

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Кафедра суспільних наук**

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

**МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ ІНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦІЇ,  
ПРИСВЯЧЕНОЇ 75-РІЧЧЮ КАФЕДРИ СУСПІЛЬНИХ НАУК ХНМУ**

**ХАРКІВ 2013**

УДК 3:614  
ББК 5 (4 УКР)  
І 90

*Затверджено Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 1 від 19.09.2013 р.*

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

Відповідальний за випуск: д-р іст. наук, проф. Робак І.Ю.

**І 90 Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я** : матеріали Міжнародної наукової інтернет-конференції, присвяченої 75-річчю кафедри суспільних наук ХНМУ, 4–11 листоп. 2013 р., / Харк. нац. мед. ун-т ; [редкол. : І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко, В. А. Мац]. – Х. : ХНМУ, 2013. – 188 с.

Збірник містить матеріали Міжнародної наукової інтернет-конференції, що відбулася 4-11 листопада 2013 р. Концепція збірника базується на багатоплановому науковому висвітленні проблем охорони здоров'я. Секції конференції охоплюють галузі історичних, економічних, філософських і медичних наук.

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

## ЗМІСТ

<i>Глебова Л.И.</i> СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННЫХ НАУК ХАРЬКОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА .....	6
---	---

### СЕКЦІЯ 1. Історія охорони здоров'я.

<i>Анненков І.Ю., Анненкова Н.Г.</i> САНІТАРНІ УМОВИ УТРИМАННЯ І МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВАННЯ ТРУДОЗОВОБ'ЯЗАНИХ «ІНОРОДЦІВ» НА ПІДПРИЄМСТВАХ ХАРКІВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ ПІД ЧАС ПЕРШОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ (ЧЕРВЕНЬ 1916 – ТРАВЕНЬ 1917 рр.).....	28
<i>Барабаш Ю.В.</i> ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТАМИ ДОНБАСУ В 1920-х РОКАХ: ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ .....	31
<i>Волгузов Д.В.</i> ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД.....	34
<i>Данило Р.Р.</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ЛУБНАХ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ .....	37
<i>Піп V.</i> THE 1ST LENIN HOSPITAL DURING THE POST-WAR RECOVERY PERIOD (1943 – 1952).....	38
<i>Киричок И.В., Камлык И.В.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПОДХОДА К ОРГАНИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ (17 – НАЧ. 20 ВВ.): ПО СТРАНИЦАМ РЕДКИХ И ЦЕННЫХ ИЗДАНИЙ.....	43
<i>Кулакова Е.П.</i> ОТ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ДО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СВЯТИТЕЛЯ ИОАСАФА .....	46
<i>Кушлякова В.В.</i> ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕКЦІЇ ХАРКІВСЬКОГО НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА .....	49
<i>Ломакина А.О.</i> ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВЕТСКИЙ ПЕРИОД.....	52
<i>Sasula Ł., Migoń J.</i> SŁUŻBY MEDYCZNE W ARMII WIZANTYJSKIEJ W ŚWIETLE WYBRANYCH TRAKTATÓW WOJSKOWYCH.....	55
<i>Параскевич А.А.</i> ЗЕМСКИЕ ВРАЧИ БЕЛГОРОДЧИНЫ .....	58
<i>Погоріла А.Ю.</i> ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ КІРОВОГРАДЩИНИ.....	61
<i>Робак І.Ю., Демочко Г.Л.</i> СУЧАСНА ВІТЧИЗНЯНА ІСТОРІОГРАФІЯ ІСТОРІЇ МІСЦЕВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ .....	63
<i>Ситникова Н.Ю.</i> КРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ В СУМАХ И СУМСКОЙ ОБЛАСТИ .....	69
<i>Srogosz T.</i> LEKARZE URZĘDOWI NA PRAWOBRZEŻNEJ UKRAINIE, PODOLU I WOŁYNIU U SCHYŁKU I. RZECZYPOSPOLITEJ .....	72
<i>Чернуха О.В., Писаренко Г.М.</i> СТАНОВЛЕННЯ РАДЯНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В МІСТІ ХАРКОВІ У 20 – 30-ТІ РОКИ ХХ СТОЛІТТЯ .....	75

### СЕКЦІЯ 2. Економіка і організація охорони здоров'я.

<i>Андреев Б.В., Бегиев В.Г., Потапова К.Н., Андреев В.Б.</i> ОРГАНІЗАЦІЯ РЕГІОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА В РЕСПУБЛІКЕ САХА (ЯКУТІЯ).....	78
--	----

<i>Андреев Б.В., Сотников В.А., Бегиев В.Г., Нафанаилова Л.И. Ксенофонтос А.М.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В РС(Я).....	82
<i>Гапонова Е.О.</i> STRUCTURE AND DYNAMICS OF THE MEDICAL SERVICES MARKET IN TRANSITIVE ECONOMY .....	86
<i>Голобородько М.К., Сітенко О.М.</i> ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ – НАЙВАЖЛИВІШИЙ НАПРЯМОК РЕФОРМ В УКРАЇНІ.....	87
<i>Громов А.А.</i> ВЛИЯНИЕ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ .....	91
<i>Камінська Т.М.</i> РОЛЬ НЕМАТЕРІАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ВІДТВОРЕННІ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ .....	94
<i>Krawchenko W.I., von Freeden G.</i> MODERNES GESUNDHEITSSYSTEM IM DEUTSCHLAND UND DEREN ANWENDUNG IN DER UKRAINE .....	97
<i>Олексюк О.Б.</i> ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	100
<i>Олексюк О.Б., Бачун Н.К., Телішевська М.Г.</i> ОРГАНІЗАЦІЯ СКЕРУВАННЯ МІСЬКИХ ДІТЕЙ НА ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ З ПРИВОДУ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ .....	103
<i>Подригало Л.В., Даниленко Г.Н.</i> НАПРАВЛЕННОСТЬ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ХАРЬКОВСКОЙ ШКОЛЫ ГИГИЕНЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК ОТРАЖЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОБСТАНОВКИ КОНЦА ХХ – НАЧАЛА ХХІ ВЕКОВ .....	106
<i>Пузырев В.Г., Здоровцева Н.В., Глущенко В.А.</i> ОЦЕНКА РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ .....	109
<i>Stempień J. R.</i> CIVIC MONITORING OF HEALTH SERVICE IN POLAND AMONG THE ACTIVITY OF NON-GOVERNMENTAL ORGANISATIONS.....	112
<i>Тарханов В.С.</i> ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	115

### **СЕКЦІЯ 3. Соціально-філософські аспекти здоров'я і медична соціологія.**

<i>Wieczorkowska M.</i> KULTUROWE UWARUNKOWANIA PROCESU MEDYKALIZACJI NA PRZYKŁADZIE PŁCI.....	118
<i>Galuszka M.</i> MEDYCINA JAKO WŁADZA W SPOŁECZENSTWIE RYZYKA.....	121
<i>Zgajewski M.</i> MEDYCINA INDIAN MEKSYKAŃSKICH W RELACJACH POLAKÓW .....	125
<i>Зелюк А.В.</i> ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С УЧЕТОМ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ .....	127
<i>Martynenko N.</i> CULTURE OF HEALTH FOR MEDICAL STUDENTS.....	130
<i>Semenenko E. V.</i> THE CULT OF HYGIEIA IN THE POLEIS OF NORTHERN AND WESTERN BLACK SEA REGIONS IN I – IV CENTURIES A.D.....	133
<i>Юрьев В.К., Тапаев А.Ш., Куприянова В.И.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖАЛОБ ГРАЖДАН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА УЩЕМЛЕНИЕ ИХ ПРАВ В СИСТЕМЕ ОМС.....	137

### **СЕКЦІЯ 4. Медична освіта: історія і сучасність.**

<i>Громов А.А., Ковальковский Е.В.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В УКРАИНЕ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ.....	139
---	-----

<b>Карчаков С.С., Кистенёва О.А.</b> ИСТОРИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ № 1 МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	141
<b>Кондрат Я.В.</b> ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ЛИЦАХ.....	145
<b>Лутасєва Т. В.</b> ПЕДАГОГІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ ВИКЛАДАЧІВ ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ – ФУНДАТОРІВ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ (ДРУГА ПОЛ. ХІХ – ПОЧ. ХХ ст.).....	148
<b>Майборода С.В., Кистенёва О.А.</b> ИСТОРИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ № 1 БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	151
<b>Парфьонова І.І., Кабачна А.В., Драганова О.М., Шелкова Е.В.</b> ПІСЛЯДИПЛОМНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ЯК НЕВІД’ЄМНА СКЛАДОВА РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ.....	153
<b>Череватова О.Г.</b> ИСТОРИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ № 2 БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	156
<b>СЕКЦІЯ 5. Персоналії видатних організаторів охорони здоров’я.</b>	
<b>Арзуманова Т.В.</b> ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ, СОЗДАТЕЛЬ ИНСУЛИНА – ВИКТОР МОИСЕЕВИЧ КОГАН-ЯСНЫЙ.....	159
<b>Варивода К.С.</b> АКАДЕМІК В.Я. ДАНИЛЕВСЬКИЙ: ВНЕСОК У СТАНОВЛЕННЯ ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЇ В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ім. В.Н. КАРАЗІНА.....	161
<b>Данилюк Н.В.</b> ЕМІГРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД НАУКОВО-ОРГАНІЗАТОРСЬКОЇ РОБОТИ ПРОФЕСОРА І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО (20–30-ТІ РР. ХХ ст.).....	163
<b>Коцур Н.І.</b> НАУКОВО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВЧЕНОГО-ГІГІЄНІСТА С.М. ІГУМНОВА У ХАРКОВІ НА ПОЧАТКУ ХХ ст.....	166
<b>Лимасова Д.В.</b> АЛЕКСАНДР ШАЛИМОВ – ЧЕЛОВЕК И ХИРУРГ (К 95-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ).....	169
<b>Палієнко О.А.</b> НАУКОВИЙ ДОРОБОК АКАДЕМІКА В. В. ФРОЛЬКІСА.....	172
<b>Стоянова Ю. Д.</b> А.И. МЕЩАНИНОВ – ВРАЧ, ГРАЖДАНИН, ГЕРОЙ.....	175
<b>Czerniecka-Haberko A.</b> STANISŁAW NOWAK – ABSOLWENT CHARKOWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO, ANIMATOR CZĘSTOCHOWSKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA.....	177
<b>Чернуха О.В., Голованова А.Ю., Поляков О.В.</b> ОВКСЕНТИЙ КОРЧАК-ЧЕПУРКІВСЬКИЙ – ОДИН ІЗ ФУНДАТОРІВ СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ.....	178
<b>ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ</b> .....	181

# СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННЫХ НАУК ХАРЬКОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Л.И. Глебова, кандидат исторических наук, доцент кафедры общественных наук Харьковского национального медицинского университета*

Выпуск высокопрофессиональных специалистов-медиков невозможен без их целенаправленной гуманитарной подготовки, обеспечивающей гуманизацию медицинского образования. Одним из составляющих компонентов формирования молодого специалиста является изучение социальных дисциплин.

Исследование истории кафедры общественных наук представляет несомненный научный интерес с точки зрения рассмотрения истории страны через призму истории отдельных людей и коллективов. В их судьбе, как в зеркале, запечатлелось непростое и противоречивое прошлое, вобравшее в себя успехи и достижения, идеологическое противостояние, потери и горькие разочарования не одного поколения представителей интеллигенции нашей страны.

Актуальность и значимость темы обусловлены целым рядом факторов. Прежде всего следует отметить, что в 2013 году кафедра отмечает 75-летие своего основания. Также необходимо подчеркнуть, что в украинской исторической науке в последнее время наметилась позитивная тенденция в изучении советского прошлого. Она предполагает объективный с позиций историзма детальный анализ не только негативных явлений в истории советского прошлого, но и выявление положительного опыта, достижений того периода. К тому же поставленная проблема недостаточно изучена в литературе. До сих пор не создано истории кафедры, которая была бы подкреплена соответствующей источниковой базой и прежде всего – архивными материалами.

Среди работ по данной теме следует выделить статью, посвященную истории кафедры марксизма-ленинизма, которая была опубликована в 1969 году в «Очерках истории Харьковского медицинского института». Она явилась первой попыткой систематического изложения истории кафедры с момента основания [1, с. 71–74]. В 2005 году в связи с 200-летним юбилеем вуза увидела свет «История Харьковского государственного медицинского университета. 200 лет», в которой присутствует статья об истории кафедры [2, с. 187–191]. Также отдельные аспекты рассматриваемой проблемы получили свое

отражение в статьях, посвященных преподавателям, работавшим на кафедре в разные периоды ее существования [3, с. 206–207; 4, с. 254–255; 5, с. 349–350]. Несмотря на то, что в этом издании рассмотрена деятельность не всех заведующих кафедрой, материалы внесли весомый вклад в исследование данной проблемы. Однако эти работы не подкреплены источниковой базой, и прежде всего архивными материалами. Поэтому целью этой статьи является систематическое описание истории кафедры с момента основания с опорой на архивные источники.

История кафедры общественных наук отражает и во многом разделяет сложную и противоречивую судьбу страны XX века, она теснейшим образом связана с теми политическими и социально-экономическими преобразованиями, которые в ней происходили. Кафедра имеет длительную и непростую историю становления и развития. На протяжении ее существования можно выделить два качественно отличающихся этапа: советский (с 1938 по 1991 г.) и постсоветский (после 24 августа 1991 года до настоящего времени). Свои истоки кафедра берет в 1938 году. До 1938 года в I-ом Харьковском медицинском институте (так назывался наш университет до декабря 1943 года) курсы социально-гуманитарных дисциплин изучались не систематически [6, л. 31]. 14 ноября 1938 года ЦК ВКП(б) принял постановление «О постановке партийной пропаганды в связи с выпуском «Краткого курса истории ВКП (б)». В соответствии с ним преподавание общественных наук в вузах было реорганизовано: вводился курс «Основы марксизма-ленинизма» и создавались кафедры марксизма-ленинизма [7]. В ХМИ кафедра была создана в конце 1938 года. В опубликованных материалах дата возникновения кафедры варьируется между 1938 и 1939 годом [1, с. 71; 2, с. 188; 3, с. 206]. Анализ имеющихся в Государственном архиве Харьковской области протоколов Ученых Советов медицинского института позволил уточнить дату основания кафедры. Так, на заседании Ученого Совета, который состоялся 14 января 1939 года, директор института А.М. Гаспарян, подводя итоги осеннего семестра 1938–1939 учебного года, обратил внимание на трудности в организации учебного процесса в первой половине учебного года, то есть речь идет о периоде с первого сентября по декабрь 1938 года. Директор института отметил, что «одна из них состояла в неуккомплектованности штатов по некоторым кафедрам, в частности по кафедре марксизма-ленинизма. Причиной этого явилась ...невозможность найти в начале учебного года достаточное количество лиц, вполне подготовленных...» [6, л. 20]. Исходя из этого выступления А.М. Гаспаряна, можно утверждать, что кафедра марксизма-ленинизма была создана в первом семестре 1938–1939 учебного года, то есть в

конце 1938 года. К сожалению, не удалось пока обнаружить архивные документы, которые бы не косвенно, а непосредственно подтверждали этот факт. Во многих изданиях, посвященных истории кафедры, указывалось, что «организатором и первым заведующим кафедрой» был Иван Денисович Попов [1, с. 74; 2, с. 188; 3, с. 206]. Однако, при изучении личного дела Попова И.Д., хранящегося в архиве ХНМУ, была обнаружена выписка из приказа по I-му Харьковскому медицинскому институту от 9 сентября 1939 год. В соответствии с этим приказом, И. Д. Попов был утвержден заведующим кафедрой марксизма-ленинизма с 1 сентября 1939 года. Он сменил на этой должности исполняющего обязанности заведующего кафедрой М. И. Золотаревского [8, л. 20]. Документ дает основание утверждать, что И. Д. Попов не являлся «организатором и первым заведующим» кафедрой марксизма-ленинизма I-го Харьковского медицинского института.

*Золотаревский Марк Иосифович был исполняющим обязанности заведующего кафедрой марксизма-ленинизма с момента основания до 1 сентября 1939 года. Личного дела в архиве ХНМУ не обнаружено. Удалось установить, что в годы Великой Отечественной войны воевал, был ранен. В 1944 году находился на излечении в одном из Московских госпиталей [9, л. 1, 21, 22].*

Выступая на одном из заседаний Ученого Совета института, его директор А.М. Гаспарян остановился на задачах, стоящих перед коллективом института во втором семестре 1938–1939 учебного года. Он обратил внимание на то, что «марксо-ленинские» (такой термин используется в тексте выступления) дисциплины со второго семестра 1938/39 учебного года вводятся в подготовку студентов. При этом он говорил о проблемах, которые встали перед кафедрой и учебной частью в плане перестройки учебного процесса [6, л. 88]. В январе 1939 года был создан учебно-методический кабинет кафедры.

*Попов Иван Денисович родился 27 января (9 февраля) 1906 года в селе Вторая часть Успенской волости Тимского уезда Курской губернии в семье рабочего Донбасса. В 1917 окончил рудничную церковно-приходскую школу, а в 1923 году – Единую трудовую школу второй ступени. В этом же году начал свою трудовую деятельность в качестве рабочего на шахтах Донбасса. В 1926 году поступил, а в 1930 году окончил промышленный факультет Харьковского института экономики промышленности, получив специальность «инженер-экономист». На протяжении 1930–1939 гг. преподавал политическую экономию в вузах города Харькова: Рабочий университет (с высшим сектором), Авиаинститут, Промышленная академия, Инженерно-экономический институт, Институт руководящих работников Наркомторга*

СССР. Параллельно с преподаванием занимал ряд административных должностей: декана факультета, заведующего учебной частью. В 1938 году пришел работать в I Харьковский медицинский институт сначала преподавателем политической экономии, а с 1 сентября 1939 года назначается заведующим кафедрой марксизма-ленинизма. В 1940 году стал членом ВКП(б). В 1942 году Попову Ивану Денисовичу была присуждена ученая степень кандидата экономических наук, а в 1949 году – звание доцента [8, л. 12–13]. В 1952–1956 гг. являлся заведующим созданной кафедры политической экономии. В 1956 году вновь возглавил кафедру марксизма-ленинизма [8, л. 1, 2, 40, 42, 43, 46] и занимал эту должность до 1961 года, когда был освобожден от занимаемой должности по собственному желанию в связи с состоянием здоровья. До конца 1967 года продолжал работать на кафедре в должности доцента по курсу политической экономии. За время его руководства на кафедре было подготовлено 9 кандидатов наук и доцентов [3, с. 111].

Плодотворная научно-педагогическая деятельность И.Д. Попова в сфере высшего образования отмечалась правительственными наградами: орденом «Знак Почета» в 1948 году и медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» в 1946 году. За умелую организацию учебно-воспитательной работы в Харьковском медицинском институте был награжден значком «Отличнику здравоохранения» в 1955 году [8, л. 1–89].

Первые годы существования кафедры были нелегкими. Не хватало высококвалифицированных специалистов, учебников, методических пособий, нередко они переписывались от руки. В тот период коллектив кафедры занимался не только преподаванием, но и решал задачи по воспитанию студенчества на революционных, боевых и трудовых традициях народа, а также вел активную общественную работу, руководя системой партийного просвещения, помогая в организации политического просвещения кафедрам медицинского профиля [10, л. 2–4]. На кафедре марксизма-ленинизма тогда работали М.И. Золотаревский, И.Д. Попов, М.З. Бублий, Д.Ф. Острянин, С.М. Зеленый, М.В. Коломийцев, О.С. Слабкий, Г.О. Ткаченко, А.Т. Колос, Д.Л. Деревинский, Д.М. Мазур и другие. В январе 1940 года вопрос о работе кафедры марксизма-ленинизма, слушался на заседании Ученого Совета института [там же]. Деятельность кафедры в целом получила позитивную оценку. Была отмечены успехи в организации и методическом обеспечении учебного процесса, самостоятельной работы студентов. Вместе с тем подверглась критике научная работа преподавательского состава, указывалось на «неудовлетворительный уровень диссертационной работы». Перед коллективом кафедры была поставлена задача «обеспечить коренной перелом в

научно-исследовательской работе и в подготовке диссертаций» [там же]. Следует заметить, что на протяжении довольно длительного времени кафедра марксизма-ленинизма работала в условиях отсутствия типовых программ курса [10, л. 36; 10, л. 37]. Несмотря на сложности периода становления, сотрудники кафедры смогли обеспечить необходимый уровень преподавания социальных дисциплин.

Начавшаяся Великая Отечественная война внесла свои коррективы в работу института и кафедры. Большая часть преподавателей и студентов вуза ушли на фронт, некоторые эвакуировались с институтом в город Чкалов. Были составлены новые учебные планы с учетом сокращения сроков обучения. Срок обучения предусматривалось сократить за счет увеличения рабочей нагрузки студентов [11, л. 169]. В учебные планы включалось преподавание марксизма-ленинизма в III и IV семестрах по 40 часов [11, л. 168].

В годы эвакуации деятельность кафедры не прекращалась. Состав кафедры включал троих человек: И.Д. Попов, М.З. Бублий и Д.Ф. Острянин. В Чкалове на должность старшего лаборанта был принят один человек [12, л. 222]. Внося свой вклад в дело Победы, преподаватели вели патриотическую [12, л. 220] и воспитательную работу [12, л. 8]. Лекции и семинарские занятия по общественным наукам выступали мощным стимулом мобилизации сил преподавателей и студенческой молодежи на добросовестную учебу и самоотверженный труд. С 1942–1943 учебного года всем студентам института дополнительно читался курс по истории Великой Отечественной войны с приемом зачетов [12, л. 33–35; 13, л. 21]. Помощь фронту осуществлялась и регулярным сбором средств – теплых вещей, продуктов, денег, а также проводились подписки на военные займы.

Несмотря на сложные условия труда и быта, увеличение педагогической нагрузки, научно-исследовательская работа не останавливалась. Сотрудники кафедры готовили научные доклады, активно занимались выполнением диссертационных работ, тематика которых была скорректирована с учетом текущего момента. Был принят план научно-исследовательской работы на 1942 год [14, л. 80]. В соответствии с этим планом И.Д. Попов работал над проблемой: «Характеристика основных сдвигов в размещении производительных сил СССР за годы двух первых сталинских пятилеток и значение этих сдвигов в деле укрепления обороноспособности страны», М.З. Бублий разрабатывала тему «Генезис советского патриотизма», Д.Ф. Острянин писал диссертацию на тему «И.И. Мечников – корифей науки и великий русский патриот». В сложных условиях военного времени были

защищены две диссертационных работы И.Д. Поповым и Д.Ф. Остряниным [12, л. 24, 216]

Все преподаватели работали с удвоенной учебной нагрузкой [8, л. 16]. Несмотря на малочисленность состава, кафедра не только обеспечивала учебный процесс, но вела пропагандистскую и агитационную работу. В тот период было прочитано большое количество лекций и докладов на предприятиях города Чкалова, в колхозах, госпиталях.

Возвращение в Харьков началось после освобождения города от немецких оккупантов. Весной 1944 из Чкалова в Харьков было направлено с кафедры два человека: Д.Ф. Острянин и лаборант Ясногорская [15, л. 16, 17] Остальная часть научных работников вернулась летом того же года.

После возвращения из эвакуации сотрудники кафедры работали в очень сложных условиях: в полуразрушенных помещениях, отсутствия учебной базы, острой нехватки квалифицированных кадров. Так, в 1944–45 учебном году на кафедре академическая нагрузка предусматривала семь штатных единиц, а работало только два штатных сотрудника: заведующий кафедрой доцент И.Д. Попов и старший преподаватель В.И. Носик, остальные – работали по совместительству [13, л. 185–195]. С 1 ноября 1944 года на кафедре марксизма-ленинизма был открыт учебно-методический кабинет, которым заведовала Л.П. Починкова [13, л. 151].

В 1942–43 учебном году вводится преподавание политической экономии, а в 1952 году из состава кафедры марксизма-ленинизма была выделена кафедра политической экономии. Возглавил новую кафедру доцент И.Д. Попов, а на руководство кафедрой марксизма-ленинизма приглашается Босый Степан Владимирович, кандидат исторических наук.

*Босый Степан Владимирович родился в 1911 году в бедной крестьянской семье в селе Нызчны Днепропетровской области. В десять лет остался сиротой. До 1928 года был батраком, потом ушел в город Дружковку, где работал рабочим-столяром и одновременно учился в вечерней школе. Два года служил в Красной Армии, но по болезни был демобилизован. В 1933 году поступил на рабфак, после окончания которого стал студентом Харьковского государственного библиотечного института. Закончил его с отличием, был оставлен преподавателем в институте. Некоторое время работал инструктором Харьковского обкома коммунистической партии. В период эвакуации работал преподавателем марксизма-ленинизма Серпуховской авиашколы в городе Кзыл-Орда. Вернувшись в Харьков в 1943 году, работал в системе партийного просвещения, затем преподавателем и исполняющим обязанности заведующего кафедрой марксизма-ленинизма в Харьковском*

*юридическом институте. В 1951 году защитил кандидатскую диссертацию. В 1952–1956 гг. работал заведующим кафедрой марксизма-ленинизма в Харьковском медицинском институте. [16, л. 1–25].*

История высшего образования второй половины 50-х годов прошлого века проходила под влиянием демократизации общества, связанной с ликвидацией культа личности И.В. Сталина. Начались изменения и в преподавании общественных наук.

В 1956 году кафедра политической экономии была слита с кафедрой марксизма-ленинизма. Заведующим кафедрой был вновь утвержден И.Д. Попов. [8, л. 42–43]. Постепенно менялось и содержание преподаваемых предметов. С 1957–58 учебного года начинается преподавание материализма и политической экономии. В 1959 году из состава кафедры выделяется кафедра философии.

Перестройка преподавания общественных наук продолжилась в связи с введением в 1964 году курса научного коммунизма. На кафедре марксизма-ленинизма создается секция по этой дисциплине. Ею руководил доцент А.С. Цариценко [17, л. 42–43; 18, л. 5]. Также были организованы секции истории КПСС и политической экономии. Это отражало развивавшуюся специализацию социально-гуманитарных дисциплин.

В 50–60 годы на кафедре работало 13 штатных преподавателей, 5 из них имели научные степени кандидатов наук и звания доцентов: И.Д. Попов, А.П. Власов, А.С. Цариценко, М.П. Фомичева, Н.Г. Паламарчук. Сотрудники кафедры активно занимались научной работой. Заметной страницей в истории кафедры стало участие в написании многотомной истории городов и сел УССР, которая вышла в свет в издательстве АН УССР в 1967 году. М.П. Фомичева написала очерк истории районного центра Сахновщина [19], старший преподаватель Н.И. Луценко – Большой Чернещины [20], Н.Г. Паламарчук – села Огиевка [21], доцент А.П. Власов – поселка городского типа Кегичевка [22]. Также был подготовлен ряд монографий, брошюр, статей. [17, л. 9–10, 17–18, л. 42–43; 18, л. 5].

В 1961 году заведующим кафедрой избирается кандидат исторических наук доцент А.П. Власов.

*Власов Алексей Павлович родился 25 октября 1910 года в деревне Осиновка Калужской области. После окончания школы учился в педагогическом техникуме. В 1931 году поступил на физико-математический факультет Днепрпетровского университета, который и окончил в 1936 году. Работал преподавателем математики в Каменец-Подольском. В 1937 году был направлен в пограничные войска на политработу, в которых служил до 1941г.*

*Во время войны находился в рядах Красной армии, воевал. Власов А.П. награжден орденом и четырьмя медалями. В 1946 году пришел работать старшим преподавателем кафедры марксизма-ленинизма в Харьковский медицинский институт. В течение первых трех лет работы одновременно являлся секретарем партийной организации института. В 1952 году защитил кандидатскую диссертацию на соискание ученой степени кандидата исторических наук. С 1954 по 1961 гг. заведовал кафедрой марксизма-ленинизма Харьковского фармацевтического института. В 1961 году Власову А.П. было присвоено ученое звание доцента. В 1961–1968 гг. заведовал кафедрой марксизма-ленинизма Харьковского медицинского института. Власову А.П. принадлежит более 20 печатных работ [23, л. 1–33].*

В 1964–1965 учебном году был введен новый курс «Основы научного коммунизма». Его изучение предполагалось студентами пятого курса, и было нацелено на воспитание студентов-медиков в духе марксистско-ленинского мировоззрения. Обсуждая неотложные задачи на заседании кафедры, преподаватели указали на необходимость широко использовать новые формы учебной работы. Было обращено внимание на подготовку докладов и рефератов студентами, в которых должен обобщаться опыт строительства коммунизма на основании конкретных социологических исследований того или иного вопроса, на практику публичных выступлений студентов с лекциями и докладами среди населения, на подшефных предприятиях. Кафедра систематически работала над совершенствованием методического обеспечения читаемых курсов. Говорилось о необходимости «творческой разработки каждой лекции, яркого и образного изложения материала, активного и творческого обсуждения вопросов марксистско-ленинской теории на семинарских занятиях». Для более успешного решения этих проблем предполагалось организовать постоянный обмен опытом работы путем взаимопосещения лекций и семинарских занятий с последующим обсуждением. Большое внимание в своей деятельности кафедра уделяла организации самостоятельной работы студентов. Ставилась цель: «добиваться того, чтобы получаемые студентами знания становились у них внутренним убеждением и чтобы эти знания студенты умели проявлять на практике, в жизни». Цариценко А.С. поручалось провести студенческую

научную конференцию, посвященную 95-летию со дня рождения В.И. Ленина [17, л. 1–4].

Для обсуждения актуальных проблем организации учебной работы практиковалось приглашение студентов на заседания кафедры. Главное внимание в самостоятельной работе студентов уделялось умению конспектировать произведения классиков марксизма-ленинизма. Поэтому преподаватели обучали первокурсников с приемами конспектирования, а также практиковалась проверка конспектов, то есть выполняемая студентами самостоятельная работа контролировалась. Предполагалось, что студенты старших курсов делятся опытом работы над первоисточниками с младшекурсниками. Учебно-методический кабинет устраивал выставки лучших студенческих конспектов [18, л. 41–46].

Непродолжительное время в 1968–1969 гг. заведующим кафедрой был А.С. Цариценко.

*Цариценко Александр Самойлович родился 14 апреля 1922 года в селе Ново-Николаевка Харьковской области в семье крестьянина-середняка. После окончания средней школы в 1941 году поступил в Сумское артиллерийское училище. Будучи курсантом этого училища, осенью 1941 года принял боевое крещение в составе Юго-Западного фронта. После окончания училища в 1942 году получил звание лейтенанта, командовал сначала артиллерийским взводом, а затем батареей. Участвовал в битве под Сталинградом и других сражениях Великой Отечественной войны. В 1945 году был тяжело ранен (лишился ноги) при штурме города Вены, длительно лечился в госпиталях, в том числе в харьковском. В годы войны был награжден правительственными наградами: двумя орденами Отечественной войны I и II степени, орденом Красной Звезды и четырьмя медалями. В 1947 году поступил на экономический факультет Харьковского государственного университета имени А.М. Горького. После его окончания успешно прошел обучение в аспирантуре по специальности «политическая экономия» и в 1955 году защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата экономических наук. В 1955–1958 гг. работал сначала старшим преподавателем, а затем доцентом кафедры марксизма-ленинизма Харьковского фармацевтического института. В 1958 году был избран заведующим кафедрой политической экономии созданного Украинского заочного политехнического института. Вместе с руководимым им коллективом принимал активное участие в разработке*

*учебно-методических проблем применительно к системе высшего вечернего и заочного образования. Эти направления работы рассматривались в его докладах на всесоюзной и республиканской конференциях. Их содержание публиковалось в журнале «Вестник высшей школы». Статьи по актуальным вопросам политики коммунистической партии и экономической теории систематически печатались на страницах харьковских областных газет. В 1969 году А.С. Цариценко имел двадцать печатных работ [ 24, л. 1–50; 18, л. 41–46].*

В 1969 году деятельность кафедры проверялась комиссией Министерства высшего и среднего специального образования Украины. Члены комиссии посетили лекции и семинарские занятия преподавателей кафедры. Отмечались достигнутые успехи в деятельности кафедры. Отрадное впечатление произвели студенты, которые продемонстрировали глубокие знания произведений классиков марксизма-ленинизма, во время семинарских занятий приводили удачные примеры связи разбираемого материала с современностью, с профилем вуза. В целом работе кафедры давалась положительная оценка. Вместе с тем был указан ряд недостатков в методической и научно-исследовательской работе кафедры [25, л. 96–101].

В конце 1970 года кафедру переименовывают в кафедру истории КПСС, политэкономии и научного коммунизма, а с 1974 года – в кафедру истории КПСС и политэкономии, поскольку преподавание научного коммунизма переводилось на кафедру философии, куда направлялись и некоторые сотрудники [26, л. 405]. На кафедре истории партии и политической экономии остались работать доценты: В.Л. Колотева, А.А. Недух, Д.И. Тарасенко, М.М. Кривохатский, И.М. Шерстюк; старшие преподаватели: А.А. Васильев, П.В. Шуваев; ассистенты В.И. Головащенко, А.А. Грищенко и др. Заведующей кафедрой в 1970–1981 гг. являлась доцент М.П. Фомичева [26, л. 117, л. 133, л. 382].

*Фомичева Маргарита Петровна родилась 1 января 1925 года в Каменец-Подольском. С 1931 года проживала в Харькове. Школу окончила в эвакуации в городе Гурьеве в Казахстане. После возвращения из эвакуации в 1944 году поступила на исторический факультет Харьковского университета и закончила его с отличием. После окончания университета работала ассистентом на кафедре общественных наук педагогического института. В 1956 году М.П. Фомичева пришла на работу в Харьковский медицинский*

институт в качестве ассистента кафедры марксизма-ленинизма. В 1960 году после успешной защиты кандидатской диссертации она избирается старшим преподавателем, а затем и доцентом этой кафедры. С 1970 по 1981 год Фомичева М.П. – заведующая кафедрой истории КПСС и политэкономии. С 1981 до ухода на пенсию в 1989 году работала доцентом кафедры. М.П. Фомичева – автор 47 опубликованных научных и научно-методических работ, в том числе – разделов в двух коллективных монографиях, 2 брошюр, статей в научных сборниках, многочисленных методических рекомендаций. За время ее руководства четверо преподавателей кафедры защитили кандидатские диссертации. Кафедра проводила исследования, связанные с профилем вуза и подготовкой студентов-медиков, историей института.

Успехи и достижения М.П. Фомичевой были отмечены рядом правительственных наград: медалями «За доблестный труд в Великой Отечественной войне в 1941–1945 гг.», «XXX лет победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – участнику трудового фронта», «За доблестный труд в ознаменование 100-летия со дня рождения В.И.Ленина», «Ветеран труда. За долголетний доблестный труд», «Отличнику здравоохранения» [27, л. 1–94; 4, с. 254–255].

В 60–70-е гг. секция преподавателей по курсу истории партии активно разрабатывала тему «Борьба коммунистической партии Украины за осуществление ленинских идей в области здравоохранения». Преподаватели кафедры вели большую общественно-политическую работу в институте и за его пределами. Они работали на общественных началах в партийном и местном комитетах, партийных бюро, обеспечивали руководство теоретическими семинарами в системе партийного просвещения профессорско-преподавательского состава, систематически выступали с лекциями по актуальным проблемам международной и внутренней политики перед студентами и преподавателями медицинского института, а также перед трудящимися города Харькова и области. На протяжении длительного времени кафедра марксизма-ленинизма шефствовала над Сахновщинским районом Харьковской области. Преподаватели кафедры выступали с лекциями и консультациями перед пропагандистами этого района. Среди активно работавших в Сахновщинском районе следует назвать доцента М.П. Фомичеву, старших преподавателей: Н.М. Кривохатского и Н.Г. Паламарчука, ассистента И.А. Коновалова.

В 70–80-е годы руководство кафедры значительное внимание уделяло проблеме подбора и расстановки кадров. Кафедра пополнилась новыми сотрудниками. Сюда пришли работать в 70-е годы доценты Л.В. Сало и

В.И. Кравченко, старшие преподаватели А.А. Васильев, П.В. Шуваев, ассистенты В. И. Чуб, А. З. Ломовцев, И. И. Шипилова, И. А. Солодовник, И. И. Парфенова, Т. М. Каминская, И. Ю. Робак и старший лаборант С. В. Коновалов. В 80-е годы кафедра пополнилась новыми сотрудниками – Е. Н. Драгановой, С. Ю. Лукашом (после окончания аспирантуры), Л.И. Глебовой, В. В. Фильчаковым, А. А. Громовым, Н. Н. Мартыненко. Учебно-методический кабинет функционировал под руководством С. Д. Белецкой.

В 1981–1984 гг. кафедрой заведовал доцент Р.Г. Руденко.

*Руденко Ростислав Гаврилович родился 5 августа 1938 года в селе Ханделевка Полтавской области. После окончания школы в 1955 году поступил на исторический факультет Харьковского государственного университета имени А.М. Горького, а в 1960 году его окончил. Некоторое время работал по распределению в сельской школе. В 1963 году поступил в аспирантуру ХГУ. Окончив аспирантуру и защитив диссертацию на соискание ученой степени кандидата исторических наук, был направлен на работу в Казахстан старшим преподавателем Целиноградского педагогического института. В 1968–1981 гг. работал старшим преподавателем, а затем доцентом кафедры истории КПСС Харьковского университета. В 1975 году был рекомендован в докторантуру. Однако по ее окончании монография и докторская диссертация не были представлены. В 1976–81 гг. был ученым секретарем Специализированного совета по истории КПСС в Харьковском университете. В период с 1966 по 1981 год Руденко Р.Г. опубликовал 28 статей. В 1981 году был избран по конкурсу заведующим кафедрой истории КПСС и политической экономии Харьковского медицинского института. В 1984 году уволился по собственному желанию [28, л.1–25].*

В 1980–1986 гг. преподаватели секции политической экономии под руководством доцента В.И. Кравченко провели ряд научно-исследовательских работ. Прежде всего следует выделить тему, которая разрабатывалась по заказу Госкомтруда и Совета по развитию производительных сил УССР «Исследование условий труда и их влияние на эффективность промышленного производства на предприятиях Харькова». На хоздоговорных основах были выполнены научные работы по заказу промышленного объединения «Точприбор» (г. Харьков): «Резервы повышения эффективности производства» (1984 г.) и «Комплексная программа улучшения условий труда и здравоохранения на 1985–1990 гг.» (1986 г.). Проведенные исследования получили высокую оценку, имели практическое значение и были рекомендованы для внедрения в производство. Кроме доцента В.И. Кравченко,

в выполнении исследований принимали участие доцент Л.В. Сало, старшие преподаватели Т. М. Каминская и И. И. Парфенова, ассистенты Е. Н. Драганова и И. И. Шипилова. Участие в научно-исследовательской работе способствовало не только усилению связи преподавания с конкретной экономикой и совершенствованию преподавания политической экономии, но также в значительной степени стимулировало личный качественный рост участвовавших сотрудников. Так, все молодые преподаватели поступили в аспирантуру ХГУ им. А.М. Горького, И. И. Парфенова и Т. М. Каминская успешно защитили диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук.

В 1984 году заведующим кафедрой избирается В. И. Кравченко.

*Кравченко Валерий Иванович родился 18 апреля 1942 года в селе Алексеевка Акмолинской области в Казахстане. В 1959 году после окончания школы поступил на горный факультет Харьковского инженерно-экономического института и одновременно работал на шахте. После окончания аспирантуры того же института в 1971 году защитил кандидатскую диссертацию на соискание ученой степени кандидата экономических наук. В 1974 году получил звание доцента. С 1979 года работает в должности доцента Харьковского медицинского института, а в 1984 году избирается на должность заведующего кафедрой истории КПСС и политэкономии Харьковского медицинского института. В должности заведующего Кравченко В.И. проработал до 2002 года. Этот период был чрезвычайно сложным в истории страны, высшей школы и нашего учебного заведения. Будучи заведующим кафедрой В.И. Кравченко сумел сохранить кафедру и ее коллектив. За это время было подготовлено к защите семь кандидатских диссертаций и пять преподавателей получили ученое звание доцента. Кравченко В.И проявил себя не только как хороший руководитель, но и как опытный педагог. В 1994 году он разработал новый для медицинского университета курс политологии, а после выпустил 7 учебных пособий, в том числе в 2001 году вышел учебник по политологии на украинском языке с грифом МОЗ Украины. Под руководством В.И. Кравченко впервые в истории кафедры были выполнены две научно-исследовательские работы по заказу предприятий на хозрасчетных началах и одна – по заказу Госкомтруда Украины. Эти разработки получили высокую оценку и были приняты к внедрению. Всего у В.И. Кравченко более 100 работ, из них более 40 статей [5, с. 349].*

Подводя итоги первого этапа развития кафедры необходимо отметить, что он проходил в условиях партийного контроля и строгой регламентации ее деятельности. Поэтому творческий потенциал преподавателей не мог быть

реализован в полной мере. Однако на его протяжении происходила выработка принципов и методов преподавания гуманитарных наук, формировались традиции в работе кафедры. Так, в ходе семинарских занятий заслушивались рефераты и доклады студентов, учитывался профиль вуза. Проводились студенческие научные конференции, приуроченные к знаменательным историческим датам. Огромное внимание придавалось организации самостоятельной работы студентов, обучению ее навыкам, контролю со стороны преподавателей. Важными приемами повышения квалификации преподавателей являлись широко практикуемые взаимопосещения занятий с последующим их обсуждением на заседании кафедры. Было принято решение предварительно рассматривать тематику лекций и семинарских занятий, экзаменационные вопросы, обсуждать проводимые открытые лекции и семинарские занятия. Заслуживает внимания постоянно проводимое преподавателями аннотирование статей научных журналов, широкое обсуждение актуальных проблем выполняемых диссертационных работ, их связь с профилем вуза. Некоторые виды работы: стенографирование лекций, строгое следование определенным постулатам ушли в прошлое и не отвечают современным требованиям. Многие приемы методики и повышения квалификации продолжают использоваться. Часть традиций незаслуженно забыта. Например, представляется актуальным и востребованным такой метод работы, как приглашение студентов, студенческого актива на заседания кафедры, что, несомненно, способствует развитию молодежного самоуправления и позволяет более глубоко понять запросы и интересы будущих молодых специалистов.

