ю.Л.Шевченко. / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.:ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», – 2007. – 320 с.

2. Чумак Л.І. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи управління якістю медичної допомоги дітям з цукровим діабетом: дис. канд.мед.наук: 14.02.03 / Чумак Любов Ігорівна. – Харків, – 2010. – 226 с.
3. The PedsQL Multidimensional Fatigue Scale in type 1 diabetes: feasibility, reliability, and validity. / J.ĕ[et al] // Pediatric Diabetes [Pediatr Diabetes]. – 2009. – Aug. – Vol.10(5). – P. 321–328.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ В УКРАИНЕ

Головко Я.И., Гунько А.

Решение проблемы инвалидности – одна из ведущих задач для сохранения общественного здоровья в мире. Развитые страны активно привлекают внимание к такому распространенному социальному явлению, пытаются обеспечить качество жизни населения на достойном уровне. Актуальность этого вопроса остро стоит и в Украине, в связи с экономическими, социальными, военными и экологическими факторами.

Процент инвалидности неуклонно растет и составляет более 15 % в мире. В Украине количество людей с ограниченными возможностями составляет 6,1 % от всего населения или более 2,8 миллионов человек [1].

Государственная политика в отношении инвалидов заключается в реализации законодательной базы Украины соответствующими инстанциями и создании наиболее благоприятных условий социального, экономического и правового характера для обеспечения развития собственного потенциала и индивидуальности, успешной адаптации и равенстве во всех сферах жизни. Гарантии прав людей с ограниченными возможностями регламентируются более 2 тысячами правовых актов, ведущими из которых являются Конституция Украины, законы Украины «Об основании социальной защищенности инвалидов Украины», «О реабилитации инвалидов в Украине», «О социальных услугах», работой Государственной целевой программы «Национальный план действий по реализации Конвенции о правах инвалидов» на период до 2020 года, от постановления КМУ от 01.08.2012 г. [2].

Общее распределение численности инвалидов в Украине составляет: I группа – 10,7 % (298,2 тыс. чел.), II – 37,8 % (1 054,4 тыс. чел.), III – 45,5 % (1 268,5 тыс. чел.) – по состоянию на 1.01.2013 г. Неутешительный факт, что в соответствии с данными за 2011 год, среди лиц, которые впервые признаны инвалидами часть людей трудоспособного возраста составила 79,3 % (139,6 тыс.).

Среди болезней, которые влекут за собой развитие инвалидности, сохраняется такой порядок: на первом месте – болезни системы кровообращения (24,4 %), втором – новообразования (20,0 %), третье – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (11,1 %), четвертое – болезни глаза и придаточного аппарата (3,7 %), а также другие заболевания, ведущие к стойкой утрате трудоспособности (4,2 %) – эндокринные болезни, расстройства пищеварения и обмена веществ.

Проводя анализ динамики численности инвалидов Украины, по данным Госстатистики и Минсоцполитики, можно сделать следующие выводы о увеличении их количества с 2006 г. (2 495 241 чел.) по 2013 г. (2 788 226 чел.) на 292 985 чел. [3]. Также, одной из актуальных составляющих в структуре инвалидности является инвалидность среди детей. Их количество составляет 167,1 тыс. чел. (0,6 %). Ведущие причины детской инвалидности: 1 место занимают врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (30,0 %); 2 место – болезни центральной нервной системы (17,9 %); 3 место – психические и поведенческие расстройства (13,9 %), по сравнению с данными на 2002 г. – 22,7 %, 16,7 % и 15,4 % соответственно [1].

Неудовлетворительная социально-экономическая ситуация в стране, низкий уровень жизни и медицинского обеспечения, экологические и психологические факторы обуславливают неблагоприятные перемены в здоровье населения и развитию заболеваемости. Современная ситуация в здравоохранении принуждает к обращению большего внимания к улучшению работы терапевтов и семейных врачей при первичном обращении населения, выявлении факторов риска, постановке на диспансерный учет, выработке плана по оказанию вторичной и третичной медицинской помощи и, прежде всего, профилактике заболеваний как главному звену для развития здоровой нации [4].

Данные Научно-исследовательского института социально-трудовых отношений в 2010 году отображают мнение людей с ограниченными возможностями по поводу своего состояния: среди более 2 тыс инвалидов 82,4 % считают, что люди относятся к ним иначе из-за своего положения; 73,4 % – избегают общества из-за чувства неуверенности и неполноценности. Поэтому в Украине актуально, как никогда, руководствуясь законодательством (в частности, КУ закон «Об основании социальной защищенности инвалидов Украины» ст. 2) создание условий равенства, удовлетворение потребностей в быту, инфраструктуре, труде, образовании, культуре, охране здоровья, максимально полноценной реабилитации, социальной защите и общественной деятельности. Важной задачей является устранение барьеров в специфическом отношении к инвалидам, к таким негативным социальным явлениям как ментальные преграды, состоящие в непонимании их проблем; физические – в связи с транспортным и архитектурным несовершенством; информационные – наиболее актуальны для людей с недостатками зрения, слуха, интеллекта и психическими расстройствами [2].

Таким образом, актуальными направлениями для создания благоприятных условий жизни людям с инвалидностью является обеспечение реализации лицам этой категории их прав и государственных гарантий, развитие международного сотрудничества в этой сфере. Необходимо повышение информированности населения о потребностях инвалидов, трудоустройство, материальная, социальная и реабилитационная помощь, приоритет охраны здоровья населения.

Использованная литература

1. <http://ukrhelpt.net/ru/statistika-invalidizatsii-v-ukraine.html>.
2. Конституция Украины.
3. Динаміка чисельності інвалідів за регіонами України станом на 1 січня 2006 року – 1 січня 2013 року (за даними Держстат та Мінсоцполітики).
4. http://journal.ukrcardio.org/cardio_archive/2005/1/ipatov.htm.

ПЕРВИННА ТА ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

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

Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) – одна з найактуальніших проблем сучасної медицини. Так, сьогодні на Україні захворюваність пов'язана саме з серцево-судинною патологією, яка призводить до інвалідизації та летальності серед населення різних вікових груп і посідає друге місце серед хвороб системи кровообігу (9,6 % та 17 % відповідно (за даними захворювання в харківській області 2013 року [1, С. 51]. Найбільш важка форма церебро-васкулярних захворювань (ЦВЗ) – це інсульти [2, С. 76]. ГПМК займають 7 % у структурі ЦВЗ в Україні.

Розповсюдженість ЦВЗ в Харківській області склала 9694,6 на 100 тис. населення. Це декілька нижче, ніж у 2012 році (10456,9 на 100 тис. населення), але вище, ніж загальноукраїнські показники. Досить високими є показники летальності серед дорослого населення, при цьому в 2012 та 2013 роках цей показник в Харківській області був 194,31 і 194,39 на 100 тис. населення. При цьому летальність була в 2 рази вищою у міського населення у порівнянні з сільським як у 2012, так і в 2013 роках [3, С. 600].

За даними міжнародних епідеміологічних досліджень у світі щорічно реєструється 15 млн. інсультів, кожні 2 хвилини хто-небудь захворює на інсульт. Половина інсультів та третина летальних ісходів трапляються у людей, молодших за 70–75 років [4, С. 57–59], [5, С. 3].

Лікарі відмічають, що інсульт «помолодшав»: так відсоток хворих до 45 років склав 10–15 %. Первинна профілактика ГПМК складається у диспансерному нагляді хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ), ішемічну хворобу серця (ІХС), особливо миготливу аритмію і цукровий діабет, ревматизм. Регулярно треба слідкувати за рівнем «поганих» ліпопротеїдів крові: ліпопротеїдів дуже низької щільності, коефіцієнту атерогенності та рівнем «гарного» ліпопротеїду високої щільності, а також боротись із різними факторами ризику: палінням, зловживанням алкоголем, гіпокінезією, надмірною масою тіла, особливо абдомінальним ожирінням, вживати побільше рідини та невелику кількість солі. До методів вторинної профілактики ГПМК належить щоденний прийом антигіпертензивних засобів (у хворих на артеріальну гіпертензію), статинів, метаболічну і нейротрофічну терапію, фізичну реабілітацію [6, С. 5], [7, С. 60].

Висновки: 1. ГПМК – вагомий фактор ризику інвалідності і летальності у мешканців Харкова та Харківської області. 2. Первинна профілактика

ГПМК повинна включати адекватну диспансеризацію групи «ризик» (хворих на ГХ, ІХС, особливо миготливу аритмію, цукровий діабет, ревматизм, дисліпідемію) боротися з «абдомінальним» ожирінням, палінням, зловживанням алкоголем, сіллю, гіпокінезією. 3. Вторинна профілактика ГПМК включає обов'язкові лікувально-реабілітаційні заходи згідно світових і вітчизняних протоколів.

Використана література

1. Григоров Н.Н. Цереброваскулярные заболевания – одна из причин инвалидизации разных возрастных групп населения Харьковской области /Н.Н. Григоров, И.А. Григорова, О.А. Тесленко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – № 3 – 4124 – 25 – 2015. – С. 51–54.
2. Міщенко Т.С. Епідеміологія неврологічних захворювань в Україні /Т.С.Міщенко // NeuroNews. – 2008. – № 3. – С. 76–77.
3. Зайцев О.М. Основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Харківської області за 2012–2013 рр. / розробка КЗОЗ «Харківський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації. – 2014. – 657 с.
4. Скворцова В.И., Соколов К.В., Шамалов Н.А. Артериальная гипертензия и цереброваскулярные нарушения / Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – №11. – С. 57–65.
5. Leys D/ Atherothrombosis: a major health burden // Cerebrovascular Disease – 2001. – V.11 (suppl.2) – p. 1–4.
6. Міщенко Т.С., Поліщук М.Є., Гуляєва М.В. Шляхи удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам з мозковим інсультом в Україні (матеріали III національного конгресу «Інсульт та судинно-мозкові захворювання». – Київ, 6–7 листопада 2014 р. – С. 4–6.
7. Сіренко Ю.М., Радченко Г.Д. «профілактика уражень мозку при артеріальній гіпертензії» // Артеріальна гіпертензія. – 2012. – № 2, т. 10. – С. 56–72.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПОЄДНАНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ (ЧМТ) ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ТРАВМИ (ЩЛТ)

Григоров С.М., Григорова І.А., Тихонова О.О., Копітько М.С.

Проблема поєднаної ЧМТ та ЩЛТ – є не лише медичною, а і соціальною. Так в Україні до 90 % в структурі госпіталізації в стоматологічне відділення в м. Харкові і області займають пошкодження лицевого черепа (ЩЛТ), що поєднуються з ЧМТ.

Наступного часу в нашій країні спостерігається зростання бойової травми, як у військових, так і у мирного населення [1, С. 6]. відомо, що бойова поєднана травма є більш тяжка, ніж мирна, оскільки вона має «розривний характер» пошкодження тканин і до того ж у населення, перебуваю чого в зоні АТО, спостерігається посттравматичний розлад – як реакція на важкий стрес, та пов'язані з ним – розлади адаптації [2, С. 10].

Ми спостерігали 25 хворих з бойовою та 100 – з мирною поєднаною травмою. Нами виявлені головний біль, астения, синдром вегетативної дистонії, ліквородинамічні, дизсомнічні порушення, атактичні, когнітивні та психо-емоційні розлади [3, С. 40]. у зв'язку з пошкодженням лицевого скелету, та верхнещелепного сугавів, а також пошкодженням нижньої щелепи і м'яких тканин обличчя та шиї, у всіх постраждалих мав місце больовий синдром і неможливість відкрити рота, а також мало місце порушення ковтання (дисфагія). З цього приводу нами застосовувалась спочатку парентеральна, а потім оральна ородисперсна форма мелоксикаму (мовіксикам) у дозі 15 або 7,5 мг. Призначення мовіксикаму сприяло адекватному знеболювання

на 3 день, що поліпшувало якість життя [4, С. 62]. Виявлені когнітивні розлади (за допомогою шкали Моса) та тривожно-депресивний синдроми (виявлені за шкалами Спілберга-Ханіна та Бека) потребували відповідного додаткового лікування нейротрофічним препаратом-церебролізином (10,0 в/в №10) [5, С. 345–346], та цитиколіном, у поєднанні з венотонічними засобами та антибактеріальною та протинабрякованою терапією, а також адекватного імобілізацією, пластикою обличчя та фізіотерапевтичним лікуванням.

Використана література

1. Григоров С.М. Поєднана черепно-мозкова травма (ЧМТ) та щелепно-лицева травма (ЩЛТ) / С.М. Григоров, А.О. Григорова, О.О. Тихонова, М.С. Копітько // науково-практична конференція «Карпатські читання», 9–11 червня 2016 р., м. Ужгород, С. 6.
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Редакція на важкий стрес та розлади адаптації». Посттравматичний стресовий розлад. Затв. Наказом Міністр. Охор. здоров'я України 23.02.2016 № 121. – (Кравченко В.В., Пінчук І.Я., Марценковський І.А. та ін.). – Київ. – Харків. – 2016. – 58 с.
3. Куфтеріна Н.С. Клініко-діагностичні аспекти поєднаної черепно-мозкової та щелепно-лицевої травми /Н.С. Куфтеріна, Н.С. Григоров // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української стоматологічної академії. – Полтава, 2013. – С. 40–43.
4. Григорова И.А. Опыт комплексного лечения болевого синдрома на фоне дисфагий / И.А.Григорова, О.А.Тесленко, Е.А.Погребняк // Міжнародний медичний журнал. – Т. 22, № 1(85). – 2016. – С. 61–67.
5. Копітько М.С. Улучшение качества жизни пациентов с сочетанной черепно-челюстно-лицевой травмой /М.С. Копітько, О.О. Тихонова // Медицина третього тисячоліття [зб.тез міжвуз.конф. мол.вчен. та студ]. – Харків, 2016. – С. 345–346.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ

Зинчук А.Н., Бочарова Т.В., Нарук М., Бочарова М.Ю.

Актуальность. Традиционно, к странам Восточной Европы относят Польшу, Чехию, Болгарию, Белоруссию, Украину – государства, которые имеют немало общего в историческом и социально-экономическом плане и населены преимущественно славянскими народами. Демографическая ситуация в этих странах, за редким исключением, характеризуется низким уровнем рождаемости и естественного прироста населения [1–3].

В связи с высокими темпами развития современного общества, в последние десятилетия наблюдаются изменения в образе жизни и поведении населения. В первую очередь увеличивается количество людей, ведущих малоактивный «сидячий» образ жизни [4, 6]. Во-вторых, огромное количество людей предпочитает вести ночной образ жизни, повышая активность во время, когда организм должен восстанавливаться и отдыхать. И это, не учитывая возрастающее количество населения, обремененного общеизвестными «вредными» привычками. Особенно удручающими выглядят эти факты в отношении молодежи, подростков и детей, которые, зачастую, примеряют на себя образ жизни взрослых.

Известно, что малоподвижность приводит к развитию сердечно-сосудистой и эндокринной патологии и является одним из основных факторов риска развития ожирения, сахарного диабета и атеросклероза [5, 6]. Учитывая профилактическую направленность современной медицины, особенно актуальным среди молодежи представляется популяризация здорового образа жизни в плане увеличения физической активности и соблюдения правильного режима дня [6–8].

Цель исследования: определить уровень физической активности и особенности активного поведения подростков, проживающих в Украине и Польше.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие по 40 учеников средних школ Харькова (Украина) и Люблина (Польша) в возрасте 15–16 лет. Выборка школьников произведена с одинаковым количеством респондентов. Статистическая обработка материала производилась при помощи пакета статистических программ Statistica (версия 6.1).

Результаты. Средний возраст польских школьников составил $15,8 \pm 0,1$ лет, из них $20 \pm 6,3$ % составили мальчики и $80 \pm 6,3$ % девочки. В украинской группе средний возраст подростков составил $15,4 \pm 0,08$ лет, из которых $65 \pm 6,9$ % были девочки. Согласно расписанию, занятия физической культурой в харьковской школе проводятся 2 раза в неделю, в Люблине – 3 раза в неделю. Опрошенные украинские школьники посещают занятия физической культурой 1–2 раза в неделю. Отсутствие на занятиях они объясняют плохим самочувствием, болезнью или просто нежеланием. В отличие от украинских школьников, $70 \pm 7,2$ % польских школьников посещают занятие физ-

культуры 2–3 раза в неделю, $5\pm3,4$ % – 1–2 раза в неделю и $25\pm6,8$ % опрошенных освобождены от занятий по медицинским показаниям. Вне школы $55\pm7,9$ % украинских школьников посещают разные спортивные секции с периодичностью 2–3 раза в неделю. Наиболее популярными видами спорта являются теннис, плавание и фитнес. Польские школьники несколько активнее посещают спортивные секции, $72,5\pm7$ % принимают участие во внешкольных физкультурных мероприятиях. Молодежь в Польше большую часть свободного времени играет в футбол и ездит на велосипеде (по $19\pm6,2$ %),

а также играет в баскетбол ($15\pm5,6$ %).

Выводы. В результате проведенного исследования можно сделать вывод, что подростки в Люблине и Харькове демонстрируют некоторые отличия уровня физической активности. Польские школьники имеют большее количество занятий физкультурой в школе, но четверть из них эти занятия не посещают в связи с наличием документально подтвержденных проблем со здоровьем. Украинская молодежь, в отличие от польской, в меньшей степени участвует в спортивных внешкольных мероприятиях. Возможно, украинские школьники ведут менее подвижный образ жизни, предпочитая проводить свободное время возле экранов телевизоров и компьютеров. Подобные различия обусловлены не только особенностями и различиями в школьной программе Украины и Польши, а также социальными факторами и степенью развития спортивной инфраструктуры в данных регионах. Поэтому особенно актуальным на сегодняшний момент является продвижение здорового активного образа жизни, особенно в сочетании с правильным полноценным питанием и адекватным режимом сна и отдыха.

Использованная литература:

1. Александров А.Г., Лукьяненко П.И. Философские и психологические аспекты критериев качества жизни популяции в формате демографических показателей // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 6–5. – С. 966–970.
2. Романюк А.И., Гладун А.Н. Демографические тенденции в Украине: прошлое, настоящее и будущее // Демография и социальная экономика. – 2015. – № 3(25). – С. 21–42.
3. Малиновская Е.А. Украинско-Польский миграционный коридор: особенности и значение // Демография и социальная экономика. – 2015. – № 2(24). – С. 31–40.
4. Betlejewski S. Choroby społeczne, cywilizacyjne czy choroby stylu życia // Wiadomości Lekarskie. – 2007. – V. 60, N. 9–10. – P. 489–492.
5. Kurowska K, Ratajczyk M. The impact of health behaviours on the quality of life patients with arterial hypertension // Arterial Hypertension. – 2012. – V. 16, N. 6. – P. 345–352.
6. Сенаторова Г.С., Гончарь М.О., Чайченко Т.В. та ін. Епідеміологічне дослідження стану серцево-судинної системи підлітків у школярів Харківського регіону (етап перший) // Современная педиатрия. – 2011. – № 6. – С.

7. Johnson S.B., Millstein S.G. Prevention opportunities in health care settings // American Psychologist. – 2003. – V. 58, N. 6–7. – P. 475–481.
8. Chaput J.P., Katzmarzyk P.T., LeBlanc A.G. et al. Associations between sleep patterns and lifestyle behaviors in children: an international comparison // Int. J. Obes. Suppl. – 2015. – V. 5, N. 2. – P. 59–65.

ЕКОЛОГІЧНИЙ РОЗВИТОК СУСПІЛЬСТВА ЯК ЧИННИК ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН

Крюков О.І.

Важливим фактором розвитку держави є різні теорії екологічного розвитку. Вони визначають методологічні підходи до здійснення природоохоронної діяльності та впливають на характер екологічної безпеки громадян. Можливо виділити чотири моделі теорій екологічного розвитку: антропоцентристська, інвайроменталістська, радикальна та стійкості й цілісності світу [1, с. 9].

На наш погляд, базовою концепцією в розумінні екологічної безпеки держави є взаємовідносини людини та навколишнього середовища, тобто антропоцентристська теорія.

Антропоцентризм (грец. – людина і лат. – центр) – різновидність телеології, філософське вчення, за яким людина є центром Всесвіту і метою всіх подій, які в ньому відбуваються, що вона створена Богом «за своїм образом і подобою».

Антропоцентризм – це принцип, відповідно до якого людина є завершенням еволюції світобудови. Сам термін був вперше вжитий у добу Відродження. Суть його полягає в тому, що центр Всесвіту переноситься від проблем світобачення до конкретних проблем людини.

Антропоцентричні ідеї у своєму найбільш агресивному варіанті виражали «синдром підкорення» і надавали людині гегемоністський статус, який знімав обмеження з її експериментів над природою.

Щоб зрозуміти екологічний вплив цих тенденцій буде корисно поглянути на те, що американський еколог Б. Коммонер та інші вчені назвали чотирма неписаними законами екології:

1. Усе пов'язане з усім.
2. Усе мусить рухатися.
3. Природа знає краще.
4. Нічого не виникає з нічого.

Перший із цих неписаних законів – «усе пов'язане з усім» – вказує на складність і взаємопов'язаність екосистем. Ця складність і пов'язаність не такі, як в індивідуальних організмах, чиї різноманітні органи еволюціонували та були відібрані за критерієм користі для виживання й відтворення цілого.

Природа набагато складніша й різноманітніша, і значно гнучкіша, ніж передбачає метафора еволюції індивідуального організму. Екосистема може

втрачати види та переживати серйозні перетворення, не руйнуючись.

Але пов'язаність природи також означає, що екологічна система може переживати раптові приголомшливі катастрофи в ситуації межового тиску. «Система, – пише Б. Коммонер, – стабілізується за рахунок динамічних взаєморівноважених властивостей; ці самі властивості за сильного тиску можуть призвести до драматичного краху». Більше того, «екологічна система – це підсилювач, тому навіть незначне хвилювання в одному місці може мати значні віддалені в часі наслідки в іншому місці» [2].

Другий закон екології – «усе мусить рухатися» – повторює основний закон термодинаміки: в природі нема відходів, кількість матерії та енергії зберігається, а відходи одного екологічного процесу переробляє інший процес. Наприклад, повалене дерево чи колода у старому лісі стає джерелом життя для безлічі видів і є необхідною ланкою екосистеми.

Інший приклад: тварини виділяють вуглекислий газ у повітря та органічні відходи у ґрунт, і це живить рослини, якими харчуватимуться ті ж самі тварини.

«Природа знає краще» – третє неписане правило екології, як зазначає Б. Коммонер, «стверджує, що будь-яка значна антропогенна зміна в природній системі може стати згубною для цієї системи» [2]. Впродовж п'яти мільярдів років еволюції живі організми виробили великий набір речовин і реакцій, що утворюють живу біосферу.

Сучасна нафтохімічна промисловість за короткий час виробила тисячі нових речовин, які раніше не існували в природі. Сформовані за тими ж вуглецевими схемами, що і природні складники, ці нові речовини охоче включаються до наявних біохімічних процесів. Але це відбувається у способи часто руйнівні для життя, що призводять до мутацій, раку та різних проявів смерті й хвороб. «Відсутність певної речовини у природі, – пише Б. Коммонер – часто означає, що ця речовина не сумісна з хімією життя» [2].

«Нічого не виникає з нічого» – четверте неформальне правило, відбиває той факт, що експлуатація природи завжди призводить до екологічних втрат. Із суто екологічної точки зору люди більше споживають, ніж виробляють. Другий закон термодинаміки показує, що в процесі використання енергії люди «витрачають» (але не знищують) енергію – у сенсі, перетворюють її на вже більше не придатну для роботи. У випадку автомобіля, наприклад, високорівнева хімічна енергія, яку містить бензин, придатна для роботи, тоді як теплова енергія нижчого рівня в автомобільних відходах – не придатна. Під час будь-якого перетворення енергії якась її частина деградує таким чином. Тому екологічні витрати виробництва досить значні [2].

Антропоцентризм у природокористуванні веде до практики поділу об'єктів живого світу на категорії корисних і шкідливих, тотального винищення об'єктів живої природи, що не мають господарського значення або не сприяють розвитку економіки, хоча б місцевої.

Вихідні причини криються в тому, що людина на більшій частині свого сучасного ареалу поводить себе відповідно до статусу адвентивного виду як

біоценологічний агресор, який не пристосовується до середовища, а активно його змінює відповідно до власних потреб, не формуючи сталих трофічних, топічних чи будь-яких інших зв'язків.

Мутуалізм людини полягає виключно в культивуванні популяцій економічно вигідних видів (у формі монокультур), зокрема плантацій лісу, просяних культур та городини, свійських тварин чи мисливських звірів. Це посилюється масштабними експериментами з інтродукції, акліматизації та введення в культуру нових видів живих організмів, не властивих кожній конкретній місцевості, що посилює, зміни екосистем та веде до біоценологічних криз.

Використана література

1. Екологічна і природно-техногенна безпека України в регіональному вимірі: [монографія] / М. А. Хвесик, А. В. Степаненко, Г. О. Обиход та ін.; за наук. ред. д.е.н., проф., акад. НААН України М. А. Хвесика. – К. : ДУ «Інститут економіки природокористування та сталого розвитку НАН України», 2014. – 340 с.
2. Коммонер Барри. Замыкающийся круг / Барри Коммонер. – М. : Гидрометеиздат, 1974. – 280 с.

РОЗВИТОК СУСПІЛЬСТВА В КОНТЕКСТІ ЕКОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ ДЕРЖАВИ

Омаров Е.О.

Як свідчить розвиток суспільно-економічних формацій взаємовідносини людини і природи споконвіку були не простими. Особливого загострення вони набули наприкінці ХХ століття [1, с. 4].

В сучасних умовах проблема ефективного розвитку суспільства багато в чому залежить від гармонічних відношень між людиною та природою. Тому проблема екологічної безпеки держави є в сучасних умовах дуже актуальною.

Функція розвитку суспільства полягає в реалізації інтересів, і спрямована на закономірну зміну конкретних матеріальних об'єктів, таких, що ведуть до виникнення їх якісно нових станів або принципово нових об'єктів, як цілісних своєрідних систем.

Функція безпеки – це конкретні дії, які необхідно зробити, щоб захистити функцію розвитку соціальної системи від загроз, як потенційних, так і реальних, як внутрішніх, так і зовнішніх [2, с. 7].

У сфері екологічної безпеки державі відсутність дієвого механізму реалізації функції держави особливо небезпечно. Це обумовлено наростанням тривожних симптомів-передвісників екологічної катастрофи, досягненням в сучасних умовах тієї міри деградації біосфери під впливом цивілізації, яка ставить під загрозу існування самого життя на Землі.