В конце 80-х гг. начинается перестройка работы кафедры. В 1989 году на смену курсу истории партии приходит новая учебная дисциплина «Политическая история XX века». Изменилось и название – кафедра стала называться кафедрой политической истории и политической экономики. Обозначилась новая тематика научно-исследовательской работы, возник интерес к истории непролетарских партий и общественных движений. В 1988 году в МГУ им. М.В. Ломоносова И. Ю. Робак защитил кандидатскую диссертацию, посвященную истории меньшевистской эмиграции 20–30-х гг.

События 24 августа 1991 года ознаменовали новый этап в истории кафедры. Можно без преувеличения сказать, что уже в конце 80-х – начале 90-х начинается создание новой кафедры. Меняется не только название кафедры: в 1991–1993 гг. кафедра носила название кафедры экономики и истории [29, л. 89]. Кардинальные перемены происходили в содержании преподавания. Преподавателям необходимо было перестроить и собственную работу, и самих

себя, поскольку поставленные задачи требовали решительно отказаться от установленных догм и стереотипов существующей ранее заидеологизированной науки, научиться освещать различные точки зрения по тому или иному вопросу, не отступая при этом от объективности и исторической правды. Самой важной и сложной проблемой, стоящей в этот переломный период, было самостоятельное овладение принципиально новыми курсами, которые даже не изучались гуманитариями в советских университетах. Судьба кафедры и ее сотрудников зависела от того, смогут ли они освоить и поднять на должный уровень преподавание новых дисциплин, избавиться от влияния прошлого, влиться в сложный процесс обновления.

В 1991–1992 учебном году курс «Политическая история XX века» уступил место «Истории Украины», а вместо «Политической экономики» были введены «Экономическая теория» и «Экономика здравоохранения». В 1994–95 учебном году было введено два новых курса: «Политология» (его подготовил и начал вести заведующий кафедрой доцент В.И. Кравченко) и «Теория и история украинской и мировой культуры», который подготовила старший преподаватель кандидат исторических наук Л.И. Глебова. В следующем учебном году студентам было предложено два элективных курса – «Современная цивилизация и культура» и «Менеджмент и маркетинг в системе здравоохранения». Первый преподавали старший преподаватель Л.И. Глебова и ассистент Н. Н. Мартыненко, второй – доцент Т.М. Каминская. Эти курсы предлагались студентам по выбору, что являлось отображением демократических тенденций в жизни университета. Студенты с интересом посещали занятия элективных дисциплин. Популярностью у старшекурсников пользовался предмет доцента Т.М. Каминской, поскольку его тематика была связана с практикой здравоохранения. 1996–1997 учебный год принес введение в программу «Основ конституционного права Украины» (ассистенты Н.Н. Мартыненко и Д. Ю. Безрученко), а также появление иностранных студентов, у которых преподавание стало осуществляться на английском языке (доценты Т. М. Каминская и И. Ю. Робак, ассистент Н. Н. Мартыненко).

Эти нововведения вызвали необходимость в изменении названия кафедры: 1991–1993 – кафедра экономики и истории; 1993–1995 – кафедра истории Украины, украинской культуры и национального возрождения; с 1995 года – кафедра истории Украины, украинской и зарубежной культуры, экономики и политологии.

Принципиально новые по содержанию курсы требовали от преподавателей творческого подхода, альтернативных методик преподавания. Параллельно шел процесс увеличения педагогической нагрузки, изменялась его

структура. В этих сложных и противоречивых условиях «выживания» ряд сотрудников кафедры вынуждены были уйти: доценты: Н. Н. Егоров, Л.В. Сало, В. Л. Колотева, В. П. Валентиенко, а также ассистент И. И. Шипилова. Преподаватели А. З. Ломовцев и В. А. Лизогубов были переведены в состав учебно-вспомогательного персонала. Таким образом, количество сотрудников кафедры сократилось вдвое. Тем же, кто остался, крайне необходимым было повышение квалификации. Главной формой совершенствования преподавателей стала стажировка на опорных кафедрах вузов города. В ХГУ им. А.М. Горького прошли стажировку доцент В.И. Кравченко по курсу политологии и доцент И. И. Парфенова по курсу экономической теории; в ХГПУ им. Г.С. Сковороды ассистент Л. И. Глебова по курсу истории Украины. Доцент Т. М. Каминская стажировалась в Санкт-Петербургском университете усовершенствования врачей по курсу «Экономика здравоохранения», а также в летней школе экономики в Польше по курсу «Макроэкономика». Одним из путей повышения квалификации было также обучение в аспирантуре и докторантуре. В 1994 году Л.И. Глебова и Н. Н. Мартыненко закончили аспирантуру. Старший преподаватель Л.И. Глебова защитила в МГУ имени М.В. Ломоносова диссертацию на соискание ученой степени кандидата исторических наук на тему «Политическая деятельность кадетов в период эмиграции (20-е гг.)». В 1999 году доцент И. И. Парфенова закончила докторантуру по экономической теории.

Предпринятые коллективом кафедры усилия позволили обеспечить необходимый уровень преподавания новых дисциплин, постепенно создать их методическое обеспечение. Продолжалась кропотливая работа по подготовке и совершенствованию рабочих программ курсов, созданию их методического обеспечения, отбора материала и написания лекций; начался процесс создания новых учебных пособий [30].

Постепенно оживлялась научная работа кафедры. Несмотря на трудности, связанные с выполнением большой учебной нагрузки, доцент Т.М. Каминская начала работу над докторской диссертацией.

В 2002–2009 гг. работу кафедры возглавляла Т.М. Каминская.

*Каминская Татьяна Михайловна родилась 15 января 1956 года в городе Харькове. После окончания школы поступила на экономический факультет Харьковского государственного университета имени А.М. Горького на отделение «Политическая экономия». После его успешного окончания в 1978 году три года работала старшим лаборантом кафедры истории КПСС и политической экономии в Харьковском медицинском институте. В 1981 году*

*была избрана ассистентом кафедры по курсу «Политическая экономия». В 1984 году поступила в аспирантуру ХГУ им. А.М. Горького и в 1988 году защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата экономических наук. В 1993 году ей было присвоено ученое звание доцента. Ее научный интерес составляла экономические проблемы здравоохранения. Элективный курс Т.М. Каминской «Менеджмент и маркетинг в системе здравоохранения» пользовался среди студентов неизменной популярностью. В 2003 году было опубликовано учебное пособие «Маркетинг в здравоохранении», которое являлось одной из первых публикаций по этой тематике. В 2002 году Т.М. Каминская была избрана на должность заведующего кафедрой истории Украины, украинской и зарубежной культуры, экономики и политологии. В 2006 году Т.М. Каминская защитила докторскую диссертацию, а в 2007 году ей было присвоено звание профессора. Научный багаж Т.М. Каминской составлял более 90 публикаций, из них – 3 – монографии, 7 – учебных пособий (2 – с грифом Министерства образования).*

Под руководством Т.М. Каминской осуществлялся сложный процесс перехода преподавания на Болонскую систему. Кафедра обеспечивала четыре нормативных курса: история Украины, культурология, экономическая теория, политология. Учебный план дополнялся элективной дисциплиной «Краеведение». За короткий период сотрудники кафедры создали методическое обеспечение курсов с учетом новых требований. По краеведению было создано первое в истории кафедры учебное пособие в электронном виде (доцент И.Ю. Робак, ассистент А.В. Чернуха). Нормативные дисциплины изучались всеми категориями студентов: отечественными, русскоязычными и англоязычными иностранцами. Характерной особенностью деятельности кафедры в этот период являлось постоянное расширение контингента иностранных студентов с английским языком обучения, что привело к приходу новых сотрудников. В 2000-е гг. на кафедру пришли работать молодые преподаватели: Т. В. Арзуманова (после окончания аспирантуры в ХНУ), А. В. Чернуха, А. В. Троценко, С. С. Гринишена, Я. В. Балабай, А. Л. Демочко, Э.А. Гапонова, В. Г. Ильин.

В 2007 году в связи с изменением учебных планов сократилось количество читаемых дисциплин. Это привело к изменению названия кафедры. Кафедру стали называть кафедрой основ экономической теории и культурологии.

В этом же году кафедра инициировала исследование новой комплексной темы «Исторические, экономические и социокультурные аспекты развития здравоохранения». Предполагалась работа над докторскими и кандидатскими

диссертациями, подготовка и публикация статей, тезисов, участие в научных и научно-методических конференциях разного уровня, подготовка студенческих научных работ. В этот период были защищены несколько диссертаций на соискание ученой степени кандидата исторических наук: Т.В. Арзуманова, Н. Н. Мартыненко, А. Л. Демочко, А. В. Чернуха. В 2006 году впервые в истории кафедры Т. М. Каминская защитила диссертацию на соискание ученой степени доктора экономических наук на тему «Рынок медицинских услуг: формирование и закономерности развития». В 2009 году И. Ю. Робак защитил докторскую диссертацию на тему «Исторические условия организации и специфика развития здравоохранения в Харькове (XVIII – начало XX вв.)». Было опубликовано большое количество статей, вышло две коллективные монографии, соавторами которых были преподаватели кафедры: «История города Харькова XX в.» (И.Ю. Робак) и «Харьков многонациональный» (Т.В. Арзуманова).

В 2010 году название кафедры было вновь изменено: кафедра стала называться кафедрой истории и основ экономической теории ( приказ № 280 от 16.07.2010). Заведующим кафедрой был избран профессор доктор исторических наук И.Ю. Робак.

*Робак Игорь Юрьевич родился 29 июля 1957 года в городе Харькове. После окончания школы в 1974 году поступил на исторический факультет Харьковского государственного университета имени А.М. Горького. Окончив университет, пришел работать в Харьковский медицинский институт ассистентом. Вскоре он был избран на «освобожденную» должность заместителя секретаря комитета комсомола института. Одновременно продолжал работать по совместительству ассистентом кафедры. В 1983–1985 гг. И.Ю. Робак проходил службу в рядах советской армии. В 1985 году был зачислен в очную целевую аспирантуру кафедры истории КПСС естественных факультетов МГУ им. М.В. Ломоносова, которую закончил досрочно, защитив кандидатскую диссертацию. После окончания аспирантуры вернулся в Харьковский медицинский институт, где работал ассистентом, старшим преподавателем, доцентом. В 1996 году И.Ю. Робаку было присвоено звание доцента. В 2009 году защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора исторических наук, а в 2011 году получил звание профессора. В настоящее время он является автором и соавтором около 100 публикаций, в том числе 4 монографий, 5 учебных пособий (в том числе и с грифом МОЗ Украины). И.Ю. Робак является членом Специализированного Совета по защите диссертаций в НТУ «ХПИ» и входит в состав редакционных коллегий двух специальных изданий из перечня ВАК*

*Украины. В 2013 году И.Ю. Робаку присвоено звание «Почетный краевед Украины».*

Заложенные ранее научные и педагогические традиции достойно продолжает сегодняшней коллектив кафедры. В настоящее время на кафедре работают 10 преподавателей: 1 профессор (И. Ю. Робака), 4 доцента (В. И. Кравченко, Л. И. Глебова, А. А. Громов, Н. Н. Мартыненко), 2 старших преподавателя кандидата исторических наук (А. Л. Демочко, А. В. Чернуха), 2 старших преподавателя (А. В. Троценко, Э. А. Гапонова), ассистент В. Г. Ильин. Учебно-методический кабинет имеет в своем составе двух старших лаборантов: А. П. Гольцеву и И. В. Литвиненко. В настоящее время преподаватели кафедры ведут пять нормативных курсов для подготовки специалистов и бакалавров: «Историю Украины», «Историю украинской культуры», «Политологию», «Основы экономической теории» и «Культурологию». Эти дисциплины читаются на украинском, русском и английском языках. Учебный план включает также элективные курсы: «Медицина и художественная культура», «Менеджмент и маркетинг в здравоохранении», и «Менеджмент и лидерство в медсестринстве». Научные интересы кафедры сосредоточены на разработке проблем истории и экономики здравоохранения, медицинского образования. В 2012 году вышла в свет монография И. Ю. Робака и А.Л. Демочко, освещающая историю здравоохранения в первой столице советской Украины [31]. Она продолжила изложение истории харьковского здравоохранения, начатое монографией и докторской диссертацией И.Ю. Робака. В 2012 году преподаватели кафедры опубликовали 12 статей в специализированных изданиях. Для сравнения можно указать, что в годовом отчете кафедры за 2001–2002 учебный год упоминается только 2 статьи подобного рода. Важнейшей задачей научной и воспитательной работы кафедры является формирование навыков научной работы у студенческой молодежи. В течение года студенты привлекаются к выполнению исследовательской работы по всем нормативным курсам кафедры. Преподаватели кафедры стимулируют интерес к изучаемым предметам. Студенты активно участвуют в научных конференциях разного уровня. Так в межвузовской студенческой научной конференции «Медицина III тысячелетия» (январь 2013) от кафедры приняли участие 18 студентов.

Большое внимание уделяется разработке форм и методов активизации учебного процесса, использованию информационных технологий в изучении гуманитарных дисциплин. Последние два года в истории кафедры стали переломными с точки зрения применения мультимедийных технологий в учебном процессе: чтение лекций нормативных курсов осуществляется в

режиме презентаций, кафедральні аудиторії для проведення семінарських занять оснащені моніторами, що дає студентам можливість осваивати підготовку рефератів в формі презентацій. На кафедрі створюється фонд студентських рефератів-презентацій. Прекрасне володіння мультимедійними засобами інформації викладачі і студенти продемонстрували в ході проведення студентської наукової конференції, присвяченої 70-літтю звільнення Харківка від німецьких окупантів (квітень 2013 р.) [32].

Багато зусиль колектив кафедри під керівництвом професора І.Ю. Робака прикладає для вдосконалення навчально-методичної роботи. Були розроблені і видані курси лекцій по історії України, історії української культури і політології [33]. На належному рівні знаходиться і методичне забезпечення семінарських занять: були розроблені (частина з них уже видана) методичні вказівки для вітчизняних студентів по курсу історії української культури, політології, історії України [34]. Свій комплект методичних рекомендацій отримали російськомовні іноземні студенти [35] і іноземні студенти, навчаючись на англійській мові [36].

Огромне увагу кафедра суспільних наук традиційно приділяє виховальному процесу студентської молоді. Викладачі наповнюють зміст лекцій виховальним ефектом, проводять тематичні бесіди, екскурсії, що сприяють розширенню кругозору майбутніх лікарів. 1 вересня 2011 року керівний кафедрою професор І.Ю. Робака провів з вітчизняними першокурсниками всіх факультетів «Урок державності», присвячений 20-літній річниці незалежності України. Ці заходи дозволяють здійснювати патріотичне і моральне виховання студентів.

По ініціативі керівного кафедрою професора доктора історичних наук І.Ю. Робака назва кафедри було замінено на кафедру суспільних наук (каз № 393 від 24.10. 2011 р.)

Таким чином, в даний час кафедра суспільних наук – це високопрофесійний і стабільний колектив, який веде інтенсивну науково-дослідницьку, навчально-методичну і виховальну роботу.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Кафедра марксизма-ленінізму / Очерки історії Харківського медичного інститута. – Харків : ХМІ, 1969. – С. 71–74.
2. Камінська, Т. М. Кафедра історії України, української та зарубіжної культури, політології та економіки / Т. М. Камінська, Л. І. Глебова // Історія Харківського державного медичного університету. 200 років. – Харків : ВПЦ «Контраст», 2005. – С. 187–191.

3. Кравченко, В. І. Попов Иван Денисович (1906–1968) / В. І. Кравченко // Вчені Харківського державного медичного університету / за ред. академіка А. Я. Циганенка. – Х. : ВАТ «Видавництво «Харків», 2002. – С. 206–207;
4. Кравченко, В. І. Фомичева Маргарита Петрівна / В. І. Кравченко // Вчені Харківського державного медичного університету / За ред. академіка А. Я. Циганенка. – Х. : ВАТ «Видавництво «Харків», 2002. – С. 254–255;
5. Кравченко Валерій Іванович // Вчені Харківського державного медичного університету / За ред. академіка А.Я. Циганенка. – Х. : ВАТ «Видавництво «Харків», 2002. – С. 349–350.
6. Державний архів Харківської області ( далі – ДАХО). – Ф. Р-1584. – Оп. 21. – Спр. 2.
7. Постановление ЦК – 1938 [Электронный ресурс] // История России. 1917–1940. Хрестоматия / Сост. В. А. Мазур и др.; под редакцией М. Е. Главацкого. – Екатеринбург, 1993. – Режим доступа – [http : // his95.narod.ru / doc22/37. htm](http://his95.narod.ru/doc22/37.htm).
8. Архів Харківського національного медичного університету. «1-й Харьковский Медицинский Институт Министерства Здравоохранения УССР (1-й ХМИ). Г. Харьков. Отдел кадров. Дело № 23. Попов Иван Денисович. Заведующий кафедрой марксизма-ленинизма. Начато 1938 г. Окончено 18 декабря 1967 г. На 89 листах.».
9. Архів Харківського національного медичного університету. «1-й Харьковский Медицинский Институт Министерства Здравоохранения УССР (1-й ХМИ). Г. Харьков. Отдел кадров. Дело № 45. Бублий Мария Захаровна. Преподаватель кафедры марксизма-ленинизма. Начато 25 марта 1938 г. Окончено 1 сентября 1944. На 26 листах.».
10. ДАХО. – Ф. Р-1584. – Оп. 21.– Спр. 3.
11. ДАХО.– Ф. Р-1584.– Оп. 21.– Спр. 4.
12. ДАХО.– Ф. Р-1584.– Оп. 21.– Спр. 20.
13. ДАХО.– Ф. Р-1584.– Оп. 21.– Спр. 35.
14. ДАХО.– Ф. Р-1584.– Оп. 21.– Спр. 11.
15. Архів Харківського національного медичного університету. «1-й Харьковский Медицинский Институт Министерства Здравоохранения УССР (1-й ХМИ). Г. Харьков. Отдел кадров. Острянин Даниил Фомич. Преподаватель кафедры марксизма-ленинизма. Начато 7 апреля 1944 г. Окончено 27 сентября 1944 г. На 21 листе.».
16. Архів Харківського національного медичного університету. «1-й Харьковский Медицинский Институт Министерства Здравоохранения УССР (1-й ХМИ). Г. Харьков. Отдел кадров. Дело № 7. Босый Степан Владимирович. Заведующий кафедрой марксизма-ленинизма. Начато 25 февраля 1952 г. Окончено 27 августа 1956 г. На 25 листах.».
17. ДАХО.– Ф. Р-1584.– Оп. 22.– Спр. 180.
18. ДАХО.– Ф. Р-1584.– Оп. 22.– Спр. 233.
19. Фомічева, М. П. Сахновщина / М. П. Фомічева, В. Ф. Свідченко // Історія міст і сіл Української РСР в двадцяти шести томах. Харківська область. – К. : Головна редакція радянської енциклопедії АН УРСР. – С. 807–818.
20. Луценко, М. І. Багата Чернечина / М. І. Луценко, В. С. Сидоренко // Історія міст і сіл Української РСР в двадцяти шести томах. Харківська область. – К. : Головна редакція радянської енциклопедії АН УРСР. – С. 820–828.
21. Паламарчук, М. Г. Огіївка / М. Г. Паламарчук, В. Д. Жовтий.– Історія міст і сіл Української РСР в двадцяти шести томах. Харківська область. – К. : Головна редакція радянської енциклопедії АН УРСР. – С. 829–837.
22. Власов, О. П. Кегичівка / О. П. Власов, П. Т. Омельченко // Історія міст і сіл Української РСР в двадцяти шести томах. Харківська область. – К. : Головна редакція радянської енциклопедії АН УРСР. – С. 577–586.
23. Архів Харківського національного медичного університету. «Харьковский Медицинский Институт Министерства Здравоохранения УССР (ХМИ). Г. Харьков.

- Отдел кадров. Дело № 7. Власов Алексей Павлович. Заведующий кафедрой марксизма-ленинизма. Начато 5 октября 1961 г. Окончено 20 сентября 1968 г. На 33 листах.»
24. Архів Харківського національного медичного університету. «Харьковский Медицинский Институт Министерства Здравоохранения СССР (ХМИ). Г. Харьков. Отдел кадров. Дело № 38. Цариценко Александр Самойлович. Заведующий кафедрой марксизма-ленинизма. Начато 28 августа 1964 г. Окончено 30 августа 1971 г. На 50 листах.».
  25. ДАХО.– Ф. Р-1584.– Оп. 22.– Спр. 410.
  26. Архів Харківського національного медичного університету. «Харьковский Медицинский Институт Министерства Здравоохранения СССР (ХМИ). Г. Харьков. Отдел кадров. Приказы по отделу кадров ХМИ за 1974 г.1 / к – 120 / к. На 421 листе.».
  27. Архів Харківського національного медичного університету. «Харьковский Медицинский Институт Министерства Здравоохранения СССР (ХМИ). Г. Харьков. Отдел кадров. Личное дело. Фомичева Маргарита Петровна. Начато 20 августа 1956 г. Окончено 30 июня 1989 г. На 94 листах.».
  28. Архів Харківського національного медичного університету. «Харьковский Медицинский Институт Министерства Здравоохранения СССР (ХМИ). Г. Харьков. Отдел кадров. Личное дело. Руденко Ростислав Гаврилович. Заведующий кафедрой истории КПСС и политэкономии. Начато 1981 г. Окончено 27 августа 1984 г. На 28 листах.».
  29. Архів Харківського національного медичного університету «Харьковский Медицинский Институт Министерства Здравоохранения СССР (ХМИ). Г. Харьков. Отдел кадров. Приказы по институту № 1 – № 100. Начато 2 января 1991 г. Окончено 22 февраля 1991 г. На 232 листах.».
  30. Кравченко, В. И. Политология для иностранных студентов / В. И. Кравченко, – Х. : ХДМУ, 2003; Камінська, Т. М. Робоча програма з курсу «Основи економічної теорії» / Т. М. Камінська. – Х. : ХДМУ, 2000; Глебова, Л. І. Робоча програма з курсу «Українська та зарубешна культура». – Х. : ХДМУ, 2000; Каминская, Т. М. Маркетинг в здравоохранении / Т. М. Каминская. – Х. : Издательство «Крок», 2000. – 180 с.; История Украины. Методические указания для иностранных студентов по подготовке к семинарским занятиям / Сост. Робак И. Ю. – Харьков: ХГМУ, 2003. – 56 с.; Глебова, Л. И. Курс лекций по дисциплине : «Украинская и зарубежная культура» / Л. И. Глебова. – Харьков. : ХИ МАУП, 2002. – 64 с.; История Украины : Учеб.-метод. пособие для иностранных студентов подгот. фак-та / Глебова Л. И. и др. – Харьков : ХГМУ, 1998. – 56 с.].
  31. Робак, І. Ю. Охорона здоров'я в першій столиці радянської України (1919–1934 рр.) / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко. – Х. : Колегіум, 2012. – 260 с. (іл. 14 с.) .
  32. Медичний університет. – 2013. – № 9–10 (2863–2864).
  33. Робак, І. Ю. История Украины. Учебное пособие для иностранных студентов / И. Ю. Робак. – Х. : ХНМУ, 2011. – 124 с.; Кравченко, В. І. Політологія : конспект лекцій для студентів. Навчальний посібник. / В. І. Кравченко, І. Ю. Робак, А. А. Громов. – Х. : ХНМУ, 2012. – 148 с.; Глебова, Л. И. История украинской культуры. Конспект лекций для иностранных студентов / Л. И. Глебова. – Х. : ХНМУ, 2012. – 90 с.; Кравченко, В. И. Политология : Учеб. пособие для иностранных студентов / В. И. Кравченко, И. Ю. Робак, А. А. Громов. – Х. : ХНМУ, 2012. – 136 с.; Robak, I. Yu. History of Ukraine : series of lectures / I. Yu. Robak, T. V. Arzumanoва, O. V. Semenenko. – Kharkiv : KhNMU, 2012. – 140 p.
  34. Історія української культури : метод. вказівки до практичних занять для студентів усіх факультетів / Л. І. Глебова. – Харків : ХНМУ, 2012. – 36 с.
  35. Глебова, Л. И. История Украины. Рабочая тетрадь для самостоятельной работы иностранных студентов / Л. И. Глебова, И. Ю. Робак. – Х. : ХНМУ, 2012.– 44 с.; Глебова, Л. И. История украинской культуры. Рабочая тетрадь для самостоятельной

- работы иностранных студентов / Л. И. Глебова, А. В. Чернуха. – Х. : ХНМУ, 2012. – 40 с.
36. Робак, И. Ю. Методические рекомендации для семинарских занятий по истории Украины для англоговорящих студентов на англ. языке / И. Ю. Робак, Е. А. Шаповалова, Е. В. Семененко. – Х. : ХНМУ, 2012. – 36 с.

# СЕКЦІЯ 1. ІСТОРІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## САНІТАРНІ УМОВИ УТРИМАННЯ І МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВАННЯ ТРУДОЗОВОБ'ЯЗАНИХ «ІНОРОДЦІВ» НА ПІДПРИЄМСТВАХ ХАРКІВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ ПІД ЧАС ПЕРШОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ (ЧЕРВЕНЬ 1916 – ТРАВЕНЬ 1917 РР.)

*І.О. Анненков, кандидат історичних наук, науковий співробітник НДЧ Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут»;*

*Н.Г. Анненкова, кандидат історичних наук, доцент кафедри історії науки і техніки Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут»*

Тривалість та інтенсивність бойових дій у ході Першої світової війни призвели до значного відтоку людських ресурсів, мобілізованих у діючу армію. Оскільки від призову до збройних сил кваліфіковані кадри або звільнялися, або отримували відстрочку, на підприємствах Російської імперії утворився значний дефіцит некваліфікованої робочої сили. З метою його скорочення 25 червня (за новим стилем – 8 липня) 1916 року було ухвалене Височайше Повеління № 1526, за яким здійснювалася мобілізація жителів середньоазійських та казахських територій Російської імперії для роботи на заводах і фабриках у прифронтівій зоні. Таким чином до промислового сектору Харківської губернії потрапили три команди (партії), сформовані в Новоузенському повіті Військового Керівника Астраханської губернії, Рязакській частині м. Ходжента Самаркандської області та в м. Намангані. За прийнятою на той час у Росії класифікацією національностей, перші йменувалися як «киргизи», а решта – «сартти» [1, с. 181].

По прибутті до Харківської губернії «киргизів» (власне, казахів) практично повним складом (78 осіб) було направлено на Харківський завод Російського паровозобудівного і механічного товариства (ХПЗ). «Сарттів» же прибуло близько двох тисяч – по тисячі від кожного мобілізаційного центру. Половина з них потрапила на великі сучасні машинобудівні підприємства, ще чверть – на заводи хімічної та цукрової промисловості, а решту розподілили по дрібних цукрових заводах та їх аграрних господарствах. Оскільки 99 % приїжджих не мали ніякої професійної кваліфікації, то їх використовували як

підсобних робітників на зведенні промислових потужностей або вантажниками й різноробочими на заводах і в сільськогосподарських економіях.

Слід зауважити, що санітарно-гігієнічні умови утримання «іногородців» дуже різнилися. Так, на великих підприємствах вони мешкали в житлових приміщеннях – будинках для робітників, споруджених за існуючими санітарними нормами, тобто з освітленням, водопостачанням і опаленням за рахунок заводу. Але інших робітників, що прибули на ці підприємства самотужки й використовувалися на таких само роботах, заводи помешканням не забезпечували. Харчування ж «іногородців» здійснювалося або в заводських їдальнях, з відрахуванням відповідних сум із заробітної плати, або в спеціально облаштованих приміщеннях за місцем проживання. Їжу готував кваліфікований кухар, утримуваний громадським коштом (без відрахувань із заробітної плати). У випадку, коли підприємства не могли забезпечувати мобілізованих робітників своїм житлом, їм централізовано організовували місця мешкання в таких громадських або приватних домівках, що відповідали санітарним нормам, з необхідним відшкодуванням вартості проживання. Щотижнева лазня та пральня так само, як і житло, забезпечувалися або в заводських відповідних комплексах, або за їх відсутності – централізовано, в громадських лазнях та пральнях, у встановлений час. Але оплата лазнево-пральних послуг здійснювалася цими робітниками самостійно і не дотувалася підприємствами [2, арк. 26–28].

Однак на дрібних підприємствах та в аграрних господарствах умови мешкання дуже часто не відповідали затвердженям. Мобілізовані робітники тулилися в сирих і непристосованих приміщеннях, які взимку опалювали соломомою. Місцеве виробничо-господарське керівництво не турбувалося про необхідну, принаймні щотижневу, помивку робітників, допускаючи їх до лазні вряди-годи. За холодів вони також не мали можливості повноцінного прання. Забезпечення харчуванням за кошти підприємств здійснювалося за залишковим принципом, а можливості створити власні пункти харчування їм здебільшого не надавали. Усе це призвело до того, що четверта частина «іногородців», які працювали по таких організаціях, давала три чверті хворих у загальному обсязі захворювань даного контингенту [2, арк. 58].

Зазначимо, що вони страждали здебільшого на захворювання, пов'язані з локальним (обмороження кінцівок) та загальним переохолодженням організму. Це обумовлювалося як відсутністю контролю за процесом акліматизації трудозобов'язаних, так і недостатньою просвітньою роботою з ними щодо місцевих кліматичних умов та правил поведінки. Отож, сподіваючись на швидке повернення додому і не усвідомлюючи особливостей місцевої зими,

вони розпродали видані їм теплі речі, що й спричинило численні випадки обморожень і застудних захворювань. Водночас не була врахована й відмінність соціальної поведінки у місцевому середовищі від тієї, що існувала в місцях мобілізації «іногородців», а відтак не проводилися відповідні запобіжні медично-просвітні заходи. В результаті у сексуально вільнішому середовищі ступінь захворюваності на венеричні хвороби серед мобілізованих був значно вищим за той, що мали інші верстви населення [2, арк. 59].

Та попри всілякі негаразди, Харківському губернському медичному персоналові вдалося налагодити необхідне обслуговування мобілізованих робітників як мережею земських лікарень, так і в заводських медичних закладах, якщо такі були. Причому, надання необхідної допомоги у випадках захворювань, що сталися під час виконання виробничих обов'язків, оплачували підприємства. Але оплата робочих днів, упродовж яких хворий не працював, здійснювалася лише там, де існувала «лікарняна каса». А вони були організовані переважно на великих, сучасних підприємствах.

Таким чином, у медичному обслуговуванні робітників, мобілізованих з казахських і середньоазійських районів, слабкою ланкою виявився момент медично-просвітніх заходів, що й додало певного обсягу роботи лікарям. Однак щодо лікування хворих, то існуюча в губернії система надання медичної допомоги повністю забезпечувала нагальні потреби. Водночас необхідно зауважити, що і санітарні умови утримання «іногородців», і оперативність у наданні їм медичної допомоги цілковито залежали від ступеня індустріалізованості підприємств, за якими їх було закріплено. На сучасних заводах, де були запроваджені передові методи організації праці, медики теж працювали на незрівнянно вищому рівні за дрібні напівкустарні підприємства. Це додаткове свідчення того, що індустріалізація – не лише суто науково-технічний, але й соціальний процес.

#### СПИСОК ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ:

37. Турсунов, Х. Т. Восстание 1916 года в Средней Азии и Казахстане / Х. Т. Турсунов. – Ташкент : Госиздат УзССР, 1962. – 181 с.
38. ДАХО. – ф. 922. – Оп. 1. – Спр. 218. – 302 арк.

## ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТАМИ ДОНБАСУ В 1920-х РОКАХ:

### ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ

*Ю.В. Барабаш, кандидат історичних наук, докторант кафедри архівознавства та суспільно-правових наук Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*

Історія розвитку забезпечення робітничого населення фармпрепаратами у Донецькому регіоні періоду 20-х років минулого століття є майже недослідженою. Поза увагою науковців залишається й питання кадрового забезпечення промислового краю фармацевтами, провізорами, аптекарями та аптекарськими учнями. До того ж, означене десятиліття характеризувалося кардинальними змінами у соціальній, політичній та економічній площині, що дало імпульс до появи нової нормативно-правової бази в даній сфері та визначенню нових завдань з метою організації системи радянської охорони здоров'я, у рамках якої невід'ємним питанням була реалізація фармацевтичної політики. Серед вагомих проблем фінансування галузі важливою ланкою роботи влади було й формування кадрового потенціалу, особливо в робітничому Донбасі.

Зазначимо, що у 1920-ті роки в Донбасі кадрова проблема у сфері фармації була гострою. Коли 1920 року при губернському відділі охорони здоров'я розпочав свою діяльність фармацевтичний підвідділ, при ньому було організовано губернський склад медикаментів. Але відсутність спеціалістів, спроможних там працювати, змусила губвідділ охорони здоров'я здійснити в порядку трудової повинності мобілізацію драгістів та залучити їх до роботи [10, арк. 2]. За даними рапорту начальника санітарного управління Донбасу З.А. Мазеля до НКОЗ УСРР, у липні 1920 року потреба Донецької губернії у фармацевтах становила 75 осіб [8, арк. 6].

Згодом фармпідвідділом було організовано районний розподільник санітарного майна, через який здійснювалося постачання міських та повітових, вільних та лікарняних аптек, насамперед лікарень промислових підприємств. Але робота його залишалася незадовільною. Штат фармвідділу був недостатнім, слабка підготовка та відсутність досвіду у працюючих гальмували роботу [2, арк. 3]. Брак кваліфікованих кадрів спостерігався і в подальшому, у деяких містах аптеками керували навіть аптекарські учні [10, арк. 52-53].

Серед осіб, які працювали у 1920 році в Санітарному управлінні Донбасу, відомі такі фармацевти: Авербух Лев Савелович – начальник фармацевтичного відділу з 28.05.1920 р. (мав досвід роботи фармацевтом в аптеці Ярославля та

завідувачем фармацевтичного підвідділу Губернської охорони здоров'я Донбасу); начальник відділу фармацевтичного відділу з 28.05.1920 р. Габай Калман Соломонович (мав досвід роботи на посаді завідувача аптекою постачання автомобільного відділу ВУНК, м. Москва; працював фармацевтом Луганської аптеки); Баженов Михайло Андрійович – від 27.05.1920 р. – начальник медпостачання фармацевтичного відділу (до обіймання нової посади був керівником міської аптеки в Луганську); з 1.06.1920 р. посаду начальника відділу постачання обійняв Монастирський Веніамін Давидович – фармацевт-драгіст (до вказаного періоду працював драгістом аптеки й був агентом із медзабзпечення при фармвідділі губернського відділу охорони здоров'я) [8, арк. 92].

Архівні документи свідчать, що фармацевти мали відповідний досвід роботи у своїй галузі. Вже на початку 1921 року в Луганському повітовому санітарному управлінні працювало 30 фармацевтів. У січні вказаного року до Луганського повіту було приєднано Алчевський район, де працювало 15 фармацевтів. На 1 липня 1921 року кількість фармацевтів у Луганську збільшилася до 54 осіб [3, арк. 15]. Загалом у Донецькій губернії на 1.10.1921 р. працювало 352 фармацевти [6, с. 279].

Але рівень підготовки та кваліфікація фармацевтів, які працювали в аптеках Донбасу, не завжди відповідали вимогам часу. Щоб встановити загальний порядок у справі врегулювання фахової роботи медперсоналу, РНК затвердила 17.04.1924 р. Правила професійної роботи медперсоналу, у тому числі й фармацевтів. Відповідно до вказаної постанови, право на фармацевтичну кваліфікацію мали: а) особи, які закінчили хіміко-фармацевтичні інститути, фармацевтичні технікуми, дворічні фармацевтичні школи і дев'ятимісячні короткострокові фармацевтичні курси за програмою Головного просвіти 1924 р.; б) особи з іноземною фармацевтичною освітою, які мали відповідні свідоцтва і склали встановлений іспит при вищих фармацевтичних школах Союзу РСР; в) особи, які мали свідоцтво про кваліфікацію магістра фармації, провізора й аптекарського помічника... Усім особам, які мали фармацевтичну кваліфікацію, надавалося право на відповідну кваліфіковану роботу в аптеках, аптечних складах, аналітичних, бактеріологічних, органотерапевтичних, судово-хімічних лабораторіях і на фармацевтичних заводах [7, с. 264].

Задля підвищення рівня кваліфікації фармацевтів Донбасу в січні 1925 року на загальних зборах аптек Луганська було порушено питання організації науково-фармацевтичного гуртка, до завдань якого входило розширення знань аптекарських робітників, покращення постановки роботи в аптеках та

фармацевтичних закладах [4]. Проте рівень кваліфікації фармацевтів у регіоні ще залишався низьким, таким він був навіть наприкінці 20-х років, що обумовлювалося недостатньою кількістю досвідчених спеціалістів.

Прибутки працівників галузі у 20-х роках дуже коливалися. Заробітна плата завідувача аптекою наприкінці 1928 року в Донбасі відрізнялася в залежності від географічного районування. У місті та промислового району оклад завідувача складав 70 крб, у сільському районі – 60 крб на місяць. Оклад фармацевта у місті дорівнював 55 крб, у промислового та сільському районах – 47 крб [1, арк. 2]. Для порівняння: у 1926-1927 роках зарплата поліграфістів Сталінської округи складала 92,3 крб, службовців – 143,8 крб [5, с. 200]. А заробітна платня лікарів Маріупольської округи у 1929 році дорівнювала 85–100 крб [9, арк. 68]. Звичайно, рівень зарплат був недостатнім, особливо у сільській місцевості, що спричиняло небажання фахівців працювати на периферії.

Отже, у гірничопромислового Донбасі в 1920-ті роки відчувалася гостра нестача кваліфікованих фармацевтичних кадрів. Це пояснювалося декількома причинами: 1) низькою зарплатою; 2) відсутністю належних умов праці та життя; 3) слабкою освітньо-науковою базою для підвищення кваліфікації. Однак слід наголосити: перші кроки у справі забезпечення галузі спеціалістами все ж таки були здійснені.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Державний архів Луганської області (ДАЛО). – Ф. Р-1106. – Оп. 1. – Спр. 1.
2. ДАЛО. – Ф. Р-580. – Оп. 1. – Спр. 49.
3. ДАЛО. – Ф. Р-580. – Оп. 1. – Спр. 88.
4. Луганская правда. – 1925. – 27 янв.
5. Стёпкин, В.П. История Донецка / В. П. Степкин. – Донецк, 2004. – 271 с.
6. Хорош, И. Д. Основные этапы и перспективы развития сельского здравоохранения в Украинской ССР : дисс. ...д-ра мед. наук: 14.02.03 – социальная медицина / И. Д. Хорош. – К., 1965. – 387 с.
7. Хронологічне зібрання законів, указів Президії Верховної Ради, постанов і розпоряджень Уряду УРСР. – К. : Держполітвидав УРСР, 1963. – Т. 1. – 771 с.
8. Центральний державний архів вищих органів влади та управління у м. Києві (ЦДАВО). – Ф. 342. – Оп. 1. – Спр. 281.
9. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 3. – Спр. 282.
10. ЦДАВО. – Ф. 342. – Оп. 1. – Спр. 346.

## **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД**

*Д.В. Волгузов, студент 1 курса медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета*

К началу Великой Отечественной войны на территории Белгородчины, как и всего СССР, было создано абсолютно государственное здравоохранение, в том числе и зубоврачебная помощь. Развитие медицинской помощи было прервано войной, и на долгое время г. Белгород оказался в очаге боевых действий.

Об оказании медицинской и зубоврачебной помощи с начала оккупации в 1941 и по 1943 годы ничего не известно, есть только небольшие сведения о том, что немецкие врачи оказывали помощь своим солдатам. К моменту освобождения Белгорода 5 августа 1943 года он был практически полностью разрушен и разграблен. Целыми остались лишь несколько зданий, с которых и началось дальнейшее строительство, обустройство и развитие города. Население состояло из детей, женщин и стариков, остро нуждавшихся в оказании медицинской, а также и стоматологической помощи [1, с. 18].

По дошедшим до нас мемуарам, эта помощь находилась на достаточно примитивном уровне. Ее оказывала зубной врач Либерт Полина Ивановна. Судя по ее воспоминаниям, она начала работать уже в сентябре 1943 года. Ей было выделено помещение площадью в 9 квадратных метров. Никакого специального оборудования, в том числе и мебели, не было. В наличии была единственная бормашина с ножным приводом, часто выходившая из строя. К ней в комплект входил полуразрушенный наконечник, который периодически чинили местные умельцы. Особого внимания заслуживал комплект трофейного оборудования, попавший к Либерт от бойцов Красной армии. В него входили ящик со стоматологическим инструментарием и два кожаных футляра с походными инструментами. Безусловно, это несколько улучшило качество оказываемой помощи, ведь конкуренцию сверкающим никелем трофеям мог составить лишь скудный, изъеденный ржавчиной набор инструментов довоенного производства. По личной инициативе Полины Ивановны было изготовлено и приспособлено под зубоврачебный прием деревянное кресло. Единственным специальным оборудованием была стойка плевательницы, оставшаяся еще со времен национализации от предыдущего поколения специалистов. Определенный интерес вызывает способ стерилизации. Из-за отсутствия лотков под инструменты пользовались алюминиевыми солдатскими

кружками. Инструмент обрабатывали и стерилизовали в приспособленном ящике для боеприпасов [1, с. 20].