Глобальні екологічні проблеми змусили вчених шукати нові моделі взаємодії суспільства, і природи, якими може виступити концепція стійкого ро-

звітку.

Не випадково, тому проблеми екології, раціонального природокористування і охорони довкілля знаходяться сьогодні в центрі пильної уваги юристів, економістів, філософів, географів, фахівців в області теорії державного управління, представників інших областей наукового пізнання, а також практиків – політиків і управлінців.

Подальший розвиток людської цивілізації бачиться в напрямку екорозвитку. Канадські спеціалісти А. Чанг та Г. Реджер визначили ідеологію цього процесу в наступних словах «Ми розглядаємо розвиток як комплексний процес, у якому соціальні й екологічні компоненти стають вище будь-яких економічних цілей» [3, с. 75].

Під екорозвитком суспільства розуміється такий розвиток, який враховує екологічні обмеження для даного історичного моменту й спрямований на збереження природних і антропогенних умов та ресурсів життя [2, с. 8].

Таким чином можна стверджувати, що створення ефективної і дієвої системи охорони навколишнього середовища – одне з найважливіших завдань, що стоять сьогодні не тільки перед Україною, але і перед урядами багатьох країн світу.

Досягнення зниження витрат на природоохоронні заходи при підвищенні рівня їх ефективності потребує запровадження нових інноваційних механізмів та напрямків розвитку сфери, яким є державно-приватне партнерство.

В різних країнах державно-приватне партнерство активно застосовується в широкому спектрі сфер суспільної діяльності, у тому числі у сфері забезпечення екологічної безпеки держави.

Використана література

1. Матвійчук В.К., Чугаєнко Ю.О., Саєнков О.І. Екологічна політика в системі державного управління національним господарством: Монографія. – К.: Національна академія управління, 2013. – 198 с.
2. Екологічна і природна – техногенна безпека України в регіональному вимірі.. Монографія. / М.А. Хвесик, А.В. Степаненко, Г.О. Обиход та ін.. За науковою редакцією. д.е.н., проф., академіка НААН України М.А. Хвесика. – К., ДУ «Інститут економіки природокористування та сталого розвитку НАН України, 2014. – 340 с.
3. Степаненко А.В. Концепції світового розвитку з урахування екологічних обмежень. / А.В.Степаненко // Економіка природокористування і охорони довкілля: [зб.наук.пр.] . – К.: ДУ ІЕПСР НАН України, 2011. – С. 70–80.

БРОНХОЛЕГЕНЕВА ДИСПЛАЗІЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Сенаторова Г.С., Черненко Л.М., Волік М.С.

У концепції Державної програми «Здорова дитина на 2008–2017 роки» відмічено, що охорона здоров'я дітей є пріоритетним завданням державної політики України і сучасного суспільства [1]. Однак, незважаючи на стрімке

впровадження новітніх технологій у неонатологію, показники неонатальної смертності в Україні не зменшуються [2]. У багатьох країнах спостерігається збільшення питомої ваги передчасних пологів на тлі демографічної кризи та погіршення репродуктивного і соматичного здоров'я населення [3]. Серед причин смертності дітей першого року життя 70 % складають такі, що залежать від стану здоров'я матерів і доступності та якості медичної допомоги жінкам під час вагітності, пологів і дітям у період новонародженості [4].

Організаційні й фінансові проблеми, пов'язані з виходжуванням недоношених дітей, перетворили неонатологію у вельми витратну галузь охорони здоров'я. Суто медична проблема набувала соціально-економічного характеру, вимагала пошуку підходів, які не зашкодять пацієнтові, але разом з тим зменшать витрати. Сьогодні вже не стоїть питання, чи варто виходжувати глибоконедоношених дітей з дуже малою та екстремально малою масою тіла при народженні. У всьому світі проводяться численні фундаментальні багатоцентрові дослідження за участю недоношених дітей, спрямовані на покращення результатів їх виходжування та подальшої медико-соціальної реабілітації до життя в суспільстві [3].

Розвиток перинатальної медицини, подальше вдосконалення методів виходжування новонароджених, респіраторної підтримки та інтенсивної терапії, використання замісної сурфактантної терапії дозволили не тільки значно підвищити виживання недоношених новонароджених, але і поставили перед неонатологами нові проблеми, серед яких перше місце за частотою й клінічною значущістю займає бронхолегенева дисплазія (БЛД) [5]. Починаючи свій патологічний шлях у ранньому дитинстві, у дорослих може призвести до незворотних змін з розвитком ускладнень і ранньої смертності [6]. Таким чином, діти із БЛД потенційно поповнюють популяцію дорослих хворих із хронічними обструктивними захворюваннями легень, що є досить істотною проблемою для клініцистів і науковців та потребує поєднання зусиль різних фахівців.

Відомості про поширеність БЛД в Україні поодинокі. До теперішнього часу не існує загально прийнятого протоколу діагностики й лікування БЛД. Не дивлячись на те, що бронхолегенева дисплазія була описана ще в 1967 році, в Україні до теперішнього часу лікарі недостатньо знайомі з даною нозологією. Орієнтуючись на назву «дисплазія», педіатри сприймають захворювання як ваду розвитку. Разом з тим, на наш погляд, БЛД рідко діагностують у неонатальному періоді і ще рідше призначається адекватне лікування таким пацієнтам, що в подальшому призводить до формування незворотних змін бронхолегеневої та серцево-судинної систем [4, 5].

У середньому частота розвитку БЛД складає 30 % від новонароджених, які потребують проведення ШВЛ [5]. За даними літератури, існує залежність розвитку бронхолегеневої дисплазії від маси тіла при народженні та гестаційного віку. Дане захворювання є вагомою причиною смертності та інвалідності серед дітей раннього віку [5]. У 42 % дітей із БЛД захворювання має хронічний перебіг з формуванням віддалених легеневих наслідків, таких як

хронічний бронхіт, інтерстиціальний пневмоніт, емфізема легень, облітеруючий бронхіоліт, рецидивуючий бронхіт, пневмосклероз, бронхоектази [5]. 44 % дітей із БЛД вмирають протягом першого року життя [5].

Таким чином, незважаючи на досить вражаючі зрушення в розумінні та реалізації моніторингу за дітьми із бронхолегеневою дисплазією, так звана «тиха епідемія» дітей, які народжуються недоношеними, потребує подальшої «наукової атаки» з метою окреслення чинників ризику, механізмів розвитку й прогресування ускладнень, що дозволить зупинити «трагічний марш» у напрямку хронічного захворювання легень у дорослих. Немає сумніву, що розробка й застосування протоколів діагностики та лікування бронхолегеневої дисплазії в практиці лікарів-педіатрів та пульмонологів дасть змогу своєчасно діагностувати захворювання, застосовувати загальноприйняті ефективні підходи до лікування, попередження розвитку та гальмування прогресування ускладнень у пацієнтів із БЛД. Більшість дослідників погоджується, що саме регресія хвороби повинна стати кінцевою метою для педіатрів-клініцистів і науковців.

Використана література

1. Концепція Державної програми «Здорова дитина» на 2008–2017 рр. Проект Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Державної програми «Здорова дитина» на 2008–2017 рр.» // Здоров'я України. – 2007. – № 17. – С. 17.
2. Демченко О. Б. Демографические проблемы и пути их решения / О. Б. Демченко // Здоров'я України. – 2011. – № 4 (19). – С. 13.
3. Шляхи розвитку неонатології України у ХХІ столітті / Є. Є. Шунько, О. Т. Лакша, О. О. Бєлова [та ін.] // Современная педиатрия. – 2011. – № 1 (29). – С. 10–12.
4. Батман Ю. А. Перинатальна диспансеризація плода, прогнозування невідкладних станів і особливостей адаптації новонароджених / Ю. А. Батман // Здоров'я України. – 2011. – № 4 (19). – С. 54–55.
5. Овсянников Д. Ю. Система оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией / Д. Ю. Овсянников. – М., 2010. – 151 с.
6. Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweight infants / A. A. Fanaroff, B. J. Stoll, L. L. Wright [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 196, № 2. – P. 1–8.

ИЗУЧЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ С ПОМОЩЬЮ ИНФОРМАЦИОННО-ЭНТРОПИЙНОГО АНАЛИЗА

Сокол К.М., Сокол В.К.

В настоящее время ВОЗ выделяет пропаганду здорового образа и стиля жизни как приоритетные направления решения задачи, оптимизации здоровья населения. Студенты высших учебных заведений считаются одной из приоритетных групп молодежи, причем сохранение их здоровья – одна из важных государственных задач. Систематическое наблюдение за образом

жизни, физическим развитием и распространенностью функциональных отклонений здоровья этой социальной группы с целью своевременной коррекции является актуальной гигиенической проблемой [1]. Главным направлением оздоровительной деятельности является оптимальный двигательный режим с учетом функциональных изменений подросткового возраста [2].

Указывается на необходимость использования при изучении образа жизни методов, направленных на прогноз и выявление факторов риска. Перспективным методом в этом отношении является информационно – энтропийный анализ (ИЭА), позволяющий определять энтропию как меру неопределенности, что дает основания судить об устойчивости биологической системы. Причем динамика энтропии под влиянием различных факторов отражает как оптимизацию, так и возможное ухудшение состояния, происходящее за счет возрастания неупорядоченности [3].

Целью настоящей работы, исходя из изложенного, явилось обоснование применения информационно – энтропийного метода при исследовании образа жизни студенческой молодежи, отличающейся по уровню физической активности.

В исследовании принял участие 141 юноша, средний возраст которых составил $(19,11 \pm 0,12)$ лет. Все участники исследования являлись студентами одного из высших учебных заведений г. Харькова. В качестве исходной информации использованы результаты социологического обследования с использованием разработанных нами анкет, в состав которых были включены вопросы по основным компонентам образа жизни. Респонденты были разделены на две группы, в зависимости от наличия в их повседневной жизни занятий физической культурой (ФК) и спортом: 1 группа ($n=37$) – занимающиеся (ЗФК) и 2 группа ($n=104$) – не занимающиеся (НЗФК).

Использование ИЭА позволяет более последовательно анализировать сложные ситуации, этот метод создает возможности к непосредственной интерпретации данных, что облегчает понимание функционирования сложных систем. Кроме того, применение общих принципов системного анализа облегчает переход к динамической модели. Таким образом, особенности ИЭА позволяют рекомендовать его при анализе особенностей образа жизни, рассматриваемого в качестве системы, компоненты которой формируют сложную иерархию взаимосвязей.

Изучение основных компонентов образа жизни позволило установить, что в группе ЗФК по ряду параметров уровень ОЭ значительно ниже, чем в группе НЗФК. Так, для четырехразового питания этот показатель составил соответственно 15,99 % и 20,27 %, для длительности самостоятельных учебных занятий менее трех часов – 60,91 % и 64,68 %, для длительности ночного сна менее шести часов – 2,35 % и 7,35 %.

Приведенные результаты позволяют установить в определенном смысле иерархию факторов риска, повышающих вероятность сдвига образа жизни в нездоровую сторону. На первое место должна быть поставлена учебная деятельность, напряженный характер которой приводит к формированию доно-

зологических состояний. Нарушения режима питания также очень важны, так как их широкая распространенность является основной причиной развития нарушений системы пищеварения. Что касается недостаточного времени ночного сна, то этот фактор позволяет предположить высокую вероятность развития переутомления учащейся молодежи, как предпосылки формирования так называемых «школьных болезней».

Длительные и частые визуальные нагрузки (особенно связанные с компьютерами) существенно увеличивают энтропию за счет разбалансировки адаптационно-компенсаторных систем. В нашем исследовании возрастание ОЭ составило 99,07 % для занятий на компьютере и 92,37 % для чтения. Использование ИЭА однозначно подтверждает, что нерациональная организация свободного времени, визуальные перегрузки являются факторами риска для здоровья студенческой молодежи, особенно выраженными у лиц, не занимающихся физической культурой.

При сравнении уровня ОЭ удовлетворительного состояния в конце рабочего дня установлено, что в группе ЗФК этот показатель значимо ниже (31,60 %), чем в группе НЗФК (55,41 %). На наш взгляд, эти данные отражают увеличения уровня работоспособности и снижение вероятности формирования переутомления у студентов, регулярно занимающихся физической культурой.

Поведенные исследования позволили обосновать применение ИЭА при оценке особенностей образа жизни современной молодежи. Разделение обследованных по уровню регулярных физических нагрузок, позволило установить факторы риска, которые наиболее выражены в группе лиц, не занимающихся физической культурой. Полученные результаты позволяют установить иерархию факторов риска, формирующих нездоровый образ жизни, к которым относятся чрезмерная учебная нагрузка, нарушения режима питания и недостаточная продолжительность ночного сна. Установлено, что дозированные физические нагрузки способствуют снижению неупорядоченности, оцениваемому по показателю ОЭ, уменьшают разбалансированность адаптационно-компенсаторных и стресс – лимитирующих систем организма. Полученные результаты позволяют утверждать, что применение ИЭА для оценки здоровья соответствует принципам донозологической диагностики и позволяет, в определенной мере, дифференцировать состояния на грани нормы и патологии.

Использованная литература

1. Беляева А.В., Козырева Е.Н. Гигиеническое образование студентов – будущих педагогов. // Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодежи. Мат. конф. – М., 2006. – С. 25–26.
2. Новоселова И.В. Формирование культуры здорового образа жизни школьников в условиях оздоровительного центра. – Автореф. Дисс. к.пед.наук. – Омск, 2006 – 22 с.
3. Оприлов В.А. Энтропия биосистем //СОЖ – 1999. – № 6. – С. 33–38.

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ВІТАМІНОМ А ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

*Фролова Т.В., Охалкіна О.В., Коліушко К.Г.,
Атаманова О.В., Стенкова Н.Ф.*

За даними ВООЗ (2009) стан здоров'я людини на 70 % залежить від образу життя та харчування. Проте, відомо, що на сьогоднішній день раціон харчування сучасної людини, зокрема дітей, навіть збалансований та різноманітний має дефіцит за багатьма мінералами та вітамінами в середньому на 20–30 %, а дефіцит вітамінів в організмі дитини складає до 60 %. Вітаміни та мінерали не тільки забезпечують адекватне функціонування зростаючого організму дитини, але й мінеральний дисбаланс та гіповітаміноз можуть спричинити розвиток соматичних захворювань.

За даними останньої резолюції ВООЗ, 2015 забезпеченість вітаміном А являється одним з показників стану здоров'я населення, а його зниження на 10 % в популяції може свідчити на користь суттєвої медико-соціальної проблеми на рівні держави. Вітамін А приймає участь в синтезі білку, обміні жирів, підвищує опірність організму до інфекцій, тісно пов'язаний із зростом дитини, оказує суттєвий вплив на функцію органів зору та стан шкіри.

Мета дослідження: встановити рівень забезпеченості вітаміном А у дитячій популяції Харківського регіону з урахуванням загального мінерального профілю дитини.

Комплексно обстежено 230 дітей віком 7–17 років. План обстеження включав ретельний збір анамнезу, антропометричне дослідження, комплексне обстеження різних за фахом спеціалістів: невролог, окуліст, стоматолог, кардіоревматолог, гастроентеролог та інш. Оцінку забезпеченості дитячого організму вітаміном А вивчали на підставі його вмісту у сироватці крові з урахуванням аналізу фактичного харчування шляхом відтворення добового раціону дитини. Для визначення вмісту макро- та мікроелементів (МЕ) (основних есенціальних МЕ: Ca, Cu, Zn, Fe, Mg, Mn, Se, B та умовно-токсичних МЕ: Si, Pb, Cr, Rb, Ti, Sr, As, Co, Br, Bi, Ni, Al, Mo у волоссі дітей методом γ -активаційного аналізу на електростатичному прискорювачі (ЕСП) на базі ННЦ «Фізико-технічний інститут», м. Харків. Статистична обробка даних проводилась з урахуванням принципів доказової медицини. Усі дослідження проведено з урахуванням міжнародних біотичних стандартів після письмової згоди батьків на участь дитини у дослідженні.

Аналіз даних фактичного харчування сучасних школярів показав, що 58,2 % школярів взагалі не мають у своєму раціоні печінки риби, продукту який являється головним джерелом ретинолу. Печінку тварин раз на тиждень мають у своєму раціоні 11,6 % дітей, раз на місяць – 65,6 % дітей. Щоденно у своєму раціоні 80,4 % школярів мають несолене масло, а кисломолочні продукти – 82,3 %. Стосовно продуктів рослинного походження, які являються головними джерелами каротину (провітаміну А), лише 40,2 % дітей хоча б раз на тиждень вживають моркву у сирому вигляді. Таким чином,

достовірно встановлено, що у всіх обстежених школярів відмічається виразна недостатність в раціоні вітамінів А (дефіцит понад 25 %), що у свою чергу призводить до зниження рівню відповідного вітаміну в організмі дитини. Так, дефіцит бета-каротину мають 68,3 % дітей при його зниженні у сироватці крові в середньому на 23–24,5 % ($p < 0,005$) та 11,2 % дітей мають його зниження на рівні 15–20 % ($p < 0,005$). Слід зазначити, що вітамінний дефіцит виявляється не тільки взимку, а й на початку осені.

Аналіз результатів дослідження мінерального профілю дітей шкільного віку встановив, що 78,8 % дітей мають МЕ порушення, головними рисами якого являється дефіцит кальцію, магнію та цинку на тлі підвищеного накопичення стронцію, свинцю, хрому, молібдену, кобальту та селену. Саме зниження рівню цинку має суттєвий вплив на рівень засвоєння вітаміну А ($r = 0,87$). Оскільки цинк та вітамін А забезпечує достатню опірність дитячого організму до інфекцій, їх взаємозв'язок та недостатність в організмі сучасних школярів негативно впливає на загальні адаптаційно-компенсаторні механізми дитячого організму та його стійкість до несприятливих факторів оточуючого середовища.

При обстеженні дітей, які мали недостатність вітаміну А встановлено, що у 66,7 % дітей в анамнезі спостерігається довготривалий період одужування після перенесених захворювань (гострі бронхіти, пневмонії, респіраторні захворювання та інш.) та 23,1 % дітей мають розвиток різноманітних ускладнень (отити, синусити, гайморити та інш.).

Таким чином, неадекватне харчування дітей призводить до розвитку гіповітамінозів та мінеральних порушень, що, безумовно, впливає на рівень здоров'я школярів та дитячої популяції в цілому і потребує розробки індивідуальних профілактичних заходів на рівні держави.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ СТАНОМ НА І ПІВРІЧЧЯ 2016 Р.

Черненко І.І.

Станом на 01.01.2016 р. чисельність ветеранів війни становить 72 458 осіб, в тому числі інвалідів війни – 7 666 осіб, учасників бойових дій – 14 685 осіб, учасників війни – 40 759 осіб та іншого контингенту, на яких поширюється чинність Закону України – 9 348 осіб.

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 02.12.2002 р. № 463 «Про затвердження Положення про порядок проведення комплексних профілактичних оглядів, медичної реабілітації ветеранів війни» усім ветеранам війни проводиться щорічний медичний огляд. У лютому 2016 року в закладах охорони здоров'я Харківської області розпочато медичні огляди ветеранів війни, під час яких проводиться ще й лабораторне, електрокардіографічне, флюорографічне обстеження та інші види обстеження за показаннями. За підсумками цієї роботи в лікувально-профілактичних закладах складаються заключні акти проведених комплексних медичних

оглядів та індивідуальні плани їх диспансерного нагляду, амбулаторного і стаціонарного лікування та санаторно-курортного оздоровлення. За I півріччя 2016 року 96,5 % ветеранів війни пройшли медичні огляди, у тому числі повні огляди – 65 %, часткові – 35 %. На якість диспансерного нагляду лікарями-спеціалістами значною мірою впливає рівень фінансування амбулаторної допомоги ветеранам війни.

На сьогодні в Харківській області забезпечений всім соціальним категоріям ветеранів безоплатний відпуск лікарських засобів, згідно із Законами України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку». За I півріччя 2016 року по області амбулаторно проліковано 49 527 ветеранів війни, в денних стаціонарах та відділеннях відновлювального лікування – 5016 осіб.

Безоплатно і на пільгових умовах за пільговими рецептами аптеками області відпускаються лікарські засоби, які зазначені у «Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, та які можуть закуповувати заклади і установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05.09.1996 р. № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету». За I півріччя 2016 року на амбулаторне лікування ветеранів війни виділено коштів в сумі 423 568 грн. в районах області та 359 541 грн. в місті Харкові. Всього безоплатно отримали ліки 3 423 ветерани війни на загальну суму 783 109 грн. На 1 ветерана війни, що отримав ліки в районах області витрачено 315,15 грн., в м. Харкові – 172,94 грн., в середньому по Харківській області – 236,88 грн. На 1 ветерана війни, що перебуває на диспансерному обліку виділено коштів на суму 3,54 грн. в районах області та 6,03 грн. в місті Харкові. В середньому по Харківській області цей показник склав 4,72 грн. на 1 ветерана війни.

Стаціонарна медична допомога ветеранам війни в Харківській області надається в обласному госпіталі ветеранів війни (250 ліжок), в госпітальних відділеннях обласної туберкульозної лікарні № 1 (60 ліжок), та обласній клінічній психіатричній лікарні № 3 (115 ліжок неврологічного і психіатричного профілю). В загальнолікарняній мережі області розгорнуто 690 ліжок в палатах для ветеранів війни.

За I півріччя 2016 року в обласному госпіталі ветеранів війни проліковано 2 823 ветерана війни, в госпітальних відділеннях – 718 осіб, на ліжках загальнолікарняної мережі – 2 880 осіб, в закладах охорони здоров'я третинного рівня 1 346 осіб. Усього стаціонарне лікування отримали 7 767 ветеранів війни. Основою комплексного стаціонарного лікування ветеранів війни є медикаментозне забезпечення та дієтичне харчування, що безумовно пов'язане з рівнем їхнього фінансування.

У I півріччі 2016 року видатки на лікування та харчування ветеранів війни в обласному госпіталі ветеранів війни та в палатах для лікування за-

значеного контингенту хворих інших закладів охорони здоров'я Харківської області перераховані із врахуванням вимог Постанови Кабінету Міністрів України від 27.01.2016 року № 34 «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в закладах охорони здоров'я для ветеранів війни», а саме харчування 1 ветерана війни на 55 грн. на день та придбання медикаментів і перев'язувальних засобів – на 65 грн. на день.

Ветерани війни з районів області доправляються на лікування до госпіталю санітарним автотранспортом центральних районних та міських лікарень і тим же транспортом повертаються після лікування додому.

За I півріччя 2016 року лікарями-стоматологами було оглянуто 72 589 осіб, або 99 % від загальної кількості ветеранів війни, виявлена потреба у зубопротезуванні у 6 755 осіб. Для забезпечення ветеранів війни зубопротезною допомогою в області організована робота 15 міжрайонних стоматологічних центрів, куди ветерани війни доставляються транспортом центральних районних лікарень та 16 стоматологічних поліклінік і відділень в м. Харкові. Усього за I півріччя 2016 року забезпечені зубопротезними виробами 387 ветеранів війни на суму 613,748 тис. грн. Санаторно-курортного оздоровлення за I півріччя 2016 року потребувало 2707 ветеранів війни, оздоровлено 319 осіб. Для поглибленого обстеження ветеранів війни з використанням комп'ютерної томографії в обласній клінічній лікарні, а також згідно з договором соціального партнерства між обласною державною адміністрацією та Європейським радіологічним центром щомісяця проводиться обстеження на безоплатній основі ветеранів війни з найбільш складними випадками захворювання, які проходять стаціонарне лікування в обласному госпіталі ветеранів війни. За I півріччя 2016 року такий вид обстеження отримали 49 ветеранів війни.

За рекомендаціями лікарів поліклінічної служби хворі ветерани війни безвідмовно направляються в Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни (с. Циблі, Київської області), де щомісяця проходить лікування у середньому 42 особи із числа мешканців Харківської області. Крім того, щомісяця 20 воїнів-інтернаціоналістів направляються на лікування до Українського госпіталю для воїнів-інтернаціоналістів «Лісова поляна».

СТАН НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЕМОБІЛІЗОВАНИМ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ НА ПЕРШЕ ПІВРІЧЧЯ 2016 Р.

Черненко І.І., Федченко Ю.Г.

У 2016 році продовжується робота щодо забезпечення виконання в закладах охорони здоров'я Харківської області Указу Президента України від 18.03.2016 р. № 150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» та наказу Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації від 26.03.2015 р. № 194 «Про медичне забезпечення демобілізованих військовослужбовців».

У зв'язку з цим, з метою своєчасного виявлення захворювань у демобілізованих військовослужбовців, визначення для них обсягів амбулаторного, стаціонарного, санаторно-курортного лікування, проведення медичних реабілітаційних заходів, психологічної реабілітації та забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, з лютого поточного року проводяться повторні профілактичні медичні огляди демобілізованим особам, членам їх сімей та членам сімей загиблих військовослужбовців.

На базі КЗОЗ обласного госпіталю ветеранів війни ведеться реєстр демобілізованих військовослужбовців та членів їх родин. Списки на демобілізованих завіряються керівництвом рай(міськ)військкоматів. Станом на 1 липня 2016 року, відповідно до завіреної інформації закладів охорони здоров'я, зареєстровано 5466 осіб (+135), у тому числі 3252 особи в районах області та 2214 осіб в м. Харкові. Із числа демобілізованих звільнені були з причини поранення 122 особи, у тому числі 82 із районів області, 40 – м. Харкова. Окрім цього, через виявлені захворювання або його загострення демобілізовано 122 особи, у тому числі 104 особи із районів області та 18 осіб з м. Харкова. Документи, що засвідчують безпосередню участь демобілізованого в зоні проведення АТО наявні у 2892 осіб, у тому числі 2008 осіб з районів області мають такі документи і 884 особи з м. Харкова. Станом на 01.07.2016 р. року померло 12 демобілізованих та 445 осіб пішли служити за контрактом.

Профілактичні медичні огляди демобілізованих, членів їх сімей та членів сімей загиблих проводяться за участю 12 спеціалістів (терапевт, хірург, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, психіатр, стоматолог, дерматолог, фтизіатр, уролог, травматолог та інші). З початку 2016 року оглянуто 3801 особу або 69,5 % від усіх демобілізованих, що зареєстровані в закладах охорони здоров'я області. Після проведених у цьому році медичних оглядів вперше виявлено 1118 випадків патології або у 29 % від оглянутих. У 1755 демобілізованих в наявності захворювання, які не були протипоказані для проходження військової служби та після демобілізації не мали загострення. Відповідно до проведеного в подальшому обстеження на диспансерний облік взято 2052 особи, або 54 % від оглянутих. Після проведеного медичного огляду визначені обсяги лікування та реабілітації. Підлягало стаціонарному лікуванню 399 осіб, у тому числі в закладах охорони здоров'я вторинного рівня – 211 осіб, закладах охорони здоров'я третинного рівня – 124 особи, в науково-дослідних інститутах – 64 особи. Проведено стаціонарне лікування 256 особам або 64,2 % від тих, що підлягали. 952 особи потребували амбулаторного лікування. Станом на 01.07.2016р. проліковано 693 особи або 72,8 % від тих, що підлягали. Встановлено, що 718 осіб потребують зубного протезування, обсяги якого на даний час з'ясовуються. Санаторно-курортному лікуванню підлягає 653 особи. Видано санаторно-курортних довідок 309 демобілізованим, інші на даний час утримуються та будуть окремо вирішувати профіль, місце санаторіїв.

З початку проведення антитерористичної операції 102 учасника АТО визнані інвалідами, в тому числі: I групи – 7 осіб, II групи – 25 осіб, III групи – 70 осіб. Для усіх інвалідів розроблена та складена індивідуальна програма реабілітації. Зважаючи на велику важливість проведення реабілітаційних заходів особам даної категорії, фахівцями КЗОЗ «Обласний центр медико-соціальної експертизи» усім інвалідам рекомендоване відновне лікування, надані рекомендації із працевлаштування, рекомендоване лікування в санаторно-курортних умовах, надані рекомендації із соціальної реабілітації.

За даними керівників закладів охорони здоров'я області зареєстровано 7500 членів сімей демобілізованих, в тому числі батьків демобілізованих – 2378 осіб, дітей демобілізованих – 2735 осіб, подружжя – 1995 осіб, інших – 422 особи.

У 2016 році медичний огляд проведено 4301 особі або 57,3 % від тих, що зареєстровані. У 431 особи або 10 % було вперше виявлено захворювання. Ще у 1783 осіб захворювання були виявлені у попередні роки. На диспансерний облік взято 1639 осіб, або 38,1 %. 106 членів сімей демобілізованих мають групу інвалідності за загальним захворюванням.

Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації проведена розробка друкованих видань: «Пам'ятка для військовослужбовців, що повернулися із зони АТО» з питань надання медичної допомоги, у тому числі психологічної, демобілізованим із зони АТО. Ця пам'ятка направлена у рай(міськ)військкомати, заклади охорони здоров'я і органи соціального захисту населення. «Пам'ятка лікарю загальної практики з надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцю, демобілізованому з зони АТО», «Пам'ятка для членів сімей військовослужбовців, демобілізованих з зони АТО». Медична допомога демобілізованим із зони АТО надається в усіх без винятку закладах охорони здоров'я первинного, вторинного та третинного рівнів.

КЗОЗ Обласний госпіталь ветеранів війни визначений провідним закладом для надання стаціонарної медичної допомоги та психологічної реабілітації осіб вищевказаного контингенту. Станом на 01.07.2016 р. в госпіталі проліковано 380 учасників АТО і 15 осіб ще проходили лікування. Для проведення психологічної реабілітації учасників АТО на базі госпіталю з 2016 року укомплектовано 1,5 посади лікаря-психотерапевта, двома фізичними особами, які проводять щоденний прийом хворих. Психіатрична допомога та психологічна реабілітація особам, які демобілізовані з районів проведення АТО, проводиться мережею усіх закладів охорони здоров'я психіатричного та психоневрологічного профілів Харківської області. Амбулаторна психіатрична та психоневрологічна допомога і психологічна реабілітація надається мережею психоневрологічних диспансерів районів області та м. Харкова і відповідних кабінетів центральних районних лікарень. Лікарі-психотерапевти та психологи залучаються до роботи поліпрофесійних бригад, які проводять реабілітаційні заходи учасникам антитерористичної операції та членам їх сімей.

На виконання наказу Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації від 09.03.2016 р. № 110 «Про виїзди поліпрофесійних бригад фахівців» з 15.03.2016 р. по 29.03.2016 р., з 18.04.2016 р. по 27.04.2016 р. та з 18.05.2016 р. по 30.05.2016 р. були проведені виїзди поліпрофесійних бригад у 28 районів області, до складу яких входили лікарі-науковці та практики, зокрема: психологи Інституту неврології, психіатрії і наркології НАМН України, терапевти Інституту терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України, психотерапевти, ортопеди-травматологи, невропатологи ХМАПО, хірурги та урологи Харківського національного медичного університету, лікар з фізичної реабілітації КЗОЗ «Обласний лікувально-фізкультурний диспансер». Головними лікарями закладів охорони здоров'я області було забезпечено широке інформування населення районів про проведення оглядів демобілізованих учасників антитерористичної операції через районні телевізійні компанії, пресу, особисті телефонні дзвінки медичних працівників та районні спілки учасників антитерористичної операції. Під час огляду фахівцями надавалась лікувально-консультативна допомога демобілізованим, визначалась індивідуально для кожного потреба в амбулаторному та стаціонарному лікуванні. За підсумками проведених оглядів, копії усіх особистих звітів фахівців були передані адміністрації центральних районних лікарень для подальшого планування та проведення оздоровлення демобілізованих з наданням усних рекомендації по особам, які заслуговують додаткової уваги медичних працівників. Особлива увага приділялась психологічній реабілітації цього контингенту пацієнтів. Фахівці психолог та психотерапевт шляхом індивідуального прийому проводили бесіди та психотерапевтичні сеанси для демобілізованих та при необхідності призначалось медикаментозне лікування, а в разі наявності показань, стаціонарне лікування. До прийому фахівців залучались психологи кабінетів психологічної реабілітації центральних районних лікарень, що дало змогу вдосконалити тактику подальшої психологічної реабілітації кожного пацієнта. За весь період виїзду бригад, 460 учасників АТО з'явилися для оглядів до відповідних фахівців: психотерапевтів – 417 осіб або 90,7 %, психологів – 417 осіб (90,7 %), терапевтів – 416 осіб (90,4 %), невропатологів – 420 осіб (91,3 %), ортопедів-травматологів – 278 осіб (60,4 %), хірургів – 423 особи (91,9 %), урологів – 251 особа (54,6 %), лікарів реабілітації – 194 особи (42,2 %). За підсумками оглядів фахівцями бригад виявлена потреба в амбулаторному лікуванні 417 осіб, або 90,7 % від оглянутих, у стаціонарному лікуванні – 79 осіб (17,2 %), у проведенні психологічної реабілітації – 307 осіб (66,7 %), у проведенні фізичної реабілітації – 183 осіб (39,8 %), підлягає направленню для лікування в заклади охорони здоров'я третинного рівня надання медичної допомоги та НДІ НАМН України – 130 осіб (28,3 %).

22.03.2016 р. Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації був проведений «Круглий стіл» на тему «Стан надання медичної допомоги демобілізованим військовослужбовцям, членам їх сімей та членам сімей загиблих учасників АТО Харківської області за 2015 рік»

за участю керівників закладів охорони здоров'я Харківської області та керівників та членів обласної та районних спілок учасників АТО, волонтерів.

24.03.2016 р. відбулось засідання колегії Харківської обласної державної адміністрації «Про стан надання медичної допомоги учасника антитерористичної операції». За поданням Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни було вивчено досвід Кіровоградської області з питань проведення реабілітації учасників АТО на міжвідомчий основі. Рішенням цієї колегії голів районних державних адміністрацій районів області зобов'язано:

- створити міжвідомчі робочі групи для вирішення питань щодо реабілітації учасників антитерористичної операції та членів їх сімей;
- розглянути питання про організацію медичного забезпечення та реабілітації демобілізованих військовослужбовців та членів їх сімей на колегіях районних державних адміністрацій;
- забезпечити виконання постанови Кабінету Міністрів України від 27.01.2016 р. № 34 «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в закладах охорони здоров'я для ветеранів війни»;
- організувати проведення засідань у формі «круглих столів» для обговорення стану та напрямків медико-соціальної допомоги учасникам антитерористичної операції із залученням представників громадських організацій, що опікуються проблемами зазначеної категорії громадян.

В травні 2016 р. відбулась зустріч керівництва Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації та КЗОЗ обласного госпіталю ветеранів війни за участю члена обласного Центру допомоги учасникам АТО кризового психолога, з волонтером із Німеччини з метою проведення тренінгів для лікарів та психологів з медико-психологічної реабілітації учасників АТО за підтримки німецького уряду.

Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації розроблена та надіслана в заклади охорони здоров'я області «Дорожня карта медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації військовослужбовців після демобілізації в Харківській області» для використання в їх практичній діяльності. До роботи у кабінетах психологічної реабілітації районів області залучено психологів районних закладів соціального захисту населення, освіти та центрів соціальних служб.

На виконання положень Указу Президента України від 18 березня 2015 року № 150 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції», з метою позачергового медичного забезпечення учасників антитерористичної операції в області організовано і проведено місячник «Дні здоров'я» для учасників АТО з 23 травня по 23 червня 2016 року. Під час місячника «Дні здоров'я» додатковими медичними оглядами охоплено 3180 осіб (60 %) від загальної кількості демобілізованих, в тому числі 1355 осіб (43,3 %) в районах області і 1825 осіб (82,9 %) в м. Харкові.

АНАЛІЗ ДАНИХ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ТИПУ В ДИТЯЧІЙ ПОПУЛЯЦІЇ

Чумак Л.І.

З 60-х рр. ХХ ст. лікарі багатьох країн світу вказують на зростання захворюваності на цукровий діабет, накопичуються факти, що свідчать про епідемічний характер поширеності дитячого діабету подібно до інфекційних хвороб. В Україні поширеність дитячого цукрового діабету зростає з 44 до 50 на 100 тис. дитячого населення за період з 1988 по 1997 р. [1]. Дитячий діабет неухильно поширюється, що, імовірно, зумовлено як генетичними факторами, так і факторами зовнішнього середовища. Зростання тривалості життя хворих на цукровий діабет, своєчасна діагностика, якісна терапія, профілактика ускладнень діабету, а також зміни в раціоні харчування, стреси, гіподинамія є основними причинами зростання захворюваності на цукровий діабет.

Метою даного дослідження було проаналізувати дані поширеності цукрового діабету І типу в дитячій популяції м. Харкова та по Україні в цілому протягом останніх 15 років.

Матеріал і методи. Поширеність цукрового діабету в дитячій популяції м. Харкова вивчалась методом викопіювання даних, яке проводилось суцільним методом у дитячих поліклініках м. Харкова та міському ендокринологічному диспансері у 2001 та 2006 роках. Дані щодо поширеності цукрового діабету І типу в дитячій популяції України були отримані бібліографічним методом.

Результати та їх обговорення. Аналізуючи дані офіційної статистики щодо поширеності хвороб ендокринної системи серед дитячого (0–17 років) населення України можна зазначити, що спостерігається тенденція зниження цього показника з 93,68 ‰ у 2010 році до 87,24 ‰ у 2012 [2, С. 51]. Загальновідомо, що цукровий діабет посідає основне місце у цій групі і за даними літератури має тенденцію до зростання показників поширеності. Так у 2010 році поширеність цукрового діабету у дитячій популяції України становила 98,1 на 100 тис. дітей відповідного віку (0–17 років), а у 2012 році – 102,6 відповідно [3, С.80]. За даними нашого дослідження було встановлено, що показник поширеності цукрового діабету І типу у дитячій популяції м. Харкова ще у 2001 році у віковій групі 0–17 років становив $102,28 \pm 6,3$, а у 2006 році – $125,16 \pm 7,8$ на 100 тис. дітей відповідного віку, що свідчить про його збільшення. За даними Яновської Е.Ю. [4, С.98] на основі тенденцій епідеміології цукрового діабету І типу відомі 3 моделі його очікуваної частоти на 1990–2020 роки. Так, згідно першої моделі прогнозується зростання захворюваності на 1,2 % на рік. Згідно другої – показник стабілізується, згідно третьої – зменшиться завдяки профілактичним заходам. У Концепція Державної цільової соціальної програми «Цукровий діабет на період до 2018 року», виконання якої планується протягом 2014 – 2018 років зазначено, що щорічний приріст показників поширеності цукрового діабету

серед дітей в Україні досягнув у 2012 р. 3,4 %. Отримані дані свідчать про реалізацію першої моделі щодо зростання поширеності, але не виключає значущість профілактичних заходів попередження розвитку цукрового діабету у дитячій популяції.

Висновки. Вивчення епідеміології цукрового діабету є важливою соціально-гігієнічною задачею, що обґрунтовує актуальність розвитку всіх видів медико-санітарної допомоги таким хворим з метою подовження їх тривалості життя та підвищення його якості.

Використана література

1. Кравченко В.И. Эпидемиология сахарного диабета, прогноз роста его частоты на Украине и вопросы профилактики. Эндокринология (республ. межвед. сб.). 1991; 21: С. 46–52.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. Квітішвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 460 с.
3. Зелінська Н.Б. Статистика цукрового діабету у дітей в Україні (аналіз і прогноз) / Н.Б. Зелінська, Є.В. Глоба, Н.Л. Погадаєва // Клінічна ендокринологія та клінічна хірургія 2013. – № 1(42). – С. 80–83.
4. Яновская Э.Ю. Прогнозируемая частота, методы раннего выявления и профилактика сахарного диабета у детей. Педиатрия. – 2003. – № 1. – С. 96–101.

**АНАЛІЗ ІНДИВІДУАЛЬНОГО РІВНЯ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ
ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ЯК СКЛАДОВА ПЕРВИННОЇ
ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ**

Голованова І.А., Касинець С.С., Хорош М.В.

За висновками експертів ВООЗ (2014) серйозним проявом нових викликів для громадського здоров'я в світі є епідемія хронічних неінфекційних захворювань, провідне місце з яких займають хвороби системи кровообігу (ХСК), зокрема, підвищений рівень артеріального тиску [1, С. 8]. Постійне зростання загальної смертності населення від ХСК (66,3 % в структурі) й зниження очікуваної тривалості життя викликають серйозну тривогу та свідчать про недостатню ефективність проведених профілактичних заходів [2, С. 42]. Досвід розвинених країн світу показує, що найбільш ефективними щодо зниження смертності від ХСК є профілактичні заходи, пов'язані з боротьбою з поведінковими чинниками ризику [3, С. 6].

З 2000 р. почалося інтенсивне впровадження первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) в охорону здоров'я Полтавської області. На даний час в області функціонує 34 Центри ПМСД, 324 амбулаторії сімейної медицини, 623 фельдшерсько-акушерських пунктів. Відсоток охоплення населення наглядом лікарів ЗПСМ становить 90,2 % (для порівняння у 2001 р. – 2,3 %). У 2014–2015 роках діяльність Центрів ПМСД спрямована більше на профілактичну складову. Про що свідчить збільшення кількості профілактичних відвідувань у 2016 році на 5,5 % у порівнянні з 2014 роком.

Профілактична робота вимагає від лікаря ЗПСМ наукового підходу, знань факторів ризику (ФР) ХСК на основі доказової медицини, вміння аналізувати, прогнозувати розвиток і можливі наслідки захворювань, володіти різними стилями спілкування, вміння швидко орієнтуватись і обирати оптимальні прийоми впливу на пацієнтів з урахуванням їхніх психологічних особливостей аби донести, переконати про необхідність уникнення ФР ХСК, особливо для вікової групи старше 40 років.

Для успішного впровадження первинної профілактики необхідна задоволеність лікаря ЗПСМ своєю роботою, яка породжує бажання працювати. Було проведено анонімне опитування 106 лікарів ЗПСМ м. Полтава щодо індивідуальної задоволеності умовами праці.

Ми проаналізували чим не задоволені лікарі ЗПСМ, що перешкоджає їм на повну силу працювати з пацієнтом і кожному, який звернувся, хто старше 40 років, нагадувати про первинну профілактику ХСК.

Стаж лікарів ЗПСМ, яким проводилось анкетування, складає $21,4 \pm 2,2$ роки, середній вік – $47,03 \pm 2,2$ роки. Серед опитаних 94,1 % були жінки, а

5,9 % – чоловіки. Серед 106 опитаних лікарів – 94,1 % лікарям подобається їхня робота, та лише – 5,9 % нею не задоволені. 52,9 % лікарів вказали, що в роботі їх все влаштовує, відповідно 47,1 % – прагнули б змін. Більшість лікарів 29,7 % вказують на низьку зарплату; 27,0 % – недостатній час на пацієнта; 20,3 % не влаштовують черги під їхніми кабінетами; 21,6 % не вдоволені великою кількістю викликів; 1,4 % переконані, що в їхній роботі багато часу відводиться на ведення документації.

В середньому на збирання скарг, за відповідями лікарів ЗПСМ, витрачається $2,98 \pm 0,296$ хв., на анамнез – $2,56 \pm 0,11$ хв., на постановку діагнозу $4,26 \pm 0,627$ хв., на лікування – $3,94 \pm 0,245$. При проведенні хронометражу, щоб дійсно дізнатися скільки часу витрачається на роботу з пацієнтом, встановили, що в цілому він не має вірогідних відмінностей, в той же час, як на заповнення документації витрачається реально більше часу $2,4 \pm 0,13$ хв., проти $1,4 \pm 0,09$ за відповідями лікарів ЗПСМ ($p=0,04$), а на постановку діагнозу і лікування, при спостереженні, витрачається менше часу – $1,33 \pm 0,12$ хв. проти $4,26 \pm 0,627$ хв. ($p<0,001$) та $2,1 \pm 0,14$ хв. проти $3,94 \pm 0,245$ хв. ($p<0,001$).

Загальний час потрачений на пацієнта приблизно становить 16 хв., тоді, як за наказом МОЗ України №72 від 23.02.2001 р. «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» норма прийому хворих сімейним лікарем складає 5 хворих в амбулаторії і 2 – вдома за годину роботи. Тобто, на пацієнта відведено в середньому 12 хвилин.

Висновки. За проміжок часу, який відбувся з моменту прийняття наказу МОЗ України № 72, відбулися значні зміни в організації охорони здоров'я, в тому числі, і в підходах до роботи з пацієнтом, де на кожному кроці прописане навчання пацієнта здоровому способу життя. А враховуючи значну розповсюдженість ХСК, високий рівень загальної смертності населення, цільову необхідність поширювати знання щодо первинної профілактики цих захворювань у пацієнтів 40–60 років, які звернулися до лікаря ЗПСМ не з цією нозологією стає очевидним, що норми часу прийому цього фахівця необхідно переглянути.

Використана література

1. ВОЗ: Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. – 2015. – 64 с.
2. Горбась І. М. Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / І. М. Горбась // Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря. – 2013. – № 4. – С. 42–43.
3. Оганов Р. Г. Профилактическая кардиология, успехи, неудачи, причины / Р. Г. Оганов // Кардиология. – 2012. – Т. 36, № 3. – С. 4–8.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ: СТАН ПРОБЛЕМИ ТА РЕЗЕРВИ ПІДВИЩЕННЯ

Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В., Борвінко Е.В., Росточило С.С.

Одним з пріоритетних напрямів модернізації системи охорони здоров'я України є оптимізація ліжкового фонду відповідно до потреб населення та можливостей галузі [2, 3]. На теперішній час спостерігається диспропорція між попитом населення на медичні послуги певного рівня та пропозицією в системі охорони здоров'я, виправити яку покликані організаційні технології, що дозволять замінити госпітальні послуги не менш якісними, але більш витратно-ефективними видами медичної допомоги (стаціонарозамінюючими послугами, обслуговуванням на первинному рівні з використанням сучасних ефективних фармакологічних засобів з доведеною ефективністю тощо).

У більшості європейських країн були затверджені процедури надання денної медичної допомоги замість стаціонарних послуг як основне джерело підвищення ефективності всієї системи охорони здоров'я [4]. Загальним принципом заміщення одних видів медичних послуг іншими в стаціонарному секторі є зменшення числа пацієнтів, яким необхідно цілодобово залишатися в лікарні. Заміна стаціонарної допомоги послугами амбулаторного, в тому числі первинного рівня, запровадження стаціонарозамінюючих послуг були віднесені до основних напрямків ресурсозберігання і в Україні.

Мета – визначення резервів підвищення ефективності використання ліжкового фонду на прикладі ліжок загальноотерапевтичного профілю.

Матеріали і методи. Рестроспективно методом експертних оцінок проаналізовано 180 історій хвороб пацієнтів терапевтичних відділень 9 лікарень Дніпропетровської області: 120 – госпіталізованих в 2006 р. [1], 60 – у 2016 р. (рандомно відібрано по 20 історій хвороб з кожної лікарні).

Досліджені групи хворих 2006 та 2016 років за основними характеристиками (середній вік, розподіл за статтю, частка пацієнтів старше 65 років, питома вага хворих, що надійшли до стаціонару ургентно) суттєво не відрізнялися ($p > 0,05$), що дозволило співставити результати експертної оцінки.

Результати та обговорення. На думку експертів, в загальноотерапевтичних відділеннях доцільно надавати медичну допомогу хворим з ураженням декількох систем організму у випадках, коли супутні захворювання впливають на перебіг основної патології.

Дослідженням визначено, що рівень необґрунтованої госпіталізації ($P \pm m_p$) за останні 10 років достовірно збільшився (з $33,5 \pm 4,3$ % у 2006 р. до $51,7 \pm 6,4$ % у 2016 р.; $p = 0,02$), але питома вага необґрунтованих ліжко-днів залишилась майже на тому ж рівні ($50,8 \pm 4,6$ % та $56,6 \pm 6,4$ % відповідно; $p = 0,46$).

Це пояснюється скороченням тривалості лікування ($M \pm m$): як фактичної (з $16,7 \pm 6,3$ до $10,0 \pm 5,2$ ліжко-днів; $p < 0,001$), так і рекомендованої (з $14,5 \pm 6,1$ до $8,9 \pm 5,3$ ліжко-днів, $p < 0,001$) внаслідок технологічного удосконалення медичних втручань за останнє десятиріччя.

Виявлено чисельні медико-організаційні недоліки, які призводять до не виправданої госпіталізації або подовженої тривалості лікування в стаціонарі, зокрема: відсутність можливостей або практики застосування для долікування стаціонарозамінних форм; ігнорування медичних стандартів (консервативна практика); недосконалість, формальність або відсутність уніфікованих та локальних клінічних протоколів.

Висновки. В нашій країні при відсутності можливостей задовольнити у повному обсязі потреби людей в медичному обслуговуванні через брак асигнувань в охороні здоров'я, дотепер спостерігається нераціональне використання наявних ресурсів та зміщення у бік високовартісного стаціонарного лікування у тих випадках, коли можливе надання менш витатних медичних послуг. Однак, існують значні резерви скорочення ліжкового фонду, оптимальне використання якого при інших рівних умовах підвищить ефективність та якість медичного обслуговування.

Використана література

1. Волчек В.В. Обґрунтування способів оптимізації структурної організації стаціонарної допомоги вторинного рівня : дис. канд. мед. наук : спец. 14.02.03 – соціальна медицина / Волчек Віра Володимирівна. – К.: Нац. мед. ун-т. ім. О.О. Богомольця, 2010. – 207 с.
2. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf. – Назва з екрану.
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 р. № 1024 «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1024-2015-%D0%BF>. – Назва з екрану.
4. Hospitals in changing Europe / edited by Martin McKee and Judith Healy. (European Observatory on Health Care Systems series). – Buckingham : Open University Press, 2002. – 295 p.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Подпрядова А.А.

В настоящее время, Всемирной организацией здравоохранения уделяется особое внимание проблеме сердечно-сосудистых заболеваний, в частности инфаркту миокарда, профилактике его осложнений, а также своевременному и эффективному восстановительному лечению в послеинфарктном периоде. Это обусловлено тем, что инфаркт миокарда является одной из основных причин инвалидизации и смертности не только в Украине, но и в большинстве стран мира. Ежегодно, по данным ВОЗ, в мире от инфаркта миокарда умирает 2,5 млн. жителей, треть из них составляют люди трудоспособного возраста [1].

Для решения проблем предупреждения и снижения возможных ограничений жизнедеятельности и риска развития осложнений в результате перенесенного инфаркта миокарда, нужно использовать научно-обоснованные, доступные и безопасные технологии реабилитации.

Главными задачами реабилитации пациентов с инфарктом миокарда являются; восстановление или улучшение сократительной функции сердца; снижение частоты сердечных сокращений, артериального давления; нормализация уровня холестерина в крови; повышение устойчивости к физическим нагрузкам; максимальное восстановление трудоспособности; борьба с психологическими проблемами; повышение устойчивости к стрессам [2].

Для достижения максимального и быстрого выздоровления реабилитация должна быть комплексной. Поэтому она состоит из следующих мероприятий: медикаментозное лечение, специальное питание, лечебная гимнастика, двигательная активность, отказ от алкоголя и курения, а также помощь психолога.

Медикаментозное лечение после инфаркта миокарда имеет важное значение в профилактике рецидивов. Пациентам, после инфаркта миокарда, необходимы следующие препараты: аспирин, нитроглицерин, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, сосудорасширяющие препараты и другие.

Правильное питание необходимо для снижения уровня холестерина в крови, уменьшения нагрузки на сердце, улучшения обменных процессов. Поэтому диета для пациентов с инфарктом миокарда должна быть низкокалорийной, с включением в рацион продуктов, содержащих клетчатку, калий, с ограничением соли и жидкости. Таким требованиям отвечает диетический стол № 10 в различных вариациях.

Лечебная гимнастика занимает значительное место в лечении и профилактике инфаркта миокарда. После выполнения лечебной гимнастики укрепляется сердечная мышца, улучшается ее сократительная способность, нормализуется кровообращение. Хороший кровоток необходим для механического массажа стенок сосудов, после которого они становятся более эластичными. Снижается уровень холестерина в крови, а значит и риск образования тромбов. Необходимо помнить, что во время реабилитации после инфаркта миокарда каждому больному назначается индивидуальный режим двигательной активности, поэтому все дополнительные физические нагрузки должны быть согласованы с врачом [3].

Большую роль в реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, играет помощь психолога или психотерапевта. У больных, перенесших инфаркт миокарда, нередко развивается страх перед повторным инфарктом. Специалист сможет помочь преодолеть страх, который пациент может испытывать после приступа [4].

Таким образом, можно сделать выводы, что реабилитация в большинстве случаев позволяет избежать инвалидности и вернуться к нормальной трудовой деятельности, снижает риск развития инфарктов миокарда, снижа-

ет вероятность повторных госпитализаций., снижает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, снижает потребность в лекарственных препаратах.