Вполне очевидно, что скудность инструментария и оборудования резко ограничивала объем стоматологической помощи. В основном она проводилась по экстренным показаниям. Чаще всего больные зубы удаляли. Небольшое количество амальгамы давало возможность иногда проводить лечение неосложненных форм кариеса. Лечить стоматиты приходилось народными средствами. Протезирование, как последняя и наиболее сложная ступень в санации полости рта, в те годы не проводилось. Очевидное отсутствие даже минимального набора зуботехнического инструмента не давало возможности возобновить данный вид деятельности, хотя сама П. И. Либерт владела методиками протезирования зубов.

Осенью 1943 года на помощь Либерт пришла Серафима Владимировна Кустова. Изначально зубоучебный кабинет находился в здании городской санэпидстанции, затем на улице Фрунзе, где площадь позволяла разместить два железных зубоучебных кресла. Так практически на энтузиазме сотрудников кабинет работал до 1945 года, когда его в очередной раз перевели на улицу Красина, где зуболечебница делила полуподвальное здание детской поликлиники с женской консультацией. Обстановка улучшилась, когда под стоматологию было выделено два помещения, что позволяло расширить сферу услуг, добавив к ним зубопротезирование. Так продолжалось в Белгороде до 1947 года, когда наметился первый значительный прогресс в экономике и появилась возможность закупать стоматологическое оборудование и материалы.

Развитие стоматологической службы в Белгородской области после войны проходило в контексте общегосударственных изменений, но имело свои региональные особенности, связанные с уничтожением инфраструктуры, полным отсутствием профессиональной подготовки кадров и производства материалов и оборудования. Становление стоматологической службы в этот период осуществлялось в условиях крайне тяжелой социально-экономической ситуации и при минимальном централизованном финансировании. Тем не менее, организация зубопротезной помощи проводилась по всей территории Белгородчины. Так, протокол заседания исполнительного комитета Алексеевского районного Совета депутатов трудящихся за № 27 от 1 сентября 1947 года свидетельствует об открытии подобной службы при Алексеевском райздравотделе; 29 июня 1948 года документом № 518 датируется открытие зубопротезной амбулатории при Краснояружской райбольнице [2, с. 67].

К началу 50-х годов в Белгороде функционировали два зубоорачебных кабинета – взрослый и детский. У детского зубного врача выработка составила 5203 посещения за год. В кабинете взрослого приема было проведено 20917 посещений при трех врачебных должностях. Говоря о зубном протезировании, надо отметить, что в 1953 году 845 человек получили протезы.

6 января 1954 года была образована Белгородская область. Территория области составила 27,1 тысячи квадратных километров с населением 1 миллион 255 тысяч человек, из которых 956 тысяч – сельское население и 299 тысяч – жители городов. Безусловно, это способствовало значительному развитию здравоохранения в регионе [3, с. 18]. Существование главной структуры управления незамедлительно отразилось и на стоматологии. Акцент делался на специалистов высшего звена. Стоматологи пополняли штат сельских участковых больниц и назначались на руководящие должности. Во второй половине 1956 года в Белгороде была построена новая поликлиника по ул. Литвинова. Лечение проводилось комплексно, применялись антибиотики, биостимуляторы, физиотерапия, а также ортопедические методы лечения. В 1952 году количество посещений в стоматологическом отделении Белгородской городской поликлиники составляло 17056, а к концу 1958 – почти утроилось и достигло 47941.

Стоматологическая сеть Белгородской области (и всего Советского Союза) сформировалась в основном в 50–60-х годах прошлого столетия как государственная медицинская служба. Административно-командный тип управления и хозяйствования потребовал создания централизованной стоматологической помощи населению.

Таким образом, анализ исторических путей развития стоматологии на Белгородской земле отражает общую эволюцию становления и формирования государственной системы оказания стоматологической помощи населению, со всеми ее недостатками и достижениями в региональном масштабе.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Трифонов, Б. В. История, современное состояние и перспективы развития стоматологической службы Белгородской области / Б. В. Трифонов // Вопросы медицинской практики и подготовки кадров Черноземья. – Белгород : БелГУ, 2000.
2. Трифонов, Б. В. Анализ деятельности стоматологической поликлиники в условиях смешанного финансирования / Б. В. Трифонов, В. Г. Стародубцев // Актуальные вопросы стоматологии : Материалы областной конференции, 27-28 мая. – Воронеж, 1999.
3. Дзугаев, В. К. Основные показатели стоматологической помощи в Белгородской области / В. К. Дзугаев, И. Н. Прокудин, Б. В. Трифонов // Безопасность жизнедеятельности и здравоохранение. – Часть 2. – М. : МГМСУ, 2007.

# ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ЛУБНАХ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Р.Р. Данило, студент 1 курсу II медичного факультету Харківського національного медичного університету*

Історія Лубенської медицини така давня, як і саме місто, засноване Київським князем Володимиром 988 року. Важко собі уявити фортецю без надання медичної допомоги. Однак історія стародавньої медицини досі дуже мало вивчена. Ще менше ми знаємо про представників народної медицини, яка століттями служила простому народові. І все ж таки історія Лубенської медицини не зовсім втрачена. Відомо, що при церквах та монастирях у 1745 році в повіті працювало 107 церковно-приходських шпиталів. Лубни стали першим аптекарським містом у Російській державі, де 1709 р. створили найдавнішу науково-практичну установу з вирощування лікарських рослин і одночасно заснували першу польову аптеку за велінням видатного реформатора царя Петра I. Найдавніша майстерня з виготовлення медичних інструментів була також відкрита в 1733 році при Лубенській аптеці першим вченим-українцем, який згодом став професором медицини в Росії. Це був уродженець Лубен Іван Полетика (1726–1783). Потрібно зазначити, що доктором медицини зарубіжного Единбурзького університету став син простого попа з Лубенського повіту – Андрій Італійський, який по закінченні Києво-Могилянської академії студіював медицину в університетах Європи (1743–1827). За участі уродженця Лубенщини козацького сина Назара Карпинського (1743–1810), професора медицини, почесного члена Петербурзької академії наук, було укладено перший карантинний статут і підготовлено першу російську фармакопею.

У червні 1803 року було дозволено будівництво чотирьох богоугодних господарств Полтавської губернії: Полтавського, Кременчуцького, Лубенського, Роменського. За наказом у Лубенському господарстві було заплановано будівництво: головної (центральної) лікарні на 30 ліжок та богадільні на 40 ліжок і приписних лікарень в Хоролі, Пирятині, Переяславі (кожна на 10 ліжок). Завдяки унікальним спогадам «генія чистої краси» Анни Керн ми знаємо навіть прізвище Лубенського лікаря – Голованов. «Він був людиною високоморальною, освіченою і доброю, – згадує А. Керн. – Займався окрім медицини садівництвом. В його саду росли навіть виноград і фрукти з Південної Франції. А які чудові в нього були квіти. Його мистецтво лікаря у поєднанні з чудовим кліматом і чарівною природою приваблювали у Лубни багатьох хворих навіть з віддалених міст».

Уже наприкінці XIX – на початку XX століть в Лубенському повіті було створено розгалужену мережу закладів для медичного обслуговування населення. Повіт із населенням 136 тисяч осіб був поділений на 7 медичних дільниць. Медичний персонал складався із 9 лікарів, 22 фельдшерів і 3-х акушерок. Існувало й 8 фельдшерських пунктів. У 1913 році на 1 тисячу жителів припадало 0,15 лікаря та 1,3 лікарняного ліжка. 1966 року в нашому районі на 1 тисячу населення було 1,7 лікарняної посади та 6,4 ліжка, а в 1999 році – вже відповідно 3,1 та 5,8.

До знаменних дат в історії розвитку охорони здоров'я Лубенщини необхідно віднести відкриття в 1930 році у Лубнах медичного технікуму (після Великої Вітчизняної війни перейменованого в медичне училище). У квітні 1944 року відкрив двері для поранених і хворих шпиталь на 500 ліжок. Надалі мережа охорони здоров'я послідовно розширювалась. 1946 року в районі вже працювало 66 лікарів (з них у місті – 59, на селі – 7), 263 середніх медпрацівники. При поліклінічному відділенні міста запрацював пункт швидкої допомоги (було здійснено 1804 виїзди). Центральна районна лікарня в 1961 році отримала нове триповерхове приміщення основного корпусу із допоміжними службами.

В 1962 році Лубенська ЦРЛ була визнана школою передового досвіду і приймала делегатів семінару Всесвітньої організації охорони здоров'я, а в 1965 році за хороші показники в роботі вона була затверджена МОЗ СРСР учасником Всесоюзної виставки народного господарства Радянського Союзу.

## **THE 1st LENIN HOSPITAL DURING THE POST-WAR RECOVERY PERIOD (1943–1952)**

*Vadim Ilin, assistant of the department of social sciences of the Kharkiv National Medical University*

In the first post-war years the oldest hospital of Kharkiv which until 1951 was subjected to regional health department functioned both as urban and regional hospital. Such congestion was the consequence of the destruction of the hospital network due to the Nazi occupation. Having only 465 beds, the clinic hospitalized in 1947 more than 700 patients despite the lack of furniture and linen [1, p. 5]. In such difficult situation the administration and staff of the hospital managed to avoid an outbreak of infections inside the facility and implemented annual plan of bed-days by 106 % despite the closing of the certain wards for repairs. But the last favorable fact

is explained by the massive influx of patients suffering from the alimentary dystrophy and typhus. Those diseases were consequences of the famine which happened in 1946-47. And in that case the good plan index was achieved through the sealing and placement of patients in corridors, namely – through the deterioration of the quality of the medical care.

During the war the hospital was destroyed as many buildings of the city. The aviation bomb partly destroyed the centenary building of the therapeutic ward. But a significant part of the recovery period the hospital could not start renovation due to its importance for townspeople. For example the septic ward for infectious diseased mothers served the entire city. Even with the beginning of repairs and reduction of therapeutic and surgical wards, the hospital including the staff of mentioned departments continued to operate. It should be pointed out that under conditions of constant flow of patients which didn't stop even after filling of all hospital's beds newcomers were provided with the first aid in the delousing (thus in 1947 got help 1995 patients out of 10055 people who were hospitalized to the 1<sup>st</sup> Lenin Hospital) [1, p. 22]. At night the delousing turned into a flophouse for declassed and homeless people delivered by the militia. Such situation ceased with the opening of the quarantine house in 1947.

The material and food provision of the hospital at that time was extremely poor. In winter of 1943-1944 the hospital couldn't deliver the coal for heating owing to the shortage of transport and gasoline. As a result both the staff and patients of the hospital which also did not have enough blankets, robes, mattresses, lingerie suffered from the cold.

The hospital lacked the most needed medicines. The penicillin which was necessary for the treatment of infectious diseases was so little that doctors couldn't use it even to cure seriously ill patients. Despite such deficiency inside the hospital acted the order which prohibited giving a prescription to a paid pharmacy without a resolution of a chief physician. Nevertheless some doctors violated such order in situations of the complete lack of medicines at the hospital pharmacy [1, p. 17].

The daily rate of the rubbing alcohol was 920 grams for 9 independent hospital wards, 2 operating-rooms and delivery room. In this situation such simple treatments as cupping therapy was carried out using a kerosene or gasoline what created a smoke in wards as at the primitive forge. 50 % of medical instruments became unsuitable for use and quality of the rest was extremely low.

There were shortages of electricity and heating supply. The stuff worked in coats. The presence of bedbugs was the inalienable feature of the postnatal ward.

The famine of 1946-1947 had the direct impact on the activities of the hospital. This is evidenced by the high mortality at the wards where afflicted from the

starvation were hospitalized. At the therapy department rate of mortality from the starvation was 9 % out of the general amount of 2579 patients, 40 % of all hospitalized to the neurological department suffered from alimentary dystrophy or inflectional diseases as a consequence of the famine. The mortality among 730 patients of this ward was 17 % [1, p. 2, 4].

Considering the general state of the famine of 1946-47 we can note the relatively adequate level of food security (at least patients who came from countryside in a state of complex diseases had a chance to survive). The average caloric of the hospital menu was: the general diet – 2400 calories, for mothers – 2600 calories, enhanced diet – 2700 calories [1, p. 12]. At the same time such a phenomenon as the replace of white bread on black during public procurement was common. Dairy products were intended only for mothers. For comparison the daily rate of food of German soldiers during the war was 3600 kcal while the caloric intake which led to the death of thousands of Soviet prisoners of war was 894 calories. At the same time the caloric intake of the German population in 1945-46 decreased to 1412 kcal [2].

The staff and patients could survive thanks to the presence of their own subsistence farming (authorities allocated plots of land for hospitals) and individual smallholding. The harvest obtained from hospital's holdings ensured work of the hospital canteen.

In 1948 for the overhaul had been allocated 1,9 millions of rubles thanks to which the old building of the neurological-therapeutic ward was demolished and the new one was built [1, p. 4]. The personnel of the hospital repaired the roofs of wards, systems of heating, water supply, sewerage, equipment, made plaster works and glazing of windows. At the same time the destruction led to replacement of old unequipped buildings with new specially designed for needs of the hospital. Physiological room at the surgical department and the second X-ray room, new casualty and urology departments were opened, a dressing room was organized, gynecology department was refitted which became the best in Kharkiv. Since 1947 the purchase of furniture, lingerie and equipment began. The hospital acquired the traction equipment, water distilling apparatus, histology laboratory was equipped and cancer beds were allocated under a supervision of medical specialists. Chemical, biochemical and bacteriological laboratories were reopened. However, there was no photo laboratory which led to difficulties with the display of radiographic images.

Moreover, thanks to work of the prominent scientists at the hospital the new methods of treatment were introduced into the clinical practice. The head of surgical department I. S. Kogan invented and improved the Ombredan's mask using of which

reduced the number of postoperative complications. The cerebrospinal and the number of others anesthetics were introduced.

The feature of that time was the patronage of hospitals over villages which assumed medical aid as well as participation in agricultural operations.

Interesting how in those conditions the administration of the hospital distinguished image of the old Alexander Hospital (pre-revolutionary name of the 1<sup>st</sup> hospital) from the new Soviet one. Criteria of the distinction were achievements of the staff in improving the quality of care. In the annual report of the hospital for 1947 we can read about the state of the hospital before the revolution of 1917: "Presence of bedbugs, clutter, slovenliness and self-isolation of the staff, mainly doctoral staff of all issues related to the culture of a department, "culture of a bed"... was a familiar phenomenon" [1, p. 13]. About the high level of medical care in the post-war period testifies the awarding of 26 doctors, 30 medium and 25 assistive medical workers by orders and medals of the Soviet government [1, p. 208].

Under the new conditions physicians were required to refer to the work as a personal matter what meant the participation in repair, as well as the ideological and political training. The last one included the alternate organization of weekly political classes by each doctor. Among topics which were considered by the staff at such meetings were international relationship ("Marshall Plan", "Truman Doctrine"), implementation of the fourth five-year plan, campaign against cosmopolitanism etc. In addition, meetings, conversations with patients and theoretical conferences were held which primarily dealt with biography and works of Stalin, the history of the revolution and quite a small part of attention paid to specialized medical topics. Political education covered not only doctors but all medium and assistive personnel of the hospital for whom 8 clubs for the study of the history of the Communist party and political school for nurses were created. 107 people were engaged into those circles in 1952. It is clear that in this way nurses and, above all, doctors (main speakers and organizers of discussions) were diverted from their direct duties, but that was impossible to ignore against the background of the new wave of repressions aimed also against medical personnel ("The Doctors' plot").

The single indulgence towards physicians was that in contrast to other staff they had the ability of self-studying of Marxism-Leninism though with the help of attached consultants.

The involvement of the staff into the Communist party also was widespread. Out of the 205 medical workers (general number of the staff of the hospital) 40 (1/5) were members of the Communist party. Among 26 physicians there were 9 (1/3) communists [5, p. 404-405].

Certain sum of the first years of the recovery period was a state of the hospital at the moment of its transition to the city's jurisdiction in 1951. That time the hospital had 8 wards with 500 beds, clinical laboratory, pathologoanatomic ward, pharmacy, laundry, joiner's and fitting shops, stockroom for the keeping personnel things, disinfection plant, garage with two lorries and two horses. The total cost of the hospital's property was valued at 7, 3 millions of rubles [3, p. 1]. But despite the results which had already been achieved in order to reconstruct the material and technical basis of the 1<sup>st</sup> hospital, under the jurisdiction of the city's health care department the great source of expenditures was also transferred with the hospital. The hospital needed annual overhauls including the replacement of sewerage, painting of floors, windows, ceilings, whitewashing, complete covering of roofs, replacement of elevator, signaling, setting of phone, purchase of steam-boilers for heating, equipping of the shower-room and vegetable store.

Thus activity of the 1<sup>st</sup> Lenin Hospital in the early postwar years reflected common features of the recovery period: extremely difficult conditions of work united with the aspiration to sooner return to the normal life. Despite the constant need to repair facilities, the hospital not only continued to deliver health care to residents of town and countryside but thanks to the adequate funding it was able to introduce new researches, update tangible assets and build new wards.

Of course, can not be left unattended the contribution of the medical staff into the reconstruction of the hospital which was carried out mainly by the assistive and middle staff, relationship between doctors and patients, attitude of the medical staff to the Stalin's regime and impact of the new round of repressions on the physicians namely in Kharkiv. These and other questions require more deep investigation with using of a special methodology. It should be understood that proposed overview is just the sketch of some facts of hospital's life which should be filled with stories of certain people to be recognized as a real living history. The stated aim will be put into the basis of future outlines of post-war history of Kharkiv's health care.

#### СПИСОК ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ:

1. Державний архів Харківської області (ДАХО). – Ф. Р-5125 – Оп. 2. – Спр. 10. – 228 арк.
2. Веремеев, Ю. Нормы питания военнослужащих Вермахта / Ю. Веремеев // *Анатомия армии*. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://army.armor.kiev.ua/hist/paek-wermaxt.shtml>
3. ДАХО. – Ф. Р-5125. – Оп. 2. – Спр. 177. – 7 арк.
4. ДАХО. – Ф. Р-1962 – Оп. 2. – Спр. 11. – 16 арк.
5. ДАХО. – Ф. Р-1962. – Оп. 3. – Спр. 249. – 418 арк.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПОДХОДА  
К ОРГАНИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИЙСКОЙ  
ИМПЕРИИ (17 – НАЧ. 20 ВВ.):  
ПО СТРАНИЦАМ РЕДКИХ И ЦЕННЫХ ИЗДАНИЙ**

*И.В. Киричок, директор Научной библиотеки*

*И.В. Камлык, зав. сектором Научной библиотеки Харьковского национального медицинского университета*

В 2013 году общественность отмечает 400-летие династии Романовых. Представляет интерес роль членов Императорской Фамилии в становлении общественного здравоохранения и медицинского образования в государстве.

С приходом к власти Дома Романовых постепенно проявляется забота о народе на государственном уровне.

Печатным свидетельством этих исторических событий неизменно служат книги. В фонде Научной библиотеки Харьковского национального медицинского университета есть редкие и ценные издания, освещающие политику Государей Дома Романовых в отношении здравоохранения.

В своей книге «*Медицинское дѣло въ Россіи въ царствование первых Государей Дома Романовыхъ*» (1913) Разумовский В.И. отмечает, что с 17 века с приходом первых царей Дома Романовых, в частности Михаила Федоровича количество приглашаемых в Россию врачей увеличилось, а положение заметно улучшилось, т.к. ранее им грозило массовое изгнание или даже казнь за неудачное лечение. Он же издает Аптекарский Приказ [1, с. 7].

Царь Алексей Михайлович поощрял желание детей чиновников получать медицинское образование за границей. При нем были приняты особые меры для запаса лекарственных средств – создавались «аптекарские огороды», а также повелевался сбор отечественных лекарственных веществ [1, с. 9-10].

При Петре I широкое развитие получили госпитальное и аптечное дело. Первым госпиталем в России «...был Московский «гошпиталь», построенный по его указу (1706 г.) [2, с. 6]. Государь стремился привлечь монастыри к «дѣлу призрѣнія и лѣченія больныхъ». Интересно, что именно Петр I высказал первую мысль о привлечении женщин для ухода за больными, назначая указом (1722 г.) монахинь в госпитали [1, с. 19].

В своей книге «*Исторія первихъ медицинскихъ школъ въ Россіи*» Я. Чистович упоминает об указе Петра I (1718 г.) «о присылке уродов и

редкостей», таким образом он способствовал основанию музея патологической анатомии и созданию кунсткамеры [2, прил., с. CCCLXIX].

«Исторія медицины въ Россіи...» [3], сочиненная Вильгельмом Рихтером, лейб-медиком Его Императорского Величества Петра I свидетельствует, что Государь осознавал тесную связь научной и практической медицины, понимал необходимость создания в Петербурге Академии Наук и Университета при ней. Но осуществила эти планы уже Екатерина I, открыв в 1725 г. Академию Наук.

Развитию медицинского образования Государя Романовы уделяли особое внимание. Из книги «Исторія Императорской Военно-медицинской (бывшей Медико-хирургической) Академіи за сто лѣтъ. 1798-1898» мы узнаем, что «Высочайшим указом Императора Павла I, 18 декабря 1798 года вызвано к жизни новое учреждение, которому в дальнейшем его развитии суждено было занять одно из первых мест в ряду рассадников медицинского образования в нашем отечестве» [4, с. 42].

Расцвет благотворительности и милосердия припадает на царствование Императоров Александра II, Александра III и Николая II. Председатель Общества народного здравия приват-доцент В.О. Губерт в своем труде «XXV лѣтъ научно-практической дѣятельности Высочайше утвержденного Русскаго Общества охраненія народного» пишет: «Великие просветительские реформы, характеризующие царствование Императора Александра II, изменив коренным образом экономический и общественный строй России, заставили глубже проанализировать условия жизни, уделить больше внимания причинам, подрывающим здоровье и благосостояние населения» [5, с. 7].

Императоры Романовы способствовали созданию женского медицинского образования. Из труда «Историческій обзоръ правительственныхъ распоряженій по вопросу о высшемъ врачебномъ образованіи женщинъ» становится известно, что в 1871 г. Государь повелел «всеми мерами содействовать» созданию акушерских курсов для женщин «В виду пользы, приносимой госпитальной деятельностью Сестер Милосердия, разрешить женщинам занятия фельдшерские..., а также аптекарские в женских лечебных заведениях» [6, с. 6]. К 1 января 1877 г. в России существовали такие медицинские учебные заведения: Школа фельдшериц при Общине сестер милосердия Св. Георгия под Августейшим покровительством Государыни Наследницы Цесаревны, Повивальный институт, под покровительством Великой княгини Екатерины Михайловны и др. [6, с. 74]. В 1883 г. Государь Император повелел «...подвергнуть обсуждению вопрос о высшем врачебном образовании женщин в особом Совещании...» [6, с. 132].

В начале 20 века благотворительные ведомства под покровительством Дома Романовых ежегодно расходовали миллионы рублей на поддержание здоровья народа. Вебер Ф.Д. в книге *«Труды второго съезда русских врачей в Москвѣ»* отмечает, что «...Императоръ Александръ II-й пожертвовал на призрѣніе хрониковъ весьма значительный капиталъ, именно, миллионъ рублей...» [7, с. 44].

Интересен факт, что в Харькове в 1914 г. организован Дамский комитет, который открывал лазареты для раненых, приюты для детей. Об этом мы узнаем из книги *«Годовой отчетъ (по 1-е сентября 1915 г.) состоящаго подъ Августейшимъ покровительствомъ Государыни Императрицы Александры Ѳеодоровны Харьковскаго Дамскаго Комитета по устройству лазаретовъ Имени Ея Величества»* [8].

Приведенные факты свидетельствуют о значительном вкладе в попечительство со стороны благотворительных структур под Высочайшим покровительством, во многих случаях превосходили прочие благотворительные общества и учреждения.

Таким образом, редкие и ценные издания представляют собой уникальные письменные свидетельства важнейших исторических событий, отражающих государственный подход к организации общественного здравоохранения и медицинского образования, что не потеряло своей актуальности сегодня.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Разумовский В. И. Медицинское дѣло въ Россіи въ царствование первых Государей Дома Романовыхъ / В. И. Разумовский. – Саратовъ : Типографія Союза Печатнаго Дѣла, 1913. – 27 с.
2. Чистович Я. Исторія первіхъ медицинскихъ школъ въ Россіи / Я. Чистович. – СанктПетербургъ : Типографія Якова Трея, 1883. – 662 с.+ прил. на ССCLXX с.
3. Исторія медицины въ Россіи, сочиненная Вильгельмомъ Рихтеромъ. Часть третья. – Москва : Въ Университетской Типографіи, 1820. – 544 с. + прибавленія на 112 с.
4. Исторія Императорской Военно-медицинской (бывшей Медико-хирургической) Академіи за сто лѣтъ. 1798-1898 / подъ редакціею проф. Ивановскаго. – С.-Петербургъ : Типографія Министерства внутреннихъ дѣлъ, 1898. – 662 с. + 335 с. прил., ил.
5. XXV лѣтъ научно-практической дѣятельности Высочайше утвержденнаго Русскаго Общества охраненія народнаго здравія : Краткій историческій очеркъ / сост. В. О. Губертъ, секретарь Общества. – С.-Петербургъ : Типографія П.П. Сойкина, 1904. – 143 с.
6. Историческій обзоръ правительственныхъ распоряженій по вопросу о высшемъ врачебномъ образованіи женщинъ. – С.-Петербургъ : Типографія Министерства внутреннихъ дѣлъ, 1883. – 138 с.
7. Труды втораго съѣзда русскихъ врачей въ Москвѣ. Томъ II. – Москва : Товарищество «Печатня С.П. Яковлева», 1887. – [635 с.]
8. Годовой отчетъ (по 1-е сентября 1915 г.) состоящаго подъ Августейшимъ покровительствомъ Государыни Императрицы Александры Ѳеодоровны Харьковскаго Дамскаго Комитета по устройству лазаретовъ Имени Ея Величества. – Харьковъ : Епархіальная Типографія, 1915. – 19 с.

## ОТ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ДО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СВЯТИТЕЛЯ ИОАСАФА

*Е.П. Кулакова, студентка 1 курса медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета*

*О.А. Кистенёва, кандидат исторических наук, старший преподаватель кафедры внутренних болезней № 2 медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета*

В 1960-е годы акушерско-гинекологическая служба Белгородской области имела ряд проблем, связанных с оснащением и санитарно-гигиеническим режимом. Области была необходима современная больница, способная вовремя оказать помощь своим пациентам, число которых увеличивалось из года в год [1, с. 8]. Создание областной акушерско-гинекологической больницы (ОАГБ) было задумано как организационно-методическое учреждение акушерско-гинекологической службы Белгородской области. На ее базе планировалось проводить практические занятия для студентов медицинского училища. В 1967 году был утверждён проект и начато строительство новой акушерско-гинекологической больницы, осуществляемое СМУ-5 «Белгородпромстроя».

12 мая 1969 года начала работу Белгородская областная акушерско-гинекологическая больница, под руководством Заслуженного врача СССР Ручко Владимира Алексеевича [2]. Она была рассчитана на 180 коек, однако в 1977 году функционировало уже 200 коек [3, с. 1]. Больница занимала 8-е место в Союзе по объему оказания гинекологической помощи населению. Услуги предоставляли клиническая, биохимическая и серологическая лаборатории, рентгеновский кабинет, кабинет функциональной диагностики, физиотерапевтическая служба и кабинет лечебной физкультуры [2]. В составе ОАГБ имелись: оргметодкабинет, кабинет переливания крови, центральное стерилизационное отделение для обработки шприцов и инструментария, аптека, центр разведения дезинфицирующих растворов, автоклавная, прачечная, радиоузел, пищеблок, отдел консультативного приема по специализированным разделам. В отделениях работала достаточно хорошая вентиляционная система, позволяющая доставлять кислород непосредственно к кровати больной и в операционную [2]. С помощью телевизионной установки можно было даже увидеть новорожденного [4, с. 6].

Санитарно-пропускной блок ОАГБ ввели в работу 5 мая 1969 года. Ежедневно через этот блок проходило в среднем около 15 пациенток [5, с. 16].

В 1970 году по инициативе В.Д. Громко в акушерско-гинекологической больнице был организован кабинет переливания крови.

С открытием больницы анестезиологическая помощь оказывалась двумя врачами-анестезиологами, существовал круглосуточный пост сестер-анестезистов. С 1973 года введено операционно-анестезиологическое отделение, в которое входили 5 врачей-анестезиологов, 11 сестер-анестезистов и 6 операционных сестер.

В 1977 году появились 2 палаты интенсивной терапии: в отделении новорожденных и родзале [4, с. 7]. Организовали также круглосуточный сестринский пост, а в родильном блоке – реанимационную палату [2].

В больнице функционировали следующие отделения: гинекологическое оперативное (50 коек), гинекологическое консервативное (50 коек), патологической беременности (70 коек), наблюдательное (30 коек), новорожденных (90 коек), операционный блок [4; 5].

В конце 1977 года началось освоение ЭХО-энцефографа, введен в работу реограф. Обследовано 1996 человек, всего сделано 3424 исследования [5, с. 107].

Врачи-анестезиологи осуществляли помощь районам области – это были методическая работа, оказание практической помощи и проведение операций [4, с. 7]. Основным показателем работы акушерско-гинекологической службы – перинатальная и материнская смертность. В 1978 г. перинатальная смертность повысилась за счет случаев мертворождения. Материнская смертность составила 1,6 в 1978 году против 2,2 в 1977. Заболеваемость новорожденных ежегодно снижалась, ведущее место занимали родовые травмы [5, с. 18].

В 1970–80-е годы в отделении проводились двухгодичные занятия по повышению квалификации сестер, врачей-анестезиологов на курсах специализации и усовершенствования [2].

Начиная с 1970-х годов отделение является методической базой для всех родовспомогательных учреждений области. В трех отделениях больницы функционировали уголки по пропаганде медико-санитарных знаний (3 школы материнства и школа здоровья, которую вел И.В. Лебедев). Теоретические и практические занятия проводили врачи и средний медицинский персонал. Председателем лекторской группы являлась В.И. Ходзинская [3, с. 13].

На базе ОАГБ проводилась подготовка интернов (за 1977 год – 7 врачей), подготовка кадров из центральных районных больниц и фельдшерско-акушерских пунктов (за 1977 год – 30 акушерок, 5 медсестер для отделения новорожденных, 3 врача прошли четырехмесячную специализацию) [4, с. 8]. К

этому времени в больнице работали 33 врача: из них 29 акушеров-гинекологов и 2 лаборанта; врачей с I категорией было 5, с высшей – 13 [4, с. 9].

В 1984 году основано медико-генетическое отделение, первоначально располагающееся на базе областной детской больницы. С 2010 года отделение функционирует в перинатальном центре под руководством С.В. Виноградовой [3, с. 6]. В 1995 году создано отделение пренатальной диагностики [5, с. 5].

В 2000 году была организована кафедра акушерства и гинекологии на базе областной акушерско-гинекологической больницы. Основоположники кафедры – профессор, кандидат медицинских наук П.А. Карпов, специалист с многолетним опытом работы в высшей медицинской школе старейших клиник ВНИИАГ МЗ СССР, Харьковского института усовершенствования врачей; доктор медицинских наук, профессор кафедры В.С. Орлова – бывший акушер-гинеколог министерства здравоохранения Туркменской ССР [6, с. 17].

В 2002 году здесь был создан перинатальный центр, который в 2005 году вошел в состав Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа. Он рассчитан на 485 коек. В лечебном процессе участвуют 53 акушера-гинеколога и 17 врачей-неонатологов. 30 из них имеют высшую квалификацию, 5 – почетное звание «Заслуженный врач РФ», 10 – «Отличник здравоохранения», 11 – ученую степень кандидата медицинских наук. Руководитель О.В. Головченко – заместитель главного врача по акушерству, врач высшей квалификационной категории [6, с. 2].

В центре организовано консультативно-диагностическое отделение. В отделении патологии беременности проводится лечение и родоразрешение пациенток с патологией, а также успешно лечится невынашивание беременности. Родильный блок включает 12 индивидуальных родильных залов, в которых есть все необходимое для ведения родов [6, с. 12].

Сегодня центр успешно использует достижения науки. В нем проводится лечение мужского и женского бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения. Ежегодно здесь консультируется до 1500 супружеских пар. С 2010 года внедрена пренатальная инвазивная диагностика, осуществляется скрининг беременных. За год проводится до 90 тысяч исследований [6, с. 9].

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. ГАБО (Государственный архив Белгородской области). – Ф. 1543 – Оп. 1 – Д. 17 (Сводные годовые отчеты больницы о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам за 1969–1977 гг.).
2. Альбом и архивные данные Белгородской областной акушерско-гинекологической больницы (конца 1960-х гг. - 70-е гг.).
3. ГАБО. – Ф. 1543 – Оп. 1 – Д. 15 (Конъюнктурный обзор состояния акушерско-гинекологической службы в Белгородской области за 1968 год).

4. ГАБО. – Ф. 1543 – Оп. 1 – Д. 135 (Конъюнктурный обзор больницы о состоянии акушерско-гинекологической службы за 1977 г.).
5. ГАБО. – Ф. 1543 – Оп.1 – Д. 142 (Сводные годовые отчеты о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам за 1978–1983 гг.).
6. Брошюра «Перинатальный центр» Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа. – Белгород, 2011. – 30 с.

## ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕКЦІЇ ХАРКІВСЬКОГО НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА

*В.В. Кушлакова, аспірантка, Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара*

Події початку ХХ століття привели до докорінних змін у соціально-політичному житті України, що своєю чергою викликало реформування всієї системи освіти й науки. В зазначений період розпочинає свою діяльність Українська академія наук, яка відіграла важливу роль у цьому процесі, створивши цілу низку наукових товариств по всій території України: в Катеринославі (Дніпропетровськ), Одесі, Харкові, Кам'янці-Подільському, Полтаві, Шепетівці, Лубнах, на Донеччині тощо. Різних аспектів діяльності товариств при ВУАН у своїх працях торкалися такі відомі українські вчені, як Л. П. Депенчук, В.І. Онопрієнко, В.С. Савчук та ін. [3; 4; 5]. В результаті реструктуризації науково-дослідних установ у 1920-ті роки виникали нові самостійні товариства, серед яких можна виділити «Харківське Наукове Товариство» (ХНТ), яке вважало себе правонаступником «Українського Наукового Товариства» й розпочало свою діяльність у 1924 році [8]. У сучасній історіографії практично відсутні роботи щодо виникнення та функціонування ХНТ, а діяльність його секцій взагалі не досліджена.

Тому метою нашої роботи стало висвітлення історії створення, відкриття та діяльності Медичної секції Харківського наукового товариства, яка була одним з перших і найуспішніших підрозділів товариства. Її було засновано 28 лютого 1925 року. Першим головою, але на дуже короткий термін (один рік), став доктор І. Холодний. Пізніше, протягом майже всього існування секції, головою був заслужений професор В. Рубашкін. Серед найактивніших членів секції виявилися такі видатні вчені, як: професори М. Мельников-Разведенков, С. Якушевич, О. Палладін, М. Білоусов, В. Воробйов, В. Шамов, С. Златогоров; доктори І. Холодний та Г. Радченко, І. Петренко та інші [7]. Треба зазначити, що за даними архівних документів від початку діяльності (тобто з 1925 року) до

складу секції увійшло лише 8 членів [9]. Проте менш ніж за 2 роки, а саме станом на 1 лютого 1927 року, секція налічувала вже 132 науковці [7, с. 191].

Медична секція була створена з метою науково розробляти й студіювати питання в галузі теоретичної, профілактичної та клінічної медицини, об'єднувати в науково-організаційних справах працю науково-дослідних інститутів та кафедр, допомагати в їхній видавничій діяльності, розробляти питання методології виховання наукових співробітників, аспірантів та студентів, активно допомагати Медичному відділові Академії наук тощо. Виходячи з поставленої мети, секція розгорнула активну діяльність, залучивши до співпраці Харківський медичний та Харківський ветеринарний інститути, Німецьке товариство по вивченню кров'яних угруповань.

Одним з найголовніших завдань Медичної секції було сприяння розвиткові й поширенню української наукової літератури, тому, зважаючи на брак української медичної літератури взагалі та велику потребу в друкованому слові українських лікарів зокрема, Медична секція Харківського наукового товариства розпочинає свою видавничу діяльність. Вже у жовтні 1926 року, про що свідчать протоколи засідань Медичної секції, було сформовано Редакційну колегію журналу «Український Медичний Архів» [2]. Перший випуск журналу побачив світ 1927 року. Журнал мав значну популярність як серед вітчизняних вчених, так і за кордоном, проіснував до 1932 року, навіть після припинення діяльності ХНТ.

Другим виданням Медичної секції був журнал «Бюлетені Постійної Комісії вивчення кров'яних угруповань», який спочатку планували видавати як додаток до «Українського Медичного Архіву» і друкували українською та німецькою мовами. Журнал вперше видали в 1927 році, а проіснував він до 1931 року як орган Медичної секції ХНТ.

Журнал «Санітарно-ентомологічний бюлетень» був також органом Медичної секції Харківського наукового товариства. За даними нашого наукового дослідження, журнал виходив лише два роки (1929–1930) додатком до журналу «Медична профілактика» [6].

При Медичній секції було організовано діяльність декількох постійних комісій. 1 грудня 1926 року за пропозицією професора Володимира Рубашкіна було засновано «Українську Постійну Комісію по вивченню кров'яних угруповань», яка функціонувала як окреме товариство. Вона мала на меті «об'єднувати робітників з царини теорії про кров'яні угруповання, втягаючи всіх, хто цікавиться цією наукою, як на Україні, так і в Союзі; організувати централізоване постачання стандартними сироватками, широку пропаганду ідеї об'єднати осіб, що працюють в галузі гемоізоаглютинації...» [2].

27 грудня 1927 року було також засновано Постійну санітарно-ентомологічну комісію, яка мала такі завдання: «...збирання й обробка матеріалів з фавни членистоногих паразитів людини і тварин; вивчення їх географії та поширення; вивчення паразитів, членистоногих щодо їх епідеміології, епізоотії і біології; консультативна допомога робітникам периферії в галузі вивчення комах і кліщів, що мають медико-ветеринарно-санітарне значення...» [1]. Комісія мала свій друкований орган – журнал «Санітарно-ентомологічний бюлетень».

На окрему увагу заслуговує унікальний структурний підрозділ Медичної секції ХНТ – Мечниковський комітет, який було створено 29 жовтня 1926 року з нагоди 10-річчя від дня смерті І.І. Мечникова. Про виключне значення цього підрозділу говорить той факт, що вже після одного року діяльності його було перейменовано в «Український громадський комітет увічнення пам'яті проф. Іллі Мечникова». Це й не дивно, адже комітет провадив широку діяльність з популяризації наукових досягнень великого вченого та увічнення його пам'яті як на батьківщині, так і за її межами. До комітету було обрано відомих вчених: професора Миколу Білоусова – головою, професорів Володимира Рубашкіна, Семена Златогорова, Михайла Маркова, Миколу Мельникова-Розведенкова, Олександра Янату та доктора Іллю Петренка – секретарем [7, с. 187].

Підбивачи підсумки вищевикладеного матеріалу, слід наголосити, що:

1. Медична секція Харківського наукового товариства була одним з перших і найуспішніших підрозділів товариства, який своєю діяльністю сприяв розробці й популяризації питань в галузі теоретичної, профілактичної та клінічної медицини;

2. Співпраця Медичної секції ХНТ з Харківським медичним та Харківським ветеринарним інститутами, Німецьким товариством з вивчення кров'яних угруповань мала плідні наслідки.

3. При Медичній секції ХНТ були засновані й активно діяли структурні підрозділи: Українська Постійна Комісія з вивчення кров'яних угруповань, Постійна санітарно-ентомологічна комісія, Мечниковський комітет, які здебільшого функціонували потім окремо.

4. Видавнича діяльність секції представлена друком журналів «Український Медичний Архів», «Бюлетені Постійної Комісії вивчення кров'яних угруповань», «Санітарно-ентомологічний бюлетень», які видавалися українською мовою і мали велике значення для становлення в Україні фахової медичної періодики та розвитку й популяризації медичних знань.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Короткий звіт про діяльність санітарно-ентомологічної Комісії при медичній секції Харківського Наукового Т-ва за 1928–29 рік // Український Медичний Архів. – Том VI. – Зошит I. – 1929. – С. 149.
2. Медична секція ХНТ (діяльність секції з 28 лютого 1925 до лютого 1927) // Український Медичний Архів. – Том I. – Зошит I. – 1927. – С. 185–208.
3. Онопрієнко, В. І. Організація науки: державне управління чи самоврядування? / В. І. Онопрієнко, Л. П. Депенчук // Вісник АН України. – 1993. – Вип. 1. – С. 23–32.
4. Савчук, В. С. Громадсько-наукові об'єднання вчених у нових історичних умовах: механізми організації та управління (1918–1922) / В. С. Савчук // Інтелігенція і влада. Зб. наук. праць. – Од., 2002. – Вип. 1 (2), частина II. – С. 162–167.
5. Савчук, В. С. Научные общества и культурная революция на Украине (1917–1931) / В. С. Савчук // ВИЕТ. – 1995. – Вип. 1. – С. 81–91.
6. Санітарно-ентомологічний Бюлетень. – X, 1929. – Том 1. – Вип. 1. – 24 с.
7. Український медичний архів. – X, 1927. – № 1. – 214 с.
8. ХНТ (за 1924–1926 рр.) // Культура і побут. – 1927. – Вип. 29. – С. 2.
9. ЦДАВО, Ф-166. – Оп. 6. – Спр. 610.

## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВЕТСКИЙ ПЕРИОД

*А. Ломакина, студентка 1 курса II медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета*

Современный этап развития нашего общества характеризуется глубинными социально-экономическими, политическими и организационными трансформациями базовых сфер его жизнедеятельности, включая и систему здравоохранения. Обеспечение доступности медицинской помощи, формирование цивилизованного рынка медицинских услуг, рациональное использование медицинских ресурсов затрагивает интересы каждого человека, а также определяет показатели здоровья нации, качества и уровня жизни населения. За время своего существования независимая Украина столкнулась с тенденцией снижения средней продолжительности жизни и неуклонного сокращения общей численности населения страны, что подводит к выводу о необходимости реформирования практической медицины. В процессе совершенствования системы здравоохранения следует помнить о позитивном опыте, который был накоплен в советский период. Этим определяется актуальность рассматриваемой проблемы.

Советская модель здравоохранения сделала медицину бесплатной и доступной для большинства населения страны. Государственный характер советской медицины стал одним из ее ведущих принципов. После прихода

коммунистической партии большевиков к власти забота о здоровье населения сделалась одной из важнейших функций социалистического государства. Была провозглашена ответственность государства за состояние здоровья народа. 18 июля 1918 года Совет Народных Комиссаров утвердил «Положение о Народном комиссариате здравоохранения», в котором были четко определены задачи медицины [1, с. 325–326]:

а) разработка и подготовка законодательных норм в области медико-санитарного дела;

б) наблюдение и контроль за применением этих норм и принятие мер к неуклонному их выполнению;

в) издание общеобязательных для всех учреждений и граждан... распоряжений и постановлений в области медико-санитарного дела;

г) содействие всем учреждениям Советской республики в осуществлении медико-санитарных задач;

д) организация и заведование центральными медико-санитарными учреждениями научного и практического характера;

е) финансовый контроль и финансовое содействие в области медико-санитарной деятельности центральных и местных медико-санитарных учреждений;

ж) объединение и согласование медико-санитарной деятельности местных советов депутатов.

Советская система здравоохранения раньше, чем многие современные западные страны, реализовала идеал общедоступности профессиональной, в том числе и многих видов специализированной, медицинской помощи практически всему населению в масштабах такой огромной республики, как СССР. Осуществляемая медицинская помощь была бесплатной. И это, несомненно, являлось еще одним из важнейших достижений советской медицины.

В Украине была создана мощная система диспансеризации. Диспансеризация – метод систематического врачебного наблюдения в диспансерах, поликлиниках, медико-санитарных частях, детских и женских консультациях за состоянием здоровья определенных групп здорового населения (промышленных рабочих, детей до трех лет, спортсменов и т. д.) или больных хроническими болезнями с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики обострений. [2, с. 17].

Ещё одним плюсом стала всеобщая система вакцинации. Основная цель вакцинации – предотвращение заболеваний у людей. С этой целью в СССР был

создан Институт контроля вакцин и сывороток, который входил в состав Государственного института народного здравоохранения, созданного в 1920 году.

Важную роль играла пропаганда здорового образа жизни. Эта работа проводилась в контексте государственной политики. Под пропагандой здорового образа жизни понимался целый комплекс мероприятий, направленных на его популяризацию, в том числе – просветительские программы, общественные движения, реклама в СМИ и проч. В Советском Союзе понятие «здоровый образ жизни» стало неотъемлемой и значимой частью другого, более глобального на тот момент понятия – «образ жизни советского человека». Пропаганда здорового образа жизни, как и пропаганда физической культуры и спорта, вышли на новый качественный уровень и получали активную поддержку на правительственном уровне. Отличное здоровье, хорошая спортивная подготовка и физическая выносливость советских людей провозглашались главными ценностями государственной важности.

За годы советской власти значительно снизилась заболеваемость среди населения, общая смертность – более чем в 4 раза, детская смертность – почти в 7 раз. Средняя продолжительность жизни советских людей увеличилась более чем в 2 раза. В СССР были ликвидированы такие инфекционные заболевания, как холера, чума, оспа, паразитарные тифы, приносившие ранее настоящие бедствия народу [1, с. 327]. Благодаря правильной политике в сфере здравоохранения, средняя продолжительность жизни населения возрастала в среднем на 5 лет через каждые 10 лет. Так, в 1964 году был установлен пик для мужчин, который составил 68,2 года, а для женщин самый высокий показатель был отмечен в 1990 году, он составил 74,9 года. С тех пор показатели продолжительности жизни ежегодно снижаются. Поэтому можно говорить об успешности и эффективности политики, проводимой в СССР в сфере здравоохранения.

Самой большой проблемой медицины в СССР было отсутствие необходимого современного оборудования и фармакологических препаратов. В особенности это касалось стоматологии; стоматологическое лечение было некачественным и мучительным.

Все негативные особенности советского здравоохранения вытекали из социально-политической природы тоталитарного общества в Советском Союзе, нивелировавшей роль человеческой личности. Логика коммунистической идеологии в советском варианте (личные интересы должны быть целиком подчинены общественным), государственно-бюрократическая организация

всего медицинского дела, управление им, осуществлявшееся преимущественно через командно-административные «рычаги» – все это стало причинами распространения хамского отношения к подчиненным в среде медиков, а врачей и средних медработников – к пациентам, необоснованных очередей за медицинской помощью и взяточничества. Ярким проявлением «этического нигилизма» по отношению к больным стала еще в 20-е годы позиция первого наркома здравоохранения Н.А. Семашко, который неоднократно заявлял: мы держим твердый курс на отказ от врачебной тайны [2, с. 21].

И все же позитивных особенностей советской модели здравоохранения, как видим, было предостаточно. Поэтому в условиях создания новой современной украинской медицины нам следует отказаться от огульного отрицания советского опыта и взять на вооружение его лучшие достижения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сорокина, Т. С. История медицины в 2-х т.: т. 2. / Т. С. Сорокина. – М. : Издательство РУДН, 1992. – 559 с.
2. Шишкин, А. П. Организация народных комиссариатов здравоохранения РСФСР и других республик (1918–1922) / А. П. Шишкин // Советское здравоохранение. – 1983. – № 8. – С. 14–22.

### ŚLŹBY MEDYCZNE W ARMII BIZANTYJSKIEJ W ŚWIETLE WYBRANYCH TRAKTATÓW WOJSKOWYCH

*Mgr Łukasz Sasuła, doktorant I roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie;*

*Mgr Justyna Migoń, doktorantka I roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*

Dowodzenie armią bizantyjską stanowiło w czasach wczesnego średniowiecza olbrzymie wyzwanie. Zapewnienie wielkim rzeszom, broniącym Cesarstwa przed wrogami, zaopatrzenia i odpowiedniego korpusu dowódczego, którego rozkazy docierałyby do wszystkich żołnierzy, było wyjątkowo trudnym zadaniem. Celem przygotowania dowódców najwyższego szczebla do stawienia mu czoła, kolejni cesarze pisali, lub zlecali ich napisanie, podręczniki – traktaty wojskowe, które były zbiorami pouczeń dla wysokich rangą oficerów. Jednakże poza materiałami taktyki i strategii oraz logistyki, w tekstach tych poruszano liczne dodatkowe kwestie, nie tak oczywiste jednakże nieodzowne dla dobrego funkcjonowania armii. Jedną z takich spraw były służby medyczne oraz w ogóle kwestie higieny i zdrowia. Wykorzystane

przez nas traktaty to przede wszystkim dwa pomnikowe dzieła – *Strategikon* Maurycjusza (4), oraz *Taktikon* Leona VI(3). Traktaty te są kompilacjami myśli dotyczących wszystkich zagadnień związanych z wojskowością i jako takie przekrojowe dzieła, pomieściły najwięcej informacji na temat wojskowej opieki medycznej. Dzięki temu, że Leon VI wzorował się na *Strategikonie*, wiele zawartych w jego dziele informacji stanowi powtórzenie pracy Maurycjusza, zaś oba traktaty mają podobną budowę i formę. Pozostałe trzy wykorzystane traktaty są o wiele krótsze i skupiają się na bardziej konkretnych tematach. Anonimowy traktat z czasów Justyniana Wielkiego(1) zawiera informacje niemal wyłącznie o strategii, zaś autor *De velitatione bellica*(2) skupił się na taktyce „walk w cieniu”, czyli bizantyjskiej wojny podjazdowej. Jednakże znalazły się w nich także liczne informacje dotyczące warunków sanitarnych panujących w bizantyjskiej armii jak i opisy sposobów na ich poprawę. Szczególnie dużo jest ich w ostatnim wykorzystanym przez nas tekście, także anonimowego autora, traktującym o obozach wojskowych(5).

Należy wyraźnie oddzielić opisywane tu wojskowe służby medyczne od faktycznych lekarzy. Niniejszy tekst traktuje jedynie o tych pierwszych. Nazywani byli *deputatoi* (łac. *deputatus* lub *skribones*) i byli wydzieloną służbą, która zajmowała się niesieniem pomocy rannym na samym polu bitwy(4, I, 3), co jedynie upodabniało ich profesję do lekarskiej(3, IV, 17). Przydzielano ich żołnierzom gdy zachodziła taka potrzeba, czyli wobec zbliżającej się bitwy(3, IV, 7). Było ich od ośmiu do dziesięciu na każdy *bandon*(4, II, 9; 3, XII, 37), czyli od dwustu do czterystu żołnierzy. Warto zaznaczyć, że opisywane jednostki, *banda*, były wyłącznie kawaleryjskie. Szacunkowo zatem na jednego takiego sanitariusza przypadało trzydziestu trzech żołnierzy. Pytanie dlaczego autorzy nie wspomnieli o służbach medycznych w piechocie pozostać musi bez odpowiedzi, jednakże oczywistym jest, że piechota była o wiele tańsza w werbunku i utrzymaniu od konnicy. Do służby jako *deputatoi* mieli być dobierani ludzie sprawni fizycznie, silni, zdrowi oraz czujni, co było szczególnie ważne gdyż stawali na polu bitwy nie tylko bez opancerzenia, ale także pozbawieni jakiegokolwiek broni, jednakże na koniu, w odległości stu stóp za pierwszą linią wojsk(4, II, 9; 4, III, 7-8; 3, XII, 37). Pod znakiem zapytania jednak pozostają ich faktyczne zdolności, wobec faktu że miano ich rekrutować spośród najmniej zdolnych żołnierzy(4, VII, 17). Za jedyne wyposażenie służyła im butelka z wodą, przeznaczoną do cucenia rannych i poturbowanych żołnierzy. Ich głównym zadaniem było zbieranie rannych, a szczególnie tych, którzy spadli z koni, tak aby nie stratowała ich druga linia własnych wojsk(4, II, 9; 3, XII, 37), co potwierdza, że służyli oni jedynie pierwszej linii szyku armii. Cucili rannych i przewozili ich na swych koniach poza pole bitwy. W tym celu oba strzemiona przerzucali na lewą stronę siodła, tak aby mogli wsiąść na nie razem z rannym(3, XII, 39). Za każdego

ocalonego od śmierci żołnierza, *deputatoi* otrzymywać mieli jedno *nomisma*, jako dodatek do zwykłego żołdu(4, II, 9; 3, XII, 37). Gdy zajmowali się zbieraniem rannych, mijala ich druga linia wojsk, oczywiście pod warunkiem że bitwa toczyła się dla Bizantyjczyków pomyślnie. Wtedy zając się mieli swym dodatkowym zadaniem, zbieraniem łupów z ciał poległych wrogów. Przekazywali je *dekarchom*, czyli podoficerom, którzy następnie dzielili je pomiędzy żołnierzy. *Deputatoi* mieli jednak własny, wyodrębniony udział w łupach(4, II, 9; 3, XII, 38). Na polu bitwy ich pozycja niosła jednak ze sobą duże zagrożenie w wypadku gdyby bitwa została przegrana, gdyż jako służący musieli oddać wtedy swe konie żołnierzom, którzy je utracili, umożliwiając im ucieczkę(4, V, 2).

Czy *deputatoi* zajmowali się rannymi także później nie wynika jednoznacznie z treści traktatów, jednakże jest to wątpliwe. Wybierani spośród najmniej obiecujących żołnierzy nie znali zapewne zbyt wielu sposobów leczenia, zaś w obozach leczono „rany poniesione od strzał, mieczy i kamieni, a także choroby, które zwykle wynikają od zimna lub gorąca”(3, Ep., 63). Z traktatu o obozach dowiadujemy się także, że do transportu rannych wydzielano nawet trzecią część taboru(2, XXXI, 18-23).

Wiele miejsca autorzy wszystkich wykorzystanych przez nas traktatów poświęcili wodzie, którą żołnierze pili. Nic bowiem tak szybko nie pozbawiało ich zdolności bojowej jak brak wody lub jej zła kondycja. Specjalnie wydzielane oddziały szukając miejsca pod obóz, sprawdzały jej jakość, czy nadawała się do picia, a także czy nie została zatruta gdy miała być pozyskiwana ze zbiornika wody stojącej(1, XXVI, 10-14). Ujścia wody miały być zajmowane i chronione w obliczu zbliżającej się bitwy, a gdy nie było takowych w pobliżu, wszyscy żołnierze mieli obowiązkowo nieść duży zapas wody ze sobą(5, V, 5-12). Nie było dla autorów bowiem nic niebezpieczniejszego niż marsz przez wrogie terytorium bez dostępu do wody(2, XIII, 12-14). W obozach oraz fortecach, woda miała być przechowywana w zbiornikach. *Strategikon* zawiera porady dotyczące sposobów na zachowanie wody w zdadności do picia. Autor zalecał by w dużych dzbanach wiercić otwory, przez które woda powoli wyciekałaby do mniejszych pojemników, regularnie przelewanych z powrotem do dzbanów. Poprzez taką cyrkulację woda miała być ciągle świeża (4, X, 4).

Bizantyjczycy znali jak widać podstawowe zasady sanitarne, a także starali się by chociaż lekko ranni żołnierze przeżywali by móc służyć po wyzdrowieniu. Dowodzi to nie tylko dużej dbałości bizantyjskich władców i dowódców o swych żołnierzy, ale także wielkiego potencjału intelektualnego, który musiał stać za całą bizantyjską wojskowością teoretyczną. Wreszcie świadczy to niezbiecie o wielkim koszcie jakim było dla Cesarstwa wystawienie konnego żołnierza do walki, którego nie warto było tracić z przyczyn, których można było unikać. Nie była to zapewne

добра ani kompletna opieka medyczna w naszym, współczesnym rozumieniu. Był to jednak początek jakiegokolwiek zorganizowanej opieki nad rannymi żołnierzami.

#### BIBLIOGRAFIA:

1. Anonimus, *Strategikon* [w:] *Three Byzantine military treatises* / Ed. and trans. G. T. Dennis. – Washington, 1985. – S. 9–136.
2. *Anonimoy Biblioy Taktikoy* [w:] *Three byzantine military treatises* / Ed. and trans. G. T. Dennis. – Washington, 1985. – S. 245–328.
3. Leon VI. *Taktikon* / Ed. and trans. G. T. Dennis. – Washington, 2010.
4. Maurikios. *Strategikon* / Ed. and trans. G. T. Dennis. – Washington, 1984.
5. Nikephoros. *Strategikon* (*De velitatione bellica*) [w:] *Three Byzantine military treatises*. / Ed. and trans. G. T. Dennis. – Washington, 1985. – S. 143–240.

### ЗЕМСКИЕ ВРАЧИ БЕЛГОРОДЧИНЫ

*А.А. Параскевич, студентка медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета*

Земская реформа 1864 года привела к рождению земской медицины, получившей весьма широкое распространение в 34 из 97 губерний и областей России. Становление земской медицины было обусловлено законодательным актом самодержавно-помещичьей России [1, с. 14].

Интересной и показательной была жизнь и деятельность некоторых известных земских врачей Белгородчины. Одним из видных земских врачей белгородской земли является Петр Васильевич Мандрыка (1884–1943). Он родился 10 июня 1884 года в Самаре в семье служащего, политического ссыльного Василия Алексеевича Мандрыки. Будучи студентом 5-го курса медицинского факультета Харьковского университета, работал на месте врача в селе Николаевка Валуйского уезда Воронежской губернии, куда и был направлен после окончания университета в 1910 году в качестве земского врача. Петр Васильевич проявил незаурядные способности специалиста широкого профиля: работал хирургом, акушером, педиатром, терапевтом, стоматологом и окулистом. Он принимал самое активное участие в ликвидации эпидемий холеры, сыпного и брюшного тифа, охвативших страну и Валуйский уезд в 1910–1912 годах. В это же время являлся организатором и инициатором создания детских ясель, роль которых остается актуальной и сегодня.

За достигнутые успехи в лечебной работе и интерес к хирургии его направляют на учебу в столицу, на курсы усовершенствования врачей. По окончании учебы он возвращается в Валуйское земство на должность руководителя Вейделевской больницы. Петр Васильевич обладал

разносторонними медицинскими знаниями и хорошими организаторскими способностями. Под его руководством уже с 1912 года Вейделевская уездная больница Воронежской губернии превратилась в образцовое лечебное учреждение [2].

В годы 1-й мировой войны П.В. Мандрыка был начальником военно-санитарного поезда, затем хирургом в военных госпиталях. 20 лет он возглавлял Центральный военный госпиталь НКО (ныне Центральный военный госпиталь имени П.В. Мандрыки), будучи одновременно и главным его хирургом. Глубокие знания, высокое врачебное искусство и большое трудолюбие выдвинули его в число ведущих советских военных хирургов. Он был награждён орденом Красной Звезды [2].

Опытный врач-хирург Артур Вацлавович Белявский (1837–1893) работал в городе Короче городским и земским врачом с 1870 года и до своей кончины в 1893 году, то есть более 23 лет. Он является выпускником медицинского факультета Московского университета. Из г. Корочи отзывался на русско-турецкую войну. Его сын, Сигизмунд Артурович Белявский, окончил Корочанскую Александровскую гимназию, а затем и Московский университет. Почти через три месяца после смерти отца (с 29 января 1894 года) в возрасте 27 лет он стал врачом Корочанской земской больницы, продолжив его дело. При Сигизмунде Артуровиче было построено здание земской больницы. Проработал он более 33 лет и умер в возрасте 61 год [3]. Во время 1-ой мировой войны по решению Курского губернского земства на базе Корочанской больницы был создан военно-полевой хирургический госпиталь, выехавший вскоре под началом Белявского на Западный фронт в Белоруссию. В его составе трудились врачи-корочане С.М. Шаталов, А.С. Стрижаковский, М.С. Мигулин, А.П. Чаплыгин, Н.К. Шульгин, М.С. Морозов, И.В. Сидоров [3].

Доктор медицины Варвара Александровна Кашеварова-Руднева (1844–1899, девичья фамилия Нафанова) – родилась в Витебской губернии (в будущем переехала в Воронежскую губернию). Рано лишилась родителей и до 12 лет жила и воспитывалась в семье бедного учителя. В 12 лет бежала в Петербург. Очень молодой вышла замуж за богатого купца Кашеварова, но вскоре оставила его и поступила в повивальный институт, а потом, как стипендиатка оренбургского казачьего войска, изучала сифилидологию, чтобы работать среди башкир-мусульман, женам которых религиозный закон не позволяет обращаться к помощи врачей-мужчин.

На проверочных испытаниях успехи Варвары Александровны были признаны достаточными, но она отказалась от диплома, считая свои знания слабыми, и просила позволения продолжать учебу. В 1863 году она была на

пять лет была прикомандирована к медико-хирургической академии для полного прохождения курса медицинских наук, наравне со студентами академии. Это произвело большую сенсацию в обществе. Рудневой-Кашеваровой приходилось держать себя весьма осторожно, вдали от всяких кружков, так как начальство было весьма недовольно нахождением женщины в стенах академии. Окончив курс, она выдержала экзамен на звание доктора медицины, получила диплом и золотую медаль.

К защите докторской диссертации Руднева-Кашеварова сначала не была допущена, несмотря на то, что она напечатала работу, извлечения из которой вошли во многие руководства по акушерству. Звания доктора медицины Руднева-Кашеварова была удостоена лишь в 1876 году по защите диссертации «Материалы для патологической анатомии маточного влагалища» [4, с. 78]. 27 мая 1876 года в Медико-хирургической академии Петербурга царил оживление. Событие, которое вызвало его, было неординарным: диссертацию по теме «Материалы для патологической анатомии маточного влагалища» на звание доктора медицины впервые защищала женщина. Один из современников так описывал обстановку в академии в тот день: «Зал конференции был переполнен блестящими представителями науки и молодежью. Заседание закончилось тем, что Кашеварову-Рудневу вынесли на кресле и торжественно пронесли по всем залам под горячие рукоплескания. Восторг толпы и приветствие молодежи относились скорее не к личности врача, успешно защитившего диссертацию, а к торжеству идеи, к победе, одержанной женщиной на поприще серьезной науки...» [4, с. 80].

Ее старания сделаться преподавательницей на женских медицинских курсах не увенчались успехом. Оренбургскому краю за свою стипендию Варвара Александровна никогда не служила, так как зачислить ее в число служащих местного военного госпиталя значило бы предоставить ей права государственной службы, а этого прецедента не хотели допустить.

С 1881 года Руднева-Кашеварова прожила около восьми лет в своем хуторе (Валуйского уезда Воронежской губернии), занимаясь сельским хозяйством и медицинской практикой среди крестьян окрестных деревень [5]. Затем переселилась в Старую Руссу. Её труды: «О свободных телах брюшной полости» («Архив» Вирхова, т. 47); «К учению о плацентарных полипах» («Журнал для нормальной и патологической анатомии», 1873 г.); «Гигиена женского организма» (1892 год); рассказ «Пионерка» («Новости», 1886 г., 15 и 22 сентября); «К истории женского медицинского образования» (тоже автобиографического характера, там же, 7 и 14 ноября); «Деревенские заметки» (там же, 1888 год, 19 и 26 июня) и многие другие [4, с. 84].

Следует заметить, что земский врач был высокообразованным специалистом, владевшим основами медицинской практики. Он знал основы терапии, мог оценить необходимость хирургической помощи и в ряде случаев осуществить её, владел на определенном уровне вопросами узких дисциплин. Земские врачи, испытавшие на себе большое влияние демократических идей, имели глубокие социальные связи с крестьянством и считали себя защитниками его интересов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Канцельбоген, А. Г. Общественная и земская медицина в 60–80-е годы 19 века / А. Г. Канцельбоген // Клиническая медицина. – 1988. – № 7.
2. Вейделевская центральная районная больница – URL: <http://www.muzvcrb.ru/sections/history.php>
3. Корочанская центральная районная больница – URL: [http://www.korocha.ru/zhizn\\_i\\_sudba\\_vracha\\_ot\\_boga](http://www.korocha.ru/zhizn_i_sudba_vracha_ot_boga)
4. Зямля Могилевская. The Mogilev Land / авт. текста Н. С. Борисенко; общ. ред. В. А. Малашко. – Могилев, 2012.
5. Архивные данные Валуйской центральной районной больницы.

## ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ КІРОВОГРАДЩИНИ

*А.Ю. Погоріла, студентка 1 курсу 2 медичного факультету Харківського національного медичного університету*

Історія медицини Кіровоградщини розпочалась у другій половині XVIII століття в Єлисаветграді. Тут було відкрито першу в Україні медико-хірургічну школу, в якій на той час велась підготовка лікарів для армії, що діяла на турецькому фронті. Школа проіснувала досить недовго, з 1788 по 1797 роки. Але за цей період вона зробила вагомий внесок у розвиток тогочасної медицини. Було випущено 153 лікарів і підлікарів. Та головною історичною подією стало те, що в ній розпочав свою трудову діяльність Є. Мухін, ім'я якого носить сучасний медичний коледж міста Кіровограда.

Після захисту докторської дисертації Є. Мухін тривалий час викладав анатомію і хірургію в Московському медичному університеті, де навчався М.І. Пирогов. Видатний хірург і анатом, основоположник військової польової хірургії Пирогов неодноразово оперував на базі військових корпусів Єлисаветградської фортеці.

Перша згадка про лікувальний заклад на території Кіровоградської області належить до 1777 року. Тоді у фортеці Святої Єлисавети було створено військовий госпіталь на 20 ліжок, а вже в 1785 році на його базі організували

Єлисаветградський гарнізонний госпіталь на 40 ліжок з першою в Україні й шостою в Російській імперії медико-хірургічною школою. У 1805 році на базі цього госпіталю була відкрита лікарня на 50 ліжок. Незважаючи на тяжкі роки, лікування пацієнтів було платним: за день, проведений у лікарні, сплачували по 50 копійок. А безкоштовно мали шанс лікуватись лише ті, хто поступали до лікарні в екстреному порядку, або інфекційні хворі.

18 травня 1804 року було відкрито лікарню імені Святої Анни, яка мала водяне опалення, водопровід та електростанцію. Крім того, працювала біологічна штучна асенізація. Отже, існували належні умови для пацієнтів та успішної роботи медперсоналу.

1913 року в Єлисаветграді вже налічувалось 8 лікарень на 264 ліжка, 56 лікарів, 15 зубних лікарів та 40 осіб середнього медичного персоналу. Ці факти засвідчують тодішнє процвітання Єлисаветградського повіту Херсонської губернії, однак наступні історичні події підкорегували ці зміни. Перша світова війна, а потім революційні події завдали відчутного удару по медицині Кіровоградщини, що призвело до погіршення стану медичного обслуговування населення. Багато лікарень і шпиталів припинили своє існування, хоча деякі з них все ж таки працювали.

Станом на початок 1924 року в місті було 4 лікарні на 250 ліжок та лише 13 амбулаторій. Велику роль у подальшому розширенні міських лікарень відіграли фонди соціального страхування й лікарняні каси. На час створення Кіровоградської області (10 січня 1939 року) на кожні 10 тисяч населення припадало 27 лікарняних ліжок. Та за роки окупації області (серпень 1941 – січень 1944 років) мережа лікувально-профілактичних закладів зазнала значних збитків. Проте вже наприкінці 1944 року в області працювало 70 лікарень і 132 поліклініки. На кінець 1994 року забезпеченість населення щодобовими лікарняними ліжками вже становила 140,8 на 10 тисяч населення. У наш час охорона здоров'я Кіровоградської області продовжує розвиватися.

Кіровоградська обласна лікарня пишається заснованим тут 1980 року єдиним в області Музеєм історії медицини Кіровоградщини, який досі залишається одним з кращих. За змістовну, активну роботу в 2002 році йому було присвоєно звання «Народний музей історії медицини та охорони здоров'я».

Музей Кіровоградської обласної лікарні – своєрідна скарбниця історії в документах, фотографіях, особистих речах, спогадах людей, які були безпосередньо пов'язані з медициною. Унікальні експонати – це свідки становлення ще Єлисаветградської військово-фельдшерської практичної та наукової медицини. Макети фортеці Святої Єлисавети, найдавніших корпусів нині 1-ї міської лікарні, цікаві свідчення перебування на її території славетного

Пирогова завжди привертають особливу увагу відвідувачів. Особлива цінність музею – кабінет земського лікаря Вострікова П.Є., який з 1886 року працював у Новій Празі та організував перше в повіті пологове відділення.

Тематичні експозиції музею розповідають про розвиток лікарні, появу спеціалізованих відділень, про будівництво нових, оснащених передовою медичною апаратурою відділень і кабінетів. У різні роки обласну лікарню очолювали визначні постаті у сфері охорони здоров'я, відомі далеко за межами Кіровоградщини: Хмельницький П.М. – перший головний лікар, відомий хірург, який присвятив своє життя тому, щоб медичний заклад з лікарні на 200 ліжок перетворився в науково-практичний центр регіональної медицини; його наступниками були професор Назарова Г.Д., потім Подворний М.Ф. Упродовж 1965–1970 років головним лікарем працювала Опара В.М. – учасниця Великої Вітчизняної війни, Заслужений лікар УРСР. Великий розділ музею присвячено медичним працівникам, які одягли білі халати поверх військової форми. Багато працівників лікарні не повернулися з фронтів Другої світової, але музей зберігає бойові ордени, фронтові фото і спогади ветеранів.

Знаковою постаттю в розвитку обласної лікарні був М'який М.О., який працював головним лікарем понад 10 років. Фронтвик, який за свою працю удостоєний орденів Трудового Червоного Прапора та Жовтневої Революції. Саме за його підтримки в 1980 році музей обласної лікарні і почав свою роботу.

Протягом 15 років колектив очолював Заслужений лікар України, кавалер ордена «Знак Пошани» Арделян І.І. За його керівництва лікарня вже налічувала 1200 ліжок і перетворилася на справжню кузню кваліфікованих фахівців для медичної галузі регіону. Про це розповідають чимало експонатів, державних відзнак, урядових подяк.

Від 1996 по 2012 роки головним лікарем обласної лікарні працював Шевчук М.Т., Заслужений лікар України, кавалер ордена «Знак Пошани», депутат обласної ради. За цей час було добудовано новий лікувальний корпус та відкрито інфекційне відділення.

Цікавий музей також і спеціальними експонатами, раритетами, які передавали лікарі після складних операцій. Поступово музей із суто історичного перетворюється ще й у науковий центр для юного поповнення кіровоградських медиків. Молоді лікарі, студенти, кіровоградські школярі – часті гості музею. Тут проводяться цікаві екскурсії, лекції, зустрічі з досвідченими лікарями та науковцями, ветеранами війни. Через історію Кіровоградської обласної лікарні музей фахово, правдиво і цікаво знайомить відвідувачів з історією нашого краю.

# СУЧАСНА ВІТЧИЗНЯНА ІСТОРІОГРАФІЯ ІСТОРІЇ МІСЦЕВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

*І.Ю. Робак, доктор історичних наук професор, завідувач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету;*

*Г.Л. Демочко, кандидат історичних наук, старший викладач кафедри суспільних наук ХНМУ*

На час здобуття Україною незалежності історія охорони здоров'я в окремих містах і регіонах України залишалася маловивченою. Проте за останні два десятиліття в її дослідженні відбулися серйозні позитивні зрушення.

Перш за все, були захищені кандидатські дисертаційні роботи з цього напрямку історичної регіоналістики: Н.Ф. Бенюх «Розвиток аптечної справи в Галичині XVIII – початок XX ст.» [1], О.А. Майстренко «Роль Херсонського земства в медичному обслуговуванні населення у 1865–1917 рр.» [2], З.Г. Гужвою «Розвиток санітарно-профілактичного напрямку земської медицини Катеринославської губернії (др. пол. XIX ст. – 1917 р.)» [3], О.З. Потимко «Розвиток медицини у Львові в XIV–XVII ст.: історіографія проблеми» [4], Ю.В. Барабаш «Розвиток інфраструктури охорони здоров'я в Донбасі у 20-х роках XX століття: історичний аспект» [5], Г.Л. Демочко «Формування і розвиток української радянської системи охорони здоров'я в Харкові (1919–1934 рр.)» [6], Л.І. Лавріненко «Охорона здоров'я на Чернігівщині (1960–1980 рр.)» [7]. Докторську дисертацію з історії дорадянської охорони здоров'я в Харкові захистив І.Ю. Робак [8].

У 2009 році за результатами дисертаційного дослідження Ю. Барабаш вийшла монографія «Охорона здоров'я в Донбасі у 20-х роках XX ст.» [9]. У монографії репрезентовано результати комплексного дослідження історії формування і розвитку системи охорони здоров'я в Донбасі в означені роки. Звертається увага на боротьбу з епідеміями, соціальними захворюваннями, становлення робітничої медицини, підготовку медичних кадрів.

У 90-і рр. XX і на початку XXI ст. здійснювалися спроби окреслити певні віхи історії охорони здоров'я деяких міст і регіонів України. Так, вийшли друком «Українські лікарі Прикарпаття» (Івано-Франківськ, 1991) [10], «3 історії медицини Чернігівщини за 1783–1917 рр.» (Чернігів, 1991) [11], «Здравоохранение Днепропетровска: Краткий исторический очерк, 1776–1993» (Дніпропетровськ, 1993) [12], «Очерки истории здравоохранения Одессы к ее 200-летию» (Одеса, 1994) [13], «Лікарі Тернопільщини» (1996) [14], «Шляхами

пошуків здоров'я» (Снятин, 1997) [15], «Лікарі Вінниччини» (Тернопіль, 1999) [16] «Історія медицини Буковини. Цифри і факти» (Чернівці, 1999) [17], «Лікарі Вінниччини» (Тернопіль, 1999) [16], «З історії медицини Чернігівщини» (Чернігів, 1999) [18], «Очерки истории медицины в Бахмуте» (Артемовск, 2000) [19], «Історія медицини Поділля (кінець XVIII – початок XX ст.)» (Вінниця; Кам'янець-Подільський, 2000) [20], «Медицина Запорізької області: Історичні нариси» (Запоріжжя, 2001) [21], «Медицина Никополя в XX веке: историко-документальный очерк» (Дніпропетровськ, 2001) [22], «Легенди і бувальщина київської медицини: (люди, факти, події, документи)» (Київ, 2001) [23], «У истоков медицины Донбасса» (Артемівськ, 2001) [24], «Присяга богині Гігієї. Літопис становлення санепідслужби Дніпропетровської області до 100-річчя (Історичні нариси)» (Дніпропетровськ, 2001) [25], «Из истории медицины Павлограда XX столетия» (Днепропетровск, 2002) [26], «Минуле та сучасне медицини Білої Церкви» (Біла Церква, 2003) [27], «Медицина старой Одессы» (Одеса, 2003) [28], «Розвиток медицини та фармації на Чернігівщині» (Чернігів, 2003) [29], «Из истории медицины Шосткинщины» (Шостка, 2004) [30], «Медицина крізь призму століть» (Суми, 2004) [31], «История медицины Сумщины» (Одеса, 2005) [32], «Нариси медицини Закарпаття. З давніх часів до 40-х років XX ст.» (Ужгород, 2006) [33], «Покликання – лікувати душу: нариси з історії Київ. міськ. клініч. психоневрол. лікарні № 1 та з історії психіатрії м. Києва» (Київ, 2006), [34], «Медична галузь в Україні (історичний період 1917–2000 рр.)» (Київ, 2007) [35], «Нариси історії медицини» (Львів, 2007) [36], «Медицина Дрогобича: історичні нариси» (Дрогобич, 2008) [37], «55 років на варті охорони здоров'я» (Черкаси, 2009) [38], «Нариси земської медицини Бахмутського повіту» (Артемовск, 2011) [39].

Монографію з історії медицини та охорони здоров'я на Поділлі підготував колектив авторів, який і видав друком у 2008 році свою розвідку [40]. У виданні «Медицина Поділля», підготовленому П. Слободяннюком, А. Флаксембергом та П. Івановим одразу відчувається професійна рука історика, адже Павло Якович Слободянюк – директор Державного архіву Хмельницької області, кандидат історичних наук. Його співавтори – медики: Аркадій Флаксемберг – хірург, головний лікар Хмельницької обласної лікарні, Павло Іванов – магістрант, лікар цієї ж установи. Монографія налічує 704 сторінки та хронологічно досліджує матеріал з давніх часів до сьогодення. Автори провели велетенську науково-дослідну роботу, адже в монографії знайшли своє відображення усі охороноздоровчі заклади міста. Подано також огляд стану і проблем охорони здоров'я в Україні в цілому. Простежено розвиток і змальовано сучасний стан закладів двадцяти одного району області.

Вміщено нариси п'яти навчальних закладів медичного профілю, що розташовані на Поділлі. Є біографічні портрети видатних медиків, які працювали на Поділлі. Монографія заслуговує на високу оцінку як з боку медиків, так і з боку істориків.

Активно досліджується історія місцевої охорони здоров'я в Харкові. Тамтешні науковці комплексно, з позицій соціальної історії, історії повсякдення та містознавства вже висвітлили її розвиток від заснування міста до виконання ним столичних функцій включно на тлі соціально-економічних і політичних процесів, що відбувалися в суспільстві [41; 42; 43], а молода генерація взялась розробляти й повоєнний радянський період [44; 45]. З'явилися й перші видання з історії медицини та охорони здоров'я Харківщини [46; 47].

Регіональний аспект простежується у статті Ю.К. Васильєва, яка присвячена діяльності Товариства одеських лікарів [48] та Н.І. Самойленко, що присвячена діяльності Харківського медичного товариства [49]. У них розкривається робота як самого товариства, так і внесок окремих його членів у розбудову охороноздоровчої справи в Одесі та Харкові на початку ХХ ст. Статті Ю. Васильєва та Н. Самойленко базуються на залученні широкого кола періодики та архівних джерел.

Отже, на підставі здійсненого історіографічного аналізу можна стверджувати, що, ХХІ століття принесло бурхливий сплеск в дослідженні історії охорони здоров'я в містах і регіонах України. Підсумовуючи загальний стан розробленості історико-регіональних проблем вітчизняної охорони здоров'я наголосимо, що дослідження, які існують, вже дають можливість сповна уявити собі весь процес становлення і розвитку охорони здоров'я в Україні взагалі. Проте, незважаючи на чималий науковий доробок по окремих місцевостях, комплексне дослідження розвитку охорони здоров'я в Україні наразі відсутнє. Таке ґрунтовне дослідження необхідно, насамперед, задля збереження і врахування позитивного практичного досвіду минулих поколінь в справі подальшого плідного розвитку медичної галузі. Зважаючи на актуальність теми, воно на часі. Нагромаджені знання, здобутий досвід дослідницької роботи, нагальність питань, що об'єктивно потребують розробки, дають, на наш погляд, всі підстави для якісного узагальнення історії української охорони здоров'я на сучасному науковому рівні.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Бенюх, Н. Ф. Розвиток аптечної справи в Галичині ХVІІІ – початок ХХ ст. [Текст] : дис... канд. фармацевт. наук : 15.00.04 / Н. Ф. Бенюх ; Львівський держ. медичний ін-т. – Львів, 1996. – 195 с.

2. Майстренко, О. А. Роль Херсонського земства в медичному обслуговуванні населення у 1865–1917 рр. : автореф. дис. ... канд. іст. наук : 07.00.01 / О. А. Майстренко ; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К., 2006. – 20 с.
3. Гужва, З. Г. Розвиток санітарно-профілактичного напрямку земської медицини Катеринославської губернії (др. пол. XIX ст. – 1917 р.): автореф. дис... канд. мед. наук : 14.02.04 – історія медицини / З. Г. Гужва ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. – К., 2007. – 23 с.
4. Потимко, О. З. Розвиток медицини у Львові в XIV – XVII ст. : історіографія проблеми : автореф. дис. ...канд. іст. Наук : 07.00.06 – історіографія / О. З. Потимко ; Львів. нац. ун-т ім. І. Франка. – Л., 2007. – 19 с.
5. Барабаш, Ю. В. Розвиток інфраструктури охорони здоров'я в Донбасі у 20-х рр. XX ст. : історичний аспект : дис. ... кандидата іст. наук : 07.00.01 – історія України : захищена 06.06.2008 / Барабаш Юлія Василівна ; Східноукраїнський національний університет ім. В. Даля. – Луганськ, 2008. – 179 с.
6. Демочко, Г. Л. Формування і розвиток української радянської системи охорони здоров'я в Харкові (1919–1934 рр.) : автореф. дис. ... канд. іст. наук : 07.00.01 – історія України / Г. Л. Демочко; Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна. – Х., 2011. – 20 с.
7. Лавріненко, Л. І. Охорона здоров'я на Чернігівщині (1960–1980 рр.) : автореф. дис. ... канд. іст. наук : 07.00.01 – історія України / Л. І. Лавріненко ; Черніг. нац. пед. ун-т ім. Т. Г. Шевченка. – Чернігів, 2012. – 20 с.
8. Робак, І. Ю. Історичні умови організації та специфіка розвитку охорони здоров'я в Харкові (XVIII – початок XX ст.) : автореф. дис. ... докт. іст. наук : 07.00.01 – історія України / І. Ю. Робак ; Національна Академія Наук України ; Інститут історії України. – К., 2009. – 40 с.
9. Довжук І. В. Охорона здоров'я в Донбасі у 20-х роках XX ст. / І. В. Довжук, Ю. В. Барабаш. – Луганськ: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2009. – 140 с.
10. Українські лікарі Прикарпаття – Івано-Франківськ : Галичина, 1991. – 48 с.
11. З історії медицини Чернігівщини за 1783–1917 рр. : Наук.-допоміжн. покажч. вітч. літ-ри. – Чернігів, 1991.
12. Шаломова, Л. Б. Здравоохранение Днепропетровска, 1776–1993 : крат. ист. очерк / Л. Б. Шаломова. – Днепропетровск : Пороги, 1993. – 88 с.
13. Очерки истории здравоохранения Одессы к ее 200-летию / В. Н. Запорожан, П. Н. Чуев, И. И. Ратовский и др. – Одесса : Одес. гор. центр здоровья, 1994. – 192 с.
14. Баб'як, З. Лікарі Тернопільщини. Хронологія імен та фактів / Під ред. проф. О. Голяченка. – Тернопіль : «Лілея», 1996.
15. Воробець, Я. М. Шляхами пошуків здоров'я : спогади, розповіді, довідки / Я. М. Воробець, В. М. Ткачук. – Снятин : Прут Принт, 1997. – 131 с.
16. Голяченко, О. М. Лікарі Вінниччини / О. М. Голяченко. – Т. : «Лілея», 1999. – 144 с.
17. Кобилянський, С. Д. Історія медицини Буковини. Цифри і факти / С. Д. Кобилянський, В. П. Пішак, Б. Я. Дробніс. – Чернівці : Медакадемія, 1999. – 248 с.
18. Груша, А. М. З історії медицини Чернігівщини [Текст] / А. М. Груша, М. М. Дуля. – Чернігів : [б.в.], 1999. – 266 с.
19. Бледнов, В. П. Очерки истории медицины в Бахмуте / В. П. Бледнов, Л. В. Завада, Артемовский государственный краеведческий музей. – Артемовск : б.и., 2000. – 26 с.
20. Головка, О. Ф. Історія медицини Поділля (кінець XVIII – початок XX ст.) / О. Ф. Головка, В. О. Головка; Вінниц. держ. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова ; Центр дослідж. історії Поділля Ін-ту історії України НАН України. – Вінниця; Кам'янець-Подільський, 2000. – 236 с. – Бібліогр. : с. 229–232.
21. Медицина Запорізької області : іст. нариси / Упр. охорони здоров'я Запоріж. облдержадмін. ; [за ред. В. Г. Цисса ; літ. оброб. А. В. Кобинець]. – Запоріжжя : Дике поле, 2001. – 410 с.