Использованная литература:

1. Аронов Д.М. Реабилитация и вторичная профилактика у больных ишемической болезнью сердца: рецепт для России / Д.М. Аронов // Лечащий врач. – 2007. – № 3. – С. 2–7.
2. Реабилитация кардиологических больных / под ред. К.В. Лядова, В.Н. Преображенского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 277 с.
3. Суджаева С.Г. Реабилитация после реваскуляризации миокарда / С.Г. Суджаева, О.А. Суджаева. – М.: Мед. лит., 2009. – 128 с.
4. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация: руководство для врачей / В.М. Боголюбов. – М. – 2007. – Т. 3. – С. 3–146.

**РЕОРГАНІЗАЦІЯ ЦЕНТРІВ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЯК СКЛАДОВА РЕФОРМИ ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ**

Волос Б. О., Вашев О.Є.

Враховуючи значну питому вагу умов та способу життя в структурі чинників здоров'я, боротьбу з факторами ризику, профілактику неінфекційних захворювань (НІЗ), формування усвідомленого та відповідального ставлення людини до власного здоров'я визнано основними напрямками збереження і зміцнення індивідуального й суспільного здоров'я [1].

Успіх наведених заходів значною мірою залежить від діяльності системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), якості кадрового забезпечення, професійного рівня медиків первинного контакту з питань діагностики основних показників здоров'я, ризик-факторів НІЗ та здійснення ефективних технологій профілактики.

Разом з тим, як засвідчують популяційні дослідження, обізнаність фахівців амбулаторно-поліклінічних установ у сфері донозологічної діагностики, верифікації факторів ризику, боротьби з ними та виховання культури здоров'я залишається вкрай незадовільною, що зумовлено вадами навчальних програм та низькою професійною мотивацією до профілактичного виду діяльності. За вказаних умов першочерговим завданням підготовки сімейних лікарів, фельдшерів, медичних сестер амбулаторій сімейної медицини та кабінетів долікарняного прийому стає оптимізація системи клініко-епідеміологічної діагностики і корекції факторів ризику НІЗ та опанування технологіями формування засад здорового способу життя. З урахуванням значної кількості спеціалістів ПМСД, які підлягають підготовці, поточному підвищенню кваліфікації та контролю спеціальних знань і вмінь із зазначених питань, виникає потреба у розширенні кола суб'єктів, що забезпечуватимуть вказаний вид безперервної медико-гігієнічної освіти.

Однією із профілактичних установ, яка не зазнала змін в процесі поточного реформування, «призначена забезпечити організаційно-методичну роботу з проблем гігієнічного виховання та оздоровлення населення немедикаментозними засобами», є Центри здоров'я (республіканський, обласний, районний, міський). Аналіз Примірного положення про Центр здоров'я засвідчує достатньо декларативний характер покладених на нього завдань та відсутність механізмів співпраці його з одним із основних партнерів в оздоровчій діяльності – лікувально-профілактичними закладами первинної ланки.

У зв'язку з цим саме Центри, які офіційно визнаються складовою системи громадського здоров'я, варто долучити до вирішення проблем кадрового та інформаційного забезпечення профілактичної медицини на рівні ПМСД. Спеціалісти вказаних профілактичних закладів після відповідного навчання на базі профільних науково-дослідних установ зможуть забезпечу-

вати підготовку, стандартизацію середнього медичного персоналу та лікарів з питань діагностики факторів ризику НІЗ, показників стану здоров'я, реалізації профілактичних технологій.

Враховуючи обмежене фінансування вітчизняної медицини, нормативні завдання Центрів здоров'я варто доповнити й підготовкою медиків первинного контакту з епідеміологічних засобів діагностики окремих неінфекційних захворювань. Йдеться зокрема про методику виявлення стенокардії, яка рекомендована ВООЗ. Незважаючи на наявність наказу МОЗ України, який передбачає застосування лікарями первинного контакту опитувальника Роуза для доклінічної верифікації стенокардії навантаження, високоефективна та ресурсозберігаюча методика залишається абсолютно незатребуваною впродовж десятиліть. В першу чергу це зумовлено недостатньою «функціональністю» рекомендованої технології діагностики – сімейні лікарі, дільничні терапевти через відсутність можливості пройти підготовку та за браком часу для здійснення стандартизованого опитування ігнорують нормативний галузевий документ, а управлінці не пропонують альтернативних рішень. Водночас залучення нами до регіональної програми оптимізації діагностики стенокардії медичних сестер кабінетів долікарняного прийому засвідчило високу чутливість та специфічність стандартизованого опитування при використанні його середнім медичним персоналом, дозволило покращити показники поширеності патології, охоплення адекватним лікуванням, сприяло зменшенню частоти ускладнень.

Висновки: Задля реалізації новітньої стратегії охорони здоров'я та виконання Україною взятих на себе зобов'язань в рамках Політичної декларації Засідання високого рівня Генеральної Асамблеї ООН з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними, необхідно здійснити невідкладні заходи з реформи ПМСД, складовою якої стане реорганізація Центрів здоров'я, залучення їх до системи підготовки медиків первинної ланки з питань стандартизованої діагностики факторів ризику, окремих НІЗ та формування засад здорового способу життя.

Використана література

1. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я України на 2015–2025 роки. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://uoz-zak.gov.ua/uploads/doc/1/4/9/149.pdf>

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

Головко Я.И., Савела А.

С целью обеспечения устойчивого социально-экономического развития любой страны одним из приоритетов государственной политики должно быть сохранение и укрепление здоровья населения как самой большой социально-экономической ценности и одного из основных факторов национальной безопасности государства. В Украине здравоохранение определено одним из приоритетных направлений государственной деятельности. Именно

поэтому главной целью публикации является анализ перспективных направлений государственной деятельности по реформированию системы здравоохранения в Украине.

Основной проблемой существующей системы здравоохранения (СЗ) в Украине является то, что она не ориентирована на потребителя. Сегодня государственное финансирование направляется на содержание устаревшей инфраструктуры и устаревших технологий, оплату услуг низкого качества. В основу построения новой модели национальной системы здравоохранения предлагается положить европейскую политику «Здоровье-2020», в частности: обеспечение комплексного подхода к укреплению здоровья, профилактике и раннему выявлению заболеваний, осуществление эффективного контроля за ходом заболеваний, повышение уровня благополучия граждан, формирование эффективной системы предоставления медицинских услуг, которая обеспечила бы всеобщий охват доступной и качественной медицинской помощью (МП).

В результате реформирования системы здравоохранения планируется финансировать медицинские услуги, которые будут оплачиваться из государственного и местных бюджетов или через систему социального страхования. Предлагается гарантированный пакет услуг для всех граждан, включая первичную и неотложную помощь, медицинскую помощь детям до 3-х лет, лечение социально опасных заболеваний, иммунизацию, вакцинацию, поддержания общественного здоровья, государственные программы по обеспечению лекарственными и другими медицинскими средствами.

Основные составляющие реформирования системы здравоохранения:

- изменение системы финансирования – переход от финансирования коек к гарантированному фиксированному финансированию учреждений здравоохранения;
- переход от невозможности контроля за объемом и качеством предоставляемых медицинских услуг к созданию системы посредников, закупающих услуги и таким образом контролируют их количество и качество;
- изменение формы управления учреждений СЗ – переход к автономной форме хозяйствования;
- создание единой медико-социальной базы данных населения с целью идентификации пользователя услуг;

Что касается рынка медикаментов, то он предусматривает следующее:

- лекарственные средства, допущенные на рынки развитых стран, допускаются на украинский рынок по упрощенной процедуре;
- отказ от ценовой регуляции цен на фармацевтическую продукцию;
- отмена лицензирования импорта;
- сокращение количества медикаментов, которые закупаются государством, и переход к возмещению расходов пациентов.

Контрольными показателями реформирования системы здравоохранения и повышения ее результативности определены следующие задачи до 2020 г.:

1. Снижение смертности:

- увеличить среднюю продолжительность жизни при рождении на 0,7–1 года;
- уменьшить уровень смертности населения трудоспособного возраста на 20 %;
- уменьшить уровень младенческой смертности на 17 %;
- уменьшить уровень материнской смертности на 12 %;
- уменьшить показатели госпитальной летальности от основных причин: от острого инфаркта миокарда на 25 %, инсультов на 40 %, травм на 35 %;

2. Повышение эффективности использования ресурсов путем изменения их структуры:

- увеличить долю расходов на первоначальную МП до 25–30 % от общих объемов финансирования отрасли СЗ с параллельным уменьшением доли расходов на стационарную помощь до 46 %;
- уменьшить уровень госпитализации на 20 %;
- сократить среднюю продолжительность пребывания в стационаре до 8,3 дней;
- довести уровень обеспечения кроватями для интенсивного лечения в учреждениях СЗ вторичной и третичной медицинской помощи до уровня стран Центральной и Восточной Европы (46 на 10 тыс. Населения);
- уменьшить частоту вызовов экстренной и скорой медицинской помощи на 30 %.

В материалах презентации Национального Совета Реформ при Президенте Украины «На пути к европейской системе здравоохранения» от 16.04.2015 р. указано, что в результате реформы здравоохранения украинское общество должно получить:

- ориентированную на пациентов СЗ, в частности гарантированное финансирование базового пакета услуг всем гражданам Украины и свободный выбор врача и медицинского учреждения, при этом основой конкуренции будет качество медицинских услуг;
- улучшение качества медицинского обслуживания, в том числе за счет конкурирования заведений здравоохранения за пациентов и привлечения дополнительных источников финансирования (в технологии, человеческие ресурсы, медицинские услуги и инфраструктуру);
- эффективную систему финансирования, в том числе за счет разделения между заказчиком и поставщиком медицинских услуг, введение профессиональных посредников (в т.ч. частных страховых компаний).

Выводы. Перед организацией здравоохранения в Украине остро встали проблемы по улучшению здоровья населения и реформирования отрасли в соответствии с требованиями современности. Для их решения разработаны новейшие направления реформирования системы здравоохранения, в основу которых положена политика Всемирной организации здравоохранения, опыт прогрессивных европейских стран и современные знания о методах управления. Будем надеяться, что новые реформы помогут созданию такой модели здравоохранения, деятельность и инфраструктура которой обеспечит всеобщий охват населения доступной и качественной, а значит безопасной ме-

дицинської допомогою, буде відповідати потребностям населення і враховувати географічні, історичні та культурні особливості України.

Использованная литература

1. «Здравоохранение в Украине в условиях реформирования», Лебеда Т., Украинский журнал экономист [Электронный ресурс] / Доступен с: <http://ua-ekonomist.com/13722-ohorona-zdorovya-v-ukrayin-v-reformuvannya.html>
2. Презентация Национального совета реформ при Президенте Украины «На пути к европейской системе здравоохранения» от 16.04.2015 г. [Электронный ресурс] / Официальное интернет-представительство Президента Украины. Доступен с: www.president.gov.ua.
3. Human development report 2014 [Электронный ресурс] / Сайт ООН. – Доступен с: <http://hdr.undp.org/en/2014-report/download>.

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СЛУЖБИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Грузєва Т.С., Галієнко Л.І.

Створення в Україні згідно з Національним планом дій з реформування служби громадської охорони здоров'я потребує підготовки відповідного кадрового потенціалу – фахівців з громадського здоров'я.

Формування та розвиток нової для України генерації медичних кадрів мають здійснюватися з урахуванням сучасних пріоритетів стратегії ВООЗ «Здоров'я 2020» і переліку ключових компетенцій для фахівців, схваленого всіма країнами Європейського регіону.

Для вирішення цих важливих завдань необхідно не просто вдосконалити, а модернізувати національну систему вищої медичної освіти, що дозволить забезпечити підготовку фахівців з громадського здоров'я на рівні європейських стандартів.

Вивчення та аналіз наукової літератури з питань формування кадрових ресурсів з громадського здоров'я у європейських країнах показали, що підготовка фахівців з громадського здоров'я здійснюється за комплексними навчальними програмами, які у ряді країн мають не лише національну, а й міжнародну акредитацію. Крім того, зазначені програми включають оптимальні переліки необхідних для підготовки кадрових ресурсів громадської охорони навчальних дисциплін, що є наступною важливою передумовою гарантування належного рівня підготовки фахівців з громадського здоров'я.

Зокрема, важливими теоретичними та практичними компонентами програм підготовки та професійного вдосконалення фахівців з громадського здоров'я є такі європейські ключові компетенції фахівців з громадського здоров'я як питання епідеміології, біостатистики, здоров'я населення та його соціально-економічних детермінант, нерівностей здоров'я, гігієни навколишнього середовища, професійної гігієни та екологічного громадського здоров'я, медичного обслуговування і надання послуг, політики, економіки, те-

орії організації і менеджменту охорони здоров'я, функціонування систем охорони здоров'я, зміцнення здоров'я, промоції здоров'я, профілактики захворювань, міжвідомчої взаємодії, етики.

В європейських країнах підготовка кадрових ресурсів з громадського охорони здоров'я передбачає додипломну підготовку за програмою бакалаврів громадського здоров'я (3–4-річна підготовка), післядипломну підготовку за програмою магістрів громадського здоров'я (переважно 2-річна підготовка) та курси професійного вдосконалення.

Так, на етапі додипломної підготовки за програмою бакалаврів громадського здоров'я здійснюється вивчення таких навчальних дисциплін, як соціологія, епідеміологія, спілкування, статистика і оцінка, управління системою охорони здоров'я, громадське харчування, психологія, гендерні аспекти; консультування, наука тощо.

Магістерські програми з громадського здоров'я включають 2-річну підготовку фахівців протягом 4 семестрів за стаціонарною (очною) формою навчання, а також заочну (наприклад у Польщі).

Обсяг магістерських програм здебільшого становить 120 кредитів, проте мають місце деякі відмінності їх обсягів і змістового наповнення в розрізі окремих спеціальностей фахівців громадської охорони здоров'я. Зокрема, новою магістерською програмою з громадського здоров'я в медичному університеті м. Варна (Болгарія) передбачено введення не 120, а 125 кредитів навчання (630 годин).

До контенту зазначених програм включено обов'язкові модулі та модулі за вибором. В рамках обов'язкових модулів магістранти опановують вступ у громадське здоров'я, медичну біостатистику, основи епідеміології, промоцію здоров'я, економіку охорони здоров'я, менеджмент в охороні здоров'я, управління охороною здоров'я, глобальне та міжнародне здоров'я.

За вибором вивчаються такі курси як екологія і здоров'я, оцінка результатів наукових досліджень, робота і здоров'я, теорія економіки охорони здоров'я, планування і управління проектами, глобальна стратегія охорони здоров'я матері і дитини тощо.

Якщо 1-й навчальний рік магістратури присвячений, переважно, вивченню теоретичних основ громадського здоров'я і відповідних навчальних дисциплін, то другий рік навчання має чітку практичну і науково-дослідницьку спрямованість, з виконанням студентами дослідницьких проєктів, підготовкою магістерських робіт на ступінь магістра у сфері громадського здоров'я.

Безумовно, розвиток кадрового потенціалу служби громадського здоров'я в Україні у сучасних умовах потребує врахування міжнародного, у т.ч. європейського досвіду.

Модернізація системи вищої медичної освіти в Україні має здійснюватися на основі багаторівневої освітньо-компетентнісної моделі згідно з ключовими європейськими компетенціями. Програми до- та післядипломної освіти кадрів громадської охорони здоров'я повинні включати переліки ос-

новних знань і навичок у сфері громадської охорони здоров'я, рекомендовані Асоціацією шкіл громадської охорони здоров'я Європейського регіону і відповідати європейським освітнім стандартам.

Планування, підготовка кадрових ресурсів і безперервне професійне вдосконалення фахівців з громадського здоров'я мають відповідати національним потребам у цих фахівцях в умовах формування служби громадської охорони здоров'я і передбачати використання інноваційних форм і методів навчання.

Висновки. Створення в Україні служби громадської охорони здоров'я потребує модернізації системи вищої медичної освіти з метою оптимізації підготовки медичних кадрів для громадської охорони здоров'я на рівні європейських стандартів у світлі пріоритетів стратегії ВООЗ «Здоров'я–2020».

ПЕРСПЕКТИВЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

Мищенко М.М., Давидыч А.М.

С момента создания первого примитивного государственного строя человек всегда стремился организовать более комфортные условия для своей жизнедеятельности. В историческом аспекте в зависимости от этого и менялась государственная политика, а также проводились соответствующие государственные реформы той или иной сферы жизни человека.

Для социума во все времена было немаловажным состояние здоровья населения и способы его поддержания, а также возможности продления активной жизнедеятельности. В связи с этим зародилась медицина, а в государстве появилась отдельная ветвь – здравоохранение. Во все времена медицина не останавливалась на достигнутом, она всегда развивалась и интегрировалась. На данном этапе развития нашего общества также назрела острая необходимость реформирования национальной системы здравоохранения для более эффективного и рационального оказания медицинских услуг путем перехода к основам страховой медицины.

Целью реформирования системы является внедрение новой модели финансирования системы охраны здоровья, которая предусматривает четкие гарантии государства относительно медицинской помощи, улучшение финансовой защищенности для граждан в случае болезни, эффективное и справедливое распределение публичных ресурсов и сокращение неформальных платежей [1, С. 3–4]. Для реализации этого в первую очередь необходимо внедрить соответствующее нормативное регулирование и систему мониторинга, чтобы не возникли так называемые «схемы отклонения» с несовершенным или неполным охватом населения медицинским обслуживанием (что является одним из минусов данной системы).

Для эффективного функционирования системы необходимо реализовать:
– государственный гарантированный пакет медицинских услуг (государство берет на себя ответственность за предоставление определенного объема медицинских услуг, в результате чего уменьшится количество нефор-

- мальных платежей и возрастет качество медицинской помощи, а также защищенность граждан в случае болезни);
- наличие единого национального заказчика медицинских услуг (разграничение функций заказчика (тот, кто платит) и поставщика услуг (автономные лечебные учреждения), результатом чего будет наличие условий свободной конкуренции на медицинском рынке и возможности для пациента самостоятельного выбора поставщика медицинских услуг;
 - новые современные механизмы оплаты (государство платит лечебным учреждениям за реально оказанные пациентам медицинские услуги) [2, С. 1–8];
 - децентрализацию управления (общины выступают в роли основателей и собственников эффективных конкурентных медицинских учреждений, которые продают медицинские услуги государству и страховым компаниям. Государство выступает в роли покупателя, результатом чего является исчезновение контроля государства над лечебными учреждениями) [3, С. 625–627].

Таким образом, при переходе к страховой модели здравоохранения полученные от медицинского страхования средства должны улучшить финансовую ситуацию в системе охраны здоровья населения и облегчить нагрузку на государственный бюджет; при этом государство сможет обеспечить население достаточным объемом и уровнем высококачественной медицинской помощи и улучшит социальную защищенность граждан в случае болезни или другой страховой ситуации.

Использованная литература

1. Социальная медицина, ООЗ/ Под. ред. Назарова Е.Н., Жилова Ю.Д.– М: Эксмо, 2007. – 584 с.
2. МОЗ України. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України / І.Ю. Перегінєць. – К.: МОЗ України, 2016, 18 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
4. Социальная медицина и организация здравоохранения: методические разработки по теме «Базовые системы здравоохранения» / сост. В.А. Огнев, А.А. Подпрядова. – Харьков: ХНМУ, 2016. – 28 с.
5. Модели систем здравоохранения мира [электронный ресурс]. – <http://old.duma.tomsk.ru/page/2956/>.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

Кравченко В.И.

Состояние системы здравоохранения в Украине вызывает серьезную обеспокоенность в Евросоюзе, о чем свидетельствует отчет экспертов Европейского центра профилактики и контроля заболеваний. Еще более резко оценивает это состояние медицинская общественность нашей страны, называя его катастрофическим. Надежда на введение страховой медицины начиная с 2017 г. (по заявлению Минздрава Украины) без принципиального изменения самой системы и критериев оценки, следовательно, и основы фи-

нансирования медучреждений, по нашему убеждению, желательного результата в плане существенного улучшения общественного здоровья не принесет. И дело здесь не только в финансировании, наложении доходной части бюджета системы здравоохранения, а, в первую очередь, в переориентации ее на профилактику, предупреждение заболеваний. Существенное, даже кардинальное улучшение состояния здоровья населения Украины может быть достигнуто тогда и только тогда, если оно станет государственной стратегической целью и к решению этой глобальной задачи будут привлечены не только Минздрав, но и отраслевые министерства и ведомства, крупный и средней бизнес, местные органы власти, общественность. Они должны взять на себя контроль и ответственность за условия труда и его безопасность на предприятиях и в учреждениях всех форм собственности. Кстати, в Евросоюзе эта работа была начата еще в 1987 г. с принятием Советом министров ЕС общесоюзного документа «Минимальные директивы по охране здоровья на производстве». В этом документе устанавливались минимально необходимые стандарты по охране труда, созданию безопасных условий работы, необходимые гигиенические и профилактические мероприятия, которые уменьшали бы риски угроз здоровью на производстве. Это документ странами-участниками был принят без особого энтузиазма, однако постепенно все они приняли соответствующие законы и внедрили их в практику. В целом в ЕС с 1993 по 2002 г. было принято восемь программ по охране здоровья. В 2003 г. они были объединены в среднесрочной программе комплексного плана действий по охране здоровья, рассчитанной на 2003–2008 гг. Эта программа ставила следующие цели: улучшения медицинской информации; быстрые и скоординированные подходы к угрозам здоровью; усиление профилактики; укрепление здоровья и их интеграция с другими направлениями политики (экономической, социальной, научно-технической, экологической).

Вторая программа Содружества в этом направлении, рассчитанная на 2008–2013 гг., дополняет ранее обозначенные цели улучшением здоровья граждан; устранением неравенства в охране здоровья; производством и распространением информации о проблемах здоровья. И снова подчеркивается необходимость улучшения условий безопасности, предупреждения травм и несчастных случаев на производстве, введение оценки риска на каждом рабочем месте.

В настоящее время внедряется третья программа (с мая 2014 г.). Она рассчитана на семь лет (до 2021 г.). Приоритеты в ней аналогичные предыдущим: укрепление здоровья, его профилактика и пропаганда здорового образа жизни; защита граждан от трансграничных угроз жизни, инвестирование инновационных, эффективных и устойчивых систем охраны здоровья; доступ к более качественному медицинскому обслуживанию. Кроме этих программ на европейском уровне созданы и работают новые институты по обмену информацией и координации действий стран-членов ЕС. Это Европейское агентство по безопасности и гигиене труда (Бильбао), Европейское агентство по безопасности пищевых продуктов (Пиза) и др. [1]. То есть в

странах-членах ЕС за здоровье населения отвечают не только и не столько министерства здравоохранения, сколько работодатели, предприятия и учреждения, государство.

Что касается министерств, то они все больше переходят на интегрированную систему (модель) организации здравоохранения, в основу которой положена система Семашко, лишенная командно-административных рычагов управления. Данная модель, в первую очередь, нацелена на обеспечение доступности, своевременности и качества медицинской помощи и медицинского обслуживания, а также на экономическую заинтересованность медицины в сохранении и укреплении здоровья. Направленность этой системы состоит в том, чтобы на основе эффективной профилактики и ранней диагностики уменьшить в разы расходы на лечение. Известный постулат: легче предупредить болезнь, чем ее лечить. Сэкономленные на здоровье населения деньги используются для мотивации медиков: первичного звена – за профилактическую работу, вторичного и следующих звеньев – за качество и эффективность медицинского обслуживания; кроме того, эти средства направляются на развитие медицинской науки, качественное оборудование лечебных учреждений.

Естественно, перейти на такую модель в Украине не просто. И дело здесь не только в желании и сопротивлении. Проблема гораздо глубже. Она заключается в несоответствии материально-технической базы, инфраструктуры здравоохранения новым задачам и требованиям. Первым шагом может стать введение страховой медицины под эгидой государства и с обязательным контролем со стороны государства. Параллельно с этим надо решать вопросы электронного учета состояния здоровья населения и работы медицинского персонала, технического перевооружения учреждений здравоохранения, подготовки и переподготовки кадров в соответствии с новыми более высокими требованиями, создания модной современной лабораторно-диагностической базы и др. Конкретную программу действий должны разработать специалисты-профессионалы под руководством ведущих ученых АМН Украины с привлечением экономистов, института кибернетики. Тогда медицинская реформа, о которой так долго спорят, может стать реальностью.

Использованные источники

1. Дизайн европейской политики здравоохранения. Интернет-ресурс: http://www/bpb/de/politik/innenpolitik/gestaltung_einer_europaeischen_gesundheitspolitik
2. А. Ябчанка. Медицинская реформа. Журнал-газета «Публика» № 36. 30 августа – 5 сентября 2016 г., с. 4.

**ДЕЯКИЙ ДОСВІД КРАЇН ЄВРОСОЮЗУ ПО ВПРОВАДЖЕННЮ
СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ**

Кравченко В.І.

Фінансування охорони здоров'я було, є і залишається на майбутнє чи не головною проблемою розвитку медицини, медичної науки та забезпечення здоров'я суспільства у всіх цивілізованих країнах світу. Саме ця проблема стала рушійною силою у розробці та впровадженні моделей Семашко, Бісмарка та Беверіджа. Вона ж спонукає держави з ліберальною (суто ринковою) системою все більше приділяти уваги розвитку систем охорони здоров'я у своїх країнах не тільки у політичному плані, а і брати на себе фінансові зобов'язання щодо забезпечення гарантованого об'єму медичних послуг.

Надто ж актуальною є ця проблема для України, оскільки рівень медичного забезпечення населення, стан системи охорони здоров'я у цілому за визнанням міжнародних експертів, оцінками вітчизняних фахівців, є катастрофічно небезпечним для суспільства. Обіцянки всіх українських урядів з перших років незалежності щодо реформування системи охорони здоров'я та впровадження страхової медицини залишаються пустими словами. Нині відсутня чітка стратегія розвитку системи і забезпечення її нормального функціонування.

Одним із заходів, що дозволяє суттєво покращити фінансування галузі охорони здоров'я, є впровадження обов'язкового медичного страхування, яке вперше в ранг державної політики було введено у Німеччині канцлером О. фон Бісмарком в кінці XIX ст. З того часу у цій країні вона удосконалювалася і зараз може слугувати орієнтиром для України не тільки у плані формування і використання страхових фондів, а і у плані створення інфраструктури страхової системи, системи контролю, досвіду взаємовідносин між суб'єктами страхування. Доля страхових виплат у загальних витратах на охорону здоров'я у ФРН в 2010–2012 рр. становила близько 60 % і склала 176–184 млрд. євро [1]. Якщо у цілому населення країни складає 80,6 млн. чол., то медичним страхуванням, що охороняється законом (ОМС, страхування сімейне, ДМС) охоплено 87,6 % населення, або 70,6 млн. чол., приватним медичним страхуванням – 11,7 % або 9,4 млн. Фактично все населення країни має страхові поліси здоров'я [2]. Сукупні витрати на охорону здоров'я у ФРН в 2011 р. склали 293.8 млрд. євро.

Розподілені вони таким чином: медичне страхування гарантоване законом – 168.5 млрд. € (57,3 %), соціальна страховка по догляду – 21,9 млрд. € (7,5 %), обов'язкові видачі по нещасним випадкам – 4.8 млрд. € (1,6 %), виплати приватним домашнім господарствам – 40,1 млрд. € (13,7 %), виплати приватним клінікам – 27,7 млрд. € (9,4 %), виплати колективним господарс-

твам (кооперативам) – 14,1 млрд. (4,8 %), виплати роботодавцям – 12,5 млрд. € (4,3 %) [3]. Система виплат у ФРН складна і для її адаптації в умовах України необхідно провести досконале вивчення і дослідження.

Обов'язкове медичне страхування є основним джерелом фінансування охорони здоров'я і у Франції. Тут ще у 1945 р. були прийняті закони про створення медичного страхування для працюючих, а у 1999 р. було прийнято закон про впровадження універсального медичного страхування (CMU). За даними 2012 р. медичним страхування тут охоплено близько 90 % населення, із яких тільки 1.2 % мають право не державне фінансування. З 2004 р. після реформи охорони здоров'я страхові кошти знаходяться під егідою Національного союзу медичних кас (UNCAM). За період із середини 90-х рр. до тепер у Франції проведено чотири реформи охорони здоров'я. Остання реформа «Госпіталь 2007» виділила чотири головні цілі:

- контроль за витратами і стримування витрат у системі ОМС;
- покращення амбулаторної і стаціонарної допомоги, якості і ефективності за рахунок впровадження моделей управляємої медичної допомоги і регіоналізації управління, контролю політики в галузі охорони здоров'я;
- зміцнення солідарності уразливих пацієнтів і розширення застрахованого в ОМС на основі впровадження фінансування за рахунок податків універсального захисту від захворювань (КМУ) і державних субсидій приватним страховикам (CMU-C);
- укріплення державного медичного страхування як посередника між лікарями і лікарнями та більш широкого залучення лікарів до системи громадського харчування.

Варто відзначити, що у Франції має місце постійний реальний дефіцит державних страхових фондів охорони здоров'я. У цілому ці фонди вирости з 91,5 млрд. € у 1997 р. до 171,1 млрд. € у 2012 р. Дефіцит же коштів коливався від 1 млрд. € у 2000 р. до 11,6 млрд. € у 2004 та 2009 р., а у 2012 р. склав 5,9 млрд. €. Це спонукало уряд до пошуку шляхів зменшення дефіциту. Поки що такими заходами були: збільшення республіканського державного страхування (РДС) для пенсіонерів, розширення бази РДС з 95 до 97 відсотків від суми окремих доходів платників податків, збільшення ставки внесків роботодавців у системі ОМС з 12,7 % до 12,8 %. Крім того дуже обережно впроваджуються заходи по децентралізації страхових фондів. [4].

У Німеччині, Франції, інших країнах Євросоюзу держава не допускає довільного використання страхових фондів і безконтрольності відносин пацієнт-страхова компанія-лікарня-лікар. У тій чи іншій мірі ці відносини нормуються і контролюються. То ж для впровадження страхової медицини в Україні треба добре вивчити цей досвід країн Євросоюзу. Починати ж треба з самого простого: де страхувальнику взяти гроші на страховий поліс і хто буде гарантувати виконання страхових зобов'язань у страховому випадку. Щодо держави, то вона повинна взяти поки що на себе гарантований мінімум медичних послуг для населення і хоч трохи наблизити його до країн Євросоюзу.

Використана література

1. Ausgaben und Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2002—2012. Bundesministersum für Gesundheit (2013). GKV – Statistik: Kennzahlen und Faustformen. www.sozialpolitik-aktuell.de.
2. Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung 2011. Statistisches Bundesamt (2012), Fachserie 13 Reihe I. I, Sozialleistungen: Angaben zur Krankenversicherung. www.sozialpolitik-aktuell.de.
3. Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern 2011. Statistisches Bundesamt (2013): Fachserie 12 Reihe 7.1.1. Gesundheit: Ausgaben. www.sozialpolitik-aktuell.de.
4. Інтернет ресурс [http: www. bpb./de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/177378/finanzierung/](http://www.bpb./de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/177378/finanzierung/)

ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ НА ТЕРРИТОРИИ УКРАИНЫ

Подпрядова А.А., Обуховская А.Б., Приходько Д.О.

Вопрос реорганизации системы здравоохранения является одним из ключевых на сегодняшний день. В первую очередь, это обусловлено тем, что существующая система охраны здоровья в Украине не является эффективной. Имеется множество проблем, связанных с дефицитом денежных средств для финансирования медицинских учреждений, что в свою очередь влечет за собой отсутствие повышения качества оказания медицинской помощи, а иногда и неспособность обеспечить некоторые слои населения надлежащим лечением. Важно отметить, что функционирующая система здравоохранения не имеет доверия со стороны людей и является неэффективной. По вышеизложенным причинам, мы считаем необходимым создание и внедрение новой модели организации медицинской помощи населению. Учитывая опыт развитых стран в реформировании системы здравоохранения, можно сделать вывод, что внедрение страховой медицины является реальной возможностью для улучшения качества оказания помощи, при этом охватив все слои населения. Таким образом, может быть достигнута цель – обеспечить каждому человеку конституционное право на получение бесплатной медицинской помощи [1].

Медицинское страхование – это система организационных и финансовых мер по обеспечению деятельности страховой медицины, целью которой является обеспечение граждан социальными гарантиями и правами на получение медицинской помощи за счет накопленных средств при возникновении страхового случая, а также финансирование профилактических мероприятий [2].

Медицина в Украине на сегодняшний день стоит на распутье: с одной стороны, является многоукладной системой охраны здоровья, с другой стороны предстоит неизбежный путь к реформированию и переход на обязательное медицинское страхование населения. Развитие медицинского стра-

хования является объективной потребностью, которая обеспечила бы поступление средств в отрасль охраны здоровья. [3] Учитывая финансовую ситуацию в Украине и количество средств, которое выплачивает государство на здравоохранение, это будет единственным правильным выходом. Проанализировав опыт развитых стран о внедрении системы страхования, можно сделать вывод, что были обеспечены качество, доступность и своевременность предоставления медицинских услуг населению. Но в данной системе, несомненно, есть свои недостатки и сложности, такие как: неравномерность доступности всего населения страны, неполный охват страхование всех слоев населения; неоправданный качеством рост стоимости на услуги; эта система не работает в случае войны или кризиса [4].

Внедряя нововведения, связанные с реорганизацией медицинской сферы предоставления услуг, необходимо руководствоваться следующими принципами:

- обеспечение сбалансированности законодательных актов по социальному страхованию и общеобязательного государственного социального медицинского страхования, что существенно повысит стабильность здравоохранения в целом;
- повышение ответственности органов государственной власти и местного самоуправления по поводу обязательств, связанных со страхованием льготных групп населения;
- четкое разграничение функций и ответственности на разных уровнях управления системой;
- создание механизмов реального обеспечения защиты прав пациентов;
- обеспечение действенного контроля со стороны государственных органов за целевым использованием средств, которые будут выделены на эти цели [5].

Выводы. Обязательное государственное социальное медицинское страхование обеспечит доступность предоставления медицинских услуг для всех граждан, не зависимо от возраста, пола, состояния здоровья. Для достижения вышеизложенных целей необходимо время, значимые вложения. Для совершенствования и внедрения данной системы нужен подход с юридической стороны. Законы, акты должны быть конструктивно составленными, учитывая права пациентов, должна прослеживаться связь между качеством и объемом предоставления медицинских услуг.

Использованная литература:

1. Основы законодательства Украины об общеобязательном государственном социальном страховании (№ 16/98-ВР от 14 января 1998 года).
2. Соціальна медицина і організація охрани здоров'я / Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – № 7. – С. 381
3. Болдова А. А., Мойко В. Й. Особливості медичного страхування в Україні // Збірник наукових праць Національного університету державної податкової служби України. – № 2. – 2012. – С. 33–39
4. В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчий, Т.С. Грузєва. – Вид. 3. – Вінниця: Нова Книга, 2013. – С. 278

5. Бачо Р. Й. Перспективи розвитку страхового підприємництва в Україні [Текст] / Р. Й. Бачо // Науковий вісник Буковинської державної фінансової академії: збірн. наук. праць. Економічні науки. – Чернівці, БДФА, 2009. – Вип. 3 (16). – С. 57–64.

НЕОБХОДИМОСТЬ И УСЛОВИЯ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ

Чухно И.А., Говорова Е.И.

Как показывает практика социально-экономического развития и регулирования сферы здравоохранения различных стран, медицинское страхование является одной из важных составляющих нормального функционирования систем здравоохранения. В настоящее время в Украине происходит процесс реформирования системы здравоохранения, при котором в основу новой, усовершенствованной системы будет положена именно страховая модель. Согласно существующим нормативным документам страховая медицина должна «заработать» в нашей стране с 1 января 2017 года [1].

Целью данной работы является рассмотрение основных преимуществ и недостатков медицинского страхования и проблем внедрения его в нашей стране.

Организация здравоохранения, обеспечивающего право каждого гражданина на получение медицинской помощи, предусматривает создание эффективной системы медицинского страхования в условиях рыночной экономики. Медицинское страхование – это страхование на случай потери здоровья по любой причине, в том числе в связи с болезнью и несчастным случаем [1, с. 109].

Цель введения медицинского страхования – гарантирование гражданам в случае возникновения страхового случая получения медицинской помощи за счет накопленных средств и финансирование профилактических мероприятий. При этом, экономика страны не готова к быстрому переходу на медицинское страхование. Не все граждане смогут обеспечить себя страховым полисом в связи с низким прожиточным минимумом и не соответствием между реальной и номинальной заработной платой.

Так же следует отметить неготовность медицинской сферы к предоставлению всех видов услуг, которые будут прописаны в договоре со страховщиком. Гражданин Украины имеет право получить медицинскую помощь определенного уровня на всей территории Украины, но не все медицинские учреждения готовы ее оказать. Медицинские учреждения, которые находятся в районных центрах, а также ФАПы не имеют определенной материальной и технической базы, для оказания помощи застрахованным лицам на всей территории Украины. Кроме этого, медицинский персонал существующих медучреждений должен быть профессионально и психологически подготовлен к работе в новых условиях.

Внедрение страховой медицины влечет за собой необходимость дополнительного финансирования на первых этапах ее становления, что в современных условиях так же является проблемой.

В странах зарубежья опыт внедрения страховой медицины уже дал свои плоды (повышение уровня медицины в стране, уменьшение возникновения рисков, повышение обращаемости). Для граждан Украины страховая медицина дает больше прав и возможностей выбора. Пациент имеет реальное право выбирать себе врача, имеет право на оказание медицинской помощи должного уровня на всей территории страны. В совокупности это дает уверенность в своевременности и качестве данной помощи.

Важным положительным фактором при внедрении страховой медицины станет избегание рисков. Пациент имеет право на компенсацию стоимости анализов и методов исследования, которые определены в его договоре со страховщиком. Это дает возможность получить медицинскую помощь в любое время, без каких-либо затрат. В свою очередь медицинское учреждение имеет четко прописанный документ с перечисленными мероприятиями, в которых нуждается застрахованный. За выполнением всех пунктов договора всеми сторонами следят соответствующие органы, что дает еще один повод для увеличения уверенности в правильности действий врача и застрахованного.

Значительной проблемой при внедрении медицинского страхования также может стать отсутствие полноценного, взвешенного и обоснованного правового поля в этой сфере, необходимой инфраструктуры, а именно сильных, готовых работать в этой сфере и вызывающих доверие страховых компаний, неготовность как населения, так и медработников, медучреждений работать в новых условиях.

Вывод: Страховая медицина имеет свои плюсы и минусы и, хотя она и является приоритетным направлением в реформировании сферы здравоохранения в нашей стране, к быстрому ее внедрению наша страна еще не готова. В первую очередь это связано со следующими причинами: отсутствие действенного правового поля в этой сфере, неопределенность финансовых источников для запуска системы, профессиональная и психологическая неготовность как сотрудников медучреждений, так и населения, низкий уровень доходов населения и высокая безработица.

Використана література

1. Говорушко Т.А. Страхові послуги : навч. посіб. / Т.А. Говорушко. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 400 с.
2. У МОЗ розроблено план із впровадження медичного страхування з 2017 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ua.112.ua/suspilstvo/u-moz-rozroblenyi-plan-po-vprovadzhenniu-medychnoho-strakhuvannia-z-2017-roku-335876.html>

**EFFECTIVENESS OF PUBLIC SOCIAL ANNOUNCEMENTS FOR
SECONDARY PROPHYLAXIS OF LUNG CANCER**

Zinchuk A.M., Trehub Ye.S.

Abstract. Lung cancer is the leading cause of death among all oncological diseases in the world with 1.59 million deaths in 2012 (WHO). 1.83 million new cases of lung cancer were diagnosed in 2012, that is 13.0 % of all newly diagnosed cancers.

In Ukraine, the incidence of respiratory system cancer is 34.3 per 100 thousand, death rate – 27.1 per 100 thousand (data for 2014). It is worth noting that among all the new cases of lung cancer only 24.4 % was on stage I–II (according TNM classification), and 69.7 % was III–IV-stage cancers [1].

In Kharkiv region the incidence rate of lung cancer retains high levels: 41.6 per 100 thousand in 2004, 39.3 per 100 thousand in 2009, 41.2 per 100 thousand in 2014. Moreover, the incidence rate of the III and IV stages of this disease is respectively 34.1 % and 24.9 % of all diagnosed cases, but it should be noticed that effectiveness of a specific treatment for the late stages of lung cancer does not exceed 9 %. Detection rate of the I–II stages (that can be cured in about 70 % cases) is only 35.9 % (data for 2014). Thus, a problem of the lack of early diagnosing becomes apparent [1].

Objective. To perform a comparative description of an effectiveness of public social announcement (PSA) campaigns for early detection of lung cancer in the United Kingdom and Ukraine.

The incidence of lung cancer in the UK is very high: 48.5 new cases per 100 thousand per year (in 2011). The number of deaths from lung cancer in the UK in 2012 was 35419 cases, which was a 6.2 % of total mortality. [4] Thus, a problem of lung cancer is a priority for public health system of the United Kingdom. PSA becomes one of the ways to promote the secondary prophylaxis of lung cancer.

In May-June 2012 a massive social campaign within a project Be Clear on Cancer was hold in England, aimed to raise public awareness of early manifestations of lung cancer. Within the campaign a 30-second TV ad and radio ads were broadcasted; basic message was a phrase «Cough for more than three weeks? Time to see your GP». At the end of the campaign public awareness of a cough as a lung cancer symptom increased from 54 % to 65 %; awareness of a persistent or prolonged cough – from 12 % to 15 % [3]. Results of the campaign showed: during the campaign period the number of visits to GPs with complaints related to cough in age group below 50 years has increased by 70 %, over 50 years – by 63 % compared with the same period of 2011 [5].

The number of referrals to narrow specialists for suspected lung cancer increased by 31.8 % and remained high until at least October 2012. The number of

newly diagnosed cases of lung cancer in the May-July 2012 period was 8335, which is 9.1 % (696 cases) higher compared with May-July 2011 (7639 cases) [3].

During the campaign period it was noticed an increase of the percentage of patients with I-stage non-smallcellular cancer among all diagnosed lung cancer cases – from 14.1 % in 2011 to 17.3 % in 2012 (+ 3.2 %). The proportion of IV-stage cancer has decreased from 52.5 % in 2011 to 49.0% in 2012 (-3.5 %). Extra 288 surgical interventions for lung cancer has been produced comparing to a May-July 2011 period (an increase from 13.7 % to 16.0 % of patients), which significantly improves the prognosis for patient survival [3].

Since November 2013 a social campaign informing the public about lung cancer has been being conducted in Scotland as a part of the program Detect Cancer Early (launched December 20, 2012): TV ad featuring Sir Alex Ferguson, the ex-coach of the «Manchester United» football team, which also put an emphasis on the fact that a cough for more than three weeks may be caused by lung cancer. The project resulted in the following: as of November 2015, since the start of the campaign a proportion of newly diagnosed I-stage lung cancer in Scotland has increased by 24.7 % [2].

Ukraine today has no experience in conducting effective public advertising campaigns for lung cancer. However, existing projects concerning other oncological pathologies (especially breast cancer) show that this kind of educational work is effective and functional in our socio-economic conditions.

Conclusions.

1. High mortality from lung cancer is caused mostly by the lack of early detection, which is associated with a low level of awareness and alertness of the population about their health.

2. Public social advertising is an effective method of educational work that can significantly enhance the efficiency of secondary prophylaxis of lung cancer, and consequently reduce the mortality from this disease, which was demonstrated by the experience of the UK.

3. The potential medical impact of an introduction of the public social advertising experience for prevention of lung cancer in Ukraine is an increase of the coverage of target inspections and consequently a decrease of mortality rates from this disease;

4. The potential social impact is an increase of public awareness and alertness concerning the manifestations of lung cancer and consequently an increase of patients' life expectancy and life quality;

5. The potential economic impact is a diminution of costs of the medical care provided to lung cancer patients in health care facilities due to the decrease in the number of patients with III-IV-stage lung cancer.

References

1. Бюлетень Національного канцер-реєстру № 17 «Рак в Україні, 2013–2014»// Національний канцер-реєстр України. – З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, Ю.Й. Михайлович. – Київ, 2016. – С. 1–2.

2. Alex Ferguson lung cancer advert helps increase early detection – BBC News// Available from: <http://www.bbc.com/news/uk-scotland-34833278>.
3. L Ironmonger, E Ohuma, N Ormiston-Smith, C Gildea, C S Thomson and M D Peake An evaluation of the impact of large-scale interventions to raise public awareness of a lung cancer symptom. British Journal of Cancer (2015) 112, 207–216.
4. British Lung Foundation – Lung cancer statistics// Available from: <https://statistics.blf.org.uk/lung-cancer>.
5. J Moffat, A Bentley, L Ironmonger, A Boughey, G Radford and S Duffy (2015) The impact of national cancer awareness campaigns for bowel and lung cancer symptoms on sociodemographic inequalities in immediate key symptom awareness and GP attendances. British Journal of Cancer (2015) 112, S14–S21.

ДИНАМИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В УКРАИНЕ

Зинчук А.Н., Семенюк М.А., Кислов А.В.

Одним из важнейших показателей младенческой смертности является перинатальная смертность. Объективная информация об уровне и структуре перинатальной патологии, и ее динамика является основой для сравнительного анализа состояния здоровья новорожденных, а также планирования материальных и кадровых ресурсов при проведении необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий. Показатель перинатальной смертности зависит как от состояния здоровья женщины до оплодотворения, так и во время беременности, так и от состояния оказания медицинской помощи в женских консультациях, акушерских и педиатрических (неонатальных) стационарах и широко используется для оценки качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным в раннем неонатальном периоде [1].

Цель работы заключается в исследовании особенностей динамики перинатальной смертности в Украине и определении проблемных участков по ее снижению.

Материалы и методы. Уровень перинатальной смертности в Украине, начиная с 2000–2010 гг., имеет тенденцию к повышению (с 10,11 до 10,6 на 1000 рожденных живыми и мертвыми). Однако такая оценка не совсем корректная, поскольку в разные периоды при расчетах показателя использовались различные критерии определения перинатального периода. К 2006 включительно в Украине перинатальный период охватывал срок с 28-й полной недели внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 1000 г) до полных 7 дней после рождения. С 2007 года страна перешла на критерии, определенные ВОЗ, когда начало перинатального периода приходится на полных 22 недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 г.) [3].

Дальнейший анализ динамики перинатальной смертности проведено на основе показателей, перечисленных по критериям ВОЗ на весь период наблюдения. При таком подходе уровень перинатальной смертности в 2000–

2010 гг. уменьшился в 2,6 раза (с 27,1 до 10,6 на 1000 новорожденных живыми и мертвыми). Определяется плавное уменьшение показателя перинатальной смертности в период с 2001 года по 2004 год (на 4–8 % ежегодно). А в 2005 году он снизился почти на 19 % (с 20,6 до 16,7 на 1000 родившихся живыми и мертвыми), что обусловлено подготовкой к пересмотру причин, по которым разрешено искусственное прерывание беременности, срок которой составляет 12–22 нед. [2]. В результате ликвидировано большинство социальных показаний к такому прерыванию, которые действовали ранее. В результате уровень перинатальной смертности, измеряемый по критериям ВОЗ, в 2005–2006 гг. резко уменьшился (с 20,6 до 15,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми) [3].

Второе стремительное снижение показателя – на 28,9 % (с 15,2 до 10,8 на 1000 родившихся живыми и мертвыми) зарегистрировано в 2007 году после официального принятия Украиной критериев ВОЗ относительно живорождаемости. В период с 2008 года по 2010 год не наблюдалось выраженных изменений показателей перинатальной смертности [2, 3].

Выводы. Анализ перинатальной смертности за период с 2000 года по 2010 год, проведенный на основании показателей по критериям ВОЗ за весь период наблюдений, показал снижение уровня данного показателя в 2,6 раза. Выявлено, что показатель перинатальной смертности имел две волны снижения: в 2005 году – в связи с сокращением правовых оснований для искусственного прерывания беременности по социальным показаниям, и в 2007 году – в связи с принятием Украиной критериев ВОЗ относительно живорождаемости.

Использованная литература

1. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global World Health Organization Geneva 2006. – 75 p. [Electronic resource]. – Access mode: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf. – Title from screen.
2. Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України: постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 р. № 144 [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=144-2006-%EF>.
3. Про порядок штучного переривання вагітності від 12 до 28 тиж.: постанова Кабінету Міністрів України від 12.11.1993р. №926 [Електронний документ]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ КАК МЕТОД РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мищенко М.М., Хворостинко Р.Б.

Назревшая необходимость реформирования системы здравоохранения в Украине предусматривает комплексную целенаправленную деятельность государства в направлении реализации прав всех граждан страны на защиту

и охрану своего здоровья. Основа государственной политики в сфере здравоохранения определяется совокупностью целенаправленных действий в отношении реализации политики эффективного медицинского обеспечения населения, направленной на улучшение здоровья населения и включающей в себя 3 основных направления:

- защита конституционных прав граждан по обеспечению качественной медицинской помощью, охране здоровья и медицинскому страхованию, а также защиту прав и свобод человека в сфере здравоохранения;
- организацию оказания медико-санитарной помощи населению, формирование единого национального медицинского пространства и рынка медицинских услуг;
- проведение организационных, правовых, юридических и других мероприятий в направлении охраны и укрепления здоровья населения [2, С. 194].

Одним из основных инструментов реализации вышесказанного является государственное программирование, которое представляет собой продолжительное целевое регулирование системы здравоохранения в целом или отдельных ее направлений.

Выделяют следующие принципы и особенности целевого планирования в сфере здравоохранения:

- сбалансированность, комплексность и синхронность целей и задач программы на каждом этапе ее выполнения;
- целевая направленность всех без исключения программных мероприятий;
- системность мероприятий, необходимых для достижения цели программы;
- учет взаимосвязи данной целевой программы с другими, характер их совместного влияния;
- адресность задач программы;
- обеспеченность руководством процесса реализации программы;
- ограниченная централизация части необходимых ресурсов [1, С. 343–344].

Государственные программы классифицируют по нескольким критериям, основными из которых являются длительность реализации программы и объекты программирования.

С точки зрения продолжительности выделяют краткосрочные (1–3 года), среднесрочные (3–5 лет) и длительные планируемые программы (5 лет и более).

По объекту программирования все программы делятся на общегосударственные, региональные, отраслевые, целевые и неотложные [6].

Ответственность за разработку и реализацию государственных программ в сфере здравоохранения возлагают на органы государственной власти, которые привлекают к этому процессу известных ученых и политиков, руководителей организаций и учреждений различных сфер деятельности и представителей общественных организаций. В Украине разработка государственных программ здравоохранения основывается на положениях Конституции Украины и «Основах законодательства Украины об здравоохранении» [5].

Общим стратегическим планом, определяющим основные векторы государственного программирования в сфере здравоохранения, ключевые проблемы данной отрасли и стратегию ее реформирования является «Концепция развития здравоохранения Украины». Согласно ей, главными задачами государственной политики являются: переориентация здравоохранения на усиление мероприятий по предупреждению заболеваний; предотвращение инфекционных заболеваний; снижение рисков для здоровья человека, связанных с загрязнением и опасным влиянием факторов окружающей среды.

Ликвидация факторов окружающей среды, угрожающих здоровью человека, находит свое более конкретное решение в ряде национальных и государственных программ, примерами которых являются: Междисциплинарная комплексная программа «Здоровье нации», Государственная программа «Репродуктивное здоровье нации», Государственная программа предотвращения и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и туберкулеза и другие.

К основным способам реализации программ по ликвидации вредного воздействия факторов окружающей среды, угрожающих жизни и здоровью человека, относят: формирование ценностей здоровья и здорового способа жизни, переход к экологически-стойкому развитию, активизация гражданского контроля процессов трансформации окружающей среды, борьба с отрицательным внешнеэкономическим влиянием, формирование эффективной экономической модели функционирования системы здравоохранения и другие [3, С. 587–590].

Одной из приоритетных задач государственной политики в сфере здравоохранения является формирование и повсеместное внедрение принципов здорового образа жизни среди населения страны. Это понятие включает в себя физиологически-оптимальный режим труда и отдыха, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, соблюдение правил личной и общественной гигиены, охрану окружающей среды и прочее. Но на практике органам государственного управления не всегда удается достичь желаемых целей. Согласно проведенным социологическим опросам, только 13,8 % респондентов хотя бы 1 раз за последние 7 дней занимались физкультурой или гимнастикой; 5,5 % – практиковали бег; 3,4 % – посещали плавательный бассейн или занимались в спортивном зале или на стадионе [4, С. 51]. При этом, на фоне низкого уровня занятий физической культурой и спортом в Украине широко распространено увлечение вредными привычками среди населения, злоупотребление несбалансированным питанием и медикаментами и другое.

Выводы: государственное целевое программирование развития национального здравоохранения является основным инструментом реализации государственной политики отрасли здравоохранения, позволяющим повысить эффективность управления, улучшить экономию материально-технических и человеческих ресурсов и сконцентрировать их на наиболее актуальных проблемах сферы здравоохранения.