22. Шеремет, С. В. Медицина Никополя в ХХ веке : ист.-докум. очерк / С. В. Шеремет ; Никопол. гор. отд. здравоохранения, Гор. центр здоров'я. – Днепропетровск : Пороги, 2001. – 186 с.
23. Аронов, Г. Ю. Легенди і бувальщина київської медицини : (люди, факти, події, документи) [Текст] / Г. Ю. Аронов, А. П. Пелешук ; Національний медичний ун-т ім. О. О. Богомольця. – К. : Століття, 2001. – 302 с.
24. Бледнов, В. П. и др. У истоков медицины Донбасса. / В. П. Бледнов, Л. В. Завада, С. И. Татаринцов. – Артемовск, 2002. – 56 с.
25. Клятва богині Гігієї. Літопис про становлення санепідслужби Дніпропетровської області до 100-річчя (Історичні нариси). / С. А. Риженко, З. Г. Гужва. / Дніпропетровськ : УКО ІМА-прес, 2001. – 360 с.
26. Бельский, Я. В. Из истории медицины Павлограда в ХХ веке [Текст] : историко-документальный очерк / Я. В. Бельский ; Павлоградский городской Центр здоров'я. – Д. : Пороги, 2002. – 216 с.
27. Ковбасюк, Г. Д. Минувле та сучасне медицини Білої Церкви [Текст] / Г. Д. Ковбасюк [и др.]. – Біла Церква : [б.в.], 2003. – 224 с.
28. Васильев, К. К. Медицина старой Одессы [Текст] : очерки / К. К. Васильев. – О. : Оптимум, 2003. – 208 с.
29. Груша, А. М. Розвиток медицини та фармації на Чернігівщині [Текст] / А. М. Груша [и др.]. – Чернігів : [б.в.], 2003. – 48 с.
30. Рабинков, И. М. История медицины Шосткинщины [Текст] : исторический очерк / И. М. Рабинков. – Шостка : Северянщина, 2004. – 66 с.
31. Мусієнко, В. К. Медицина крізь призму століть / В. К. Мусієнко. – Суми : ВВП «Мрія-1» ЛТД, 2004. – 464 с.
32. Васильев, К. К. История медицины Сумщины : очерки / К. К. Васильев. – Одесса : Optimum, 2005. – 225 с.
33. Вакула, Н. С. Нариси медицини Закарпаття. З давніх часів до 40-х років ХХ ст. / Н. С. Вакула ; Ужгород. нац. ун-т. – Ужгород, 2006. – 156 с.
34. Покликання – лікувати душу: нариси з історії Київ. міськ. клініч. психоневрол. лікарні № 1 та з історії психіатрії м. Києва / В. О. Бандура [та ін] ; Заг. ред. Р. І. Никифороук. – К. : Медінформ, 2006. – 297 с.
35. Мартиненко, О. В. Медична галузь в Україні (історичний період 1917–2000 рр.) / О. В. Мартиненко. – К. : Україна, 2007. – 35 с.
36. Нариси історії медицини / ред. С. Й. Кухта ; Львів. нац. мед. ун-т ім. Д. Галицького. – Л., 2007. – 243 с.
37. Богаченко, М. Медицина Дрогобича / М. Богаченко, М. Романяк. – Дрогобич : Коло, 2008. – 472 с.
38. Черняк, В. П. 55 років на варті охорони здоров'я / В. П. Черняк, В. Л. Брожик. – Черкаси : Бізнес-стиль, 2009. – 431 с.
39. Завада, Л. В. Нариси земської медицини Бахмутського повіту [Текст] : учбовий посіб. / Л. В. Завада, С. Й. Татаринцов, В. П. Бледнов ; Центр пам'ятокознавства НАН України та УТОПК. – Артемовск : Печатный двор, 2011. – 84 с.
40. Слободянюк, П. Я. та ін. Медицина Поділля / П. Я. Слободянюк, А. С. Флаксемберг, П. Ю. Іванов // Монографія. – Камянець-Подільський, 2008. – 704 с.
41. Робак, І. Ю. Організація охорони здоров'я в Харкові за імперської доби (початок ХVІІІ ст. – 1916 р.) / І. Ю. Робак. – Х. : ХДМУ, 2007. – 346 с., [12] арк. іл.
42. Лісовий, В. М. Історія охорони здоров'я в Харкові : навч. посіб. / В. М. Лісовий, І. Ю. Робак. – Х. : ХНМУ, 2008. – 178 с.
43. Робак, І. Ю. Охорона здоров'я в першій столиці радянської України (1919–1934) / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко. – Х. : Колегіум, 2012. – 260 с. (іл. 14 с.).
44. Ільїн, В. Г. Боротьба з інфекційними хворобами в Харкові у перші повосенні роки (1943–1947) / В. Г. Ільїн // Збірник наукових праць. Серія «Історія та географія» / Харк. нац. пед. ун-т ім. Г.С. Сковороди. – Х. : Колегіум, 2013. – Вип. 47. – С. 156–163.

45. Ільїн, В. Г. До питання про актуальність дослідження історії радянської системи охорони здоров'я в контексті реформування охороноздоровчої галузі в сучасній Україні / В. Г. Ільїн // Роль суспільних наук у процесі розвитку суспільства: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпропетровськ, 9-10 листопада 2012 року). – Д. : НО «Відкрите суспільство», 2012. – С. 16–20.
46. Железняк, М. М. Валківські Гіппократи / М. М. Железняк. – К. : Всеукр. спілка краєзнавців. Валків. вид-ня, 2004. – 35 с.
47. Могилевська, Н. Ті, що повертають життя: історія медицини в Богодухові / Н. Могилевська, М. Беляєв. – Х., 2002. – 70 с.
48. Васильев, Ю. К. Деятельность Общества одесских врачей в начале XX ст. / Ю. К. Васильев // Вісник Сумського державного університету. Серія: Медицина. – Суми : СумДУ, 2010. – № 2. – С. 206–214.
49. Самойленко, Н. І. На передових рубежах медичної науки : Харківське медичне товариство в другій половині ХІХ – на початку ХХ століття / Н. І. Самойленко // Наукові записки з української історії. Збірник наукових статей. – Вип. 28. – 2012. – С. 327–332.

## **КРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ В СУМАХ И СУМСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Н.Ю. Ситникова, студентка I курса II медицинского факультета  
Харьковского национального медицинского университета*

Первое документальное упоминание о медицинских учреждениях города Сумы относится к 1751 году. Первого городского врача в Сумах звали Иоганн-Яков Гуорт, заступил он на свою должность в сентябре 1751 года. Затем к городскому врачу добавили еще уездного, который, соответственно, обслуживал Сумской уезд. В городе на рубеже XVIII и XIX веков обитало около 10 тысяч человек, а в уезде – более полутора тысяч, так что врачей явно не хватало, даже с учетом того, что врачу позволялось иметь двух помощников – старшего и младшего. На всех рожениц уезда имелась только одна профессиональная повитуха. С 1791 года и в течение последующих 18 лет должность уездного врача занимал Тимофей Полетика, уроженец Роменщины, однако он был очень стар и не справлялся с возложенными на него обязанностями. Поэтому первоначально медицина в Сумах была на крайне низком уровне. Конечно, постепенно медицинская инфраструктура развивалась. К городскому и уездному врачам добавились три вольнопрактикующих коллеги, начали работать две «вольные», то есть частные, аптеки. Но больниц по-прежнему было только две – городская и уездная. Сумская больница за год могла обслужить немногим больше ста человек. Возглавлял ее городской врач, остальной штат насчитывал четыре

человека. Все медицинские работники жили в городе, и, понятно, что на оперативную медицинскую помощь жители уезда рассчитывать не могли.

Улучшения начались после 1866 года, когда медицинские учреждения перешли в ведение земства Сумского уезда. В развитие медицины так же, как и самого города, большой вклад внес сахарозаводчик, миллионер и меценат Иван Харитоненко. Поскольку существовавшая больница к тому времени была в плохом состоянии (протекавшая крыша, гнилой потолок), начали строить новое здание. Сумму в 10 тыс. рублей для этой цели выделило земство, еще 2,5 тыс. добавил Иван Харитоненко. Строение было деревянным, на каменном фундаменте. Это были барак и три павильона для больных, контора, кухня, баня и покойницкая. Пациенты, для которых имелось десять коек, лечились бесплатно. Кроме того, пять коек содержал Харитоненко. Для больных из других уездов пребывание в стационаре стоило 44 копейки в сутки. Лечение было только стационарным, амбулатории не было.

Доступнее стала медицинская помощь и за пределами Сум. Были организованы фельдшерские пункты, где работали фельдшеры и повитухи – они имелись в четырех из 75-ти сел Сумского уезда. Кадры для фельдшерских пунктов поставлял в основном Харьков, а именно харьковские фельдшерская и повивальная школы. Население Сумского уезда активно прививали от оспы. Врачи к концу XIX века получали по 1500 рублей в год, имели ежегодный оплачиваемый отпуск. Зарплата фельдшера возросла до 240 рублей, причем ему предоставлялась квартира (или 40 рублей на оплату квартиры). Зарплата повитух с 60 рублей поднялась до 180 в год. Кроме того, на крупных предприятиях (таких, как рафинадный завод в Сумах) имелись собственные врачи. Вдобавок Харитоненко содержал одного врача для бедных. А вот психически больных из Сум отправляли в Харьков, так как в области своих специализированных лечебных заведений не было.

Если XIX век – это время скромных больничных бараков, то в начале прошлого столетия сумские больницы стали строить красивыми и просторными. Немалый вклад внесли в благое дело и дети Харитоненко. Детская больница св. Зинаиды (названа в память о погибшей малолетней дочери Харитоненко Зинаиде), построенная в 1896 году, до революции оставалась одной из лучших в Российской империи. Все четыре корпуса были возведены на средства сахарозаводчика Павла Ивановича Харитоненко. В свое время больница, рассчитанная на 30 коек (плюс десять запасных на случай эпидемии), была оборудована по последнему слову техники: имелись электроснабжение, водяное отопление, принудительная вентиляция. А медицинское оборудование было закуплено во Франции. Детей лечили

бесплатно. Центральный корпус выполнял функцию сначала хирургического, потом – терапевтического отделения. После Октябрьской революции, вплоть до 1926 года, больница св. Зинаиды принимала людей разных возрастов и только со временем вернула себе детский профиль. Но после 1943 года детская больница «путешествовала» по всему городу. Лишь в 1965 году появилось новое здание детской больницы на ул. Дзержинского. А в больнице св. Зинаиды сегодня размещается городское управление здравоохранения. Рядом, на ул. Привокзальной, есть еще несколько красивых больничных зданий начала прошлого века.

Хотя документов, рассказывающих о работе здравоохранения довоенного периода, сохранилось крайне мало, известно, что после революции материальная база сумского здравоохранения в основном оставалась прежней. Лечебные учреждения располагались преимущественно в зданиях династии Харитоненко (они сохранились и поныне). Расцвет строительства медучреждений в Сумах приходится на 70–80-е годы прошлого века. Население Сум тогда стало стремительно увеличиваться – после войны люди ехали из сел в город работать на расширяющихся старых и вновь создаваемых предприятиях, прежде всего производственных объединениях им. Фрунзе и «Химпром».

Осенью далекого уже 1974 года в Сумах открылась первая городская больница на ул. 20 лет Победы. В местной прессе ее называли «городком здоровья», так как она была оснащена разнообразным оборудованием, а ее врачи разрабатывали новые методы лечения. При больнице была построена и станция скорой помощи, обслуживающая и сегодня весь город. С 1979 года вырастали новые здания больниц и поликлиник. На ул. Ковпака появился госпиталь для ветеранов Великой Отечественной войны, там же в 1988 году построили областную детскую клиническую больницу. Таким образом, структура медицинских учреждений постепенно приобретала современный вид.

## LEKARZE URZĘDOWI NA PRAWOBRZEŻNEJ UKRAINIE, PODOLU

### I WOŁYNIU U SCHYŁKU I. RZECZYPOSPOLITEJ.

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

Podczas panowania Stanisława Augusta Poniatowskiego zaczęto tworzyć w Rzeczypospolitej etaty lekarzy urzędowych. Etaty te miały dwojaki charakter: lekarzy zatrudniano w systemie zabezpieczeń przeciwepidemicznych (okresowo lub na stałe), albo powoływano ich na funkcje tak zwanych fizyków jednostek terytorialnych (po 1789 r.).

W szeregu lekarzy urzędowych najwybitniejszym był bez wątpienia Franciszek Karol (Franz Karl) Heintz, urodzony w Palkenau. W latach 1780-1781 doktor Heintz pracował przy tłumieniu epidemii dżumy przy boku pełnomocnika Rady Nieustającej Antoniego Dzieduszyckiego [8, s. 84-85]. Działania Dzieduszyckiego i jego ludzi ograniczyły rozprzestrzenianie się zarazy do nielicznych ognisk. Doktor Heintz na temat tej epidemii napisał dzieło, w którym jednak mało miejsca poświęcił swoim działaniom, a więcej dywagacjom lekarskim zgodnym z teorią humoralną [6]. Później został nadwornym lekarzem Szczęsnego Potockiego i zamieszkał w Tulczynie.

Niewątpliwie wcześniejsza działalność przeciwepidemiczna miała decydujący wpływ na nominację Heintza na doktora prowincji ukraińskiej (doktora kwarantann) przez Radę Nieustającą 4 lutego 1785 r. [2, k. 59-59v]. Służbowo doktor kwarantann podlegał administracji skarbowej, a bezpośrednio superintendentowi prowincji ukraińskiej Franciszkowi Lasockiemu, ale w istocie rzeczy konsultował się i przedstawiał różne inicjatywy swojemu dobrodziejowi Potockiemu. W pierwszych miesiącach pracy Heintz nadsyłał do władz skarbowych lakoniczne raporty, głównie o sytuacji epidemicznej poza granicami Rzeczypospolitej, a także przygotował obszerny projekt zabezpieczeń przeciwdżumowych na kresach południowo-wschodnich. Projekt został przedstawiony 9 stycznia 1786 r. generałowi lejtnantowi Szczęsnemu Potockiemu, komenderującemu ówczesnie dywizją ukraińską i podolską [3, k. 353-354v]. W projekcie omówione zostały przyczyny rozprzestrzeniania się czarnej śmierci z terenu państwa tureckiego. Heintz proponował zmianę obyczajów ludu ukraińskiego, a także budowę porządných kwarantann na linii rzeki Dniestr. 15 kwietnia 1788 r. Rada Nieustająca zatwierdziła utworzenie drugiego etatu doktora kwarantann (prowincji skarbowej ruskiej), którym został Tadeusz Karol Hakenszmit, przyznający się do narodowości polskiej [8, s. 128-129]. Z powodu zmian w ustroju

władz wykonawczych (między innymi Sejm Czteroletni zniósł Radę Nieustającą, a także instytucje skarbowe utraciły kompetencje w walce z klęskami elementarnymi) działalność doktorów kwarantann obu prowincji skarbowych z czasem straciła rozmach, by całkowicie wygasnąć w 1790 r.

Ocena działalności doktora Johanna Wilhelma Moellera jest niejednoznaczna. Z jednej strony Moeller przejawiał różnorodne zainteresowania naukowe, z drugiej jednak strony jego praktyczną działalność trudno uznać za udaną, przynajmniej w zakresie wypełniania obowiązków lekarza urzędowego. 23 października 1780 r. Komisja Skarbu Koronnego wskutek rekomendacji lekarzy warszawskich wybrała Moellera na lekarza kwarantann nad Dniestrem, zlecając mu różne zadania, zwłaszcza zaś roztoczenie opieki medycznej nad ludnością w rejonie Krzywego Jeziora i Swinny [5, k. 10-18, 31-36, 47-53, 65-75]. Naczelna magistratura skarbowa wyposażyła doktora kwarantann w instrukcje, a także w inne niezbędne pisma oraz przydzieliła mu do pomocy felczera. W ocenie urzędników skarbowych, zwłaszcza superintendentów prowincji i pisarza komory Józefgród Bałta Jerzego Jabłońskiego, Moeller pracował opieszale i nieprofesjonalnie [8, s. 106-108]. Jego podróż z Warszawy do Józefgradu Bałty trwała aż trzy tygodnie, mimo że w trasie otrzymał wszelką pomoc. Po dotarciu w rejon epidemii lekarz postanowił początkowo kwaterować z dala od kwarantann, to jest w Berszadzie.

Dopiero w grudniu 1780 r. doktor Moeller, po interwencjach władz skarbowych i zatrudnieniu miejscowego felczera, przystąpił do działania. W raportach przesyłanych do Komisji Skarbu Koronnego tłumaczył się ze swojej początkowej opieszłości, a jednocześnie tryskał optymizmem. Uważał, że zadżumionych wygnanych w pole daje się doskonale leczyć. Jednocześnie urzędnicy skarbowi informowali o nieprzydatności leków przywiezionych przez doktora kwarantann. Zupełnym brakiem odpowiedzialności popisał się Moeller, gdy zamierzał skierować na Nowy Rok do domów odizolowanych ludzi. Jego działalność zakończyła się wraz z odwołaniem akcji w lutym 1781 r.

Doktorzy kwarantann otrzymywali rekomendacje od swoich kolegów z Warszawy, których zdecydowana większość pochodziła z krajów niemieckich. Takie rekomendacje dostali Heintz i Moeller, a także lekarze urzędowi zatrudniani czasem przez lokalne nowożytnie władze administracyjno-samorządowe, zwłaszcza po 1789 r., kiedy tworzone komisje porządkowe cywilno-wojskowe. Szkoda, że część źródeł dotycząca działalności lokalnych władz nie zachowała się, a istniejące materiały archiwalne są rozproszone w różnych jednostkach. Niektóre komisje porządkowe cywilno-wojskowe zatrudniały lekarzy urzędowych, aczkolwiek nie opracowano ogólnych przepisów w tym zakresie, mimo napływu do Komisji Policji Obojga Narodów wielu projektów i trwania prac legislacyjnych [9, s. 352-354].

Prawdopodobnie niemieckiego pochodzenia był chirurgo-medyk Johann Gottliebson, wykształcony w Akademii Berlińskiej, którego sprowadziła na swój teren Komisja Porządkowa Cywilno-Wojskowa powiatu owruckiego. Gottliebson praktykował początkowo bez wynagrodzenia i utrzymywał na własny koszt aptekę [1, k. 321; 4, k. 588]. Franciszek Giedroyć opublikował „Przywilej na doktora ziemi kamienieckiej szlachetnemu Millerowi medycyny doktorowi i konsyliarzowi Jego Królewskiej Mości z mocą rewidowania aptek tejże ziemi” z 1 lutego 1790 r. [7, s. 494- 495]. Być może tym doktorem był Karl Müller, który w 1786 r. został radcą dworu Stanisława Augusta Poniatowskiego. W tym czasie w Sławucie praktykował Miuller (zapewne Müller) [7, s. 521].

Zagadnienie zatrudniania lekarzy urzędowych w okresie panowania Stanisława Augusta Poniatowskiego wymaga dalszych badań. Istotną może w tych badaniach okazać się bariera źródłowa, to znaczy brak informacji, a także rozproszenie materiałów.

#### ŹRÓDŁA I LITERATURA:

1. Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie, Archiwum Królestwa Polskiego, nr 150.
2. Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie, tzw. Metryka Litewska, dz. VII, nr 53.
3. Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie, tzw. Metryka Litewska, dz. VII, nr 154.
4. Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie, tzw. Metryka Litewska, dz. VII, nr 174.
5. Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie, Zbiór Popielów, nr 81.
6. Heintz de Palkenau F.K. Descriptio morbi epidemii putridi in dictionibus Reipublicae Polonica a decima septima die octobris anni 1780 usque ad septimam marti diem 1781 grassantis. / F.K. Heintz de Palkenau. – Biblioteka Narodowa w Warszawie, nr II. 6843.
7. Giedroyć, F. Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej. / F. Giedroyć. – Polsce, Warszawa, 1911.
8. Srogosz, T. Dżuma ujarzmiona? Walka z czarną śmiercią za Stanisława Augusta / T. Srogosz. – Wrocław, 1997.
9. Srogosz, T. Problemy sanitarno-zdrowotne w działalności administracji Rzeczypospolitej w okresie stanisławowskim / T. Srogosz. – Łódź, 1993.

# СТАНОВЛЕННЯ РАДЯНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## В МІСТІ ХАРКОВІ У 20–30-ті РОКИ ХХ СТОЛІТТЯ

*О.В. Чернуха, кандидат історичних наук, старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету,*

*Г.М. Писаренко, студент 1 курсу II медичного факультету ХНМУ*

У сучасному розвитку системи охорони здоров'я у місті Харкові важливо вчитися на прикладах минулого, робити необхідні висновки, проводити паралелі, відштовхуватися і брати за приклад славу історію. Зокрема, вартої уваги і вивчення досвід нелегких 20–30-х років минулого століття, де все будувалося буквально з нуля. Відтоді минуло майже сто років, але актуальність цієї роботи не зменшується, адже ми живемо в молодій країні, де багато треба будувати і спрямовувати на успіх.

Коли відбулась Жовтнева революція 1917 року, суспільне життя в місті змінилося і наклало відбиток на принципи й характер охорони здоров'я. Основними принципами радянського типу охорони здоров'я були: загальнодоступність і безкоштовність медичної допомоги, плановість, пріоритетність профілактичного напрямку. Однак результатом громадянської війни стали розруха, голод, відсутність елементарних санітарно-гігієнічних умов, що й спричинило страшні епідемічні захворювання. Тільки у 1920 році в Харкові було зареєстровано понад 8000 осіб, хворих на висипний тиф, понад 4000 – на поворотний, близько 4000 осіб – на черевний тиф. У червні-вересні 1920 року Харковом прокотилася згубна холера. Заразні бараки були переповнені, медикаменти відсутні, білизни, палива та лазень не вистачало. Основний тягар боротьби з епідеміями ліг на Миколаївську лікарню, яка в січні 1920 року розгорнула понад 1000 ліжок замість штатних 350. Епідемія відступила завдяки зусиллям комісії, яка була створена під керівництвом професора П.І. Шатілова. Незважаючи на труднощі, пов'язані з відсутністю матеріальних ресурсів, малочисельністю медичних кадрів та недостатністю ліжкової мережі комісія досягла вражаючих успіхів і тифозна епідемія відступила. Дедалі більше уваги приділялося відновленню й подальшому розвитку медичної мережі для забезпечення обслуговування інших груп хворих. У 1920 році, після закінчення громадянської війни, в Харкові найпотужнішими лікувальними закладами були: губернська лікарня (Сабурова дача) на 1135 ліжок, Миколаївська лікарня на 350 ліжок, Основ'янський інфекційний шпиталь на 200 ліжок, клініки університету загалом на 120 ліжок, ортопедичного інституту – на 210 ліжок. Вже в 1921 році кількість лікувально-профілактичних закладів у місті збільшилася за рахунок

передачі цивільній владі військових лазаретів та шпиталів із 41 до 46. Загалом 1921 року в Харкові було розгорнуто 6340 ліжок. Усі лікувальні заклади, як і інші медико-санітарні установи, були націоналізовані.

Однак госпіталізація хворих була забезпечена лише на 50 %, бо населення Харкова стрімко зростало – на 1927 рік воно становило близько 430 тисяч осіб. Потужності лікарень не вистачало. У планах перших п'ятирічок передбачалося вжити певних заходів для поліпшення медичної допомоги населенню Харкова. У період 1922–1924 років, відповідно до класового принципу розбудови радянської охорони здоров'я, для робітників була створена привілейована страхова система медичного обслуговування – так званій робмед, що володіла потужною мережею лікувально-профілактичних закладів. Сотні робітників щоденно без відриву від виробництва відновлювали свої сили в інституті фізичних методів лікування, в нічних санаторіях. Для лікування хворих були відкриті спеціальні лікарні та поліклініки. В умовах індустріалізації швидке зростання промисловості дало значне збільшення кількості застрахованих у системі робмеду. Наприкінці 1926 року по місту в системі робмеду вже діяло 10 робітничих поліклінік, 5 амбулаторій, 8 рентгенабінетів, 11 консультацій, 4 тубдиспансери, 5 вендиспансерів, 28 аптек, 4 лікарні на 160 ліжок, працювало 105 районних лікарів. У 1925 році М.О. Молохов вирішив питання про розвиток станції з надання невідкладної допомоги, якій було передано автомобіль. До того транспорт станції складався з двох кінних карет. До 1934 року вдалося розширити ліжковий фонд у місті: він склав 5201 одиницю, або 7,3 ліжка на 1000 мешканців. Результатом цих дій було значне зниження кількості захворювань і зростання уваги до питань профілактики. В 1940 році у Харкові функціонував 51 стаціонар, де було 7383 ліжка всіх профілів, тобто на 1000 осіб припадало вже 8,3 ліжка. З них 12 стаціонарів науково-дослідних і кадрових медичних інститутів мали 2876 ліжок. Належна увага до проблеми дала свої результати. У клініці факультетської хірургії ХМІ в 1933 році Ю.Ю. Вороним була проведена перша в світі трансплантація трупної нирки хворій на уремію.

Інфекційним хворим призначалися 1374 штатних ліжка, включаючи 815 дитячих. Найважливішим напрямом профілактичної роботи була диспансеризація харків'ян. Проте вона успішно проводилася тільки стосовно дитячого контингенту, диспансерне обслуговування дорослого населення обмежувалося невеликими групами передових виробничників. У 1938 році амбулаторна допомога здійснювалася силами 40 амбулаторій, 10 із яких були зубними. Активну діяльність розгорнули також диспансери: три протитуберкульозних, два венеричних, один психоневрологічний. Кількість лікарень на 1940 рік порівняно з 1913 роком зросла у 5,7 раза, ліжок в них – у 9

разів, медпунктів – у 13,4 рази, дитячих ясел – у 64 рази, а місць у них – в 141 раз, поліклінік – у 14 разів, дитячих консультацій – у 15. Водночас населення в Харкові побільшало приблизно у 4 рази. На промислових підприємствах значно розвинулася мережа медичних пунктів. Якщо 1930 року їх було 59, то в 1932 році налічувалося вже 114. Так, на ХЕМЗі та ХПЗ працювало по 10 медпунктів, на ХТЗ й заводі «Серп і молот» – по 7. Органи охорони здоров'я приділяли також велику увагу боротьбі з виробничим травматизмом.

Вже 1940 року завдяки низці прийнятих законів щодо охорони материнства і дитинства у місті діяло 127 дитячих ясел на 11332 місця, 14 дитячих санаторіїв на 860 місць, 6 пологових будинків забезпечували в достатній мірі потреби матерів і дітей у медичній допомозі. Внаслідок напруженої роботи до 1941 року рівень захворюваності на різні інфекційні хвороби помітно знизився. Поворотний тиф, віспа, холера були ліквідовані, до мінімуму були зведені показники захворюваності на висипний та черевний тиф, дифтерію, дизентерію. Роки перших трьох п'ятирічок з усіма підставами можна оцінити як високоефективний період цілеспрямованого розвитку радянської охорони здоров'я у Харкові, удосконалення її організаційних засад, створення нових типів медичних закладів, які відповідали стрімкому розвитку економіки міста.

Таким чином, у 20–30-ті роки ХХ століття в Харкові склалися не відомі раніше організаційні форми радянської державної системи охорони здоров'я, була докорінно перебудована робота медичних установ, що збереглися ще з дореволюційного часу, були створені нові типи лікувальних закладів та установ, які удосконалювали свою діяльність відповідно до завдань соціалістичного будівництва.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Вчені Харківського державного медичного університету. 1805–2005 / За ред. акад. А. Я. Циганенка, проф. М. В. Кривоносова, проф. П. Г. Кравчуна та ін. – Харків : ВАТ «Вид-во «Харків», 2002. – 470 с.
2. Грандо, А. А. Медицина в зеркале истории. – К. : Здоров'я, 1990. – 151 с.
3. Історія міста Харкова ХХ століття / О. Н. Ярмиш, С. І. Посохов, А. І. Епштейн та ін. – Харків : Фоліо : Золоті сторінки, 2004. – 686 с.
4. Лісовий, В. М. Історія охорони здоров'я в Харкові : навч. посібник / В. М. Лісовий, І. Ю. Робак. – Харків : ХНМУ, 2008. – 178 с.
5. Робак, І. Ю. Організація охорони здоров'я в Харкові за імперської доби (початок ХVIII ст. – 1916 р.) / І. Ю. Робак. – Харків : ХДМУ, 2007. – 346 с.
6. Харків – моя мала Батьківщина: навч. посібник з народознавства / Харк. держ. пед. ун-т ім. Г.С. Сковороди / За ред. І. Ф. Прокопенка. – 2-е вид., випр. і доп. – Харків : ОВС, 2003. – 544 с.

## СЕКЦІЯ 2.

### ЕКОНОМІКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### ОРГАНІЗАЦІЯ РЕГІОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА В РЕСПУБЛІКЕ САХА (ЯКУТІЯ)

*Б.В. Андреев, к.м.н., главный врач ГБУ РС(Я) «РБ № 2-ЦЭМП»,*

*В.Г. Бегиев, д.м.н., профессор МИ СВФУ им. М.К. Аммосова,*

*К.Н. Потапова, заведующая ОМО ГБУ РС(Я) «РБ № 2-ЦЭМП»,*

*В.Б. Андреев, студент 6 курса МИ СВФУ им. М.К. Аммосова*

Сосудистые заболевания головного мозга и сердца из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для состояния здоровья человека представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. В структуре причин общей смертности населения болезни системы кровообращения в Российской Федерации, как и в Республике Саха (Якутия), занимают первое место. Удельный вес инвалидов по причине болезней системы кровообращения также занимает ведущее место. После перенесенного инсульта инвалидами становятся 70–80 % выживших, причем 20–30 % из них нуждается в постороннем уходе. Лишь 20 % возвращается к прежней работе. Решение проблем сердечно-сосудистых заболеваний стало одной из важнейших задач государства. В целях снижения смертности и инвалидности от болезней сердечно-сосудистой системы, согласно Федеральной программе в рамках национального проекта «Здоровье», которая начала реализовываться в 2007 году, в каждом субъекте РФ создавались региональные и первичные сосудистые центры и отделения, призванные оказывать специализированную высокотехнологичную круглосуточную помощь больным с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом. В России был признан целесообразным локусный принцип организации медицинской помощи [1].

Для внедрения в Федеральную программу ГУ «Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи» в 2009 году был разработан и представлен в МЗ РС(Я) Паспорт Республики Саха (Якутия) «Первоочередные мероприятия по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний». Это был результат совместной плодотворной работы с кафедрой неврологии и психиатрии Медицинского института Северо-Восточного

федерального университета имени М.К. Аммосова и кафедрой внутренних болезней и общеврачебной практики Института последипломного образования врачей СВФУ им. М.К. Аммосова.

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи на 530 коек как многопрофильная больница имела достаточные условия для создания на ее базе Регионального сосудистого центра (РСЦ). Здесь начиная с 1983 года круглосуточно функционировали специализированные нейрососудистое и нейрохирургическое отделения, укомплектованные высококвалифицированным врачебным и средним медперсоналом.

Планомерно осуществлялась подготовка кадров для Регионального сосудистого центра. С 2008 по 2010 годы было осуществлено обучение 60 врачей-специалистов и 37 медицинских сестер за счет республиканского бюджета.

Для реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, было подписано Соглашение [2] «О предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджету Республики Саха (Якутия) на софинансирование закупки медицинского оборудования для учреждений здравоохранения Республики Саха (Якутия) и муниципальных образований в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями».

В результате проведенной предварительной работы Региональный сосудистый центр был открыт 11 января 2011 года на базе ГУ «Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи». Зона ответственности РСЦ – 220 660 человек; зона ответственности Первичного сосудистого отделения (ПСО) г. Мирного – 60 879 человек; зона ответственности ПСО г. Нерюнгри – 66 098 человек. Доля охвата населения республики составляет 49,7 %. Пациенты доставлялись преимущественно скорой медицинской помощью, силами санитарной авиации было доставлено в РСЦ 108 больных.

В части лечения больных с сосудистой патологией Региональный сосудистый центр ГУ «РБ № 2 – ЦЭМП» на функциональной основе объединяет целый ряд структурных подразделений больницы: кардиологическое, неврологическое, нейрохирургическое отделения, одно отделение реанимационного профиля, диагностические (отделение РКТ, МРТ, рентгенохирургических методов диагностики и лечения; отделение лучевой диагностики; клиничко-диагностическая лаборатория), реабилитационные (физиотерапевтическое отделение). Служба ультразвуковой диагностики

находится в составе неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК).

Основными функциями РСЦ являются: оказание круглосуточной специализированной, в том числе высокотехнологичной лечебно-диагностической помощи в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (церебральным инсультом) и острым коронарным синдромом (нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда) с применением самых современных медицинских технологий диагностики, интенсивного наблюдения и лечения; оказание круглосуточной консультативно-диагностической помощи больным, находящимся в первичных сосудистых отделениях; внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения острых нарушений мозгового кровообращения, острого коронарного синдрома, малоинвазивной сосудистой хирургии [4, 5, 6, 7], профилактики осложнений, управления качеством оказания медицинской помощи на основе принципов доказательной медицины.

Одно из ведущих направлений в лечении больных с ОНМК – это ранняя реабилитация. Мультидисциплинарный подход [3] подразумевает наличие специализированных знаний каждого специалиста, взаимодействие между ними при оценке больного, совместную постановку реабилитационных целей. В состав бригады в неврологическом отделении для больных с ОНМК входят: врач и инструктор по лечебной физкультуре, физиотерапевт, медицинский психолог, логопед, психиатр, специалист по социально-бытовой реабилитации (эрготерапевт), массажисты, младшие медицинские сестры по уходу за больными, социальный работник. Ведущим специалистом и координатором работы всей бригады является врач-невролог.

За 2011 год было госпитализировано всего 1167 больных. В сравнении с 2010 годом по отдельным типам ОНМК госпитализация в РСЦ по ишемическому инсульту (ИИ) увеличилась на 54 %, с геморрагическим инсультом (ГИ) – на 21 %. Первичная госпитализация больных проведена в 98 % случаев. КТ головного мозга за время стационарного лечения проведено в 96 % в РСЦ. В первые 40 минут после поступления – в 83 %. Дуплексное сканирование экстракраниальных артерий проведено у 84 % госпитализированных. Транскраниальное дуплексное сканирование в РСЦ проведено в 86,6 %. Системный тромболизис при ишемическом инсульте (далее ИИ) был проведен 8 больным (1,3 % от общего числа поступивших больных с ИИ и 8,4 % – от поступивших в первые 3 часа). С клиническим улучшением тромболизис проведен в 4 случаях. В РСЦ умерло больных от ОНМК 119

человек – 10,2 %. Проведено оперативных вмешательств в нейрохирургическом отделении РБ № 2 – ЦЭМП по геморрагическому инсульту – 72 больным: по поводу аневризм – 31 операция, ГВМК – 36 операций, АВМ – 5 больных. Летальность послеоперационная – 10 чел. (4 – аневризмы, 6 – ГВМК).

С марта 2011 года в РСЦ г. Якутска начато проведение чрезкожных коронарных вмешательств. До конца года проведено 508 коронароангиографий 334 пациентам, в том числе 44 больным (92 исследования) в экстренном порядке. ТБКА со стентированием проведено 168 больным с ОКС, использовано 275 стентов, в том числе 136 DES-стентов. С ПСО № 2 было направлено 18 больных, из них СКАГ проведено всем, стентирование – 12 больным с инфарктом миокарда, 3 – рекомендовано АКШ.

Пациенты с ОКС и ОНМК после стационарного лечения направляются на долечивание в отделение восстановительного лечения ГУ «Республиканская больница № 3», в кардиологическое отделение МУ «Якутская городская клиническая больница», кардиологическое отделение больницы Якутского научного центра, в гериатрический и реабилитационный центры.

По итогам реализации мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в 2011 году РСЦ РС(Я) признан лучшим региональным сосудистым центром российской Федерации с вручением диплома на научно-практической конференции «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями», которая проходила 23.11.2011 г. в Ярославле.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Доклад Амосовой Н.А. об организации работы Регионального сосудистого центра и первичных сосудистых отделений. – Москва, 2009.
2. Соглашение № 127/с-1154/01-19<sup>а</sup>/133 «О предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджету Республики Саха (Якутия) на софинансирование закупки медицинского оборудования для учреждений здравоохранения Республики Саха (Якутия) и муниципальных образований в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями». – Якутск, 2010.
3. Доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 году и мерах по повышению качества медицинской помощи населению. – Москва, 2003.
4. Доклад Министерства здравоохранения и социального развития РФ о предварительных итогах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2007 годах, мероприятиях и параметрах проекта и демографической политики в 2008 году, а также направлениях работы на долгосрочную перспективу. – Москва, 2008.
5. Скворцова, В. И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации / В. И. Скворцова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, приложение «Инсульт», материалы II Российского конгресса «Цереброваскулярная патология и инсульт». – 2007. – Спецвыпуск. – С. 15–17.

6. ВНОК Диагностика и лечение больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, 2007 г.
7. Сестринский уход при остром нарушении мозгового кровообращения // Материалы I Международного конгресса «Нейрореабилитация – 2009 г.». – Иркутск, 2009. – С. 23–25.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В РС(Я)**

*Б.В. Андреев, к.м.н., главный врач ГБУ РС(Я) «РБ № 2–ЦЭМП», г. Якутск;*

*В.А. Сотников, главный врач ГБУ РС(Я) «Центр медицины катастроф»;*

*В.Г. Бегиев, д.м.н., профессор МИ СВФУ им. М.К. Аммосова;*

*Л.И. Нафанаилова, врач-методист ГБУ РС(Я) «РБ № 2–ЦЭМП», г. Якутск;*

*А.М. Ксенофонтов, врач ГБУ РС(Я) «Центр медицины катастроф»*

Республика Саха (Якутия) занимает площадь (включая Новосибирские и Ляховские острова) 3103,2 тыс. кв. км, что составляет 18 % территории Российской Федерации. Свыше 40 % территории Якутии находится за полярным кругом. Климат резко континентальный, зима очень продолжительная, суровая и малоснежная, а лето короткое, теплое. Средняя температура января – минус 45 градусов Цельсия, в районе Верхоянска – до 70 градусов («полюс холода»); средняя температура июля – плюс 20–25 градусов. Якутия характеризуется густой гидросетью. Река Лена – одна из крупнейших рек мира (4400 км). В недрах Якутии имеются богатые залежи природных месторождений.

Климатические и географические особенности, малая плотность населения, разбросанность населенных пунктов с небольшим количеством населения и их отдаленность друг от друга, увеличение числа возрождаемых поселков вахтовиков, большое количество охотничьих, рыболовецких угодий и хозяйств (особенно на севере) при отсутствии автодорог, речного транспорта создают сложные условия в оказании экстренной медицинской помощи по линии санитарной авиации.

Санитарная авиация за 70 лет своего существования в Якутии снискала уважение всего населения республики за оперативную работу. Благодаря безотказной, эффективной работе врачей санитарной авиации и умелым

действиям летчиков гражданской авиации независимо от времени суток, зимой и летом были спасены жизни десятков тысяч людей.

Правительство и министерство здравоохранения республики, несмотря на политические и социально-экономические сложности в Российской Федерации, не допустили развала системы оказания экстренной медицинской помощи населению. Такая помощь всегда оказывалась специалистами санитарной авиации.

В государственном архиве РС(Я) первое упоминание о санитарной авиации Якутии связано с доставкой партии противоэпидемических сывороток из Иркутска на самолете Л-2560, который прибыл для санитарной авиации Наркомздрава Якутской АССР.

Санитарный самолет С-2, с крейсерской скоростью 115 км/час и дальностью полета 450 км якутские авиаторы получили в конце 1940 года. Начались полеты для выполнения санитарных заданий по нашей необъятной республике. Первым пилотом на этих машинах являлся Константин Григорьевич Стрижов, а вскоре в Якутске базировалось уже звено из трех самолетов.

Организации санитарной авиации много сил и энергии отдал нарком здравоохранения Якутской АССР А.З. Белоусов. При нем начиналось становление службы экстренной консультативной помощи населению республики. Основной костяк медицинских работников санитарной авиации составили врачи П.В. Любимов, М.Г. Коварский, С.А. Титов, В.С. Семенов, С.И. Мигалкин, Л.А. Макухина. Это были высококвалифицированные специалисты, беспредельно преданные своему делу. Все они, ставшие заслуженными врачами РСФСР и ЯАССР, навсегда останутся в истории санитарной авиации Якутии [1].

В 1944 году в республике самолетами было перевезено 336 человек больных и медицинского персонала, а также 9 тонн медицинских грузов. Много было сложнейших, зачастую рискованных полетов с врачами и больными на борту. Л.А. Макухина, эвакуированная из Ленинграда, погибла в 1946 году, выполнив очередной вызов и возвращаясь на базу между с. Амга и г. Якутском.

Широкое развитие санитарная авиация получила в послевоенные годы, став незаменимым видом транспорта для оказания экстренной и квалифицированной помощи, проведения плановых научно-практических, профилактических мероприятий с бригадами медицинских работников в условиях Якутии. В 1953 году легкие самолеты ПО-2 летали из Якутска 587 раз. Врачи республиканской санитарной авиации побывали в 22-х районах, даже таких отдаленных, как Олекминский, Сунтарский, Нюрбинский. Нередко

снаряжались специальные рейсы многоместных самолетов для полетов в Булун, Аллаиху и другие населенные пункты, в результате чего в Якутской АССР полностью или в значительной степени были ликвидированы многие инфекционные заболевания.

С именами летчика П.А. Кухто, врача В.И. Полозова связана работа санитарной авиации в 50–60-е годы. На их счету не один десяток спасенных человеческих жизней. Развитие здравоохранения Якутии, сопровождающееся улучшением санитарно-гигиенических условий жизни трудящихся, способствовало тому, что в первой половине 60-х годов было покончено с малярией и трахомой, в 11 раз сократилась заболеваемость дифтерией, а в 1958–1963 годах общая смертность уменьшилась на 27 %, детская смертность – на 47 % по сравнению с 1940 годом.

С разукрупнением обслуживаемых участков, с учетом плотности населения, развитием промышленных зон, базированием авиаэскадрилий и для более оперативной работы санитарной авиации по оказанию экстренной и консультативной медицинской помощи населению республики в городах Мирный и Алдан были открыты межрайонные подстанции санитарной авиации.

Идея создания центра медицины катастроф родилась в 1994 году, когда произошла авиакатастрофа в п. Батагай, но особенно остро этот вопрос встал после пожара с большими человеческими жертвами в с. Ожулун Чурапчинского района.

Центр медицины катастроф был создан на базе санитарной авиации Якутской республиканской больницы в конце 1998 года. Самостоятельным юридическим лицом, как государственное учреждение, он стал после выхода Постановления правительства Республики Саха (Якутия) № 222 от 8 мая 2002 года «О совершенствовании службы медицины катастроф Республики Саха (Якутия)». Реорганизации санитарной авиации в центр медицины катастроф республиканского значения требовало повышение числа чрезвычайных ситуаций техногенного и природного характера, которые приносили большие человеческие потери, значительный материальный ущерб и утяжеление состояния пострадавших из-за комбинированных травм. Единая организационно-методическая и практическая работа всех лечебно-профилактических учреждений республики по предупреждению и устранению медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и оказание консультативной и экстренной медицинской помощи больным в повседневной жизни – это основная цель создания Центра медицины катастроф с филиалами санитарной авиации [2].

Возглавляет ГБУ РС(Я) «Республиканский центр медицины катастроф Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия)» Сотников Владимир Андреевич, Заслуженный врач РС(Я), отличник здравоохранения РФ и РС(Я). В коллективе 50 % врачей с высшей и первой квалификационной категорией; количество категорированного среднего медицинского персонала составляет 90 %; 98 % медперсонала имеют сертификат саециаласта.

Существовавший до этого центр медицины катастроф при Республиканской больнице был отделён от больницы как самостоятельное юридическое лицо.

Отделение экстренной консультативной медицинской помощи оказывает специализированную (санитарно-авиационную) скорую медицинскую помощь по 15-ти специальностям. С применением авиационного и автомобильного транспорта ежегодно выполняется 1400–1500 санитарных заданий, оказывается помощь 2500–2700 больным и пострадавшим. В учреждениях республики по линии санитарной авиации выполняется около 400 операций и оперативных вмешательств.

С 2002 года в городах Мирном, Нюрбе, Среднеколымске, в посёлках Батагай и Зырянка функционируют филиалы Республиканского центра медицины катастроф, основной целью деятельности которых является приближение санитарно-авиационной скорой медицинской помощи к населению северных районов и сельскому населению, сокращение сроков её оказания.

В настоящее время Центр медицины катастроф имеет большой потенциал, позволяющий обеспечивать высококвалифицированную специализированную экстренную медицинскую помощь населению республики в чрезвычайных ситуациях.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Петров, П. А. Здравоохранение Якутии / П. А. Петров, Н. С. Ягья. – Я. : Якутское книжное издательство, 1972. – 62 с.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения РС(Я). Министерство здравоохранения РС(Я), ГБУ РС(Я) Якутский республиканский информационно-аналитический центр. – Якутск. – 2012. – С. 58–59.

# **STRUCTURE AND DYNAMICS OF THE MEDICAL SERVICES MARKET IN TRANSITIVE ECONOMY**

*E.O. Gaponova, Senior Lecturer, Department of Social Sciences Kharkiv National Medical University*

The significant transformation in healthcare takes place in modern conditions of socio-economical relations reformation, scientific – technical progress, and development of nanotechnologies. Institutional transformations in the system of public health conducted to hospitals with different ownership appearance and paid medical services segment, expanding the range of services. Transition of medical institutions to personalization of services leads to the new forms of regulation foundation, such as standardization, licensing and certification of health care. National projects directed to the prevention of serious diseases and support reproductive health realize in the modern Ukraine.

The development of the health care related with the problems such as, financing deficit of state and municipal medical institutions, urban and rural health care disparity. Different levels of medical services accessibility for the population are also one of the health care policy factors in the modern economy. The transition to market economy in health care and the competition emergence have changed the conditions of the medical institutions functioning.

Today the public financing amount of health care is insufficient to ensure the effective functioning of medical institutions. The first and indispensable condition of the modern market is recognizing the fact that hospitals are health care providers. The product of their work is a commodity, which offered on the market of medical services. Realization of market research and establishing an effective model of marketing policy are necessary for successful promotion of the commodity on the market. Development of new methods of consumer' market research is the first and foremost task for present conditions of the health care.

Also, the transition to the new market forms of economic activity involves improving the quality of medical help, and changes in mechanisms of its assignment. This is the first and most important factor for success in health care system reorganization in transitive economy. Changes in service mechanisms and correlation between free and paid medical help are determined by many factors, primarily the level of economic development.

An important task of the state is the accumulation of funds in the form of taxes on the economy and transferring them to the social sector (health care, education, social welfare, science, culture). Countries with high industrial potential redistribute most of the incomes of the state budget and allocate more resources for public

funding of health care. There is a correlation between the level of economic development and government-guaranteed volume of free medical care.

Effective redistribution of resources between production and social sphere is not realized in modern Ukraine. Therefore, the health system is in the process of market relations. This causes problems between the need to market certain health care, and lack of experience in it.

Special issue of the medical services market is ensuring the availability of highly specialized and high-tech medical care to all segments of the population. Solving this problem requires significant subsidies for equipping of health care institutions with modern medical equipment, ensuring a high level of training of medical personnel, an effective system of transport of the patient to specialized institutions.

Studying of the characteristics and prospects of development of the health care market development, ensuring their availability and quality, incessant training system creation are consequential in the modern conditions in transitive economy.

#### LITERATURE AND SOURCES:

1. Адамян, А.Т. Здравоохранение: переход к рыночным отношениям / А.Т. Адамян // Врачебная газета. – 1999. – №3. – С. 16 – 17.
2. Акопян, А.С. Особенности спроса и предложения услуг здравоохранения / А.С. Акопян, Р.Б. Дарсигова, Ю.В. Шиленков // Экономика здравоохранения. 2002. – № 9–10. – С. 11 – 14.
3. Андреева, О.В. Экономические методы управления и их влияние на качество медицинской помощи / О.В. Андреева // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 8. – С. 5 – 9.
4. Дубинин, С.А. Некоторые положения экономической теории развития здравоохранения / С.А. Дубинин, А.Н. Гуров // Экономика здравоохранения. 2002. – № 5–6. – С. 29 – 32.

## **ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ – НАЙВАЖЛИВІШИЙ НАПРЯМ РЕФОРМ В УКРАЇНІ**

*М.К. Голобородько, д.м.н., професор-консультант ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії АМНУ»;*

*О.М. Сітенко, к.т.н., ст.н.с., президент громадської організації «Товариство учасників руху»*

Стан здоров'я населення України вимагає від нас невідкладних дій, які практично підтверджують визнання формули: «Здоров'я дитини – це щасливе дитинство і успішне життя дорослої людини, майбутнє нації, майбутнє

держави». Ми можемо взяти до уваги всі наслідки багаторічної економічної кризи та інших негараздів (кадрових, ментальних, управлінського характеру тощо) і навіть в певній мірі допустити невідворотність на деякий час тієї медичній реальності, в якій проявляється нестача ресурсів держави для забезпечення здоров'я дорослих. Але ніякі причини не можуть пояснити і виправдати брак і стратегічної, і повсякденної уваги до фізичного, психічного та духовного здоров'я дітей. Можливості, упущені у формуванні здоров'я та особистості дитини, не надолужуються повною мірою ніколи і зумовлюють долю дорослої людини.

Саме на розвиток здоров'я дітей необхідно переорієнтувати значну частину діяльності гуманітарних структур держави: МОЗ, Міносвіти та інших відомств, які за статусом нібито і причетні до цієї справи, але про їхні цілі та критерії роботи суспільству майже нічого не відомо, а успіхів взагалі не видно. Створити умови для розвитку здоров'я дітей, а не чекати їхніх хвороб і потім лікувати.

Нами розроблені пропозиції щодо структури програми, яка охоплює усі рівні, на яких необхідно вести цілеспрямовану роботу з формування здоров'я дітей і діяльність яких має бути скоординованою та забезпеченою всіма видами ресурсів. Програма представлена у вигляді графічного образу – багаторівневої піраміди.

**Перший рівень піраміди** – індивідууми: дорослі й діти. Це основа нашої піраміди, її жива субстанція, що є частиною природи. Заради індивідуумів існують в моделі та діють усі інші її рівні. Решта рівнів за своєю сутністю є надбудовами над першим, проте ним же і створені. Якщо піраміду вважати живим об'єктом, то перший рівень – це його сома (тіло), а решта – продукт інтелекту, інстинктів, психіки, душі. Розвиток першого рівня – основний і найдоцільніший спосіб розвитку усіх рівнів та моделі загалом. На цей рівень мають бути спрямовані головні вкладення сил і коштів держави та суспільства. Інший напрям, інший баланс розподілу ресурсів неефективні, що й засвідчують прорахунки України. В підпрограмах цього рівня значне місце відводиться ранньому розвитку (до трьох років) інтелекту та фізичним кондиціям дитини, тобто тому процесу, який в більшості випадків відбувається самоплином, а значить не реалізуючі природній потенціал в повній мірі.

**Наступний рівень** – це сім'я. Сім'я – це основа благополуччя дитини, яку нічим замінити не можна. Кожна родина несе в собі риси того або іншого способу життя людей, і саме він найперше позначається на здоров'ї та особистості дитини. Якщо в сім'ї домінує духовна атмосфера здорового способу життя, є прагнення і здібності до нових знань, панує висока культура

взаємовідносин, якщо ця атмосфера і знання підкріплені практикою в усіх деталях поведінки й побуту, то можна вважати, що існує надійне середовище для творення усіх компонентів здоров'я індивідуумів, насамперед дітей. Сім'я своїм способом життя створює своєрідну фортецю і може в разі необхідності нейтралізувати негативні зовнішні впливи та значною мірою протистояти їм. Нині, коли сили агресії зовнішніх негативних факторів значно зросли, значення сімейної фортеці стало ще вагомішим. Українська родина з малолітніми дітьми найчастіше не в змозі повноцінно виконати свою місію, бо послуговується безсистемними, фрагментарними знаннями і покладається більше на щасливий збіг обставин, ніж на ефективну та довгодіючу систему. Тому потрібні програми, які нададуть сім'ям допомогу методологічну (від науки та освіти), правову і матеріальну (від держави) та психологічну та моральну (від суспільства).

**Третій рівень** охоплює колективне життя. Для дорослих – це коло друзів, коло спілкування на роботі, для дітей – садочок, школа, спортивні секції тощо. Для дітей налаштованість на спосіб поведінки знайомих людей, особливо тих, з якими існує постійне спілкування, високочутлива і значуща, бо вона може перейти у підсвідомість, перетворитися на стійкий стереотип. Первісні враження дитини, підлітка переростають у переконання, принципи моралі дорослого, стають його совістю, законом. Хибний спосіб життя, закладений у дитинстві, виправити важко, адже отруєна з дитинства підсвідомість терміну давності не має. Дитячий садочок та школа є кузнями здоров'я і стартовим майданчиком життя. Цілком очевидно, яке лихо чекає на нинішнє та прийдешні покоління, якщо з дитинства у них не сформувати три головні установки: на життя і здоров'я; на досконалість фізичну, духовну і соціальну; на сенс і мету життя, і не вкорінити головну психологічну опору – природний світогляд. З цього витікає завдання для дошкільної та шкільної освіти, для вихователів та вчителів.

**Четвертий рівень** відображує діяльність держави, центральних та місцевих органів влади щодо охорони здоров'я. Історія держав, зокрема і в новітній період, переконливо свідчить: якість роботи державних інституцій з виховання інтелектуально, духовно та фізично здорових дітей визначає рівень усіх інших показників успішності або ж кризового стану країни, а зрештою – збереження народу за чисельністю і забезпечення якості його життя. Усі сучасні держави неодмінно декларують піклування про дітей як першорядний пріоритет. Але їх досягнення різняться. Так, за даними ООН, показник дитячої, до п'ятирічного віку, смертності (що визначається як відношення числа смертей до 1000 народжень) у Європі становить у межах від 4,0 (Швеція) до 9,8

(Естонія); в Японії – 4,2; США – 7,5; Росії – 11,9; Україні – 15,8. Показники здоров'я українських школярів: із 9 млн дітей 8 млн хронічно хворі. Лише 20 % вагітних жінок здорові й лише 30 % новонароджених не мають відхилень від норми.

Вочевидь, справа не лише у виявленні чи бракові волі властей, а й у тому, що наука не запропонувала чітко й переконливо стратегічні напрями діяльності з охорони здоров'я. Чи може медицина вказати такі напрями, визначити етапи роботи з їх реалізації та забезпечити досягнення окреслених цілей своєю участю? Чи може медицина бути науковою основою здравооохорони і здоровотворення?

Арсенал медичної теорії, методів і підходів виявився недостатнім для культивування і приведення в дію чинників, що дозволяють творити і зберігати здоров'я, у тому числі й здоров'я дітей. Більше того, медицина, занурившись у царину хвороб, у принципі не може зайнятися навіть вивченням структури нашого незнання з проблеми «здоров'я здорових» і виокремити ключові завдання, вирішення яких допомогло би людству вижити. Висловлюючись образно, медицина не стала імунною системою людства. Розв'язання більшості проблем у цій сфері пов'язано з тим, що не лише хвороби, а, насамперед, здоров'я заслуговує на свою власну науку. Таку науку, яка об'єднує різні галузі знань і створює сприятливе середовище для міждисциплінарних досліджень. Відзначимо, що ідеї цього здоровотворчого комплексу наук і практик, беручи початок з фундаментальних праць В.І. Вернадського, Е.С. Бауера, М.М. Амосова, І.І. Брехмана, Г.Л. Апанасенка, В.П. Петренка, Ю.П. Лісіцина, В.П. Казначеева та інших, народилися на початку 80-х років минулого століття в СРСР, давши нову науку – валеологію. Беручи початок з фундаментальних праць В.І. Вернадського, Е.С. Бауера, М.М. Амосова, І.І. Брехмана, Г.Л. Апанасенка, В.П. Петренка, Ю.П. Лісіцина, В.П. Казначеева та інших. Наразі валеологія у своїх основних наукових позиціях і практичній діяльності досить чітко визначилась, аби стати підґрунтям і головними напрямками в реорганізації державних структур (і не лише МОЗУ).

**П'ятий рівень** – це рівень, на якому проявляють себе інституції громадськості. Здоров'я – це капітал, що забезпечує багатство не лише окремій людині, але й суспільству загалом. Здоров'я – це категорія і медико-біологічна, і соціально-економічна водночас. Це головний об'єкт піклування суспільства. Особливо потребує такого піклування здоров'я дітей.

Усі справжні цінності людства, зокрема мораль, наука, охорона здоров'я, виховання дітей, з'явилися не з волі правителів чи влади. Їх відкривали, створювали, удосконалювали і пронесли крізь тисячоліття покоління людей,

об'єднаних у вічно існуючу категорію – суспільство. Тому в нашій піраміді їй відведено належне місце – на верхівці системи. Це культура, церква, мистецтво, наука, громадські організації. Це науковці, інтелігенція, лікарі, вихователі-педагоги й народні цілителі, тобто всі ініціативні й тямущі люди, які прагнуть зробити свій внесок у знання та практику благополучного життя, зокрема у виховання здорових дітей. Це рівень збирання та зберігання знань про здоровий спосіб життя і джерело їх поширення на інші рівні

У спільноті дедалі наполегливіше й відповідально утверджується точка зору, що здоров'я нації визначає не тільки медицина, а, в першу чергу, народне здоровотворення, зокрема ревіталізація. Така нова парадигма, наступальна стратегія активного здоровотворчого, духовно-фізичного способу життя людини, підвищення життєздатності систем, функцій організму в органічній двоєдності «людина–природа».

Виховання є одним із наймогутніших інструментів управління станом суспільства (з дещо відтермінованою дією) і не можна допускати маніпулювання цим інструментом в чиїхось недобрих цілях. Цілеспрямоване, в рамках цієї концепції, виховання дітей, управління процесом їх виховання повинно належати народові, бути головною відповідальністю нації.

Коли перед нашими очима проходить життєвий цикл живого організму зі швидкоплинним циклом, то всі ми легко розуміємо і ретельно враховуємо фактори його успішного розвитку. Особливо враховуємо значення усіх заходів підготовчого характеру, догляду на початкових стадіях розвитку.

## **ВЛИЯНИЕ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

*А.А. Громов, кандидат экономических наук, доцент кафедры общественных наук Харьковского национального медицинского университета*

Актуальность изучения влияния внешней среды на функционирование любой организации обусловлена ее постоянно возрастающей ролью в эффективном менеджменте. В современном глобализирующемся мире внешняя среда динамично изменяется, побуждая организации формировать адаптивные реакции к неконтролируемым факторам их развития. В современных условиях совершенствование менеджмента связано не столько с внутренней средой, сколько обусловлено целями, которые достигаются как раз во внешней среде.

Не является исключением управленческая политика медицинских учреждений и фирм. Ее содержание вызывает особый интерес, ибо социальные по сути и предоставляемым услугам организации вынуждены действовать в открытой рыночной среде и в условиях глобальной конкуренции.

Известно, что внешняя среда медицинской организации – это совокупность факторов и условий, которые существуют вне ее, но оказывают влияние на процесс принятия управленческих решений. Представляется, самое большое воздействие на деятельность медицинских производителей оказывают неконтролируемые факторы (опережающий рост средних издержек медицины по сравнению с этим ростом в других сферах экономики, монополизм клиник и фармацевтических ТНК, система высшего и среднего медицинского образования).

Причина закономерного опережающего роста средних издержек медицинского обслуживания – в институциональных особенностях рынка медицинских услуг, таких как асимметрия информации об их качестве и стимулирование спроса на них самим предложением. На рост издержек влияет естественный монополизм больниц, которые практически не конкурируют между собой, а также такой феномен рынка медицинских услуг, как оплата лечения не самим пациентом, а третьей стороной (государством, страховой компанией, фирмой и др.).

На рост издержек медицинского обслуживания оказывает влияние и появление новых медицинских открытий. Зарубежная практика свидетельствует, что осведомленность о принципиально новых лечебно-диагностических методиках и стремление ими воспользоваться является фактором стремительного роста ожиданий многих людей. Следует заметить, что лишь часть этих ожиданий обусловлена реальными потребностями в улучшении здоровья, остальные – дань моде.

Один из важнейших факторов влияния – завышенные требования к дополнительным медицинским услугам, стимулирующие разносторонний и зачастую агрессивный маркетинг фармацевтических компаний.

На опережающий рост средних издержек медицинского обслуживания влияет также изменение структуры заболеваний и появление, например, СПИДа, атипичной пневмонии, птичьего гриппа. При этом расходы только на создание вакцины от СПИДа достигают более 1 млрд долларов в год.

Главная причина повышения спроса на медицинские услуги заключается в существенном росте ВВП, который служит основой роста доходов граждан. Постоянно растущие доходы переключают спрос населения на более дорогостоящие лекарства и медицинские услуги, срабатывает «парадокс

Гиффена»: рост доходов приводит не только к возрастанию уровня спроса, но и к изменению его структуры – повышению доли потребления тех услуг, которые можно приравнять к предметам роскоши.

Существенным фактором влияния внешней среды является монополизм производителей. Монопольное положение обычно занимают крупные специализированные клиники или крупные многопрофильные больничные комплексы. Экономические преимущества крупных производителей состоят в том, что срабатывает положительный эффект масштаба, позволяющего повышать производственную эффективность. Другой вариант монополизма – естественная монополия в рамках конкретной территории. С точки зрения внешнего рынка большое влияние на медицинские организации оказывает монополизм иностранных фармацевтических компаний, которые способствуют завышению издержек медицинского обслуживания за счет поддержки коррупционных схем во время тендерных сделок, высоких цен на лекарства и оборудование, подчинение себе врачей с помощью инструментов сетевого маркетинга.

Известно, монополизм опасен стагнацией и ростом цен. Однако ему противостоит конкуренция на рынке менеджеров. Более действенная конкуренция возникает в случае формирования квазирынка медицинских услуг. Поэтому менеджеры должны быть заинтересованы в его формировании и проводить активную политику, направленную на заключение контрактов с местными органами власти и получение государственного заказа. Это означает замену механизма бюджетного распределения медицинских услуг актом купли-продажи.

Существенное влияние на эффективность менеджмента медицинских учреждений оказывает система подготовки медицинских кадров, которая находится в состоянии реформирования, что оказывает существенное влияние на качество подготовки специалистов. Меняется содержание образования – отменяется студенческая практика, сокращается ряд теоретических дисциплин, увеличивается работа с фантомами, а не с пациентами, и т. п. Эти обстоятельства должны учитываться современным менеджментом при заключении контрактов с работниками и выпускниками медицинских вузов.

Таким образом, эффективный менеджмент в современной медицинской организации возможен лишь при условии адаптации к постоянным изменениям внешней среды. Рост издержек медицинского обслуживания остановить невозможно, однако можно находить иные резервы рационального использования ресурсов, новые формы организационных структур, более высокую степень автономности подразделений внутри медицинской

организации, побуждающей к экономии и эффективности, грамотный маркетинг платных услуг и т. п.

Важным и современным фактором менеджмента в настоящее время становится инициирование перемен, которое должно превратиться в решающую стратегию управления медицинской организации.

## **РОЛЬ НЕМАТЕРІАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ВІДТВОРЕННІ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ**

*Т.М. Камінська, доктор економічних наук, професор кафедри економічної теорії НУ «Національна юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*

Головним трендом сучасного світового економічного розвитку є постіндустріалізація та поява нової економіки, або економіки знань, креативної економіки (термін «new economy» уперше був застосований у 2001 р. Президентом США як узагальнення якісних змін в її характері та структурі). Її головною рисою є випереджальне зростання технологій та послуг, особливо ділових та інформаційних, нематеріальних, невідчутних активів і продуктів інтелектуальної праці, таких як програмне забезпечення, знання, бренди, репутація, електронна торгівля, інтернет-банкінг, планування у режимі on-line, дистанційне навчання, консалтинг тощо. Наука стає могутньою продуктивною силою, а праця вченого та інтелектуальна праця взагалі – одним з вирішальних ресурсів економічного прогресу. Вважається, що 500 передових фірм світу працюють у секторах ринку, які більшою мірою є породженням нової економіки.

До головних чинників, які сприяють поширенню нової економіки, належать глобалізація світової економіки та інтеграція світових ринків капіталу, посилення економічної взаємозалежності різних країн земної кулі, залучення незаможних країн до інформаційно-комунікаційних технологій та інноваційного розвитку. Вони стають умовою їхнього виживання, критичним атрибутом успіху на світовій арені. Це стосується і окремих компаній, зокрема в Україні. У розвинених країнах пріоритетними є інвестиції в освіту і охорону здоров'я, тому що знання й міцне здоров'я створюють передумови для якісного і стабільного відтворення людського капіталу. Сьогодні людину розглядають як носія інтелектуальної праці, а громадське здоров'я вважають чинником конкурентоспроможності та лідерства держав і використовують цей термін як

макроекономічну категорію поряд з національним багатством, національним доходом, якістю життя. Якщо здоров'я погіршується, то це неминуче позначається на якості та очікуваній тривалості життя людей. Останній параметр є складовою індексу розвитку людського потенціалу взагалі. Його щорічно досліджує ООН з метою ранжування країн світу. У 2012 р. він коливався від 0,955 у Норвегії до 0,740 в Україні та 0,304 у Нігері [1].

От чому державні витрати на медицину на душу населення у постіндустріальному світі мають довгострокову позитивну динаміку. За даними ОЕСР, вони зросли в 1981–2010 рр. (у дол. за ПКС) у Німеччині, Канаді, Ірландії, Іспанії, Нідерландах, Норвегії, Португалії відповідно у 3,8; 4,5; 5,8; 7,13; 7,2; 7,4; 8,6 рази [3]. Навіть у відносно ліберальній ринковій системі США роль держави поступово зростає, а теперішній президент почав свої економічні реформи із соціалізації охорони здоров'я та впровадження державного страхування для безробітних, в умовах жорсткого спротиву з боку приватних страхових структур та опозиції. Від 1962 по 2009 рр. витрати на державні програми з охорони здоров'я в США зросли майже у 371 раз, а за прогнозом до 2015 р. зростуть у 556,8 рази. В абсолютному вираженні приріст за 1962–1982 роки складав 93,6 млрд дол., а за 1983–2009 роки – 593 млрд дол., або у 6,34 рази більше. Витрати на програми «Medicare» і «Medicaid» теж суттєво зросли – з 1973 по 2009 роки відповідно у 52 та 54,5 рази [2].

Посилення уваги до охорони здоров'я пояснюється також тим, що постіндустріальна цивілізація призводить до захворюваності внаслідок напруженої інтелектуальної діяльності, гіподинамії, комп'ютерної залежності та надмірного споживання матеріальних благ. Інформаційні технології змінюють характер виробництва, програмують свідомість і спосіб життя людей, яке стає дедалі динамічнішим. Сприймання та обробка масивного потоку інформації, неформальне зняття обмежень робочого дня, постійна новизна, розмивання звичної ієрархічної системи управління, прийняття багатьох рішень у режимі on-line психічно перевантажують людей. Відрив інформаційних та фінансових послуг від реального сектора економіки відтворює віртуальний і фіктивний капітал, провокує кризи, зменшення податкових надходжень до держбюджету, що ускладнює фінансування охорони здоров'я. В Україні до «цивілізаційних» хвороб додаються хвороби кланово-олігархічної економіки, надзвичайно сильного розшарування людей за рівнем життя. Витрати на охорону здоров'я ВООЗ за останні роки варіюються на рівні 3,5–3,8 % ВВП (рекомендації ВООЗ – 6–8 %, критична межа – 3 %, показники розвинених країн – від 9 до 17 %).

Оскільки громадське здоров'я та якість медичного обслуговування є чинниками конкурентоспроможності держави, в Україні вони набувають особливого змісту. Шляхи прискореного зростання нематеріальної економіки та удосконалення охорони здоров'я такі: наявність політичної волі представників усіх трьох гілок влади на реальні реформи; деолігархізація та демонополізація національної економіки, створення привабливого інвестиційного клімату, який перешкоджає відпливу капіталу до офшорів, перерозподіл державного бюджету на користь охорони здоров'я і освіти, значне зростання фінансування цих галузей. Крім того, потрібні ефективна структурна перебудова охорони здоров'я відповідно до світових тенденцій та національних особливостей, професійне законодавство, яке заважає тіньовим економічним відносинам (між лікарями, пацієнтами, суб'єктами інфраструктури, представниками влади) і корупції у тендерних угодах, а також дієздатний механізм реалізації права; повсюдне впровадження новітніх медичних технологій і відчутне підвищення зарплатні медичним працівникам державних установ, покращення умов їхньої праці та відпочинку, а також професійного росту; поступове відродження моральних чинників, починаючи з поведінки «нагорі» й закінчуючи виконавцями клятви Гіппократа; підтримка прозорого ринку приватних медичних послуг (він складає конкуренцію тіньовій державній медицині), забезпечення доступу його суб'єктів до державного фінансування на конкурсній основі.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Доповідь про розвиток людини 2012 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : <http://hdr.undp.org/en/statistics/>
2. Historical Tables. U.S.Government Printing Office Access: [ Електрон. ресурс]. – Режим доступу : <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BUDGET-2011-TAB/content-detail.html>
3. OECD Health Data: [Електрон. ресурс] – Режим доступу : [http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html)

# MODERNES GESUNDHEITSSYSTEM IM DEUTSCHLAND UND DEREN ANWENDUNG IN DER UKRAINE

*W.I. Krawchenko, doktor der Wirtschaftswissenschaften Dozent des Lehrstuhls für Gesellschaftswissenschaften von Nationaler Medizinischen, Universität Charkiw; Galina von Freedon, Facharzt, Doktor der Medizin, private Klinik Kalten und Kollegen, Berlin, Bundesrepublik Deutschland.*

System des Gesundheitswesens Deutschlands nimmt seinen Ausgang ab Reformen von Otto von Bismarck in Deutschland, der das erste in der Welt System des Sozialwesens 15.06.1883 einfuhr: „Das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (KGV)“. Dies beruhte auf der Pflichtkrankenversicherung für alle Arbeitstätigen und ihre Familienangehörigen. Laus dieses Gesetz bestand der Sozialversicherungsfond aus 1/3 Zahlungen des Arbeitsgebers und 2/3 Zahlungen der Arbeitsnehmer [1]. Dieses System umfasst derzeit 90% der Bevölkerung.

Nach der Wiedervereinigung im Jahre 1991 wurden in der Bundesrepublik Deutschland die gewöhnlichen Kliniken geschlossen und zu medizinischen Behandlungsräumen umstrukturiert. Die Staatsorgane des Gesundheitswesens spielen fast keine Rolle im System der medizinischen Betreuung unter der Ausnahme von Diensten hinsichtlich Notstände und Katastrophen. Die Ausnahmen sind auch die Universitätskrankenhäuser (die Kliniken) mit der Anstaltsbehandlung, die nach wie vor dem Staat gehören. Zur Finanzierung schließen die deutschen Krankenhäuser mit den Versicherungsgesellschaften Verträge sowie bekommen die staatliche Investitionsfinanzhilfe aus Steueraufkommen. So wird die zweifache Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen durchgeführt, die nicht die Privatbehandlungsräume anbetrifft.

Gemäß den Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung gab dieses Land im Jahre 2012 auf die medizinische Hilfeleistung für Bevölkerung mehr als 235 Milliarden Euro (251 Milliarden Dollar) aus, was ca. 11% vom Bruttoinlandprodukt betrug. Im Laufe von letzten Jahren wird es das stabile jährliche Wachstum des Anteils der Ausgaben für das Gesundheitswesen im Haushalt des Landes betrachtet. Je pro Kopf gerechnet betrug es \$2996 (der siebente Platz in der Welt). In der Ukraine beträgt diese Anzeige ca. 80\$. Der Großteil der Ausgaben für Gesundheitswesen in Deutschland (47%) kommt für die Fürsorge der Bevölkerung ab 65 Jahre (17% von deren Zahl). Das beträgt ca. 111 Milliarden Euro pro Jahr und mehr als 6910 Euro für eine Person [2].

Derzeit sind im Gesundheitswesen 4,4 Millionen Menschen beschäftigt, was 10% arbeitender Bevölkerung beträgt. Auf 1000 Menschen in Deutschland kommt

3,5 Ärzte der ersten Hilfe (50% der Gesamtzahl der Ärzte) und 9,8 Menschen des mittleren medizinischen Personals [2]. In der Ukraine betragen diese Anzeigen 2,68 Ärzte und 9,3 Menschen des mittleren medizinischen Personals, was sich gering von den Anzeigen des Bundesrepublik Deutschland unterscheidet. Aber es gibt dabei kaum die entsprechende technische und arzneiliche Versorgung, gehörige Finanzierung und Investierung in Medizin.

Ca. 90% der Bevölkerung sind von der gesetzlichen Pflichtkrankenversicherung umfassen, ca. 9% sind privat krankenversichert und 0,1-0,3% sind ohne Krankenversicherung. Gleichzeitig wird bei dem hohen Niveau der Sozialversorgung die persönliche finanzielle Beteiligung Patienten zugenommen. Das ist durch den Krisenzustand der Wirtschaft, demografische Situation, überhöhtes Niveau sozialer Garantien, Wachstum der Werte sozialer Leistung, gewisse Unerreichbarkeit der Versicherungsgesellschaften bedingt Ein gewisser Beitrag zu Verminderung der finanziellen Möglichkeiten für medizinische Dienstleistungen leisten die überhöhten Ausgaben auf die Unterstützung des bürokratischen Apparats (nach den Angaben der unabhängigen Experten 23 Cents aus jedem Euro) – offiziell 5,5% sowie die Korruption. Nach den Angaben der Organisation Transparency International betragen die Verluste wegen der Korruption ca. 6% des gesamten Gesundheitswesenshaushalts [3].

Es ist zu bemerken, dass das moderne Gesundheitswesenssystem Deutschlands relativ kompliziert ist. Die Zahler der Versicherungsbeiträge sind die Arbeitsgeber, Arbeitnehmer, Privatpersonen und der Staat. Diese Mittel werden nach zwei Arten herausgebildet: a) die Pflichtversicherung und zwar die Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Altenpflegeversicherung, die Unfallversicherung und b) die Privatkrankenversicherung, die nach 5 Arten zu verteilen ist: die Anstaltsbehandlung, die ambulante Betreuung, die Arzneimittelbezahlung, die Physiotherapie, die Krankengymnastik und die Hilfsmittel, die Bezahlung der Krankenzettel und Frührenten.

Die Krankenkassenausgaben in den Jahren 2006-2010 betragen im ganzen Land nach den offiziellen Angaben (ohne Rücksicht auf die Schattenausgaben) durchschnittlich prozentual wie folgt [2]:

1. Krankenhausbehandlung (stationäre und ambulante Behandlung) - 51,5%;
2. Arzneimittel - 17,5%;
3. Krankengeld - 3,9%;
4. Hilfsmittel (Verbände, Einlegesohlen, Rollstühle, Betten) - 3,1%;
5. Heilmittel, Vorsorge und Reha-Maßnahmen - 4,1%;
6. Häusliche Krankenpflege - 1,4%;
7. Verwaltungskosten - 5,5%;

8. Fahrkosten - 2,0%;
9. Sonstige Ausgaben - 11,0%.

Wie diese Angaben glaubwürdig sind, ist schwer zu beurteilen, denn nach den anderen Angaben (der unabhängigen Experten) wird auf die Verwaltung 23% Pauschalkosten ausgegeben und das ist die wirkliche Bemessung, weil der bürokratische Apparat der Krankenmassen wirklich enorm aufgebläht ist. Offensichtlich ist der Großteil dieser Mittel in Heilkosten und sonstigen Ausgaben „versteckt“. Dennoch geben sie die Allgemeinvorstellung über Kostenschätzung der Krankenkassen.

Die Krankenkassen werden durch wählbare Kollegialorgane verwaltet und werden durch Landesarbeitsministerien kontrolliert. Die föderative Macht greift nicht in die Tätigkeit der Krankenkassen ein. Die Schwierigkeit der Verhältnisse zwischen den Krankenkassen und Gesundheitseinrichtungen besteht darin, dass die letzten die Verträge mit verschiedenen Krankenkassen für verschiedene Erkrankungsarten und verschiedene Hilfeleistungsumfänge schließen sollen. Dabei gibt es auch eine Reihe anderer Probleme.

All das bedingt ein schwieriges Verrechnungssystem, Verzögerung in vollständiger Begleichung auf 1-1,5 Jahre, Unfähigkeit für die Gesundheitseinrichtungen den Finanzplan sowie Finanzerfolge genau abuzählen, was die großen Schwierigkeiten in der Herausbildung der Gesundheitseinrichtungen sowie strategischer Datierung schafft und bringt Spannung in die Arbeit des medizinischen Heilpersonals ein. Deshalb wenn man das Versicherungsmedizinssystem in der Ukraine ausarbeitet, muss man alle Nachteile des Systems der Sozialversicherung in Betracht ziehen, damit man die transparente und effektive Arbeit für die Gesundheitsfürsorge im Lande durchführt.

#### L I T E R A T U R L I S T E

1. Beske, F. Das Gesundheitswesen in Deutschland. / . F.Beske, H.Besel, J.F. Haallaniv. – Keln, 2004. – Deutsche Ärzte Verlag. – S. 1824.
2. [http://:www.gbe-bynd.de](http://www.gbe-bynd.de). Statistische Angaben.
3. Simon, M. Das Gesundheitssystem in Deutschland. / M. Simon. - Göttingen. – 2005. – S. 147.

## ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

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

Охорона здоров'я дітей, забезпечення умов для їх всебічного розвитку визначені в Україні загальнонаціональним пріоритетом, що закріплено Законом України «Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» [1]. Важливим критерієм оцінки здоров'я дітей є показники захворюваності (вперше виявлені хвороби) та поширеності (усі хвороби). Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед дітей та закономірностей змін цих показників є важливою складовою планування стратегічних напрямків розвитку, як галузі охорони здоров'я, так і держави в цілому [2–4].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати захворюваність дитячого населення Львівської області за період 2007-2012 роки.

Матеріали і методи дослідження. Під час виконання роботи були використані методи: статистичний (проаналізовані дані державних форм звітності № 12 закладів охорони здоров'я Львівської області, які стосуються дитячого населення віком 0–17 років за 2007–2012 рр.) та аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення. За досліджуваний період захворюваність дитячого населення області виросла на 10,7 % (з 1312,6 на тисячу дітей у 2007 році до 1382,6 у 2012 році), а поширеність хвороб – на 4,6% (відповідно з 1820,8 до 1863,2). Ця тенденція відповідала динаміці відповідних показників загалом по Україні (зростання показників захворюваності дітей на 8,9 %, а поширеності хвороб на 4,6 %) (рис. 1).

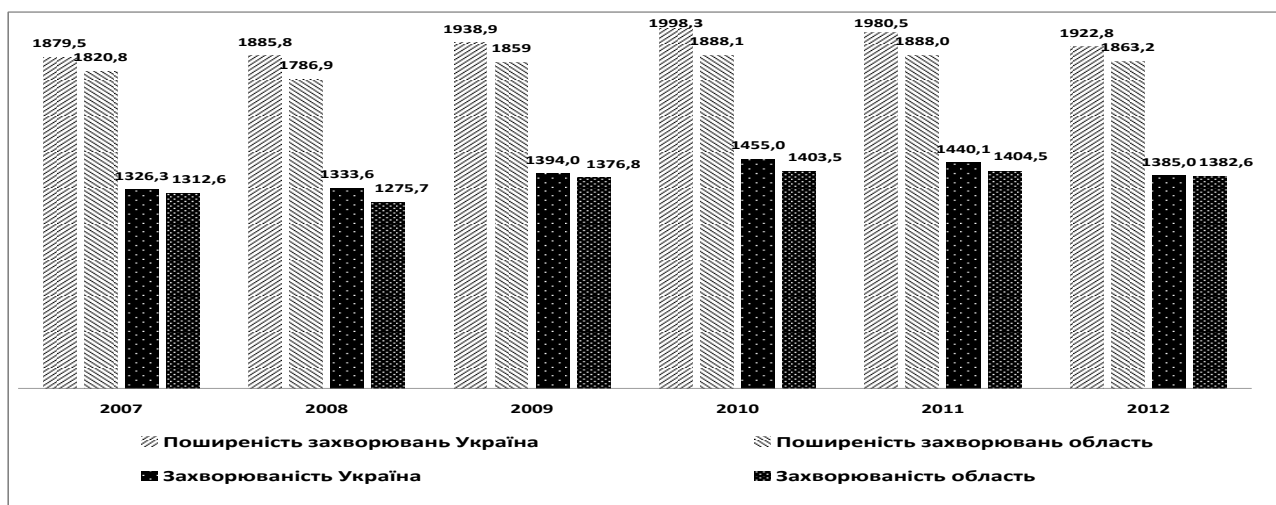


Рис. 1. Поширеність хвороб та захворюваність дитячого населення України та Львівської області (на 1 тис. дітей) в 2007-2012 рр.

Загальні рівні захворюваності та поширеності хвороб серед дітей Львівської області є традиційно нижчими від загальноукраїнських. Так, у 2012 році загальноукраїнські показники захворюваності були на рівні 1385,0, а поширеності хвороб – 1922,8 на 1 тис. дітей.

Основну частку в структурі захворюваності дітей області формують хвороби органів дихання, на які у 2012 році припадало 70,0 % усіх випадків захворювань. Наступні місця посіли хвороби: шкіри та підшкірної клітковини (4,5 %), органів травлення (3,9 %), вуха та соскоподібного відростка (3,8 %), ока та придаткового апарату (3,5 %). Разом вищеозначені класи хвороб склали 85,8 % первинної захворюваності серед дітей області. У 2007 році ці класи становили 84,3 % усіх випадків вперше зареєстрованих захворювань.

Найбільшу питому вагу в поширеності хвороб у 2012 році займали класи хвороб: органів дихання (55,1 %); ендокринної системи, розладів харчування та обміну речовин (7,3 %); органів травлення (5,6 %); ока та придаткового апарату (4,8 %); кістково-м'язової системи (4,1 %). На перераховані вище п'ять класів хвороб МКХ-10 припадало 76,9 % усіх зареєстрованих випадків захворювань серед дітей протягом року. У 2007 році ці ж класи хвороб займали перші п'ять місць у структурі поширеності і на них припадало 77,6 % усіх зареєстрованих випадків протягом року.