Использованная литература

1. Вовк М.Г. Програмно-цільове фінансування в системі охорони здоров'я / М.Г. Вовк, М.П. Жданова // Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001 р.). – К., 2002. – С. 343–344.
2. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія/ З.С. Гладун. – Тернопіль: Екон. Думка, 2005. – 460 с.
3. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко (ред.). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 587–590.
4. Головаха Є. Українське суспільство 1992–2008: Соціологічний моніторинг / Є. Головаха, Н. Паніна. – К., 2008. – 85 с.
5. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України від 28 червня 1996 року // Відом. Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – С. 141.
6. Формирование государственной политики охраны здоровья в Украине [электронный ресурс]. – studbooks.net/37427/meditsina/formirovanie_gosudarstvennoy_politiki_ohrany_zdorovya_ukrainy.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Чухно І.А., Огнєв В.А.

Якість медичної допомоги та управління нею в рамках налагодження системи управління наданням медичної допомоги є одним з найважливіших напрямів забезпечення ефективності реформування системи охорони здоров'я держави. Зважаючи на значення цієї проблеми для ефективності системи охорони здоров'я нею займається значна кількість науковців у сфері медицини та управління. Зокрема, вказуючи на актуальність проблеми поліпшення якості медичної допомоги в Україні та необхідність формування чіткої виваженої політики щодо безперервного підвищення якості медичної допомоги як визначальної умови реформування вітчизняних військової та цивільної систем охорони здоров'я [3], здійснюючи аналіз поняття «якість медичної допомоги (послуги)» як правової категорії у законодавстві України та спеціальній літературі [1], пропонуючи дотримуватись покрокового проведення контролю, оцінки та вирішення проблем якості допомоги в медичних установах [2].

Серед основних завдань міжнародної стратегії Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я «Здоров'я 21» – здоров'я для всіх в 21-ому столітті» виділено завдання щодо забезпечення ефективного управління якістю медичної допомоги та забезпечення якості медико-санітарної допомоги. Стратегією передбачається запровадження нового механізму управління якістю медичної допомоги, основною характерною рисою якого має бути систематичний вимір показників результативності клінічної допомоги з використанням міжнародно визнаних стандартів якості і з введенням результатів у бази да-

них, де кінцеві результати можуть бути зіставлені з результатами, отриманими на порівнянному рівні для забезпечення постійного підвищення якості медико-санітарного обслуговування хворих.

Підходи до визначення сутності якості охорони здоров'я поступово змінюються. З 1998 року в документах ВООЗ можемо побачити підхід до визначення якості, орієнтований скоріше не надавачів медичних послуг. Зокрема, якість медичної допомоги визначається як зміст взаємодії лікаря і пацієнта, який ґрунтується на кваліфікації професіонала, тобто його здібності зменшувати ризик прогресування захворювання, яке є у пацієнта, і виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта системою охорони здоров'я (ВООЗ, 1986 р.).

Якість – це точне (у відповідності із стандартами) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності і нераціонального харчування (ВООЗ, 1998 р.).

З 2008 року тенденції дещо змінилися і в документах ВООЗ ми можемо побачити пацієнто-орієнтований підхід при визначенні якості медичних послуг.

Вітчизняні науковці схиляються до думки, що якість медичної допомоги є складним поняттям, що включає в себе багато компонентів. Н.Г. Гойда зазначає, що воно об'єднує два аспекти: об'єктивний (технічна якість) та суб'єктивний (якість, як вона сприймається пацієнтом).

В сучасних підходах до управління якістю медичної допомоги все більше уваги надається саме пацієнто-орієнтованому підходу до її визначення, при цьому одними з найбільш важливих компонентів інформації для аналізу є визначення ставлення пацієнтів до рівня і якості медичної допомоги, сприйняття ними отриманих послуг, вивчення задоволеності пацієнтів, відповідності очікуванням. Проте, думка пацієнта є суб'єктивною і, відповідно, оцінка якості, здійснена на основі таких даних, буде суб'єктивною.

До визначення якості медичної допомоги необхідно підходити комплексно, враховуючи як суб'єктивні фактори (серед яких можна виділити інформаційні, організаційні, загальне сприйняття системи та допомоги), так і об'єктивні (відповідність протоколам, ефективність використання ресурсів, результативність медичної допомоги тощо).

Говорячи про управління якістю слід відзначити, що в цілому якість медичних послуг є одним із визначальних чинників, що говорить нам про ефективність діяльності як окремого медичного закладу так і системи надання медичної допомоги в країні в цілому. Тому побудова ефективної системи контролю і управління якістю медичної допомоги, заснованої на максимальному врахуванні обох вказаних груп факторів, має бути одним з пріоритетів реформування в сфері охорони здоров'я.

Загалом, якість медичних послуг не залишається сталою, вона постійно змінюється, зважаючи на це управління якістю має бути постійним процесом, що враховуватиме всі складові і особливості надання послуг в медичній сфері та відповідатиме як на суб'єктивні так і об'єктивні потреби споживачів.

Використана література

1. Блащук Т. В. Якість медичної допомоги (послуги) та право на якість медичної допомоги (послуги): співвідношення понять / Т.В. Блащук, І. Пецко // Підприємництво, господарство і право. – 2011. – № 4 (184). – С. 33–36.
2. Жуков А.Є. Показники та оцінка якості надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі / Жуков А.Є., Тіунів В.К., Девяткова Г.І. та ін. / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://doctor.wpoonline.com/article.php?sid=22109>
3. Серебряков О. М. Світовий досвід побудови системи якості медичної допомоги та необхідність її впровадження у вітчизняну військову медицину / О. М. Серебряков / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.stattionline.org.ua/index.php/vornka/37/3280-svitovij-dosvid-pobudovi-sistemi-yakosti-medichnoi-dopomogi-ta-neobxidnist-i-vprovadzhennya-u-vitchiznyanu-vijskovu-medicinu.html>

CURRENT PROBLEMS OF HEALTH FINANCING IN UKRAINE

Veretelnyk O.A.

Analysis of indicators of economic functioning of Ukraine in recent years, based on data from the Ministry of Finance and the State Committee of Statistics, indicates that the country's economy inherent in the state budget deficit, and it influences on the amount of expenditure for funding of industry's sectors. For any industry underfunding is a major factor of economic recession and slowdown of its development.

Probably everyone would agree that one of the primary industries that require of financing is health industry, because it increases the level of public health and reproduction of human resources in the economy. However, among the expenditures on the development of the health sector has a low level of priority.

The share of expenditure in 2015 is as follows: 10.44 % of funds allocated from the consolidated budget for health development (for comparison: in 2012 – 2.88 %, in 2013 – 12.17 %, in 2014 – 10.92 %), while about 17.3 % of the funds spent on national features, 25.94 % – social protection and social security, 8.27 % – for economic activity, 8.08 % – public order, security and judicial power, 16.8 % – for education, 7.65 % – for defense, less than 1 % – the protection of the environment, and the spiritual and physical development and for utilities around 2.4 %.

For comparison, according to the World Health Organization, the world's average gross rate share of health spending is about 6.4 %, and in Europe – 7.1 %, and the recommended amount of expenditure on the health care sector should not be lower than 5 %.

Since the basic condition for sustainable and effective functioning of the health system is the adequacy of funding, and in Ukraine there is a problem of significant underfunding the main research objective is search for ways to improve or reform of Ukraine's existing health financing system.

Materials and methods: the study of this issue were provided with bibliography, mathematical and statistical methods.

The results: The current health care system in Ukraine is based on public funding through tax surpluses of public enterprises, but because of the budget deficit and frequent economic crises main issue is how to provide a stable funding base, which will contribute to focusing on protecting the health of the individual and this, experts say you have two ways: either through funding, either through social insurance.

Analyzing the options proposed by scientists, improvement of healthcare system in Ukraine can be identified shortcomings.

The first option – the healthcare system with government funding. The foundation of this healthcare system should be robust and resistant to external influences and internal vibrations of the economy (e.g. UK) Unfortunately, the economic situation in our country in recent years greatly destabilized by various fac-

tors, including political, social and economic. In addition, this healthcare system has disadvantages, namely:

- health care system, the only source of funding which the government funding is a monopolized system. The lack of competition in the health care leads to poor quality of health services.
- the vast majority ownership in this health care system is public property. This prevalence is a disadvantage because it leads to limitation to the free market of healthcare services. The concentration of ownership in the public sphere leads to the fact that the level of funding and direction of the health care system depends entirely on the political priorities that prevail in either a functioning economy.

The second option – a health care system based on social insurance. The scientists described a large number of positive features inherent in the health care insurance system.

However, the implementation of insurance healthcare system due to the high cost of the formation of the insurance fund at the beginning of its formation. Because the rate of growth of money in insurance funds lower than the demand for medical services. Furthermore, feature of the functioning of our state are:

- Firstly, the fact that much of the population – a population with low income, and given the high level of contributions to the insurance fund, it can lead to further stress the family budget and, consequently, the introduction of this system may stumble on its rejection on the part of the population;
- Secondly, the large number of unemployed who are not registered at employment centers and do not have access to health services;
- Thirdly, when it comes to health insurance, you need to understand that a market system and the main purpose of the subjects there is profit, but scientists proved the inverse relationship between the level of incomes and the incidence and indicates that insurance companies are not profitable to work in the insurance market of Ukraine.

Thus improving or reforming the healthcare system in Ukraine cannot be held only implementing the reforms that have been implemented in other countries are not taking into account the peculiarities of the healthcare system and economy of Ukraine as a whole, to identify significant factors and of the functioning of our state necessary for a complete and deep economic analysis to determine the optimum ratio of the cost of its reform and health, social and economic benefits to be received. However, given that the state alone is unable to sufficiently finance health care, it is appropriate to draw attention to reforming the existing system and accelerating its transformation into insurance.

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПРИВАТНОГО СЕКТОРУ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ

Голованова І.А., Краснова О.І., Хорош М.В.

Перші приватні клініки з'явилися в Україні на початку 90-х років. Головним фактором, який сприяв розвитку приватного сектору в медичній галузі стала криза державної системи охорони здоров'я. Фінансова та економічна

ситуація в медичній галузі не сприяли отриманню доступної та якісної медичної допомоги для широких верств населення. Застаріле медичне устаткування в закладах охорони здоров'я, а також низький рівень якості та сервісу при наданні медичної допомоги змушували пацієнтів все частіше звертатися за допомогою в приватні медичні заклади. З кожним роком кількість споживачів, які бажають обслуговуватися у приватних медичних закладах та готові оплачувати медичні послуги зростає [1].

Сьогодні в системі охорони здоров'я України понад 22 тис. приватних медичних закладів. Переважно це аптеки, кабінети приватних лікарів та вузькопрофільні медичні заклади. Серед останніх переважають стоматологічні клініки (54 % до 75 % приватного медичного сектору). Основна частка приватних медичних установ зосереджена в великих містах країни. Так, кількість приватних клінік широкого профілю в Києві біля 1000 установ різного профілю. Найбільша частка ринку доводиться на клініки: «Медиком» (Київ), «Борис» (Київ, Донецьк), «Добробут» (Київ, Донецьк), «Eurolab» (Київ), «Оберіг» (Київ), «Биофармтех» (Київ), «Into-Sana» (Одеса), «Американський медичний центр» (Київ) [2]. Приватні витрати на охорону здоров'я в Україні складають більше 42,3 % від загальних видатків охорони здоров'я, за п'ять років фінансування за рахунок приватного сектору збільшилося на 19 435 млн. грн.

Основними перевагами діяльності приватних закладів є: надання якісної та висококваліфікованої медичної допомоги, доступність, відповідальне відношення до процесу лікування, якісна діагностика, ввічливість і уважність персоналу до хворого, зручний і приємний інтер'єр в самому закладі.

Однак, подальшому розвитку приватного сектора в охороні здоров'я заважають: недосконалість законодавчої бази, нерівні умови конкуренції приватних медичних установ з державними й відомчими лікувально-профілактичними закладами через різні умови доступу до матеріальних і адміністративних ресурсів; високі ціни на медичні послуги в приватних клініках; непрозорість ринку через майже повну відсутність статистики в області приватної охорони здоров'я; недостатня кількість кваліфікованого медичного персоналу і приміщень для відкриття клінік [3].

Наявність розвинутого приватного сектора полегшить навантаження на державну систему охорони здоров'я, оскільки він обслуговує частину громадян, які спроможні самостійно сплачувати за лікування. Для ефективного функціонування національної системи охорони здоров'я доцільно вжити заходів, які б сприяли розвитку приватного сектору. Для цього необхідно вдосконалити нормативно-правові документи, які регламентують діяльність приватних закладів; вирішити проблеми, пов'язані з реалізацією норм Закону України «Про державно-приватне партнерство». Доцільно ввести соціальні замовлення приватним медичним закладам і установам на ті діагностичні та лікувальні медичні послуги, які поки що не готові надавати державні та комунальні медичні заклади.

Необхідно залучати приватний медичний сектор до виконання державних програм соціально-економічного розвитку в межах державно-приватної

взаємодії. Розробити дієву систему сприяння розвитку приватної медицини, як соціально значимого сектору економіки, в основі якої повинен бути відповідний комплекс заходів щодо пільгового оподаткування, кредитування, оплати комунальних послуг, партнерського рівноправ'я державних і приватних закладів охорони здоров'я тощо. Також варто зазначити, що покращення економічного становища в країні може сприяти збільшенню реальних доходів населення, що в свою чергу позитивно вплине на приватний сектор медичної галузі.

Висновки. Подальший розвиток приватної медицини в сфері охорони здоров'я сприятиме підвищенню ефективності всієї медичної галузі. Тому особливого значення набуває здійснення активної державної політики, спрямованої на створення умов для ефективного функціонування приватних медичних організацій.

Використана література:

1. Дудка В. В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я (до проблеми державного регулювання сфери охорони здоров'я) / В. В. Дудка // Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». – 2012 . – № 1. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4
2. Куренкова Д. Ценные лекари: есть ли будущее у рынка частной медицины Украины // [Електронний ресурс]. – Деловой информационно-новостной сайт «Дело». – 12 мая 2015. – Режим доступа / <http://delo.ua/business/cennye-lekari-est-li-budushee-v-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy> 296354/?supdated_new=1445966974.23.
3. Меловатская Н. Ю. Статистический анализ и прогнозирование развития рынка платных медицинских услуг: автореф. дис. на получение науч. степени канд. эконом. наук: спец. 08.00.12 – «Бухгалтерский учет, статистика». – Москва, 2011. – 20 с.

СИСТЕМА ДЕРЖФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В ПЕРІОД 2014–2015 РР.

Подпрядова А.А., Нестеров О.А., Зборовський Н.І.

Україна відноситься до країн з рівнем доходів нижче середнього [2]. За розмірами валового внутрішнього продукту на душу населення вона посідала 134 місце у світі на 2015 рік.

Протягом усіх років незалежності державна влада привертала увагу до необхідності реформування системи охорони здоров'я, яка була незмінна з радянських часів та побудована за моделлю Семашко. Але незважаючи на це, пріоритетом було збереження існуючої системи.

Після революції 2014 року об'єм виробництва скоротився та відповідно скоротилися доходи держави в дуже значних обсягах. Рівень інфляції на 01.01.2015 року склав 263,3 % порівняно з 2006 роком, а на 01.01.2016 склав 369,3 % відповідно.

Витрати на систему охорони здоров'я на 31.12.2014 року склали 2,01 % від ВВП, на 31.12.2015 – 1,9 % від ВВП [1, 4].

Де-юре Україна має найбільш широкі гарантії надання безоплатної медичної допомоги з усіх країн СНД. У 49 статті Конституції України від 2004 року встановлено, що «Кожен громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена» [3].

Враховуючи вище наведені дані, де-факто країна не може забезпечити таке функціонування системи охорони здоров'я.

Значна частина державних коштів на фінансування системи охорони здоров'я надходить з субнаціональних бюджетів і складає майже 90 %.

Система фінансування охорони здоров'я в Україні не може забезпечити захист населення від ризиків, пов'язаних із самостійною сплатою медичних послуг. Державні гарантії щодо надання безоплатної медичної допомоги є задекларовані лише «на папері», але, на жаль, не забезпечені достатнім фінансуванням для здійснення поставленої мети.

Використана література

1. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. / Вороненко Ю.В. Москаленко В.Ф. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
2. Москаленко В.Ф., Гульчий О.П., Грузєва Т.С. – Вид. 3. – Вінниця: Нова Книга, 2015. – 278 с.
3. В.М. Литвин. КОНСТИТУЦІЯ УКРАЇНИ 1996 [Електронний ресурс] // Енциклопедія історії України: Т. 5: Кон-Кю / Редкол.: В. А. Смолій (голова) та ін. НАН України. Інститут історії України. – К.: В-во «Наукова думка», 2008. – 568 с.: іл. – Режим доступу: http://www.history.org.ua/?termin=Konstitutsiya_Ukraini_1996 (останній перегляд: 29-09-2016).
4. <http://www.treasury.gov.ua/>

СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ КОНТЕКСТ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ

Астапова Я.В., Чухно І.А.

Тема симульованого простору є однією з найбільш дискусійних у багатьох галузях сучасної філософії. Не виключенням є і філософія медицини, бо саме у філософії медичної освіти поняття «симуляції» має особливе смислове навантаження.

Світоглядна ціннісна орієнтація, ідеали професійної діяльності, відчуття і розуміння сенсу життя залежать від глибини і повноти переосмислення лікарем сучасної наукової картини світу. Науки про суспільство і людину розгортають перед майбутнім лікарем багатий спектр прикладів поведінки, життєвих ситуацій лікарської практики, які при затребуваності здатні сприяти йому у виробленні сучасної системи гуманітарного знання і ціннісних орієнтацій. А сьогоднішній світ, переважно штучний, є індивідуальним простором особистої уяви кожного і найчастіше виражений у симульованій реальності. У сучасному суспільстві відбувається впровадження нових інформаційних технологій, Інтернету, телебачення, фотографії і відео. Це призводить до масового виробництва і вжитку симульованих образів. Сфера знаків і образів стає самодостатньою і значимою в реальності. Симуляція вже не сприймається як вторинний або другорядний вимір практики.

У філософському сенсі симульований простір з'явився завдяки поняттю «симулякр». Воно генетично пов'язано з грецьким словом «симулякрум», яке позначалось Платоном як «копія копії». Підтвердження цього – в роботі Платона «Держава», де описується образ печери, який ілюструє особливий прояв людського пізнання: в'язні печери сприймають лише тіні справжньої реальності, копії копій, «симулякруми» [3, с. 727]. У науковій термінології «симулякр», як поняття сучасної філософії було введено французьким філософом Ж. Бодрійяром. У працях вченого це поняття фіксує символи буття аж до отримання знаковою сферою статусу єдиної та самодостатньої реальності. Сучасне суспільство все більше усвідомлює чисто знаковий та симулятивний характер свого буття, але будь-які спроби повернення до реальності перетворюються на створення чергових симулякрів власного буття.

Сьогодні науково-технічний прогрес сприяє зростанню обсягу та рівня засвоєння знань, навичок, вмінь. Одним із шляхів розв'язання проблеми – є впровадження в освіту інноваційних технологій, які дозволяють істотно підвищувати ефективність навчального процесу. Між тим, інструментальна й методична складові технологій навчання тривалий час залишаються практично незмінними. Актуальність надання екстреної та невідкладної медичної і домедичної допомоги, бажання на більш кваліфікованому рівні врятувати життя людей спрямовує студента-медика на якісне відпрацювання практич-

них навичок. Саме в цьому випадку симуляційна форма навчання є найбільш оптимальною, оскільки дає можливість більш повно і реалістично моделювати об'єкт в певній ситуації, придбати необхідні теоретичні та практичні знання, відпрацьовувати конкретні навички, не завдаючи шкоди здоров'ю пацієнта [1].

Симуляційна освіта є однією з основних методик практичної підготовки медичних фахівців у розвинених країнах. В системі медичної освіти симуляційні технології лежать в основі ряду методик, покликаних допомагати відтворювати клінічні ситуації відповідно до мети навчання, повторення, оцінки і дослідження. Саме за рахунок виконання реальних практичних завдань, відпрацювання та закріплення практичних навичок, розвитку здатності миттєво приймати рішення, у студентів-медиків формуються професійні компетенції. Для втілення способу реалізації компетентнісної моделі професійного становлення лікаря застосовують симуляційні технології, що об'єднують широкий діапазон навчання лікаря: від різноманітних тренажерів, де відпрацьовуються практичні навички з високим ступенем реалістичності, до комп'ютерних і віртуальних моделей для вдосконалення алгоритмів дії з різними клінічними ситуаціями. Зазначені технології навчання орієнтують студента-медика на знання комунікативних навичок, розвиток інтелектуальної самостійності та професіоналізм [4, с. 6–7].

Симуляційне навчання ні в якому разі не заміняє, а тільки доповнює підготовку до реальної клінічної практики і гарантує можливість навчання майбутніх спеціалістів окремим практичним навичкам. Також симуляційні технології надають можливість регулярного тренування в окремих клінічних ситуаціях, відпрацювання взаємодії команди професіоналів, засвоєння правил ефективного спілкування. На сьогоднішній день не викликає сумнівів доцільність використання симуляції для навчання студентів-медиків. Для реалізації цієї програми існують в основному дві форми: навчання на кафедрах, де використовуються муляжі і фантоми або створення навчально-тренінгових центрів практичної медичної підготовки [2, с. 14].

Медичні віртуальні симулятори з'явилися на порозі XXI століття і відкрили нову еру в медичній освіті. Симулятори дозволяють освоїти складні навички, не піддаючи ризику життя пацієнта. Медичні віртуальні симулятори являють собою тренажери для професійної медичної підготовки, що передбачають багаторазове відпрацьовування практичних дій. Віртуальні симулятори призначені для різних медичних напрямків – для опрацювання навичок хірургічних втручань, гінекологічні, стоматологічні симулятори тощо.

Отже, проблема соціально-філософських засад симульованого простору у медичній освіті бере витoki у інтерпретації понять «симуляція» і «симулякр», що дозволяє виокремити специфіку цього феномену в широкому соціально-філософському контексті навчання студентів-медиків. Симуляція фіксує символи буття до отримання знаковою сферою статусу реальності. І, хоча, симульована реальність сприймається дуже різноманітно, все ж вона поєднує в собі велику кількість і сучасних, і класичних надбань сучасної ме-

дичної освіти. Також важливим є те, що своє безпосереднє втілення буття симулякрів знаходить у практичній складовій медичних наукових досліджень.

Використана література

1. Грицун Т.О. Роль та використання симуляційних технологій у підвищенні професійної компетенції лікарів-курсантів та інтернів на кафедрах ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zmapo.edu.ua/index.php/metod/394-simulation-technology>
2. Леванович В.В. Организация единых центров фантомно-симуляционного обучения в структуре высшего медицинского образования / Леванович В.В., Гостимский А.В., Сулова Г.А. [и др.] // Первый съезд общероссийской общественной организации «Российское общество симуляционного обучения»: тезисы. – М., 2012. – С. 14–16.
3. Можейко М.А. Симуляция / М.А. Можейко // Постмодернизм: энциклопедия / сост. и научн. ред. А.А. Грицанов, М.А. Можейко. – Минск: Интерпрессервис: Книжный Дом, 2001. – С. 725–737.
4. Хвисяк О. М. Обґрунтування впровадження симуляційних технологій на післядипломному етапі ступінчастої системи практично-орієнтованого навчання лікарів загальної практики – сімейної медицини / О. М. Хвисяк, В. Г. Марченко, О. А. Цодікова, О. М. Корж // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. / Харк. мед. акад. післядипломної освіти. – Харків, 2015. – № 3 (19). – С. 6–9.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АКАДЕМІЧНОГО ОДЯГУ У СИСТЕМІ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Бєлєвцова Я.С.

На сьогодні випускників більшості навчальних закладів світу на урочистих зборах важко уявити без святкового академічного одягу, українські вищі навчальні заклади не є виключенням, хоча ця традиція є досить для нас новою. Активізація розповсюдження та введення у традиції українських вищих навчальних закладів академічного одягу розпочалася приблизно десять років тому, але їй досі потребує детального вивчення та розуміння нюансів та традицій прийнятих у світі. Походження академічного одягу має глибокі коріння, традиція одягання урочистого університетського одягу на церемонію вручення дипломів має європейське коріння, помилково вважати цю традицію американського походження.

Сучасним академічним одягом, сьогодні вважається церемоніальне вбрання, традиційний одяг науково-педагогічного складу і випускників наукових освітніх установ. Складовими елементами академічного одягу є – мантия, головний убір – академічна шапочка, китиці і іноді стрічки випускника, у магістрів має ще бути капюшон на мантиї.

Академічний одяг або «академічні регалії», як відомо у США, є історичним традиційним одягом, носить в академічному суспільстві. У даний час його можна побачити тільки на випускних та інших урочистих церемоніях,

але в колишні часи такий одяг був повсякденним (в деяких старовинних університетах його носять й досі). Академічний одяг також носили представники деяких наукових товариств та інститутів в якості офіційного одягу [1]. Розглянемо детально особливості кожної складової академічного одягу.

По-перше, це мантия, сучасний вигляд якої походить від старовинної мантиї, яку носили під церковним одягом монахи, яка схожа на довгий чорний плащ. У ранньому Середньовіччі усі студенти та викладачі в університетах мали духовний сан та повинні були носити чітко регламентований клерикальний одяг (одяг ченців) чорного або іншого темного кольору. Цей одяг використовувався, як повсякденний. Значно пізніше в університетах Європи цей одяг перетворили на сучасну мантию, яка практично не відрізняється від старовинної. Вчений ступінь людини відрізняє складність крою та пошиття мантиї. Так, наприклад, на кожному рукаві мантиї доктора наук повинні бути нашиті шеврони, три бархатні смужки, у одязі магістра замість коміру вшитий капюшон, а мантия бакалавра не повинна мати капюшон та комір. Усі ці нюанси дозволяють відрізнити вчений ступінь особи, але існує ще багато нюансів, які стосуються пошиття рукавів, шліц та інших деталей мантиї. Також має значення колір мантиї, хоча традиційним прийнято вважати чорний, але деякі навчальні заклади використовують кольори своїх навчальних закладів. Мантиї деяких європейських вищих навчальних закладів й досі мають капюшон, по кольору підкладки якого можна відрізнити до якої області знань відноситься вчений, зелений колір – традиційно відносять до медичних наук. Деякі американські університети відрізняють до якого академічного рівня відноситься особа за кольором мантиї, наприклад бакалавр і спеціаліст це жовтий, а магістр це бордовий. Також, у деяких навчальних закладах США академічний одяг використовують учні середньої школи під час отримання дипломів.