Для аналізу динаміки показників за окремими класами хвороб ми порівняли середні показники захворюваності та поширеності хвороб серед дітей області за два трирічні періоди (2007–2009 рр. та 2010–2012 рр.) (табл. 1).

Середні рівні захворюваності та поширеності хвороб статистично незначуще виросли на 5,7 % та 3,2 % ( $p > 0,05$ ). Протягом 2010–2012 рр., у порівнянні з попереднім трирічним періодом, статистично значуще ( $p < 0,05$ ) зросли показники захворюваності з приводу хвороб: нервової системи (на 23,0%), сечостатевої системи (14,4 %), ока та придаткового апарату (5,7 %), а також травм та отруєнь (8,6 %). Значуще ( $p < 0,05$ ) зростання показників поширеності хвороб було зареєстровано у зв'язку із новоутвореннями (на 16,7%), хворобами нервової системи (16,2 %), аномаліями (14,3 %), травмами та отруєннями (9,3 %), а також хворобами: вуха і соскоподібного відростка (10,2%), сечостатевої системи (9,1 %), кровообігу (7,3 %), ока та придаткового апарату (4,3 %), шкіри і підшкірної клітковини (3,9 %). Значуще ( $p < 0,05$ ) зниження показників було виявлене тільки з приводу окремих станів перинатального періоду (на 30,3 %).

Таблиця 1. Середні показники захворюваності та поширеності хвороб серед дітей Львівської області у 2007-2009 рр. та 2010-2012 рр. (на 1 тис. дітей)

Найменування класів хвороб за МКХ-10	Захворюваність (на 1 тис. дітей)		Поширеність хвороб (на 1 тис. дітей)	
	2007–2009	2010–2012	2007–2009	2010–2012
Інфекційні та паразитарні хвороби	37,0 ± 1,4	39,3 ± 1,2	40,3 ± 1,4	41,9 ± 1,3
Новоутворення	3,1 ± 0,1	3,6 ± 0,2	7,2 ± 0,1	8,4 ± 0,4*
Хвороби крові	17,2 ± 0,5	14,8 ± 1,3	44,1 ± 0,6	44,1 ± 0,4
Ендокринні хвороби	21,9 ± 0,7	18,5 ± 1,3	141,2 ± 0,5	137,9 ± 3,6
Розлади психіки і поведінки	5,9 ± 0,1	6,1 ± 0,1	32,0 ± 0,5	32,6 ± 0,3
Хвороби нервової системи	12,6 ± 0,4	15,5 ± 0,3**	34,5 ± 0,5	40,1 ± 0,5**
Хвороби ока та придаткового апарату	45,6 ± 0,1	48,2 ± 0,4**	86,1 ± 0,1	89,8 ± 0,73**
Хвороби вуха і соскоподібного відростка	45,9 ± 0,3	50,9 ± 1,0	50,0 ± 0,2	55,1 ± 0,9**
Хвороби системи кровообігу	5,4 ± 0,2	5,4 ± 0,3	17,9 ± 0,2	19,2 ± 0,4
Хвороби органів дихання	915,4 ± 32,3	976,3 ± 4,6	984,8 ± 31,4	1038,7 ± 5,4
Хвороби органів травлення	56,8 ± 2,3	53,9 ± 0,3	130,4 ± 12,9	105,4 ± 0,7
Хвороби шкіри і підшкірної клітковини	59,9 ± 0,3	61,8 ± 0,9	72,5 ± 0,3	75,3 ± 0,8*
Хвороби кістково-м'язової системи	26,4 ± 1,3	29,5 ± 0,5	75,0 ± 1,3	77,5 ± 0,7
Хвороби сечостатевої с-ми	28,4 ± 0,5	32,5 ± 0,3**	50,7 ± 0,7	55,3 ± 0,9*
Ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду	0,6 ± 0,0	0,5 ± 0,1	0,7 ± 0,4	0,5 ± 0,03
Окремі стани перинатального періоду	7,6 ± 0,2	5,3 ± 0,3**	7,6 ± 0,03	5,3 ± 0,3**
Вроджені аномалії	3,9 ± 0,1	4,0 ± 0,1*	18,2 ± 0,3	20,8 ± 0,8*
Симптоми, ознаки	0,0 ± 0,0	0,1 ± 0,03	0,06 ± 0,2	0,07 ± 0,02
Травми та отруєння	28,0 ± 0,3	30,4 ± 0,5	28,9 ± 0,4	31,6 ± 0,5*
Усі хвороби	1321,7 ± 29,5	1396,9 ± 7,1	1822,2 ± 20,8	1879,7 ± 8,3
* – $p < 0,05$ ; ** – $p < 0,01$ ; *** – $p < 0,001$				

Висновки. 1. Захворюваність дітей Львівської області за період 2007–2012 рр. не має тенденції до зниження і вимагає постійної підвищеної уваги до проблем дітей. 2. Слід посилити діяльність, спрямовану на первинну профілактику травм та отруєнь серед дітей, хвороб ока та придаткового

апарату, своєчасне виявлення та ефективне лікування розладів зору, хвороб нервової та сечостатевої систем. 3. Поліпшення здоров'я дітей потребує не лише поєднання зусиль органів охорони здоров'я та освіти, але й комплексної міжсекторальної державної підтримки.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Закон України «Про Загальнодержавну програму "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" на період до 2016 року» [Електронний ресурс] // Режим доступу: .
2. Моїсеєнко, Р. О. Частота та структура захворюваності дітей в Україні та шляхи її зниження / Р. О. Моїсеєнко // Современная педиатрия. – 2009. – № 2 (24). – С. 10–14.
3. Моїсеєнко, Р. О. Аналіз та тенденції захворюваності дитячого населення України / Р. О. Моїсеєнко, Я. І. Соколовська, Т. К. Кульчицька, Т. М. Бухановська // Современная педиатрия. – 2010. – № 3 (31). – С.13–17.
4. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава» / за ред. О. В. Аніщенко. – К. : МОЗ України, 2011. – 104 с.

### **ОРГАНІЗАЦІЯ СКЕРУВАННЯ МІСЬКИХ ДІТЕЙ НА ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ З ПРИВОДУ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ**

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

***Н.К. Бачун**, заст. головного лікаря комунальної 1-ої міської поліклініки м. Львова; **М.Г. Телішевська**, співробітник БФ «Салюс».*

Реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачає чіткий розподіл на служби первинної та вторинної медичної допомоги, посилення ролі лікарів первинного рівня у формуванні маршрутів пацієнтів та їх скеруванні на стаціонарне лікування [1-4].

Метою дослідження було вивчення ролі лікарів первинного рівня у скеруванні дітей, хворих на гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів (ГРІ), на стаціонарне лікування.

Матеріали та методи. Проведений персоніфікований аналіз даних статистичних форм №№ 066/о, заповнених на дітей (0-17 років), які лікувались протягом року з приводу ГРІ у стаціонарі міської дитячої лікарні (МДЛ).

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом року у стаціонарі МДЛ було зареєстровано 1215 випадків госпіталізації дітей з приводу ГРІ (код МКХ-10 – J00-J06). Середня тривалість одного випадку лікування становила  $7,2 \pm 0,1$  календарних днів. Летальних випадків не було зареєстровано.

Аналіз розподілу випадків госпіталізації залежно від шляхів скерування дітей у стаціонар (табл. 1) показав, що у 34,2 % випадків хворі діти були доставлені каретою швидкої допомоги, у 28,2 % випадків батьки самі звернулись з проханням госпіталізувати їхніх дітей, у 21,0 % випадків скерування на госпіталізацію були виписані лікарями консультативної поліклініки (КП) МДЛ, і тільки у 16,0 % випадків дітей скерували лікарі первинного рівня за місцем проживання дитини.

Частота скерування на госпіталізацію дітей з даною патологією лікарями первинного рівня була статистично значуще ( $p < 0,01$ ) нижчою, ніж частота скерування хворих іншими шляхами. Найчастіше (кожна третя дитина) дітей, хворих на ГРІ, госпіталізували в стаціонар лікарі швидкої допомоги.

Серед усіх випадків госпіталізації протягом року 35,7 % припадало на випадки госпіталізації дітей першого року життя, які перебувають під особливою увагою лікарів.

Табл. 1. Розподіл госпіталізованих дітей різного віку, хворих на ГРІ, залежно від шляхів їх скерування в стаціонар міської дитячої лікарні

Скерування	Усі діти		Діти першого року життя		Діти у віці 1-17 років	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
На прохання батьків	350	28,8	133	30,6	217	27,7
Швидка допомога	416	34,2	151	34,8	265	33,9
Лікарі первинного рівня	255	21,0	53	12,2	202	25,9
Лікарі консультативної поліклініки МДЛ	195	16,0	97	22,4	98	12,5
Всього	1216	100,0	434	100,0	782	100,0

Враховуючи це, ми порівняли частоту скерування різними шляхами дітей першого року життя та дітей у віці один рік і старше (табл. 1).

Встановлено, що розподіли частот скерувань значуще ( $p < 0,001$ ) відрізнялись у цих двох вікових групах. Дітей першого року життя значуще ( $p < 0,001$ ) найрідше скерували лікарі КП МДЛ (у 12,2 %), а дітей віком 1 рік і старших – лікарі первинного рівня (у 12,5 %;  $p < 0,01$ ).

Частота госпіталізації дітей першого року життя значуще не відрізнялась ( $p > 0,05$ ) при скеруванні їх лікарями швидкої допомоги (34,8 %) та госпіталізацією на прохання батьків (30,6 %).

Хворі діти у віці 1 рік і старші найчастіше ( $p < 0,01$ ) госпіталізувались за скеруванням лікарів швидкої допомоги (у 33,9 %).

Звертає на себе увагу те, що, незалежно від вікової групи дітей, частота їх госпіталізації на прохання батьків була значуще ( $p < 0,01$ ) вищою, у порівнянні з частотою госпіталізації за скеруванням лікарів як КП МДКЛ, так і первинного рівня.

Висновки. 1. Виявлено, що лікарі первинного рівня надання медичної допомоги за місцем проживання дітей не відіграють вирішальної ролі у їх скеруванні на госпіталізацію з приводу ГРІ. Проведене дослідження показало, що протягом року вони видали дітям скерування на госпіталізацію у міську дитячу лікарню лише у 16,0 % випадків, що було значуще ( $p < 0,01$ ) нижче, ніж частота скерувань іншими шляхами. Серед дітей першого року життя, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ГРІ, тільки кожна п'ята дитина була скерована на госпіталізацію лікарями первинного рівня.

2. Провідну роль у госпіталізації дітей з приводу ГРІ відіграють лікарі швидкої медичної допомоги, за скеруваннями яких була госпіталізована кожна третя дитина (34,2 %).

3. Встановлено, що 28,8 % випадків госпіталізації було проведено на прохання батьків дітей.

4. Значну роль у формуванні контингентів дітей віком один рік і старших, госпіталізованих у стаціонар МДЛ у зв'язку з ГРІ, відіграють лікарі її консультативної поліклініки. Протягом року 25,8 % випадків госпіталізації цих дітей відбувалось за їх скеруваннями.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Лехан, В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
2. Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України: метод. рекомендації / Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха, В. Г. Слабкий, Л. В. Полікова ; ДУ «Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України», Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2010. – 25 с.
3. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К., 2005. – 168 с.
4. Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги: метод. рекомендації / МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України». – К., 2010. – 25 с.

# НАПРАВЛЕННОСТЬ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ХАРЬКОВСКОЙ ШКОЛЫ ГИГИЕНЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК ОТРАЖЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОБСТАНОВКИ КОНЦА XX – НАЧАЛА XXI ВЕКОВ

*Л.В. Подригало, доктор медицинских наук, профессор кафедры гигиены и социальной медицины Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина*

*Г.Н. Даниленко, доктор медицинских наук, ст. науч. сотр., заведующий отделом школьной медицины и гигиены подростков ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины»*

Гигиена как составная часть профилактической медицины сочетает в себе черты фундаментальной и прикладной научной дисциплины. С одной стороны, основная цель ее состоит в изучении особенностей детского здоровья на различных уровнях с использованием критериев как характеризующих, так и обуславливающих здоровье, что предполагает фундаментальность исследований. С другой стороны, именно результаты гигиенических исследований имеют выраженную практическую значимость, разрабатываемые рекомендации позволяют улучшить здоровье детских контингентов. В связи с этим актуализируется выбор направленности исследований, его соответствие особенностям социально-экономической обстановки в обществе.

Уникальность ситуации, сложившейся в Харькове, состоит в том, что наряду с профильной кафедрой медицинского университета в городе функционирует академический научно-исследовательский институт, занимающийся проблемами детского здоровья. Объединение усилий этих научных подразделений позволяет не только повысить актуальность и значимость исследований, но и избежать дублирования в работе, планируя ее согласно планам действующей в Харькове Региональной комплексной программы МЗ и АМН «Охрана здоровья детей и подростков».

Анализ эффективности этого творческого содружества, действующего с начала 90-х годов XX века и по сей день, и составил цель настоящей работы.

Начало 90-х годов отмечено серьезными изменениями в организации школьного и среднего специального обучения, реформированием и массированным внедрением в практику педагогических инноваций и обучающих технологий. Кроме того, существенным фактором, ухудшающим здоровье детского населения, явились последствия Чернобыльской катастрофы. При участии специалистов ХНМУ и НИИ ОЗДП была обоснована, разработана и апробирована технология оздоровления детей, проживающих в радиационно

неблагополучных районах [1]. Изучение влияния образовательных учреждений нового типа (лицеев, гимназий, высших ПТУ) на функциональное состояние учащихся позволило не только разработать оригинальные методики скрининг-оценки как здоровья, так и санитарно-эпидемиологического благополучия, но и предложить комплексы мероприятий по их улучшению [2; 3; 4]. В этот период под руководством проф. М.В. Кривоносова была разработана концепция «школьной донозологии», зависящей от факторов внутришкольной среды, в основу которой был положен этиопатогенетический подход, что дало возможность предложить не только методики прогнозирования, но и принципы оздоровления детей в этом состоянии [5; 6].

Компьютеризация учебного процесса и досуга, появление новых видов предметов детского ассортимента (компьютерные игры, электронные игрушки) предопределили необходимость работ, посвященных изучению особенностей визуального окружения школьников и молодежи, созданию системы профилактики визуальной агрессии. На основе популяционных и натуральных исследований было подтверждено неблагоприятное воздействие компьютерных игр, электронных игрушек, печатной продукции, произведенной с нарушениями гигиенических требований. Проведенные исследования позволили впервые создать оригинальные методики гигиенической оценки электронных игрушек и компьютерных игр [7; 8]. Логическим продолжением этого направления стало изучение электронных обучающих средств, растущая популярность которых предопределила необходимость их гигиенической регламентации.

Эта работа послужила предпосылкой для творческого сотрудничества с кафедрой гигиены и экологии Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова. С позиций комплексного офтальмогигиенического подхода подтверждены различия зрительных параметров, иллюстрирующие снижение адаптационных возможностей и формирование донозологического состояния, которое характеризуется дезинтеграцией функционирования зрительной сенсорной системы, психологического статуса, функционального состояния [9]. Прогностический подход, положенный в основу предлагаемой схемы, позволяет оценивать риск развития зрительной патологии у подростков, находящихся в условиях высоких визуальных и информационных нагрузок.

Актуальность и практическая значимость проводимых научных исследований, соответствие их социальным потребностям общества подтверждается и использованием полученных результатов в процессе подготовки будущих врачей-гигиенистов. В национальном учебнике по

дисципліні «Гігієна дітей і підлітків» [10] із 30 розділів 12 підготовлені спеціалістами профільної кафедри ХНМУ і НІІ ОЗДП з привлеченням результатів науково-дослідницьких робіт. При освітленні проблем здоров'я дитячого населення і виділення факторів, його формуючих, організації моніторингу як інструмента управління здоров'ям приведені власні дані. Краєугольним камнем вказаної гігієнічної дисципліни є дослідження взаємозв'язків в системі «учень – шкільна середовище», і саме цей розділ підготовлений авторами даної роботи. Ураховуючи недостатність методичної літератури, будуть корисними спеціалістам розділи, присвячені друкованій продукції, електронним іграшкам. Таким чином, результативність і ефективність наукових досліджень передбачена їх соціальною спрямованістю, відповідністю потребам сучасного суспільства, востребованістю отриманих результатів в практичній діяльності.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Організація оздоровлення школярів, підвергнутих радіаційному впливу, в літніх таборів санаторного типу : Методичні рекомендації / М. В. Кривоносов, А. А. Беседина, Л. В. Подригало. – Х., 1993. – 16 с.
2. Скринінг-тестування здоров'я дітей шкільного віку та підлітків : Методичні рекомендації / Г. М. Даниленко, О. А. Беседина, Л. В. Подригало. – Х., 1996. – 23 с.
3. Заходи щодо збереження здоров'я підлітків професійних навчально-виховних закладів : Методичні рекомендації / О. А. Беседина, Г. М. Даниленко, Л. В. Подригало. – Х., 1997. – 18 с.
4. Індексна оцінка факторів внутрішнього шкільного середовища : Методичні рекомендації / Г. М. Даниленко, О. А. Беседина, Л. В. Подригало. – Х., 1997. – 23 с.
5. Прогнозування ризику розвитку вітамінодефіцитних станів у дітей шкільного віку : Інформаційне листівко № 129. / М. В. Кривоносов, А. А. Беседина, Л. В. Подригало. – К., 1994. – 2 с.
6. Організація відпочинку дітей з різним рівнем здоров'я : Методичні рекомендації / О. А. Беседина, Л. В. Подригало, Г. М. Даниленко. – Х., 1998. – 36 с.
7. Оцінка та прогнозування впливу ігрових засобів відображення інформації на стан здоров'я школярів : Методичні рекомендації / М. В. Кривоносов, Л. В. Подригало, Г. М. Даниленко. – Х., 2003. – 20 с.
8. МР 5.5.6 – 146 – 2007 «Методика гігієнічної оцінки комп'ютерних ігор» / Л. В. Подригало, Т. Ю. Мітельова. – К., 2007 – 22 с.
9. Сергета, І. В. Офтальмо-гігієнічні аспекти сучасного візуального середовища дітей, підлітків і молоді / І. В. Сергета, Л. В. Подригало, Н. В. Малачкова. – Вінниця : «Діло», 2009. – 176 с.
10. Гігієна дітей та підлітків : Підручник / За ред. В. І. Берзіня. – К. : Вид. дім «Асканія», 2008. – 304 с.

# ОЦЕНКА РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

*В.Г. Пузырев, кандидат медицинских наук, ассистент*

*Н.В. Здоровцева, кандидат медицинских наук, доцент*

*В.А. Глуценко, кандидат медицинских наук, доцент*

*(кафедра общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета)*

С целью субъективной оценки организации и качества профилактической работы было проведено анонимное анкетирование родителей, для чего была разработана «Анкета оценки качества профилактической помощи детям», содержащая 71 вопрос. Респондентами являлись матери 1200 детей 1-2 года жизни из 25 детских поликлиник, расположенных в разных районах Санкт-Петербурга. Полученные результаты сравнивались с данными официальной медицинской документации («История развития ребенка») и данными анонимного анкетирования участковых врачей-педиатров.

По данным анкетирования родителей, «Школу материнства» посещали лишь 12,2 % женщин. Приведенные сведения противоречат данным, полученным путем выкопировки из первичной медицинской документации, причём противоречия эти настолько ярки, что вызывают сомнения в достоверности информации, имеющейся в «Историях развития ребенка». Так, если по данным документации, «Школу материнства» посещали все 100,0 % беременных в возрасте до 18 лет, а также 35 лет и старше, и 96,2 % – в возрасте от 18 до 35 лет, то, судя по ответам респондентов, эти показатели выглядят следующим образом: 11,3 %, 9,6 % и 14,6 % соответственно.

Аналогичная ситуация складывается и с охватом беременных дородовым патронажем: указанный респондентами показатель в 2,3 раза ниже зафиксированного в медицинской документации (43,7 против 99,4 %).

Правильная организация режима дня, питания, прогулок, закаливания и т.д., несомненно, играет ведущую роль в формировании здоровья ребенка и является одной из основ профилактики. Поэтому своевременность, грамотность дачи и выполнения рекомендаций по вышперечисленным направлениям, безусловно, имеет наиважнейшее значение. Результаты проведенного анкетирования показали, что рекомендации по питанию были даны педиатрами только 92,0 % детей, 8,0 % – рекомендаций не получали. К пациентам, не получившим рекомендаций, относятся 9,9 % детей, имеющих матерей в

возрасте 18–34 года. Рекомендации по режиму дня, гимнастике, массажу и закаливанию детей давались еще меньшему количеству респондентов.

При этом полученные в результате анкетирования родителей показатели, характеризующие охват пациентов указанными рекомендациями, значительно ниже аналогичных показателей, полученных путем анкетирования педиатров и тем более путем выкопировки данных из «Историй развития ребенка», где все они равняются 100,0 %. По сведениям, полученным от педиатров, назначения по режиму дня всегда давались 87,0 % пациентов; по данным родителей, доля детей, получивших указанные рекомендации, в 1,2 раза меньше, по гимнастике – меньше в 1,5 раза, по массажу – в 1,1 и по закаливанию – в 1,7 раза (73,9 %, 45,8 %, 63,6 %, 36,2 % соответственно).

По информации матерей, удельный вес детей, получивших назначения по применению витамина D, в 1,6 раза меньше (62,9 %), нежели указано в первичной медицинской документации, и в 1,1 раза – указанного педиатрами. Процедуры УФО назначались в 10,3 раза реже (4,2 %), чем это указано в «Историях развития ребенка» и в 2,3 раза реже показателя, озвученного педиатрами. Препараты железа назначались в 8,6 раза чаще, чем зафиксировано в документации (40,4 %), и в 2,6 раза чаще, чем указывалось педиатрами.

В ходе исследования респондентам было предложено изложить свое мнение о прививках. 80,2 % опрошенных считают прививки полезными, 15,9 % полагают, что прививки нужны, но не все, а 3,9 % уверены, что прививки наносят вред. О пользе прививок говорят все 100,0 % матерей в возрасте до 18 лет, 76,6 % матерей 18–34 лет и 66,7 % матерей 35 лет и старше. 23,4 % матерей в возрасте от 18 до 35 лет указывают на необходимость не всех, а лишь некоторых прививок. 33,3 % женщин 35 лет и старше считают, что прививки приносят только вред. О существовании прививочного календаря знают 84,3 % респондентов, а 15,7 % не знают. Приведенные данные опять-таки не соответствуют информации о стопроцентной вакцинации детей по календарю прививок, имеющейся в «Историях развития ребенка», что совершенно естественно, учитывая высокий уровень заболеваемости пациентов и большую долю имеющих аллергические реакции.

В результате проведенного анкетирования было установлено, что профилактические осмотры узких специалистов посещали 73,9 % детей, четверть (26,1%) пациентов означенных осмотров не посещала. Приведенные показатели вновь противоречат сведениям, зафиксированным в первичной медицинской документации: такими узкими специалистами, как офтальмолог, отоларинголог, стоматолог, действительно были осмотрены далеко не все дети

первого года жизни, но по данным документов травматологом-ортопедом и неврологом было осмотрено соответственно 98,7 и 98,4 % пациентов.

По мнению большинства респондентов (71,2 %), профилактическая помощь детям должна быть полностью бесплатной, 28,8 % оптимальной считают частично оплачиваемую профилактическую помощь, полностью платную помощь никто не поддержал. За полностью бесплатную профилактическую помощь высказались 82,3 % «юных» матерей, 70,4 % женщин 18–34 лет и 59,8 % – 35 лет и старше.

Анализ полученных данных показал, что наибольшая доля матерей, поддерживающих полностью бесплатную профилактическую помощь детям, отмечается среди респондентов, имеющих возможность оплачивать только самые необходимые препараты и процедуры. С уменьшением указанной доли матерей возрастает удельный вес соглашающихся с частично оплачиваемой профилактической помощью.

На вопрос: «Как Вы считаете, нужна ли вообще профилактическая работа?» респонденты практически единодушно (95,8 %) подтвердили ее необходимость, 4,2 % затруднились ответить.

При анкетировании родителям было предложено указать основные недостатки, имеющиеся в организации профилактической работы, и сформулировать предложения по их устранению. 50,2 % респондентов указали на недостаток и даже отсутствие необходимых лабораторий и узких специалистов, 23,4 % высказали неудовлетворенность наличием платных процедур, 16,6 % отметили крайне неразборчивый почерк врачей, а 9,8 % затруднились ответить на данный вопрос.

Вывод: сравнительная оценка данных, полученных путем выкопировки их из первичной медицинской документации, анкетирования педиатров и родителей, свидетельствует о недобросовестности ведения «Историй развития ребенка». По сведениям, полученным от родителей, показатели, характеризующие профилактическую работу с детьми первого года жизни, ниже полученных путем анонимного анкетирования педиатров и значительно ниже приведенных в документации.

Приведенные нами данные свидетельствуют о существенных недостатках в организации профилактической работы с детьми первого года жизни и в проведении участковыми врачами-педиатрами работы по гигиеническому обучению и воспитанию населения.

## CIVIC MONITORING OF HEALTH SERVICE IN POLAND AMONG THE ACTIVITY OF NON-GOVERNMENTAL ORGANISATIONS

*Jakub Ryszard Stempień, PhD, lecturer, Department of Sociology, Medical University of Łódź*

In the paper the activity of Polish non-governmental organisations that monitor functioning of health service institutions will be investigated. The results of own both qualitative and quantitative researches (conducted as a part of a doctoral project) will be presented and discussed.

The analysis is developed in the perspective of currently growing in many countries (especially western democracies) social demand for deeper influence over public affairs. This demand – observed among last decades – may be concerned as a result of activation of civil societies and revival of specific civic spirit. Emancipated citizens now want to exercise a more precise control over public affairs, than it was a couple of decades ago, in the era of developed and predominant welfare state [1, p. 21; 2, p. 240]. Moreover, the contemporary problems arise from the specific political, economic and social situations. High professional qualifications are more desirable today than they were, for instance, 50 years ago. Increasingly complicated decisions have to be made in a very short time [3, p. 53-54]. This problem refers to many areas of social matters (inter alia: labour market, army and defence issues, foreign affairs, environmental protection) and particularly to health care system. Decisions made by politicians and civil servants seem often incomprehensible to ordinary citizens. Then there appears the strong need not only for explaining, but also for controlling those decisions.

In this perspective the role of specialised non-governmental organisations (named watchdog NGOs) that monitor public institutions functioning becomes vital. It should be emphasized that the activity of watchdog NGOs is only one component of a wider system of controlling performances of local and central government. Other elements of this system are: public audit institutions actions, mass media monitoring (investigative journalism) and monitoring conducted *via* informal and spontaneous citizens' actions [4, p. 111-114]. Those elements are complementary (not competitive) and their simultaneous implementation should provide a synergy effect (called also *the 2 + 2 = 5 effect* [5, p. 381]).

The own research project “Civil monitoring of central and local authorities by selected non-governmental organizations” (*Obywatelski monitoring władzy państwowej i samorządowej w działalności wybranych organizacji pozarządowych*) was carried out by the author as a PhD project at the Faculty of Economics and

Sociology of the University of Lodz (Poland) from 2005 to 2012, in cooperation with the Stefan Batory Foundation [6, p. 227-262]. The project, undertaken in the form of a case study, was devoted above all to those organizations which received a Batory Foundation grant to participate in the programme “Watchdog activities” (*Działania strażnicze*), from 2004 to 2008. However, it seems reasonable to assume that the observations are applicable to the entire Polish watchdog sector. In the project following research techniques were exploited: content analysis (of project documentation 2004-2008); email questionnaires (filled in by the beneficiaries of the programme); and non-governmental experts in-depth interviews. The main purpose of the project was to create a comprehensive description of the organizations participating, from 2004 to 2008, in the consecutive editions of the Batory Foundation’s programme “Watchdog activities” [6, p. 227-262].

It may be stated that the problem of improper functioning of the health service in Poland has been one of the most important, most popular and most socially irritating issues in public debate since 1989. Nationwide survey by Public Opinion Research Centre (Centrum Badania Opinii Społecznej), conducted in 2006, showed that 68% adult Poles had assessed the access to public health care as scarce. What is more, 70% of citizens found the offer of public health services as inefficient [7, p. 3-5]. Many facts prove that the Polish society does not bestow trust upon medicals and the health care institutions [8, 9]. Physicians are perceived often as grafters, whose blameworthy performances should be precisely controlled, made public and punished [10].

In this background actions of particular watchdog NGOs are undertaken. The civil monitoring of health service seems in fact socially important and expected. The own research proved that performing controlling actions in this field had been one of the most frequent among projects financed by Batory Foundation. More popular was only budget-watch (monitoring of government’s budgeting process), however it also might in some cases refer to the health service institutions functioning. Nevertheless, the monitoring of implementing the principle of transparency (and rules of *the Act of Access to the Public Information*), monitoring of human rights and civil liberties as well as anticorruption actions were – among activity of investigated watchdog NGOs – less popular than monitoring of environment protection and monitoring of public health security (classified into one category).

Projects financed by Batory Foundation realised in the field of public health service monitoring aimed for example at:

– collecting data about lawmaking in the domain of health care (particularly in the field of reimbursement of medicines);

- operating the complete description of the work of public institutions in psychiatry;
- examining the problem of respecting patients' rights in Poland (particularly in the field of perinatal service);
- investigating the incapacitation practices (in the context of recruiting inmates of welfare homes).

The category of beneficiaries of those projects was quite heterogeneous, including: pregnant women, infants' mothers, mentally ill people and patients as a whole. Monitored institutions were inter alia: The National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia), The State Fund for Rehabilitation of Persons with Disabilities (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) and The Social Insurance Institution (Zakład Ubezpieczeń Społecznych).

The most important problem identified in the project is the case of efficiency of monitoring conducted by watchdog NGOs in Poland. Investigated organisations declared that they were able to force controlled institution to abandon their reprehensible practices only in the minority of cases. In many situations results of non-governmental monitoring are ignored by controlled institutions.

#### REFERENCES:

1. Burean, T. [2007], Political Accountability and Representation. A Conceptual Overview, (in:) J. Niżnik, N. Ryabinska (edit.), Political Accountability: Conceptual, Theoretical and Empirical Dimensions, Warsaw: IFiS PAN.
2. Dunkerley, D., Fudge S. [2004], The Role of Civil Society in European Integration. A Framework for Analysis, "European Societies" 6.
3. Kuehnelt-Leddihn, E. [1996], Demokratie: Eine Analyse Graz: L. Stocker.
4. Stempień, J.R. [2012], Use of the „Principal-Agent” model in the process of investigating and analyzing representative democratic systems, "Przegląd Socjologiczny" 61.
5. Gustafsson, C. [2006], Idiergy, Management, and the Second Law of Organisational Dynamics, "Homo Oeconomicus" 23.
  1. Stempień, J.R. [2012], Obywatelski monitoring władzy państwowej i samorządowej w działalności wybranych organizacji pozarządowych – doctoral thesis prepared and accessible at University of Lodz.
  2. Boguszewski, R. [2007], The Most Important Goals of the State – Suggestions and Evaluations, report PORC/CBOS nr 4.
  3. Monkos, A. [2010], Polacy lubią oceniać lekarzy. W Internecie, "Dziennik Gazeta Prawna" 2766.
  4. Makosz, A. [2010], Rosną odszkodowania za błędy lekarskie, "Dziennik Gazeta Prawna" 2765.
  5. Boguszewski, R. [2007], Corruption in Health Service – Opinions and Experience in Poland, report PORC/CBOS nr 55.

## ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*В.С. Тарханов, заместитель главного врача ГБУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница» МЗ Астраханской области*

Инвалидность представляет собой важный медико-социальный индикатор общественного здоровья и характеризует уровень социально-экономического развития общества, экологическое состояние территории, качество проводимых профилактических мероприятий. Проблема инвалидности связана с различными аспектами социальной политики государства, зависит от экономического, культурного уровня развития страны, менталитета общества [1, с. 116].

Реформы 1990-х годов привели к социальной поляризации населения, следствием чего явилось увеличение уровня депрессии, реактивных психозов, тяжелых неврозов, психосоматических расстройств. Результатом реформ явилась возникшая в нулевые годы долгосрочная проблема, связанная с последствиями моральной, физической и интеллектуальной деградации значительной части населения, живущего в состоянии хронической бедности [2, с. 14]. Все это не могло не сказаться и так и сказалось на состоянии психического здоровья общества. Не явилась исключением и Астраханская область, где на фоне неблагоприятных тенденций заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в течение всех последних лет растет уровень инвалидизации населения.

Так, если в 1995 году уровень общей инвалидности вследствие психических расстройств составлял 51,2, то к 2000 году он вырос до 60,9, к 2005 году – до 81,1, а к 2011 году – до 87,7 на 10 тыс. населения. В нозологической структуре общей инвалидности первые два места занимали умственная отсталость (42,1 %) и шизофрения (34,1 %). На третьем месте, но со значительно меньшим удельным весом, находились психические расстройства вследствие эпилепсии (4,7 %). На долю других заболеваний приходилось 19,1 %. Причем в течение последних лет нозологическая структура общей инвалидности существенно не менялась.

В настоящее время среди общего количества инвалидов 10,4 % составляют дети и подростки в возрасте до 18 лет. Основной причиной инвалидизации детей и подростков является умственная отсталость, на долю которой в структуре общей инвалидности в 2011 году приходилось 78,4 %, второе место занимали различные формы раннего детского аутизма и

шизофрения (15,9 %), третье место занимали психические расстройства и слабоумие вследствие эпилепсии (3,8 %). В течение последних лет отмечается тенденция к уменьшению доли детей и подростков, больных шизофренией и увеличению доли с ранним детским аутизмом.

Важную роль в оценке инвалидизации населения, наравне с показателем общей инвалидности, играет показатель первичной инвалидности, которую иногда менее точно называют «первичный выход на инвалидность». Уровень первичной инвалидности населения Астраханской области, после резкого скачка, имевшего место в 2005–2006 гг. (5,0–5,2 на 10 тыс. населения), снизился, а затем стабилизировался и составил в 2009–2011 гг. 3,7–4,0 на 10 тыс. Роль детей и подростков в возрастной структуре первичной инвалидности значительно выше, чем в возрастной структуре общей инвалидности – на их долю приходится около четверти всех впервые признанных инвалидами (2009 г. – 26,4 %; 2010 г. – 28,0 %; 2011 г. – 23,2 %). В 2011 году в нозологической структуре первичной инвалидности всего населения первое место занимали шизофрения (23,0 %) и умственная отсталость (20,6 %), детского населения – умственная отсталость (62,1 %) и хронические неорганические психозы (14,9 %).

Вероятно, снижение и стабилизация показателя первичной заболеваемости связано с появлением атипичных нейролептиков и применением их пролонгированных форм, налаживанием связи между амбулаторным и стационарным звеньями, неплохой преемственностью в лечении, особенно в областном центре. Однако рост общей заболеваемости, с одной стороны, может свидетельствовать об утяжелении первично регистрируемой патологии, а с другой стороны, указывать на негативные явления, имеющие место в областном здравоохранении. Так, в частности, в области отсутствуют какие-либо возможности заниматься реабилитацией больных данного профиля. В 90-е годы были закрыты лечебно-производственные мастерские, закрыт специализированный цех Астраханского лакокрасочного завода, где проходили реабилитацию лица, страдающие психическими и поведенческими расстройствами, в структуре специализированной психиатрической помощи было утрачено общежитие для психически больных лиц и утративших социальные связи. Следовательно, область имеет большой объем неиспользованных резервов для дальнейшего решения проблем психиатрической патологии.

Для решения этих проблем необходимо уделять особое внимание профилактике первичной инвалидности вследствие шизофрении, а также реабилитации этих больных и инвалидов. Это, прежде всего, раннее выявление

заболеваний и своевременное лечение обострений, что возможно лишь при активном наблюдении за этими больными в динамике. Лечение обострений должно быть доступно для больных. Однако, стоимость лекарств в последние годы очень высока, практически прекращено бесплатное обеспечение больных лекарственными средствами, в связи с чем больные перестают посещать врачей в амбулаторных условиях, а это затрудняет наблюдение за их состоянием. Лечение должно проводиться в достаточных лекарственных дозировках, с подбором необходимых сочетаний лекарственных средств, в то время как наблюдается хроническая недопоставка лекарственных препаратов.

Одним из основных моментов профилактики инвалидности является сохранение жизненного стереотипа (семьи, работы по специальности). Реабилитация больных сводится главным образом к трудовой занятости, так как ведущим осложнением или дефектом этой патологии является утрата волевой активности. Поэтому, в случае потери больными места работы и длительной невозможности трудоустройства, специфические дефицитарные нарушения у них формируются быстрее, что также приводит к инвалидизации.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с.
2. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / В. И. Стародубов, Ю. В. Михайлова, А. Е.Иванова [и др.]; под ред. В. И. Стародубова, Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой. – М. : Медицина, 2003. – 288 с.

**СЕКЦІЯ 3.**  
**СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я**  
**ТА МЕДИЧНА СОЦІОЛОГІЯ**

**KULTUROWE UWARUNKOWANIA PROCESU MEDYKALIZACJI**  
**NA PRZYKŁADZIE PŁCI**

*Magdalena Wieczorkowska, doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Zakładzie Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

Główna teza pracy głosi, iż medykalizacja jest procesem silnie uwarunkowanym kulturowo, co dobrze ilustrują przejawy medykalizacji w odniesieniu do płci. Kobiety, w większym stopniu niż mężczyźni podlegają zjawisku medykalizacji, co wynika z uwarunkowań kontekstu kulturowego, w którym proces ten się narodził.

Struktura pracy składa się z następujących elementów:

- Charakterystyka zjawiska medykalizacji
- Przykłady medykalizacji ciała kobiecego i męskiego
- Kontekst kulturowo-społeczny procesu medykalizacji płci
- Wnioski i perspektywy badawcze

Medykalizacja najczęściej definiowana jest jako proces, w którym coraz więcej stanów, zachowań i zjawisk traktowanych do tej pory jako naturalne, wchodzi pod jurysdykcję medycyny [1, s. 4]. Możliwe jest również zawłaszczanie przez medycynę zjawisk będących pod kontrolą innych instytucji – prawa, rodziny czy religii. Zagadnienia stające się przedmiotem interwencji medycznej są definiowane w kategoriach chorób, zaburzeń i dysfunkcji. We wczesnym modelu medykalizacji – który ukształtował się w latach 50. i 60. XX wieku zwracano uwagę na imperializm profesji medycznych, podkreślano kontrolną funkcję medycyny nad życiem jednostek oraz wskazywano na konieczność udziału profesjonalistów medycznych w umedycznianiu kolejnych obszarów życia. Konieczna była medyczna definicja i medyczna interwencja [2, s. 36-40]. Nowy model, który pojawił się pod koniec lat 80. XX wieku rozszerzył definicję tego procesu. Obecnie podkreśla się, że aby zjawisko zostało zmedykalizowane, wystarczy, by zostało ono zdefiniowane w kategoriach choroby czy dysfunkcji, ale można tego dokonać poza kontekstem medycznym. Model ten podkreśla słabnącą rolę profesjonalistów medycznych i zwraca uwagę na tzw. nowych agentów medykalizacji: konsumentów, przemysł farmaceutyczny, media, biotechnologię, genetykę oraz model *managed care* [2, s. 40-42]. To nowe

ujęcie procesu medykalizacji świetnie pokazuje kulturowe podłoże zjawisk związanych z umedycznianiem kolejnych sfer codziennego życia i redefiniowania problemów społecznych w kategoriach problemów medycznych.

Medykalizacja przejawia się na trzech poziomach: 1/ konceptualnym – zjawisko jest definiowane w kategoriach medycznych (a nie moralnych, czy prawnych), 2/instytucjonalnym – zjawisko zdefiniowane uprzednio jako choroba musi być podlegać interwencji medycznej, zatem musi istnieć sieć instytucjonalna oferująca usługi medyczno-zdrowotne, 3/interakcyjnym – jest on połączeniem wyżej omówionych poziomów, gdyż to w bezpośredniej interakcji dokonuje się negocjowanie definicji choroby i określenie form jej leczenia [3, s. 214]. Można także mówić o trzech stopniach medykalizacji. Pewne zjawiska, jak poród, czy śmierć, są całkowicie zmedykalizowane; inne – takie jak menopauza – są umedycznione tylko częściowo; zaś jeszcze inne podlegają jurysdykcji medycyny w nikłym stopniu, jak na przykład uzależnienie od Internetu [1, s. 6]. Stopień medykalizacji zależy od kilku czynników: 1/ wsparcie ze strony profesji medycznych, 2/ odkrycie nowych przyczyn schorzeń, 3/dostępność i opłacalność procedur medycznych, 4/ pokrycie w polisie ubezpieczeniowej, 5/ działalność grup domagających się uznania określonych zjawisk za choroby [1, s. 6-7].

Konsekwencją procesu medykalizacji na poziomie jednostkowym jest wzrost liczby osób, które definiują siebie w kategoriach chorych i wymagających interwencji medycznej, wykorzystywanie choroby (rzeczywistej lub wyimaginowanej), by manipulować otoczeniem w celu uniknięcia przykrych konsekwencji, obowiązków, lub by coś zyskać, redefiniowanie swojej tożsamości przez pryzmat definicji biomedycznych, roszczeniowość wobec medycyny i jej oferty, unikanie odpowiedzialności za swoje życie i działania. Z drugiej strony, proces medykalizacji generuje ogromne koszty ekonomiczne i społeczne związane z absencją w pracy, ograniczeniami funkcjonalnymi, czy jatrogennymi skutkami interwencji medycznych.