Потребують уваги ще два елементи академічного одягу, а саме, головний убір та академічний шарф. Традиційно, квадратна академічна шапочка або шапочка-конфедератка з китицею в деяких європейських університетах й понині є знаком відмінності тих, хто має вчений ступінь [1]. Китиця-лірипіп – дуже важливий елемент академічного одягу, ті, хто продовжує навчання, носить її з правого боку конфедератки, в той час як випускники заслужили право носити її зліва. Перекидання кисточки є знаковим моментом на церемонії вручення дипломів. Китицями відмінності нагороджуються студенти-відмінники, а шарфами честі – студенти, які відзначилися в житті альма-матер. Походження цього головного убору також походить від головного убору католицького духовенства.

Шапочка-конфедератка це не єдиний головний убір академічного одягу, відомий у вищій школі, також існує незвичний для України головний убір у вигляді тюдоровської бонети, або берет 4-, 6- або 8-клінний, який носять доктора наук та ректори деяких вищих навчальних закладів. Також, існують і інші види головних уборів, наприклад, головні убори для жінок. А деякі Британські вищі навчальні заклади, з різних причин, взагалі відмовилися від академічних головних уборів.

Третій елемент академічного одягу, який найбільш рідко використовується у вищих навчальних закладах України, це академічний шарф, чи шарф честі, традиційно його носять британські та ірландські університети. Виглядає шарф, як набір з двох, або більше кольорових полос та фірмовим знаком відмінності навчального закладу.

Існуючі відмінності академічного одягу потребували упорядкування та призвели до того, що мантиї магістрів та бакалаврів, капюшони і шапочки було згруповано за формою та моделлю відповідно з Класифікацією академічного одягу Гровса, яка ґрунтується на документі Ніколаса Гровса «Моделі капюшонів та мантий». Цей список включає різні стилі та моделі академічного одягу, кожний з яких має свій код або Класифікаційний номер Гровса.

Таким чином, до питання використання у житті, церемоніях та традиціях академічного одягу необхідно підходити враховуючи усі нюанси викладені вище, а також менталітет та традиції що були встановлені за роки існування вищого навчального закладу, також рекомендуємо документально обґрунтувати деталізацію академічного одягу з метою виключення плутанини у використанні.

Використана література

1. Википедия: свободная энциклопедия / Академическая одежда [Электронный ресурс] доступ к энциклопедии: [https://ru.wikipedia.org/wiki/ Академическая одежда](https://ru.wikipedia.org/wiki/Академическая_одежда).

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В США

Головко Я.И., Богданець О.Ю.

США тратят на здравоохранение больше, чем любая другая страна в соотношении с валовым внутренним продуктом на душу населения. Такое финансирование позволило создать в США мощную научную базу здравоохранения наладить обеспечение совершенным медицинским оборудованием, лекарствами и расходными материалами, привлечь лучшие кадры в США [4].

Стандарты оказания медицинских услуг в США – одни из самых высоких в мире, поэтому для удовлетворения потребности в таких стандартах уровень подготовки медицинских работников также должен соответствовать самым высоким критериям. Процесс подготовки врача длится в определенных случаях до 15 лет.

Медицинское образование в США состоит из двух частей: первая – дипломная образование – получается в медицинском университете, после выпускникам вручают диплом врача, но специализации и права практиковать медицину самостоятельно они не имеют. Такое право они получают после окончания второй части медицинского образования – последипломного образования. Оно представлено практической работой в больницах под руководством старших врачей, во время которой молодые врачи получают врачебную специальность [1].

В отличие от Украины студенты учатся в медицинском университете четыре года. Вступлению предшествует обучение в колледже, где студент в обязательном порядке должен пройти курс предметов медико-биологического профиля – так называемый Pre-med – и получить степень бакалавра [2]. После окончания колледжа и получения степени бакалавра (bachelor degree) идет вступление в медицинскую школу (Medical School). Обучение в медицинской школе платное и одно из самых дорогих по сравнению с другими специальностями. При отборе кандидатов учитывают не только академические успехи, но и интересы или работу вне школы [1].

Критерии для вступления достаточно жесткие и зависят от баллов, набранных на MCAT (Medical College Admission Test) – специализированном экзамене для студентов колледжа, которые намерены поступать в медицинскую школу, и других факторов.

Медицинские школы, со своей стороны, заинтересованы в высоких стандартах обучения для удержания высоких рейтингов, поэтому студентов, которые не справляются с программой университета, исключают из школы. Четыре года обучения в медицинском университете обычно разделяют на два года обучения на базах университета, где студенты изучают основные медицинские дисциплины, такие как анатомия, физиология, биохимия, патология и др., и два года циклов из клинических дисциплин на базе университетских больниц. В больницах студенты находятся под руководством резидентов (врачи, которые проходят последиplomную практику под руководством старших коллег, аналог интернов в Украине), а также других практикующих врачей, которые учат их, сначала демонстрируя навыки на пациентах, а затем дают самим проводить определенные манипуляции, наблюдая за ними. Врачи-резиденты и старшие врачи очень тщательно следят за студентами-медиками, не давая им навредить пациентам больницы. По окончании каждого цикла оценивается робот студента, а также по просьбе подопечных пишутся рекомендательные письма для них. Таким образом, все обучение в медицинском университете в Соединенных Штатах направленное на получение практических знаний и умений, которые не оторваны от реалий практической медицины и дают студентам сразу после окончания медицинской школы выполнять обязанности врача под руководством старших коллег [1].

Важным условием для успешного завершения обучения является сдача экзаменов, так называемых USMLE Step 1, 2 (United States Medical Licensing Examination). Набранные баллы в дальнейшем будут одним из важнейших критериев для вступления в резидентуру.

На последнем году обучения студенты начинают отправлять резюме вместе с пакетом других документов на программы резидентуры при различных больницах в зависимости от выбранной специальности на свое предпочтение. Весь процесс подачи документов на резидентуру происходит с помощью специального интернет-сервиса ERAS (Electronic Residency Application Service), то есть все перечисленные документы пересылают в электронном виде. За каждую заявку в резидентуру студент платит взнос. В свою очередь, руководители резидентур отбирают кандидатов в соответ-

ствии со своими критериями и приглашают их на собеседование в своей клиники. С ноября по январь студенты проходят собеседования в больницах. В мае они заканчивают обучение в университете и получают диплом, а в июле уже приступают к работе в резидентуре [1]. В зависимости от специализации, она может длиться от 3 до 5 лет. 3 года продолжается резидентура по лечению внутренних болезней, педиатрии и неотложной медицинской помощи; по анестезиологии, дерматологии, гинекологии, патологических заболеваний и психиатрии – 4 года. Студентам готовым специализироваться в хирургии и радиологии, потребуется от 5 лет [3].

Таким образом высокий уровень профессионализма врачей США, объясняется сложным и продуктивным учебным процессом, с акцентом на получение практических знаний, в то время как в Украине уровень практических знаний и навыков выпускников медицинских вузов ухудшается с каждым годом, что объясняется недостаточным количеством работы с пациентами в больницах.

Использованная литература

1. Медицинское образование в США: тяжелое дорогостоящее обучение и прибыльная работа // <http://costua.com/news/427-Medical-education-USA>;
2. Американское медицинское образование – путь от школьника к врачу // <http://sergiynesterenko.com/?p=18>;
3. Медицинское образование в США // <https://edusa.org.ua/education-in-usa/medical/>.
4. Проблемы здравоохранения США и реформа, воплощается // http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1410:2011-10-11-21-28-46&catid=25 : the-project.

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПАРАДИГМИ ПАТРІОТИЧНОЇ РОБОТИ У ВНЗ УКРАЇНИ В УМОВАХ ІНТЕГРАЦІЇ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ

Демочко Г.Л., Троценко О.В.

Суспільно-політичні зміни останнього часу в Україні надали нового імпульсу в організації патріотичної роботи, у першу чергу, по відношенню до учнівської та студентської молоді.

Що ж стосується організації патріотичної роботи серед студентської молоді ВНЗ, то тут є велика необхідність у переосмисленні самого нашого уявлення про патріотизм. Особливо, це стосується патріотизму відносно свого університету.

У часи Радянського союзу та пострадянської України це питання не мало великої актуальності – централізована система намагалася рівномірно розподіляти людські і матеріальні ресурси у сфері освіти. Вищі кожного року мали гарантоване і безперебійне постачання випускниками шкіл. За такої ситуації вузівський патріотизм мав, здебільшого, формальний характер, оскільки від нього суттєво не залежала доля навчального закладу та його педагогічного колективу. Долю ВНЗ вирішували не студенти, а оцінка його діяльності з боку держави.

Сьогодні ситуація радикально змінюється. Україна твердо постала на шлях євроінтеграції в усіх сферах свого життя, у тому числі, і у сфері освіти. Спрощення візового режиму та входження українських вишів у загальноєвропейський освітній простір змінить ситуацію на ринку надання освітніх послуг. Тисячі українських юнаків та дівчат з високим рівнем успішності вже не матимуть значних перешкод в отриманні можливості потрапити на навчання до європейських навчальних закладів. Для українських ВНЗ це означатиме початок серйозної боротьби за контингент вже не лише іноземних, а вітчизняних абітурієнтів. Українські виші дедалі більше втрачають будь-яку підтримку з боку держави і залишаються сам на сам у конкурентній боротьбі з європейськими університетами. Патріотична робота у кожному виші тепер набуває життєво важливого значення для існування кожного з них. Головним екзаменатором його діяльності стає вже не держава, а самі студенти, їх батьки, родичі, друзі та знайомі, тобто, ті хто безпосередньо чи опосередковано стикається з реальним, а не офіційним життям університету. І якщо воно не буде комфортним для студента, він буде намагатися змінити місце навчання. У першу чергу, це стосується нашого (з боку викладачів та адміністрації) ставлення до студента, врахування його реальних потреб. Особливо по відношенню до студента, який працює на імідж університету.

Потребує змін і наше ставлення до майбутніх абітурієнтів. Прикро, що той іміджевий матеріал, напрацьований українськими вишами за довгу історію дуже слабо використовується у роботі з учнями шкіл – майбутніми студентами. Мабуть, необхідно не чекати на абітурієнтів, а йти до них, налагоджувати співпрацю, ширше проводити роботу з обдарованою молоддю, аби сформувати в них цілеспрямоване бажання потрапити на навчання саме до наших університетів.

Значний іміджевий потенціал мають випускники, перед усім, ті з них, які були направлені за розподілом в інші регіони України. Підтримання контактів з ними допоможе не втратити їх зв'язок зі своєю Alma mater та сприятиме налагодженню співпраці з місцевими абітурієнтами.

Таким чином, в умовах суспільно-політичних трансформацій в житті сучасної України гостро постає питання про зміну уявлення стосовно організації патріотичної роботи у ВНЗ. Ця проблема є життєво важливим чинником виживання українських вишів.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я, ЯК ПРІОРИТЕТНЕ ЗАВДАННЯ ВИКЛАДАННЯ ГІГІЄНИ ТА ЕКОЛОГІЇ В ІСТОРИЧНОМУ АСПЕКТІ

Завгородній І.В., Білера Н.В., Лазаренко К.П.

Профілактична медицина щорічно набуває актуальності в системі охорони здоров'я нашої країни. Саме тому викладанню дисциплін, що формують у майбутнього лікаря систему знань щодо профілактики захворювань, необхідно приділяти особливу увагу.

Перші кафедри гігієни були організовані в медичних університетах ще в 19 столітті. Викладання охоплювало широку профілізацію та включало в себе підготовку за різними спеціальностями [2, 3].

Однак з плином часу підхід до викладання гігієни змінювався під впливом нагальних вимог сучасних реалій. Поступово звужується спеціалізація, але при цьому з'являються нові дисципліни, що включають в себе окрім гігієнічних знань, так і вивчення екології.

Перехід на кредитно-модульну систему, як показала практика, себе не виправдав, і в даний час викладання перекладається у кредитно-трансферну систему.

Більш сучасним етапом у вивченні гігієни та екології стає зміна підходів до вивчення дисциплін та впровадження нових дисциплін.

Зміщуються акценти в бік вивчення напруженості праці, а саме синдрому професійного вигорання, в тому числі в тих професійних групах, які раніше не вивчалися (викладачі вищої школи, військовослужбовці частин тилового забезпечення).

Одним з пріоритетних завдань гігієни на сьогоднішній час, зокрема гігієни дітей та підлітків, є вивчення впливу факторів навколишнього середовища на дітей з особливими потребами (вивчення адаптації даних дітей до умов навчання в спеціалізованих установах).

До теперішнього часу основним завданням кафедр гігієни та екології (як випускаючих кафедр) була підготовка майбутніх фахівців медико-профілактичного профілю для роботи в санітарно-епідеміологічній службі. Однак в даний час, у зв'язку з реорганізацією структури профілактичної медицини в країні і ліквідації санітарно-епідеміологічних станцій, профіль підготовки фахівців змінюється в напрямку, затвердженим «Концепцією громадського здоров'я», прийнятої Міністерством охорони здоров'я України [1]. 9 березня 2016 р. на офіційному сайті МОЗ України для громадського обговорення оприлюднено проект розпорядження КМУ, яким пропонується затвердити Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні, відповідно до якої держава розглядає здоров'я населення як одну з найбільших цінностей, яка є необхідним компонентом розвитку та соціально-економічного процвітання України.

У Концепції пропонується визначити «систему громадського здоров'я» як комплекс заходів, інструментів та процедур, які реалізуються державними та недержавними закладами для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, продовження активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства. Вона має доповнювати систему медичного обслуговування, зменшувати витрати на нього та позитивно впливати на доступність медичної допомоги для найбільш уразливих верств населення.

Завдання Концепції полягає у наступному:

– створенні єдиної системи громадського здоров'я, яка буде включати в себе об'єднання аналітичних, дослідних, лабораторних установ профільного

міністерства та створення єдиного Центру громадського здоров'я МОЗ України;

- удосконаленні нормативно-правової бази – прийняття нового закону щодо громадського здоров'я та оновлення існуючої нормативної бази щодо потреб сьогодення;
- розвитку можливостей Міністерства охорони здоров'я України та Центру громадського здоров'я;
- посилення інформаційно-просвітницької політики у сфері громадського здоров'я шляхом організації загальноосвітніх заходів на рівні країни;
- удосконаленні системи фінансування та консолідації державних ресурсів для системи громадського здоров'я (передбачення цільових видатків на виконання загальнодержавних і регіональних програм профілактичного спрямування із залученням коштів державного бюджету, місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених законодавством).

Концепція громадського здоров'я розроблена з метою підвищення рівня безпеки охорони здоров'я і захисту здоров'я громадян. В рамках концепції передбачається створення Центрів громадського здоров'я, які повинні будуть виконувати певною мірою ті функції, які покладалися раніше на СЕС. Тому особлива увага повинна бути приділена підготовки фахівців.

Використана література

1. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20160309_0.html
2. Коцур Н. Становлення і розвиток вітчизняної гігієнічної науки в університетах другої половини XIX ст./ Н.Коцур // Переяславський літопис: зб. наук. статей. Вип. 1. – Переяслав-Хмельницький, 2011. – 168 с.
3. Історія Харківського державного медичного університету: 200 років / За ред. акад. А. Я. Циганенка – Харків: Контраст, 2005. – 742 с.

ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОГО ІНСТИТУТУ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ (1930–1960)

Мартиненко Н.М.

Навчальний план Українського інституту удосконалення лікарів (Харків) мав основні, суміжні та загальні дисципліни. Соціальна гігієна та організація охорони здоров'я належали до загальних дисциплін організаційно-теоретичного профілю.

Цільовою установкою кафедри було удосконалення лікарів для практичної роботи у різноманітних галузях охорони здоров'я.

У 1930 році в Українському інституті удосконалення лікарів (м. Харків) було ухвалене рішення про початок роботи першої в країні кафедри організації охорони здоров'я [1, Арк. 66]. Співробітники цієї кафедри мали виконати надзвичайно складне і відповідальне завдання по систематизації законодавства в галузі охорони здоров'я, розробці чітких форм цієї дисципліни і підготовці до друку посібників з планування та організації роботи єдиних диспансерів та медичних санітарних цехів. У 1934 році кафедру очолив

професор Я.І. Лівшиць [2, Арк. 67]. У 1936 році кафедру було реорганізовано і створено кафедру організації охорони здоров'я і санітарної статистики. Напередодні війни кафедру очолював професор А.М. Мерков (1899–1971), видатний вчений і педагог, випускник медичного факультету Харківського університету [3, С. 1].

Юрист Басс пояснював слухачам курсів підвищення кваліфікації УІУЛ базові основи законодавства в галузі охорони здоров'я, а питання планування охорони здоров'я викладав начальник планового відділу облздорову М.М. Клейнер.

Навчальна робота кафедри була побудована таким чином: професор А.М. Мерков читав лекції з організації охорони здоров'я, а асистенти проводили практичні заняття на циклах терапевтів, хірургів, педіатрів, акушерів-гінекологів, комунальних лікарів, лікарів здоровпунктів і промислово-санітарних лікарів.

Навчальна робота кафедри була тісно пов'язана із науково-методичним керівництвом обласним науково-дослідним бюро санітарної статистики, а також, надавала послуги з паспортизації практичних установ охорони здоров'я.

Війна завадила подальшій роботі кафедри і лише з кінця 1943 року, після визволення Харкова кафедра організації охорони здоров'я поновила свою роботу у такому складі: завідувач кафедри – доцент І.Й. Овсієнко, доцент С.З. Ткаченко, асистент Є.Л. Тукер і лаборант Н. А. Перевознікова, а з листопада 1945 року на кафедрі повернувся доцент М.І. Камінський [4, Арк. 68].

Після відновлення роботи інституту кафедра організації охорони здоров'я проводила курси підвищення кваліфікації завідувачам міських та районних відділів охорони здоров'я, викладачі кафедри читали лекції з організації охорони здоров'я та основам медичної і санітарної статистики на циклах спеціалізації та удосконалення для головних лікарів санітарно-епідемічних станцій, епідеміологів, маляріологів, промислових санітарних лікарів, завідувачам здоровпунктів та медсанчастин, промислово-санітарних інспекторів, шкільних лікарів, комунальних лікарів, терапевтів, хірургів, педіатрів та акушерів-гінекологів [4, Арк. 68].

Лекції з організації охорони здоров'я та основам медичної статистики для лікарів зазначених спеціальностей були дуже корисними, оскільки слухачі курсів практично не мали необхідних знань з питань загально організаційних, а також, обліку та звітності тих установ, в яких вони працювали.

Цикл спеціалізації лікарів з медичної та санітарної статистики викликав значне зацікавлення у курсантів.

Починаючи з 1960 року практичні завдання із санітарної статистики курсанти виконували самостійно. Кожен із слухачів отримував методичну розробку з докладним описом алгоритму виконання завдання. Курсанти мали привозити з собою статистичні звіти своєї лікувальної установи за останні два роки. На базі цих даних і складали аналіз стану здоров'я населення, яке обслуговувала певна лікарня чи амбулаторія. Слухачі курсів зазначали цінність досвіду, отриманого після виконання таких завдань. Лікарі, після цик-

лу удосконалення могли складати статистичні звіти, використовуючи методику, якій їх навчила кафедра.

Отже, кафедра організації охорони здоров'я, протягом перших десятиліть свого існування прагнула активно використовувати практичний досвід і надавати конкретну допомогу в науковій організації праці медичної галузі.

Використана література

1. ДАХО (Державний архів Харківської області). Ф. Р-6130. Оп 1. Спр. 643. Арк. 66.
2. ДАХО. Ф. Р-6130. Оп 1. Спр. 643. Арк. 67.
3. Чумак Л.И. А.М. Мерков, профессор кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института – выдающийся учёный и педагог // repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/7711/1/.
4. ДАХО. Ф. Р-6130. Оп 1. Спр. 643. Арк. 68.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ

Пастухова Н.Л., М'ясоєдов В.В., Садовниченко Ю.О.

Сутність поняття «здоров'я» на медико-біологічному, психологічному, філософському рівнях доводить, що здоров'я у системі світоглядних цінностей може розглядатись як сукупність потенційних і реальних можливостей людини у здійсненні своїх дій без погіршення фізичного і духовного стану, без втрат у адаптації до життєвого середовища [4, С. 68; 5, С. 3; 6; 9].

Серед чинників, які сприяють збереженню здоров'я людини, важливе місце посідають здоров'язберігаючі технології, що повинні забезпечувати такі умови фізичного, психічного, соціального і духовного комфорту, які сприятимуть збереженню і зміцненню здоров'я суб'єктів освітнього процесу, їх продуктивній навчально-пізнавальній та практичній діяльності, заснованій на науковій організації праці і культурі здорового способу життя особистості [3, С. 83; 5; 7].

З усього різноманіття класифікацій здоров'язберігаючих освітніх технологій скористаємось класифікацією О. Ващенко та С. Свириденко [2]:

- **власне здоров'язберігаючі**: створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в освітньому закладі та вирішують завдання раціональної організації освітньо-виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчальних та фізичних навантажень можливостям учасників освітнього процесу;
- **оздоровчі**: спрямовані на збереження та зміцнення фізичного здоров'я учасників освітнього процесу: фізична підготовка, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія;
- **навчання навичок здорового способу життя**: навчання основам гігієни, профілактика травматизму та зловживання психотропними речовинами, статеве виховання тощо. Реалізація зазначених технологій проходить через включення відповідних тем до предметів загально-навчального циклу, введення до варіативної частини навчального плану нових предметів, організацію факультативного навчання та додаткової освіти;

- **виховання культури здоров'я:** виховання особистісних якостей, які сприятимуть збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я як цінність, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя, підвищенню відповідальності за власне здоров'я та здоров'я оточуючих.

На рис.1 наведені технологічні принципи, які, на нашу думку, доречно застосовувати у системі вищої освіти. Саме на них будуються зміст, методи, засоби, форми здоров'язберігаючої діяльності в освітніх установах [1; 3, С.84; 5, 8]. Усі технології та принципи передбачають взаємопов'язані вмотивовані дії як викладацького складу, так і студентства. Це сприяє прийняттю здоров'я як домінанти життєвих цінностей, орієнтації поведінки на збереження і зміцнення не тільки власного здоров'я, а й здоров'я оточуючих, успішній адаптації в освітньому і соціальному просторі, розкриттю творчих здібностей, реалізації особистого потенціалу.

Проте говорити сьогодні про абсолютну ефективність здоров'язберігаючих освітніх технологій зарано. Опитування студентів молодших курсів [1, С. 145] засвідчило, що на стан їх здоров'я і на мотивацію до навчання впливають:

- надмірне навчальне навантаження;
- постійні стресові ситуації (особливо у сесійний період);
- невідповідність технологій навчання функціональним особливостям молоді;
- недотримання елементарних фізичних і гігієнічних вимог до організації навчального процесу;
- недоліки в існуючій системі фізичного виховання.



Рис. 1 Принципи здоров'язберігаючої діяльності

Стосовно медичних вишів питання застосування технологій здоров'язбереження в освітньому просторі перебуває під особливою увагою. Адже місія вищої медичної освіти полягає не тільки в підготовці компетентних, конкурентоспроможних фахівців, що здатні задовольнити потреби суспільства в питаннях охорони здоров'я. Кваліфікований лікар має бути зразком «збереження і розвитку біологічних, психічних, фізіологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній тривалості його активного життя» [9].

Висновки. У системі неперервної освіти «Дошкілля – Середня освіта – Вища освіта – Освіта упродовж життя» вищий навчальний заклад є однією з ланок. Тож комплексне використання технологій здоров'язбереження на всіх етапах навчання, постійна модернізація їх змісту, прийняття суспільством здоров'я як найвищої цінності життя сприятимуть реалізації особистого потенціалу та перетворенню здоров'язберігаючих технологій у невід'ємний фактор професійного зростання.

Використана література

1. Агарков Н.М. Реализация здоровьезберегающих технологий в вузах / Н.М. Агарков, Н.В. Акинина // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. XVIII, № 1. – С. 176–177.
2. Ващенко О., Свириденко С. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі / О. Ващенко, С. Свириденко // Здоров'я та фізична культура. – 2006. – № 8. – С. 1–6.
3. Голобородько Н.В. Здоровьесберегающие технологии в образовании / Н.В. Голобородько // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы IV междунар. науч. конф. (г. Уфа, ноябрь 2013 г.). – Уфа: Лето, 2013. – С. 82–85.
4. Мегега Г.Б. Основні підходи до визначення феномена здоров'я як до об'єкта філософських досліджень / Г.Б. Мегега // Грані. – 2013. – № 3 (96). – С. 67–70.
5. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н.К. Смирнов. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 121 с.
6. Терентьев О.В. Здоровье человека как объект философско-аксиологического анализа: дис. ... канд. филос. наук: 09.00.01 / О.В. Терентьев. – М., 2008. – 121 с.
7. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://npa.iplex.com.ua/> – Заголовок з екрана.
8. Здоровьесберегающие технологии в образовании: [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://ru.osvita.ua/school/method/technol/3650/> – Заголовок з екрана.
9. Визначення здоров'я за різними авторами [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.svitlana-sahniuk.edukit.km.ua/ – Заголовок з екрана.

ЕДИНСТВО ТРАДИЦИИ И СОВРЕМЕННОСТИ В ПРЕПОДАВАНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Проценко Е.С., Шаповал Е.В.

Важнейшей составной частью медицины как отрасли знания и практической деятельности являются морфологические дисциплины. Значение нормальной анатомии, эмбриологии, цитологии, гистологии и патологической анатомии для медицинской науки и практики трудно переоценить [1, С. 7].

Одной из основных задач преподавания является формирование у студентов понимания того факта, что все реакции организма осуществляются на материальной основе, а основополагающим принципом жизнедеятельности является единство структуры и функции. Вследствие необходимости демонстрации будущему врачу материального субстрата на макроскопическом, клеточном, субклеточном и молекулярном уровнях, преподаватели морфологических дисциплин используют огромное количество иллюстративных материалов: атласов, таблиц, макро- и микроскопических препаратов [2, С. 33; 4, С. 138]. Совершенствованию учебного процесса способствует развитие информационных технологий. Для обеспечения постоянного доступа к учебному материалу, возможности постоянной связи с преподавателем, автоматизации системы оценивания и обработки результатов выполнения заданий разрабатываются и постоянно совершенствуются дистанционные курсы по дисциплинам, которые изучаются студентами медицинских вузов [2, С. 33; 4, С. 138].

На современном этапе преподавателями высшей школы используется методика встраивания опыта практиков в учебный процесс. Это повышает значимость изучаемой дисциплины в глазах студентов, способствует формированию более четкого понимания особенностей профессии и позитивного к ней отношения, мотивирует студентов к обучению и ориентирует их на успех в карьере [3].

Следует отметить, что участие практиков в подготовке студентов традиционно для медицинского образования. Характерной особенностью преподавания морфологических дисциплин является проведение практических занятий на клинических базах. Студенты имеют возможность присутствовать на вскрытиях, использовать медицинское оборудование, технические средства и морфологический материал для изучения строения органов и тканей в норме и при различных видах патологии. Часто сотрудники лечебного учреждения – клинической базы являются преподавателями морфологических дисциплин вуза. Опыт показывает, что погружение в профессиональную среду уже на начальных этапах изучения морфологических дисциплин повышает эффективность освоения студентами учебного материала.

Таким образом, при подготовке будущих врачей в преподавании морфологических дисциплин крайне важно сохранять тесную взаимосвязь традиционных методов обучения и современных педагогических технологий.

Использованная литература

1. Актуальные вопросы медицинских морфологических дисциплин: монография; [под ред. В.П. Волкова]. – Новосибирск: СибАК, 2014. – 136 с.
2. Пономарев А. Б. Компьютерные технологии в преподавании патологической анатомии / А. Б. Пономарев, Д. Н. Федоров // Архив патологии. – 2015. – 77(2) . – С. 32—34.
3. Решетняк Е., Глущенко И. Как встроить опыт практиков в учебный процесс: мастер класс [Электронный ресурс] / Елена Решетняк, Ирина Глущенко – Режим доступа: <http://www.slideshare.net/elenareshetnyak/2016-58036565>
4. Шаповал О.В. Дистанційне супроводження самостійної роботи студентів при вивченні дисципліни «Гістологія, цитологія, ембріологія»: матеріали VIII Науково-практичної конференції «Формування сучасної концепції викладання природничих дисциплін у медичних освітніх закладах, присвяченої 210-й річниці ХНМУ та 60-й річниці кафедри медичної та біоорганічної хімії, 26–27 травня 2015 р. – Харків: ХНМУ, 2015. – 154 с.– С. 138–141.

ПРО СТАРШИНСТВО УКРАЇНСЬКИХ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ШКІЛ

Робак І.Ю.

Як відомо, медичний факультет Імператорського Харківського університету було відкрито 1805 року [1, С. 15]. Другий в підросійській Україні університет – Київський імені Св. Володимира був створений 1834 року, а медичний факультет в ньому відкрито 1841 року [2, С. 84]. Тому старшинство харківської вищої медичної школи в Україні у складі Російської імперії ніколи не викликало жодних сумнівів. Проте Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького вважає початком своєї історії 1784 рік [3], коли за указом австрійського імператора Йосипа II у Львові було створено університет, де за статутом передбачався медичний факультет. Проте реально медичний факультет у Львівському університеті було відкрито тільки 9 вересня 1894 року, а перший випуск лікарів він здійснив 1900 року [4], тоді як медичний факультет Харківського університету почав функціонувати одразу після відкриття вишу в 1805 році, а перший випуск лікарів здійснив 1815 року [5, С. 91].

Отже, історичні факти доводять, що харківська вища медична школа найстаріша в Україні.

Використана література

1. 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.
2. Ціборовський О. М. Медичний факультет Київського університету Святого Володимира та його факультетські клініки (до 175-річчя Київського

- медичного університету) / О. М. Ціборовський, В. М. Сорока // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 2 (2). – С. 84–88.
3. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Офіційний веб-сайт. – Режим доступу : www.meduniv.lviv.ua.
4. Ганіткевич Я. Історичні етапи найстаршого в Україні Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького // Онлайн-журнал НТШ. – Режим доступу: <http://ntsh.org/content/ganitkevich-yaroslav-istorichni-etapi-naustarshogo-v-ukrayini-lvivskogo-nacionalnogo>.
5. Багале́й Д. И. Краткий очерк истории Харьковского университета за первые сто лет его существования (1805–1905) / Д. И. Багале́й, Н. Ф. Сумцов, В. П. Бузескул. – Х.: тип. Адольфа Дарре, 1906. – 344 с. А.С., Устинова А.В.

СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УКРАИНЕ И ЗА РУБЕЖОМ

Усенко С.Г., Данильченко Д.В., Лантух А.С., Устинова А.В.

В современном мире актуальной проблемой является система медицинского образования в разных странах. Подготовка врачей является неотъемлемой частью национальной системы здравоохранения не только в Украине, но и в других странах всего мира.

В современных условиях образование специалистов в медицинской области в Украине по-прежнему считается одним из лучших в мире, поэтому ежегодно количество иностранных студентов не только остается по-прежнему высоким, но и возрастает. Но есть многие студенты, мечтающие уехать в Европу за лучшим медицинским образованием за границу, считая, что образование в Украине займет у них очень много времени.

Прогрессивная система подготовки специалистов для системы здравоохранения занимает от 5–6 лет университетского обучения, а также в зависимости от специальности время прохождения интернатуры 1–3 года [1, С.1]

Например, в той же Германии существует две модели медицинского образования:

1) Модульштудиенганг. Это модель состоит из частей, так называемых блоков. Могут быть такие блоки как анатомия внутренних органов или органов движения;

2) Регельштудиенганг. Эта модель очень похожа на ту, которую используют сейчас в Украине. Но сейчас такая форма обучения считается устарелой и все больше не актуальной [2, С.1].

По окончании университета в Германии врач получает степень бакалавра. Обучение длится 6 лет, так же, как и в Украине. Оно состоит из трех периодов, которые имеют свою длительность: форклиник, книникум и год практики. Первая часть – форклиник, или обучение вне клиники: длится первые три года, и все это время изучаются базовые предметы – латынь, анатомия и другие. В этом плане немецкое медицинское образование похоже с украинским. Следующие два года длится вторая часть обучения – клиникум. Из названия ясно, что эти два года студенты работают–учатся в раз-

ных отделениях больниц. Лекции студенты так же посещают, но их количество меньше, чем первые три курса. И последний, практический год. Он дает возможность студенту ощутить себя в роли врача, и со всеми ситуациями, которые будут происходить, он должен справиться сам [2, С.1].

Важной и неотъемлемой частью образования медицинского работника является практика. Она дает возможность оценить свои силы и уровень знаний. Студент нарабатывает различные навыки, которые понадобятся ему в будущей профессии. Ведь как говорил Александр Суворов: «Теория без практики мертва, практика без теории слепа».

Как студенты Харьковского национального медицинского университета, мы знаем о наличии обязательной практики. В нашем ВУЗе, например, она заключается в прохождении сестринской практики по уходу за больными во время обучения на третьем курсе. Следующая практика после 4 курса, и она называется врачебная производственная практика, которую проходят в разных отделениях одной из больниц. По окончании 5 курса студенты медицинских факультетов проходят поликлиническую практику на базе городских поликлиник. С немецкой системой есть некие сходства [2, С.1].

Выделяют такие обязательные практики: во время обучения на первых трех курсах, то есть в период форклиник обязательной является практика по уходу за пациентами, которая длится три месяца. Во время следующих двух лет обучения, то есть в период клиникума, есть обязательная практика – формальтур, которую проходят в разных отделениях одной из клиник, и длится она 4 месяца.

Из этого всего можно сделать вывод, что по времени обучение занимает примерно одинаковый период. Так же, время, выделенное на теоретическую и практическую части, примерно одинаковы, как в Германии, так и в Украине. Исключением является то, что в наших университетах практикой занимаются не только в выделенное под это время, но и на каждом занятии на клинических кафедрах, что повышает уровень подготовки наших будущих специалистов в области медицины.

Использованная литература

1. [Интернет-ресурс]. – Режим доступа : <http://mcu.org.ua/медицинское-образование-в-украине/>
2. [Интернет-ресурс]. – Режим доступа : <http://selfinvest.com.ua/medicinskoeobrazovanie/>

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Pomogaybo E.G.	the assistant of the department of social medicine, organization and economy of public health service of the Kharkiv National Medical University
Trehub Y.S.	student of the 5th course of the Kharkiv National Medical University
Veretelnyk O.A.	the assistant of the department of social medicine, organization and economy of public health service of the Kharkiv National Medical University
Амбросова Т.М.	д.мед.н., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1, основ біоетики і біобезопасности Харківського національного медичного університету
Астапова Я.В.	магістрант Української інженерно-педагогічної академії
Атаманова О.В.	к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики педіатрії № 1 Харківського національного медичного університету
Ащеулова Т.В.	д.мед.н., професор, завідувача кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1, основ біоетики і біобезопасности Харківського національного медичного університету
Балановський В.В.	завідувач відділу судово-медичної експертизи потерпілих, обвинувачуваних та інших осіб Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи
Белевцова Я.С.	к.н. з держ.упр., асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Білера Н.В.	асистент кафедри гігієни та екології № 1 Харківського національного медичного університету
Богданець О.Ю.	студентка 5 курсу 1-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Бондарь Ю.В.	студентка 1 курсу 2-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Борвінко Е.В.	к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Бочарова М.Ю.	студентка 5 курсу 1-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Бочарова Т.В.	асистент кафедри патологічної анатомії Харківського національного медичного університету
Бутеец И.Ф.	студент 6 курсу 3-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Вашев О.Є.	к.мед.н., професор кафедри соціальної і гуманітарної політики Харківського регіонального інституту Національної академії державного управління при Президенті України
Волік М.С.	кафедра педіатрії № 1 та неонатології Харківського національного медичного університету

Волос Б.О.	к.мед.н., професор кафедри соціальної і гуманітарної політики Харківського регіонального інституту Національної академії державного управління при Президентові України
Волчек В.В.	к. мед. н., кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Галієнко Л.І.	к.мед.н., доцент, професор кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини Національного медичного університету імені О.О.Богомольця
Галічева Н.О.	д.мед.н., професор кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Говорова Е.И.	студентка 6 курсу Харьковского национального медицинского университета
Голованова І.А.	д.мед.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
Головко Я.И.	асистент кафедри социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета
Гонтарь Е.В.	студент Харківського національного медичного університету
Григоров С.М.	д.мед.н., професор, зав. стоматологічним відділенням КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» м. Харків
Григоров М.М.	асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Григорова І.А.	д.мед.н., професор, завідувач кафедрою неврології № 1 Харківського національного медичного університету
Грузєва Т.С.	д.мед.н., професор, завідувач кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Губін М.В.	к.мед.н., доцент кафедри судової медицини, мед. правознавства ім. засл.проф. М.С. Бокаріуса Харківського національного медичного університету
Гулько А.	студентка 5 курсу 1-го медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета
Давидыч А.М.	студент 5 курсу 1-го медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета
Данильченко Д.В.	студент Харьковского национального медицинского университета
Демочко Г.Л.	к.істор.н., доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету
Долженко М.С.	студент 1 курсу 2-го медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета
Завгородній І.В.	д.мед.н., професор кафедри гігієни та екології № 2 Харківського національного медичного університету

Зборовський Н.І.	студент 5 курсу 1-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Зинчук А.Н.	асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки здравоохранения Харківського національного медичного університету
Злывка Л.В.	Главный врач КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница № 11»
Іншакова Г.В.	асистент кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Кандыба В.П.	к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики педіатрії № 5 Харківського національного медичного університету
Касинець С.С.	к.мед.н., викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
Кислов А.В.	студент 5 курсу 3-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Клименко В.А.	д.мед.н., доцент кафедри пропедевтики педіатрії № 2 Харківського національного медичного університету
Кожемяка А.И.	професор кафедри пропедевтики педіатрії № 2 Харківського національного медичного університету
Козько В.М.	д.мед.н., професор кафедри інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету
Коліушко К.Г.	к.мед.н., заступник директора Департаменту охорони здоров'я Харківської міської ради
Копітько М.С.	лікар-інтерн кафедри стоматології Харківського національного медичного університету
Королькова А.А.	студентка Харківського національного медичного університету
Кравченко В.И.	к.э.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки здравоохранения Харківського національного медичного університету
Кравченко Ю.М.	начальник Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи
Краснова О.І.	викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
Крюков О.І.	д.н. з держ.упр., професор, навчально-науковий виробничий центр Національного університету цивільного захисту України
Крячкова Л.В.	д.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Кузьменко М.И.	студент Харківського національного медичного університету
Лагуновская Н.В.	студентка 1 курсу 2-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Лазаренко К.П.	асистент кафедри гігієни та екології № 2 Харківського національного медичного університету

Лантух А.С.	студент Харківського національного медичного університета
Лехан В.М.	д.мед.н., професор кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Лісовий В.М.	д.мед.н., професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, ректор Харківського національного медичного університету
Литвинова К.В.	студентка 1 курсу 2-го медичного факультета Харківського національного медичного університету
Ляхова Н.О.	викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
М'ясоєдов В.В.	д.мед.н., професор проректор за наукової роботи Харківського національного медичного університету
Мартиненко Н.М.	к.істор.н., доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету
Митрофанюк В.А.	студентка 5 курсу 1-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Міщенко М.М.	асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Мякина А.В.	к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки здоров'я Харківського національного медичного університету
Нарук М.	магістр кафедри медсестринських наук Люблинського медичного університету
Нестеров О.А.	студент 5 курсу 1-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Обуховская А.Б.	студентка 5 курсу 1-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Огнев В.А.	д.мед.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки здоров'я Харківського національного медичного університету
Ольховський В.О.	д.мед.н., професор, завідувач кафедри судової медицини, мед.правознавства ім. засл.проф. М.С.Бокаріуса Харківського національного медичного університету
Омаров Е.О.	докторант навчально-наукового-виробничого центру Національного університету цивільного захисту України
Оситашвили К.Д.	студентка 1 курсу 2-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Охупкіна О.В.	д.мед.н., професор кафедри пропедевтики педіатрії № 1 Харківського національного медичного університету
Паймина И.С.	студентка 5 курсу 2-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Пастухова Н.Л.	к.біол.н., доцент старший науковий співробітник Державної установи «Інститут харчової біотехнології та геноміки Національної академії наук України»

Петров П.Т.	к.мед.н., доцент, заведующий кафедрой истории медицины с 1948 по 1957 годы Харьковского медицинского института
Петрова З.П.	к.биол.н., доцент
Плахотная О.Н.	к.мед.н., доцент кафедры пропедевтики педиатрии № 4 Харьковского национального медицинского университета
Подпрядова А.А.	ассистент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета
Попова М.С.	студентка 1 курса 2-го медицинского факультета Харьковско-го национального медицинского университета
Приходько Д.О.	студентка 5 курса 1-го медицинского факультета Харьковско-го национального медицинского университета
Проценко Е.С.	д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой общей и клинической патологии медицинского факультета Харьковского националь-ного университета имени В.Н Каразина
Робак І.Ю.	д.істор.н., професор, завідувач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету
Росточило С.С.	головний лікар КЗ «Обласний Дніпропетровський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики»
Савела А.	студентка 5 курса 1-го медицинского факультета Харьковско-го национального медицинского университета
Садовниченко Ю.О.	ст. викладач кафедри медичної біології Харківського національного медичного університету
Семенюк М.А.	студентка 5 курса 3-го медицинского факультета Харьковско-го национального медицинского университета
Семеренська Т.І.	асистент кафедри епідеміології Харківського національного медичного університету
Сенаторова Г.С.	кафедра педіатрії № 1 та неонатології Харківського національного медичного університету
Сиренко Т.В.	к.мед.н., доцент кафедры пропедевтики педиатрии № 3 Харьковского национального медицинского университета
Смирнова В.И.	к.мед.н., доцент кафедры пропедевтики внутренней медицины №1, основ биоэтики и биобезопасности Харьковского националь-ного медицинского университета
Собко С.О.	завідувач відділення Харківської обласної клінічної інфекційної лікарні
Сокол В.К.	к.мед.н., доцент кафедры судовой медицины, мед.правовознавства ім. засл.проф. М.С. Бокаріуса Харківського національного медичного університету
Сокол К.М.	к.мед.н., професор кафедры социальной медицины, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Соломенник Г.О.	к.мед.н., доцент кафедры инфекційних хвороб Харківського національного медичного університету
Степанова Н.Ф.	к.мед.н., доцент кафедры пропедевтики педіатрії № 1 Харківського національного медичного університету
Сухарева Л.П.	студентка 2 курса 2-го медицинского факультета Харьковско-го национального медицинского университета

Тесленко О.О.	к.мед.н., доцент кафедри неврології № 1 Харківського національного медичного університету
Тиханский Д.С.	студент Харківського національного медичного університета
Тихонова О.О.	студентка 6 курсу 2-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Ткаченко В.Г.	к.мед.н., асистент кафедри інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету
Ткаченко М.С.	студентка 1 курсу 2-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Трегуб П.О.	асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Троценко О.В.	ст. викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету
Усенко С.Г.	к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Устинова А.В.	студентка Харківського національного медичного університету
Федченко Ю.Г.	к.мед.н., головний лікар КЗОЗ Обласний госпіталь ветеранів війни
Фролова Т.В.	д.мед.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики педіатрії № 1 Харківського національного медичного університету
Хворостинко Р.Б.	студент 5 курсу 1-го медичного факультету Харківського національного медичного університету
Хорош М.В.	аспірант кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
Черненко І.І.	к.мед.н., асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Черненко Л.М.	кафедра педіатрії № 1 та неонатології Харківського національного медичного університету
Чумак Л.І.	к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Чумаченко Т.О.	д.мед.н., професор, завідувач кафедри епідеміології Харківського національного медичного університету
Чухно І.А.	к.н. з держ.упр., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Шаповал Е.В.	к.мед.н., доцент кафедри общей и клинической патологии медицинского факультета Харківського національного університету имени В.Н Каразина
Шимко В.В.	студентка 1 курсу 2-го медичного факультету Харківського національного медичного університету

Для нотаток

[illegible]

ЗМІСТ

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

Петр Тимофеевич Петров – первый заведующий кафедрой истории медицины в Харьковском медицинском институте 5

Петров П.Т., Петрова З.П.

Воспоминания санитарного врача о годах Отечественной войны 15

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ащеулова Т.В., Злывка Л.В.

Кафедра пропедевтики внутренней медицины № 1,
основ биоэтики и биобезопасности: 60 лет клинической базы – КУОЗ
«Харьковская городская клиническая больница № 11» 20

Кожемяка А.И., Клименко В.А., Сиренко Т.В., Плахотная О.Н., Кандыба В.П.

Исторические этапы становления кафедры пропедевтики педиатрии № 2
Харьковского национального медицинского университета 21

Козько В.М., Ткаченко В.Г., Соломенник Г.О., Собко С.О.

Вчення та діяльність Л.В. Громашевського: погляд крізь століття 24

Кравченко Ю.М., Ольховський В.О.,

Балановський В.В., Губін М.В., Сокол В.К.

Основні віхи з історії Харківської судово-медичної служби:
до 220-річчя її заснування 26

Мищенко М.М., Митрофанюк В.А.

Беверідж Вільям Генрі 28

Мякина А.В., Лагуновская Н.В., Литвинова К.В., Ткаченко М.С.

Из истории профессионального женского образования в Украине 29

Мякина А.В., Сухарева Л.П.

Харьковский стоматологический институт 31

Мякина А.В., Шимко В.В., Долженко М.С., Попова М.С.

Служение во имя народа 33

Трегуб П.О., Бондарь Ю.В.

Болезнь и последние дни жизни выдающегося хирурга 34

Трегуб П.О., Оситашвили К.Д.

Подвиг человеколюбия 36

Усенко С.Г., Гонтарь Є.В., Кузьменко М.І.

Життя і діяльність Семашка Миколи Олександровича 37

Усенко С.Г., Королькова А.А., Тиханский Д.С.

Альфред Гротьян – один из основоположников социальной медицины 38

Чумаченко Т.О., Семеренська Т.І.

Данило Кирилович Заболотний – епідеміолог-«чумогон»
зі світовим ім'ям (до 150-річчя від дня народження) 41

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ляхова Н.О., Голованова І.А.

Проблеми організації профілактики ортодонтичної патології у дітей 43

Сокол К.М.

Проблеми реформування системи охорони здоров'я 45

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ТА БІОСТАТИСТИКА

Амбросова Т.Н., Ащеулова Т.В., Смирнова В.И.

Трагедии и следствия в биомедицине: морально-этический аспект 47

Іншакова Г.В., Грузєва Т.С.

Проблеми засвоєння студентами ВМНЗ України знань з біостатистики та підходи до вдосконалення навчання48

Сокол К.М., Бутеец И.Ф.

Доказательная медицина в практическом здравоохранении Украины.....50

Трегуб П.О., Паймина И.С.

Систематические ошибки при обнародовании результатов исследований..51

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ, ЙОГО АНАЛІЗ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Ротомогайбо Е.Г.

Impact of the epidemic of children obesity on the general health indicators and ways of its prevention53

Ротомогайбо Е.Г.

Features of obesity epidemic in developing countries.....54

Ротомогайбо Е.Г.

Study of the mechanisms of eating disorders, as significant predictors of overweight and obesity55

Галічева Н.О., Чумак Л.І.

Методики дослідження якості життя у педіатрії.....56

Головко Я.І., Гунько А.

Оценка показателей инвалидности в Украине58

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

Первинна та вторинна профілактика гострих порушень мозкового кровообігу.....60

Григоров С.М., Григорова І.А., Тихонова О.О., Копітько М.С.

Актуальні питання поєднаної черепно-мозкової (ЧМТ) та щелепно-лицевої травми (ЩЛТ).....61

Зинчук А.Н., Бочарова Т.В., Нарук М., Бочарова М.Ю.

Некоторые особенности современного образа жизни школьников Восточной Европы.....63

Крюков О.І.

Екологічний розвиток суспільства як чинник охорони здоров'я громадян ..65

Омаров Е.О.

Розвиток суспільства в контексті екологічної безпеки держави67

Сенаторова Г.С., Черненко Л.М., Волік М.С.

Бронхолегенева дисплазія як медико-соціальна проблема68

Сокол К.М., Сокол В.К.

Изучение образа жизни студенческой молодежи с помощью информационно-энтропийного анализа.....70

Фролова Т.В., Охалкіна О.В., Коліушко К.Г., Атаманова О.В., Стенкова Н.Ф.

Забезпеченість вітаміном А дітей шкільного віку, які мешкають у Харківському регіоні73

Черненко І.І.

Надання медичної допомоги ветеранам війни в Харківській області станом на І півріччя 2016 р.74

Черненко І.І., Федченко Ю.Г.

Стан надання медичної допомоги демобілізованим військовослужбовцям на перше півріччя 2016 р.76

Чумак Л.І.

Аналіз даних дослідження поширеності цукрового діабету і типу в дитячій популяції.....	81
--	----

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Голованова І.А., Касинець С.С., Хорош М.В.

Аналіз індивідуального рівня лікаря загальної практики – сімейної медицини як складова первинної профілактики хвороб системи кровообігу.....	83
--	----

Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В., Борвінко Е.В., Росточило С.С.

Ефективність використання ліжкового фонду: стан проблеми та резерви підвищення	85
--	----

Подпрядова А.А.

Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда	86
---	----

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Волос Б.О., Ваше О.Є.

Реорганізація центрів здоров'я України як складова реформи первинної медико-санітарної допомоги.....	89
--	----

Головко Я.И., Савела А.

Основные принципы реформирования системы здравоохранения Украины	90
--	----

Грузева Т.С., Галієнко Л.І.

Проблеми та перспективи кадрового забезпечення служби громадського здоров'я України.....	93
--	----

Мищенко М.М., Давидыч А.М.

Перспективы эффективности реформирования системы здравоохранения в Украине	95
--	----

Кравченко В.И.

Некоторые аспекты реформирования здравоохранения в Украине.....	96
---	----

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Кравченко В.І.

Деякий досвід країн Євросоюзу по впровадженню страхової медицини.....	99
---	----

Подпрядова А.А., Обуховская А.Б., Приходько Д.О.

Особенности внедрения социальной страховой медицины на территории Украины	101
---	-----

Чухно И.А., Говорова Е.И.

Необходимость и условия внедрения медицинского страхования в Украине.....	103
---	-----

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Zinchuk A.M., Trehub Ye.S.

Effectiveness of public social announcements for secondary prophylaxis of lung cancer.....	105
--	-----

Зинчук А.Н., Семенюк М.А., Кислов А.В.

Динамика перинатальной смертности в Украине	107
---	-----

Мищенко М.М., Хворостинко Р.Б.

Государственное программирование как метод реализации
государственной политики в сфере здравоохранения108

Чухно І.А., Огнєв В.А.

Теоретичні аспекти управління якістю медичної допомоги111

ЕКОНОМІКА, ПЛАНУВАННЯ ТА ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Veretelnyk O.A.

Current problems of health financing in Ukraine114

Голованова І.А., Краснова О.І., Хорош М.В.

Проблеми та перспективи розвитку
приватного сектору в медичній галузі.....115

Подпрядова А.А., Нестеров О.А., Зборовський Н.І.

Система держфінансування охорони здоров'я
в Україні в період 2014–2015 рр.....117

МЕДИЧНА ОСВІТА: ІСТОРІЯ І СУЧАСНІСТЬ

Астапова Я.В., Чухно І.А.

Соціально-філософський контекст симуляційних технологій навчання...119

Бєлєвцова Я.С.

Особливості використання академічного одягу
у системі вищої медичної освіти121

Головко Я.И., Богданець О.Ю.

Медицинское образование в США123

Демочко Г.Л., Троценко О.В.

Трансформація парадигми патріотичної роботи у ВНЗ України
в умовах інтеграції до європейського освітнього простору125

Завгородній І.В., Білера Н.В., Лазаренко К.П.

Громадське здоров'я, як пріоритетне завдання
викладання гігієни та екології в історичному аспекті126

Мартиненко Н.М.

Принципи організації навчального процесу на кафедрі організації охорони
здоров'я Українського інституту удосконалення лікарів (1930–1960).....128

Пастухова Н.Л., М'ясоєдов В.В., Садовниченко Ю.О.

Здоров'язберігаючі технології в освітньому процесі.....130

Проценко Е.С., Шаповал Е.В.

Единство традиции и современности
в преподавании морфологических дисциплин133

Робак І.Ю.

Про старшинство українських вищих медичних шкіл134

Усенко С.Г., Данильченко Д.В., Лантух А.С., Устинова А.В.

Системы медицинского образования в Украине и за рубежом135

Відомості про авторів136

Історичні та медико-соціальні аспекти охорони здоров'я в Україні

Матеріали науково-практичної конференції,
присвяченої 120-річчю з дня народження П.Т. Петрова,
завідувача кафедри історії медицини (1948–1957 рр.)
Харківського медичного інституту

м. Харків, 23 листопада 2016 р.

Відповідальний за випуск проф. В.А. Огнєв

Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 9,0.
Тираж 100 прим. Зам. № 15-33322.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії
ДК № 3242 від 18.07.2008 р.