Proces medykalizacji przebiega nierównomiernie w odniesieniu do płci – kobiety podlegają znacznie silniejszym oddziaływaniom jego mechanizmów niż mężczyźni. Gdy tylko zaczął obowiązywać dwupłciowy model ciała, kobiece ciało dostało się w okowy medycyny [4, s. 96, 5, s. 1]. Tabela 1 pokazuje wymiary medykalizacji kobiecego i męskiego ciała.

Tabela 1. Medykalizacja ciała kobiecego i męskiego

<b>Ciało kobiece</b>	<b>Ciało męskie</b>
<b>Medykalizacja normalnych wydarzeń życiowych:</b>	
6. Zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS); 7. Ciąża i poród; 8. Menopauza; 9. Starzenie się organizmu;	10. Dysfunkcja erekcji 11. Andropauza
<b>Medyczne i kosmetyczne ulepszenia:</b>	
• Medycyna estetyczna (powiększenie biustu, liposukcja, likwidacja zmarszczek); 12. Kosmetologia i dermatologia	13. Medycyna estetyczna – implanty klatki piersiowej; 14. Sterydy; 15. Łysienie
<b>Nadzór i interwencje:</b>	
16. Mammografia; 17. Cytologia; 18. Badania prenatalne.	19. Obrzezanie

Źródło: opracowanie własne na podst. [5]

Powyższa tabela obrazuje, w jak dużym stopniu medykalizacji podlega ciało kobiece w porównaniu do ciała męskiego. Dzieje się tak dlatego, iż proces medykalizacji jest głęboko zakorzeniony w kulturze zachodniej. Idea społeczeństwa konsumpcyjnego, społeczeństwa ryzyka, koncepcja kultury terapii i kultury lęku to wytwory tzw. cywilizacji zachodniej, która kreuje wzorce ciała kobiecego i męskiego, kładąc większy nacisk na ciało kobiece. Kobieta od początku zajmowała podporządkowaną pozycję i nawet obecnie, gdy mamy do czynienia ze społeczeństwami liberalnymi wciąż obserwuje się różnice w autonomii kobiet i mężczyzn. Kobiety silniej odczuwają presję społeczną związaną z kreowaniem własnego ciała, co może być postrzegane dwojako – z jednej strony, jako efekt podporządkowania, ale z drugiej, może to być przejawem większych możliwości kobiet w zakresie kreowania własnego ciała a tym samym – większej swobody i autonomii kobiet.

Medykalizacja jest fenomenem kulturowym – odnosi się do kultury zachodniej. Równouprawnienie, swoboda seksualna i emancypacja kobiet mogą paradoksalnie przyczyną większej presji społecznej w kierunku kreowania określonego wizerunku ciała. To, co początkowo było przejawem wolności stało się dla kobiet

współczesnych reżimem i autonomią jednocześnie. Ciekawą perspektywą badawczą byłaby analiza zjawiska medykalizacji w kulturze arabskiej, czy azjatyckiej. Czy mamy tak do czynienia z procesem medykalizacji? Jakie są jego podstawy kulturowe? I czy medykalizacja w tak silnym stopniu uwarunkowana jest zmienną płci? Oto pytania, które – być może – staną się inspiracją do kulturowych badań nad fenomenem medykalizacji.

#### CYTOWANA LITERATURA:

3. Conrad, P. *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* / P. Conrad. – Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
4. Wieczorkowska, M., *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, (w:) *Przegląd Socjologiczny*, t. LXI, nr 2.
5. Conrad, P. *Medicalization and Social Control*, *Annual Review of Sociology* / P. Conrad. – Vol. 18. – 1992. – P. 209–232.
6. Buczkowski, A. *Spoleczne tworzenie ciała* / A. Buczkowski. – Kraków: Wyd. UNIVERSITAS, 2005.
7. Waggoner, M. *Gender and Medicalization*, *Sociologists for Women in Society* / M. Waggoner, Ch. Stults. – Spring, 2010.

### **MEDYCYNĄ JAKO WŁADZA W SPOŁECZENSTWIE RYZYKA**

*Mieczysław Gałuszka, dr hab. nauk humanistycznych prof. nadzwyczajny, Zakład Socjologii Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Punktem wyjścia niniejszych rozważań jest następująca teza: medycyna i jej zawodowi przedstawiciele posiadają władzę nad narodzinami, życiem i śmiercią człowieka. Spośród różnych definicji władzy, dla celów tekstu przywołam S. Ossowskiego: „Władza jest możliwością podejmowania i realizowania decyzji niezależnie od woli ludzi, których decyzja w taki czy inny sposób dotyczy” [1, s.20]. Władza rodzi się przede wszystkim z nierównorzędnych, pozbawionych wzajemności, asymetrycznych relacji międzyludzkich. W podobnym tonie wypowiada się M. Castells: „Relacje władzy są kształtowane przez dominację, siłę osadzoną w instytucjach społecznych, a zdolność relacyjną władzy warunkują - choć nie determinują - strukturalne zdolności do dominacji” [2, s.23]. Medycyna i organizacja usług zdrowotnych jest obszarem przejawiania się władzy, która posiada monopol instytucjonalny bowiem człowiek nie może się bez wiedzy i usług medycznych obejść. Władza ta ujawniła się zwłaszcza w epoce społeczeństwa nowoczesnego wraz z dynamicznym rozwojem medycyny, dyscyplin biologicznych oraz nowych wynalazków biotechnologicznych i inżynierii genetycznej. Zgodnie z

koncepcją „społeczeństwa ryzyka” U. Becka [3] dzisiaj w wysokim stopniu zagraża nam ryzyko stwarzane przez samego człowieka w wyniku rozwoju gospodarczego, działalności naukowej rozwoju nowych technologii i zastosowania techniki. Współczesna biomedycyna ryzyka jest wytworem społeczeństwa wiedzy i wzrostu znaczenia profesjonalnych ekspertów, którym oddajemy kontrolę nad życiem jednostki i populacji [4]. Technologia determinuje sposób uprawiania biomedycyny, a ingerencja człowieka w biologiczną naturę gatunku ludzkiego potwierdza, że wiedza staje się władzą. M. Foucault stwierdził: „medycyna to wiedza-władza, która dotyczy jednocześnie ciała i populacji, organizmu i procesów biologicznych, i która będzie miała skutki dyscyplinarne i regularyzacyjne” [5, s. 250]. Wiedza-władza przejawia się zarówno w laboratoriach badawczych na poziomie praktyk klinicznych w relacjach lekarz-pacjent, jak i w konstruowaniu dyskursu publicznego na temat kontrowersyjnych aksjologicznie eksperymentów. Władza związana jest przede wszystkim z profesjonalną wiedzą biologiczną i medyczną, którą dysponują lekarze i naukowcy. Dla jednostek i społeczeństw kluczowym staje się problem, w jaki sposób jest legitymizowana taka władza oraz jakie mamy możliwości jej kontroli.

Składowymi władzy medycyny są:

1/ wymiar organizacyjno-prawny - władza związana z polityką zdrowotną oraz organizacja usług medycznych, które determinują relacje z pacjentami i klientami korzystającymi z systemu opieki zdrowotnej;

2/ wymiar naukowo-korporacyjny - władza przynależy korporacji zawodowej medyków (lekarzy, ratowników, medycznych, pielęgniarek itp.), którzy posiadają profesjonalną wiedzę potwierdzoną dyplomami wydziałów medycznych, uprawniającą ich do wykonywania praktyki medycznej i prowadzenia badań naukowych;

3/ wymiar relacji lekarz-pacjent - władzę posiadają indywidualni lekarze wchodzący w bezpośrednie relacje z pacjentami i ich rodzinami oraz lekarze jako zwierzchnicy innego personelu medycznego;

4/ wymiar dyskursu publicznego biowładzy i bioetyki - władza związana jest z dyskursem publicznym prowadzonym z różnych perspektyw aksjologicznych w imię interesów grup, koalicji, organizacji i instytucji.

Reformy systemów zdrowotnych mają charakter permanentnej walki o wprowadzenie zasad funkcjonowania takiego systemu, który zaspokajałby potrzeby zdrowotne obywateli. Istnieje wiele modeli systemów ochrony zdrowia, wśród których najczęstsze to model: Bismarcka, Beveridg`a, Siemaszki, wolnorynkowy [6]. Różne rozwiązania systemowe dotyczą: finansowania, podmiotów gromadzących fundusze i opłacających świadczenia, zakresu udzielanych świadczeń, sposobu wyceny świadczeń, uprawnionych do świadczeń zdrowotnych, udziału pacjentów w

kosztach leczenia, przywilejów grup społecznych. Warto podkreślić, że w krajach byłego bloku wschodniego coraz częściej w reformach systemów zdrowotnych dopuszcza się mechanizmy wolnorynkowe prowadzące do komercjalizacji i prywatyzacji szpitali.

Hipokratesowe zobowiązanie lekarza to działanie w najlepiej pojętym interesie swojego pacjenta, które współcześnie obwarowane jest ekonomicznymi analizami opłacalności. Utrzymanie zdrowia pacjenta i ratowanie jego życia przestało być głównym celem instytucji medycznych, natomiast takim celem stało się ich przetrwanie. Pomiędzy lekarza i pacjenta wkradły się: „limity przyjęć”, „analizy koszt-efekt”, „identyfikacja kosztów”. Opracowano różne wskaźniki opłacalności, które stanowią obszar decyzyjny władzy ekonomicznej. Przykładem może być współczynnik lat życia skorygowanych o jakość (QALY *quality-adjusted life years*) [7]. Usługi medyczne przestały być darem, a stały się towarem niedostępnym dla wszystkich. Szpitale i kliniki, aby przetrwać, muszą podejmować racjonalno - biurokratyczne strategie decyzyjne dotyczące: dystrybucji, alokowania, racjonowania ograniczonych środków medycznych, wprowadzania limitów przyjęć, prowadzenia oddziałów przynoszących zyski. W publicznej opiece zdrowotnej problemem głównym jest brak środków finansowych na wykonywanie standardowych i zakontraktowanych usług medycznych oraz brak rezerwy finansowej na realizację usług niezakontraktowanych wynikających z tzw. przypadków „loterii życia”. W rynkowej opiece zdrowotnej racjonowanie ekonomiczne związane jest z ceną usługi, zaś w publicznej tworzeniem się kolejek.

Władza wynikająca z wiedzy daje instytucjom opieki zdrowotnej i lekarzom możliwość działania i podejmowania decyzji na kilku poziomach, np. nadzorowanie procesu terapeutycznego, narzucanie definicji choroby, kontrolowanie roli pacjenta i definiowanie uprawnień do bycia chorym, charakteryzowanie relacji zależności w procesie interakcji społecznej. W modelu biomedycznym zadania profesjonalistów medycznych pozostają na poziomie „naprawy zepsutej części organizmu”, a relacja lekarz – pacjent przybiera postać „lekarz-choroba”. Na poziomie lingwistycznym i praktycznym lekarze posiadają wiedzę – władzę niedostępną dla laików, odwołują się do medycyny opartej na faktach co oznacza, że postępują w oparciu o najlepsze dane naukowe (*Evidence-Based Medicine*), pacjent zaś winien respektować ich decyzje. Zasada paternalizmu klinicznego polega na ograniczeniu autonomii jednostki, wymusza uległość wobec władzy lekarzy i instytucji. W bioetyce dyskutowany jest problem zasady zgody po poinformowaniu (*informed consent*), jednakże ze względu na niską alfabetyzację medyczną, lekarz nie ma gwarancji czy pacjent wie na co się zgodził [8]. Zazwyczaj sprowadza się to do podpisania zgody formularzowej dającej swobodę w klinicznym postępowaniu. Droga do zgody świadomej i respektowania

pełnej autonomii pacjenta jest niezwykle trudna w praktycznym działaniu klinicznym. Tym samym rośnie znaczenie profesjonalizmu lekarskiego i zaufania do jego pracy. W koncepcji profesji lekarskiej E. Freidson [9] wymienia składniki stałe i zmienne, które kształtują źródła władzy. Do składników stałych zalicza: uznany zasób wiedzy i umiejętności, podział pracy kontrolowany przez profesję, kontrolę rynku pracy w oparciu o system uwierzytelniający, system szkoleń. Do składników zmiennych zalicza: organizację i politykę agencji rządowych, organizacje zawodowe, ideologię obowiązującą w danym czasie i miejscu, zmieniającą treść wiedzy i umiejętności. Istnieje wiele czynników kryzysu na poziomie wiedzy profesjonalnej, w związku z czym erozji ulega również biomedyczny korpus władzy lekarzy. Istotnym obszarem, w którym przejawia się władza medycyny są badania kliniczne produktów leczniczych przeprowadzone na ludziach [10]. Wprawdzie prawo farmaceutyczne obowiązujące w każdym państwie zapewnia, że dobro pacjenta jest nadrzędne w stosunku do interesu nauki lub społeczeństwa, jednak nie zawsze jest do przewidzenia ryzyko i niedogodności dla uczestników badania klinicznego. Również Komisje Bioetyczne, wydając opinię, nie są w stanie zweryfikować wszystkich składowych procesu badania klinicznego i wskazać zagrożenia dla uczestników eksperymentu. Ograniczanie władzy ludzi medycyny i organizacji usług zdrowotnych możliwe jest poprzez różne działania kontrolne wynikające z regulacji prawnych oraz bioetycznych. Problemem głównym jest utrzymanie lub odbudowa zaufania społecznego do instytucji medycznych i lekarzy.

Zaufanie do profesji medycznej jako zorganizowanego systemu zależy w większym stopniu od strategicznych celów polityki zdrowotnej, dostępności specjalistycznych usług i kosztów jakie musi ponosić pacjent, aby otrzymać satysfakcjonującą go pomoc medyczną, aniżeli osobowych cech przedstawiciela środowiska medycznego. Pojedyncze przypadki zawiedzionego zaufania mogą stworzyć niekorzystny klimat i wpływać na redefinicję zasady paternalizmu klinicznego. Ograniczenie władzy – wiedzy lekarzy dokonuje się także poprzez dostępność wiedzy o zdrowiu i chorobie w Internecie [11]. Lepiej poinformowany pacjent, nazywany przez lekarzy „niepokornym”, przychodzi bardziej przygotowany na wizytę, stawia większe wymagania i jest bardziej świadomy swoich praw. Komercjalizacja rynku medycznego powoduje zmianę relacji lekarz-pacjent w relację świadczeniodawca-usługobiorca, co implikuje przemianę zaufania funkcjonującego w tym związku. Konstatowana jest większa świadomość ryzyka zarówno pacjenta jak i lekarza, co stwarza pole do popisu prawników specjalizujących się w odszkodowaniach za błędy medyczne.

## LITERATURA

1. Ossowski, S. Stratyfikacja społeczna (w:) / S. Ossowski. – Dzieła. – T. 5. – Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1968.
2. Castells, M. Władza komunikacji / M. Castells. – Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 2012.
3. Beck, U. Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej rzeczywistości / U. Beck. – Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2002.
4. Gałuszka, M. Społeczeństwo ryzyka i biomedycyna ryzyka (w:) / M. Gałuszka // Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego [Red. M. Gałuszka]. – Łódź, 2008.
5. Foucault, M. Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w Colle`ge de France / M. Foucault. – Warszawa: Wydawnictwo KR, 1998.
6. Włodarczyk, C. W. Systemy zdrowotne, zarys problematyki / C. W. Włodarczyk, S. Poździuch. – Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2001.
7. Morris, S. Ekonomia w ochronie zdrowia / S. Morris, N. Devlin, D. Parkin // Oficyna a Wolters Kluwer business. – Warszawa, 2011
8. Wear, S. Informed Consent. Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine / S. Wear. – Boston, London: Kluwer Academic Publishers, 1993.
9. Freidson, E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge / E. Freidson. – Chicago: The University of Chicago Press, 1970.
10. Walter, M. Badania kliniczne. Organizacja, nadzór i monitorowanie / M. Walter. – Warszawa: Wydawca OINPHARMA, 2004.
11. Gałuszka, M. Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju Internetu / M. Gałuszka // Przegląd Socjologiczny. – Tom LXI/2. – 2012.

## MEDYCYNA INDIAN MEKSYKAŃSKICH W RELACJACH POLAKÓW

*Michał Zgajewski, magister, doktorant w Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*

Lata 1945-1989 to okres „rozkwitu” polskiego reportażu podróżniczego. Szczególnym zainteresowaniem reportażystów cieszył się kontynent amerykański, a zwłaszcza państwa Ameryki Łacińskiej [1, c. 138]. Oczywiście taki wyjazd w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej stanowił przywilej i nie był osiągalny dla każdego – co więcej pierwszeństwo w wyjazdach przed naukowcami mieli dziennikarze [2, c. 258]. To im przypadła rola przedstawiania polskim czytelnikom i telewidzom obcej kultury, ponadto w takich okolicznościach to właśnie na nich spoczywała odpowiedzialność gromadzenia wszelkich materiałów etnograficznych. W tym czasie doszło także do nawiązania szerszych stosunków polsko-meksykańskich.

Jednym z zagadnień opisywanych przez Polaków były wspólnoty indiańskie, w zasadzie wykluczone z życia społecznego w Meksyku. Oprócz takich tematów jak

tradycja, kultura, bieda i marginalizacja niektórzy relacjonujący podejmowali próby opisu medycyny tradycyjnej, wciąż praktykowanej w tychże społecznościach.

Najwięcej informacji na temat medycyny tradycyjnej Indian meksykańskich zebrała podróżniczka i dziennikarka Elżbieta Dzikowska, autorka książek podróżniczych oraz współprowadząca program telewizyjny „Pieprz i wanilia”. W programie wraz z mężem Tony’em Halikiem prezentowała materiały filmowe oraz przedmioty przywiezione z wypraw zagranicznych. W swoich relacjach nie ograniczała się tylko do Meksyku – przedmiotem jej eksploracji była prawie cała Ameryka Łacińska. Informacje dotyczące medycyny indiańskiej znalazły się w książkach „Czarownicy” i „Niełatwo być Indianinem”, w licznych artykułach prasowych oraz w wybranych odcinkach jej programu telewizyjnego.

Inna dziennikarka, Jolanta Klimowicz, informacje o medycynie tradycyjnej zawarła w pracy pt. „Życie i śmierć w Ameryce Łacińskiej”. Jest to swego rodzaju reportaż o służbie zdrowia i chorobach tego kontynentu.

O medycynie indiańskiej w Meksyku, choć w mniejszym stopniu, pisała Helena Krzywicka-Adamowicz („Meksyk”), oddelegowana wraz z mężem do Biura Rady Handlowego. W czasie swojego czteroletniego pobytu w tym kraju Adamowiczom udało się praktycznie zwiedzić cały kraj.

Należy także wspomnieć o reportażu „Porywacze dusz” Witolda Jacórzyńskiego i Dariusza Wołowskiego, w którym autorzy próbowali wyjaśnić fenomen halucynogennych grzybów stosowanych przez przez plemię Mazateków w celach leczniczych i rytualnych. Jeden z autorów, Witold Jacórzyński z wykształcenia antropolog, terminował u mazateckiego czarownika (curandero), aby zgłębić medyczny i sakralny fenomen „świętych grzybów”.

Na przykładzie prac wymienionych autorów przeprowadzono analizę fenomenu medycyny indiańskiej oraz jej znaczenia dla poszczególnych wspólnot tubylczych. Uwzględniono także jej rolę w kultywowaniu tradycji przodków w budowie pomostów pomiędzy kulturami, a także w poprawie jakości życia, na co zwracała zwłaszcza uwagę Elizabeth de la Portilla: „Poprzez używanie rytuałów, symboli, ziół curanderos pomagają swoim klientom w budowaniu tożsamości społeczno-kulturowej, która ma uczynić ich życie lepszym” [3, c. 23]. Termin „curandero” wyjaśnił w swojej pracy Zdzisław Jan Ryn: „(...) w większości kultur latynoamerykańskich osobę, która zajmuje się uzdrawianiem, określa się mianem curandero (pochodzącym od hiszp. kurar – leczyć, uzdrawiać) lub szaman” [4, c. 198].

Oczywiście przy tego rodzaju rozważaniach nie sposób pominąć pytań o cele, jakie przyświecały Polakom w czasie tworzenia tych reportaży. Postawiono także pytanie dotyczące możliwości poznawczych polskich autorów, o to czy byli w stanie przekroczyć „granicę kolonialną”, którą Mary Louise Pratt traktowała zamiennie ze

„strefą kontaktu”, pojęciem używanym przez nią „w odniesieniu do przestrzeni imperialnego zetknięcia się kultur, przestrzeni, w której geograficznie i historycznie odległe ludy kontaktują się ze sobą i nawiązują relacje, wiążące się zazwyczaj z przymusem, skrajną nierównością i trudnym do zażegnania konfliktem” [5, c. 26, 27].

#### PRZYPISY

1. Paradowska, M. Polacy w Meksyku i w Ameryce Środkowej / M. Paradowska. – Wrocław, 1985.
2. Paradowska, M. Polacy w Ameryce Południowej / M. Paradowska. – Wrocław, 1977.
3. Portilla, E. They all want magic: curanderas and folk healing / E. Portilla. – College Stations, 2009.
4. Ryn, Z.J. Medycyna indiańska / Z.J. Ryn. – Kraków, 2007.
5. Pratt, M.L. Imperialne spojrzenie. Pisarstwo podróżnicze a transkultuacja / M.L. Pratt. – Kraków, 2011.

### ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С УЧЕТОМ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ

*А.В. Зелионко, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург*

В настоящее время медико-социальная активность населения во многом зависит от социальных стереотипов в отношении качества и доступности медицинской помощи [1, с. 41, 44]. Городские жители, как потребители медицинских услуг, являются «полноправным участником социально-экономических отношений, имеющим основополагающее право на доброкачественный товар или услугу независимо от организационно-правовой формы деятельности юридических и физических лиц, их предоставляющих». [2, с. 36] Многие исследователи обращают особое внимание на то, что потребность в различных видах лечебно-оздоровительных услуг и их активное использование в значительной мере определяются уровнем медицинской информированности населения [3-5].

Целью данной работы является изучение влияния медико-социальных особенностей медицинской информированности на активность использования горожанами лечебно-оздоровительных услуг.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 730 жителей г. Санкт-Петербурга. В возрастной структуре обследуемого населения преобладала группа моложе 29 лет (73, %), наибольший удельный вес (66 %) среди всех обследованных жителей принадлежал женщинам. Высшим образованием обладали больше половины (59,4 %) обследуемых, средним специальным – 38,8 %. Исследование проводилось по специально разработанной программе медико-социологического исследования медицинской информированности, профилактической деятельности, здоровья и качества жизни населения. Статистическая обработка материалов исследования проводилась при помощи программ MS Excel 2010 и Statistica 6.0.

Результаты. В ходе исследования была выстроена порядковая шкала уровней медицинской информированности и все население было распределено на три группы в зависимости от уровня медицинской информированности: половина городских жителей имела высокий уровень медицинской информированности (50,8 %), в то время как средним уровнем обладали 30,8 %, низким – 18,4 % обследуемых. Менее благоприятные показатели медицинской информированности отмечены у мужчин (53,3 %). Женщины имели высокий (63,1%) и средний (74,8%) уровень медицинской информированности. Отмечена большая доля городских жителей с высоким уровнем медицинской информированности в возрастной группе 30–49 лет (61,8 %). Также более высокий уровень медицинской информированности выявлен среди горожан с высшим образованием по сравнению с обследуемыми со средним специальным и начальным образованием.

Было установлено, что большинство обследуемых предпочитает не обращаться за медицинской помощью или обращаются только при крайней необходимости. Около трети горожан обращаются в медицинские учреждения только за консультацией. Причинами редкого обращения в поликлинику в большинстве случаев являлись трудность попадания на прием к врачу (41,7 %), занятость работой (36,9 %), самостоятельное лечение (24,2 %). При этом в старших возрастных группах больше удельный вес жителей, обращающихся за медицинской помощью при появлении жалоб. Мужчины в целом реже пользуются медицинскими услугами, чем женщины. Было выявлено, что лица с высшим образованием активнее используют лечебно-оздоровительные услуги. Среди пациентов, обратившихся в поликлинику с жалобами больший удельный вес (70,0 %) составляли городские жители с высоким уровнем медицинской информированности. В то же время значительная часть жителей, обладающих низким уровнем медицинской информированности, предпочитали не обращаться за медицинской помощью, а лечиться самостоятельно (36,4 %).

Платные услуги для восстановления здоровья использовали больше половины обследуемых (54,2 %). При этом активнее используют платные услуги женщины (61,4 %), обследуемые молодого возраста, лица с высшим образованием (65,6 %), с высоким уровнем социально-экономического благополучия и высоким уровнем медицинской информированности (66,7 %). В качестве причины использования платных медицинских услуг наиболее часто указывались невозможность получения услуги из-за ее отсутствия (26,7 %) или отсутствия соответствующего специалиста в государственной системе (20,0 %), а также длительное ожидание получения медицинских услуг в государственном учреждении (35,5 %).

В ходе исследования был проведен анализ оценки населением доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях города. Было установлено, что половина городских жителей частично удовлетворены качеством медицинского обслуживания в стационаре. В целом доступность и качество медицинской помощи в большинстве случаев были оценены положительно, но были отмечены недостаточное качество и эффективность лечения (47,2 %). При этом среди женщин больше удельный вес неудовлетворенных качеством медицинского обслуживания в поликлинике. Лица с высшим образованием больше удовлетворены качеством диагностики и лечения в поликлинике. Также удовлетворенность качеством медицинского обслуживания в поликлинике снижается с ухудшением уровня социально-экономического благополучия обследуемых. В то же время среди жителей с низким уровнем медицинской информированности больший удельный вес неудовлетворенных полнотой обследования (48,5 %) и эффективностью лечения (39,4 %) в поликлинике, чем среди лиц, обладающих высоким уровнем медицинской информированности.

Выводы. Проведенное исследование свидетельствует, что городское население обладает различным уровнем медицинской информированности, с более высоким уровнем у женщин, в возрастной группе 30-49 лет и среди горожан с высшим образованием. Городские жители обращаются за медицинской помощью только в случае крайней необходимости или обращаются за консультацией. Активнее используют лечебно-оздоровительные услуги женщины, жители старших возрастных групп с высшим образованием и высоким уровнем медицинской информированности. По результатам исследования выявлено активное использование населением платных услуг для восстановления здоровья. Также следует отметить низкую удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи. При этом женщины, жители со средним специальным образованием, низким уровнем

социально-экономического благополучия и медицинской информированности чаще остаются не удовлетворены качеством диагностики и лечения в ЛПУ.

Таким образом, необходимо разрабатывать государственную систему формирования медицинских знаний и медико-социальной активности, что соответствует современной здоровьесберегающей концепции.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андриянова, Е. А. Факторы формирования социальных стереотипов городского населения в отношении амбулаторно-поликлинической помощи / Е. А. Андриянова, Ю. А. Позднова // Известия Саратовского университета. Сер. Социология. Политология. – 2012. – № 1. – Т. 12. – С. 40–45.
2. Светличная, Т. Г. Эволюция организационно-правовых подходов к обеспечению и реализации прав пациентов в России / Т. Г. Светличная, О. А. Цыганова, В. К. Зинькевич // Экология человека. – 2011. – № 11. – С. 36–42.
3. Алексеева, Н. Ю. Исследование удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения / Н. Ю. Алексеева, Л. П. Пчела, С. В. Макаров // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 1(77). – Ч. 1. – С. 259–261.
4. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Краткая версия. / Г. Э. Улумбекова. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 96 с.
5. Martin L., Schonlau M., Haas A., Rosenfeld L., Derose K., Buka S., Rudd R. Patient activation and advocacy: which literacy skills matter most? // J Health Commun. – 2011. – 16 (Suppl 3). – P. 177–190.

## CULTURE OF HEALTH FOR MEDICAL STUDENTS

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

Culture of health is an important component of general culture of person. It defines the formation, preservation and strengthening of health. Each person is not just “consumer” of health, but also a “producer” of it. Human beings have to remember that health is “a gift of grace” and we should use it very carefully.

Level of health culture can be high and low. High level of health culture means being in harmony with nature and surrounding people. Among the important elements of health culture there are such points: careful and right attitude of individual for himself, the pursuit of self-knowledge, formation, development and perfection of his/her own identity. Those people who have a lot of diseases, excess weight, drink alcohol, smoke, irritable and do not feel the comfort in the communication with surrounding people, do not follow principles of healthy lifestyle have low level of health culture.

High level of health culture is characterized by some very important aspects.

*Spiritual one* includes the understanding of our holistic nature, defines our sense of life, internal and external harmony in communication with surrounding people; empathy and compassion are essential part of spiritual health, conscientiousness, benevolentness, decency and tolerance. *Psychological one* is a balance of psychic processes and their revelations, the ability of person to control the behaviour in stressful situations at the basis of co-understanding and emotional comfort in society and individual inner comfort; *Physical aspect* includes optimal functioning of all systems of human body (cardio-vascular, respiratory, muscular ones, etc.); the idea of “physical health” is closely connected with the skillful control of the body, endurance and high level of efficiency. *Social aspect* is closely connected with the understanding of health like a system and gives the chance for realization of conscious attitude to it of person and society. Each person wants to have long and fruitful live. Society has to do everything for health of its citizens, because just healthy people can make maximum for the development of society.

It is necessary to understand that health culture is not only the sum of knowledge, skills and experiences, but also healthy, human oriented lifestyle. Level of health culture depends not only on spare capacities of human being (physical, psychic and spiritual), but also the skill to use them in right way. So, longevity, healthy and happy life depends mostly from the human being...

Modern human being of any age, nationality or race has to go through the mutation:

<i>In sphere of spirituality</i>	<i>In perfection of physical body</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. In practice we should follow moral laws and principles (we have to remember that the God knows everything about all our thoughts and deeds);</li> <li>2. We have to take care about people around us, and we should not forget about ourselves;</li> <li>3. We should not create any gods;</li> <li>4. We should be pure both in deeds and thoughts;</li> <li>5. We should not hate anybody or anything (because hatred is drying a</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. It means that we have to prepare physical body for the vibrations of new epoch, by eating of light food without toxins and injurants;</li> <li>2. Tobacco , narcotics, and alcohol are ruining human immune system, as a result people have oncology, allergy and other incurable diseases;</li> <li>3. We have to limit the consumption of products, which can cause the problems in digestive system (they are individual for</li> </ol>

<p>soul), as a result we will get the chance to feel the gracious;</p> <p>6. It is necessary to refuse from negative emotions, because they lead us for unhappy life;</p> <p>7. We should be humble and follow God's will doing everything for realization of our mission on the Earth</p>	<p>each person);</p> <p>4. We should eat tasty and useful food;</p> <p>5. We should not forget about the necessity of drinking minimum 10 glasses of pure still water per day</p>
--	---

Perfect body is one of important marks of high health culture. Each person can have long healthy and happy life, if accepted all those lessons of wisdom, which got at definite stage of development. Unfortunately, today the majority of population has low level of culture and knowledge in sphere of nutrition. People do not know about damage of some products for the health. It is dangerous to be illiterate in this sphere.

Among the factors of human health we should mention: lifestyle 50 %; system of public health (10%); environment (20%); heredity (20%).

In conclusion:

- One of the main tasks of each person is a responsible attitude to own health;
- We should do our best to give the body necessary and useful food, water and clean air;
- We should regulate our thinking in such a way to accept all current events like useful, important and necessary lesson (positive thinking with philosophical attitude for life).

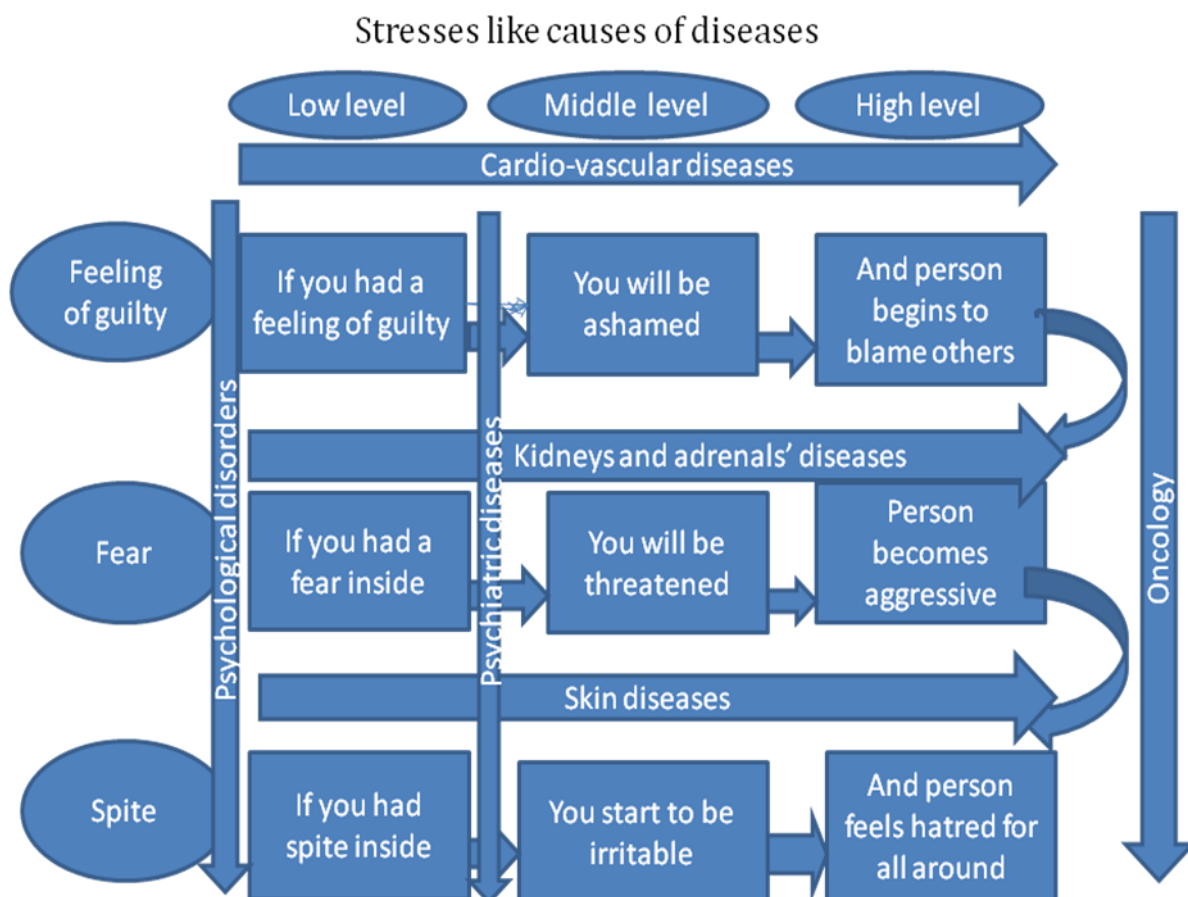
And also:

- We should take care of our physical body health (doing every day necessary exercises), and remember the ancient wisdom: «In healthy body there is a healthy spirit».

Sources of energy for human being:

- *Energy of nature* (solar radiation, lunar gravity and geomagnetic field);
- *Food and air* (for life we have to eat and breathe);
- *Way of thinking* (human intellect is one of the most effective source of bioelectric energy);
- *Physical exercises* (transform fats of our body into “Tsi” that cause the electro-dynamic power).

We have to remember about the role of stresses in our life. They can cause many diseases.



So, the author offers the elective course “Culture of health” for medical students, because nowadays it should be the compulsory component of education. Future doctors have to get the information about basic principles of healthy lifestyle and share by it with their patients.

### **THE CULT OF HYGIEIA IN THE POLEIS OF NORTHERN AND WESTERN BLACK SEA REGIONS IN I – IV CENTURIES A.D.**

*E.V. Semenenko, assistant lecturer of the department of social sciences of Kharkov National Medical University*

I – IV centuries A.D. are the period of flowering of sacral medicine in the poleis of Northern and Western Black Sea Regions. In this period on the backdrop of new cultural and ideological trends distributing about the given region from the Roman Empire and the East the interest to medicine is being risen in society. Temple medicine had been practiced in the poleis of Northern and Western Black Sea Regions since the Hellenistic times, yet in the Roman times it was widely spread.

Among the gods-patrons of medicine Hygieia, the goddess of Health, should be singled out particularly. Her cult, together with the cult of her mythical father Asclepius, was widely spread among healing deities in Black Sea region.

The sources with the use of which the research of the given subject is possible, are presented by archaeological material, epigraphy, numismatic data. Indirect knowledge concerning the cult of Hygieia can be got from the evidence of antique authors. The sources are multiple and in general enough for studying the given subject. The difficulty of working at the subject is in that source data are fragmentary that's why the whole complex of available materials should be used for conducting the research.

The problem of studying the cult of the goddess Hygieia in the poleis of Northern and Western Black Sea Regions in the Roman times wasn't widely covered in historiography. There are no special works on the given subject. Among domestic and Bulgarian studies, a number of works on archeology in which authors indirectly refer to the cult of Hygieia should be named. Among such works the articles of N. V. Pyatysheva, T. Stoyanov can be distinguished [1; 2].

The works devoted to the study of cults of gods-healers and general works on the history of cults of different towns in Northern and Western Black Sea Regions in the context of which authors consider the cult of the goddess Hygieia should be marked out too (I. Doncheva, Y. Yurukova, A. Rusyayeva, N. I. Solovyanov) [3; 4; 5; 6].

Thus, the examined works address questions concerning the study of the cult of Hygieia, study particular aspects of the given subject, yet a lot of important points are left uncovered and require deeper study. In particular, these are questions concerning the organization of the cult, peculiarities of her worship in the poleis of Northern and Western Black Sea Regions.

The goal of the given research is considering peculiarities of the development of the cult of Hygieia in the poleis of Northern and Western Black Sea Regions in I – III centuries A.D.

One of the most popular cults of deities-patrons of medicine was the cult of the goddess of Health, Hygieia, which was widely spread in I – III centuries A.D. Images of Hygieia emerge on the coins of Chersonesus; consecratory inscriptions from Olbia, Odessus mention about temples in which the goddess was revered with her father Asclepius [7 № 184; 8 № 76, 88]. On the basis of these data we can suggest about existence of a state cult of Hygieia in the states of Northern and Western Black Sea Regions in the examined period.

The cult of Hygieia was inseparably associated with the cult of Asclepius; multiple consecratory inscriptions in which the names of the gods were mentioned

together, their joint images on coins indicate that [9, № 117, 127, 130, 136]. Archeological findings also indicate joint worship of these deities. On a frieze from Philippopolis that most likely was a part of a temple, Asclepius and Hygieia are pictured together with Telesphorus, the ancient Greek god of Recovery [2, p. 25]. The same combination can also be seen on a consecratory from Pautalia (II – III centuries A.D.) where Asclepius' sanctuary was situated [10]. In the northwestern part of Roman thermae of Odessus Asclepius and Hygieia's sanctuary was founded [2, p. 61]. The reference to the name of Hygieia apart from Asclepius is very rarely mentioned both in inscriptions and works of antique authors [11, p. 84]. However, B. Farmakovsky on the basis of findings of some fragments of statuettes of the goddess and inscriptions with the name of Hygieia on some vessels, supposed existence of a separate cult of Hygieia in Olbia [12, p. 177, 178].

There are assumptions about existence of a house cult of Hygieia; so, A. Rusyayeva brings data about a consecratory graffito to Hygieia and Eros from Olbia made on the handle of black-glazed kantharos of the 3<sup>rd</sup> century A.D. [5, p. 130]. The given finding let us suppose that such vessels could be used in a house cult, and also serve for a special libation in honour of the goddess of Health and the god of Love.

The characteristic of Pontus region in the considered period was syncretization of deities [5, p. 23]. The cult of the goddess of Hygieia which adopts some functions of other deities in this period, wasn't the exception. So, on a vase of the 3<sup>rd</sup> century A.D. from Chersonesus Hygieia is pictured together with the god of Recovery, Telesphorus; besides typical attributes for the goddess as a snake and a cup, near Hygieia there was pictured a dolphin that had never accompanied her before. N. V. Pyatysheva assumed that in the given case the dolphin symbolized a new function in the cult of Hygieia which brings her together with the cult of Aphrodite Pontia, the patroness of sailors whose attribute was a dolphin [1, p. 76]. The similar combination can also be seen on marble consecratory reliefs from the settlement Kabile (Bulgaria) which pictured Asclepius, Hygieia and Telesphorus [3, p. 216, 221]. In the towns of Western Black Sea littorals Hygieia was sometimes revered together with the goddess Nemesis in her epiklesis of the goddess of Victory. Besides, in the Roman times Hygieia was often identified with the ancient Egyptian goddess-mother Isis [5, p. 25, 43].

Thus, the cult of Hygieia was widely spread in the states of Northern and Western Black Sea Regions in the Roman times. The peculiarity of worshipping the goddess was that in most cases she was revered with her father, the god of Healing, Asclepius. In I – IV centuries A.D. the cult of Asclepius and Hygieia was official in many towns of Black Sea region. This is confirmed by coins with the image of the

deities and consecratory inscriptions addressing them found in Chersonesus, Olbia, Odessus, Philippopolis. The characteristic of the considered period was complication of functions of Hygieia which under influence of eastern cults exposed to syncretization with Isis, Aphrodite, Nemesis partially adopting their functions.

#### REFERENCES

1. Пятышева, Н. В. Мраморная статуэтка Гигиен из Херсонеса / Н. В. Пятышева // Вестник древней истории. – 1971. – № 4. – С. 71–77.
2. Стоянов, Т. За интерпретацията на така наречения «Фриз на здравеносните божества» от Филипопол / Т. Стоянов // Археология. – 1987. – № 2. – С. 25–29.
3. Дончева, И. Култът към Асклепий в Кабиле / И. Дончева // Епохи. – 1998. – № 3–4. – С. 215–228.
4. Йурукова, Й. Религиозният синкретизъм в Тракия, Мизия и Македония според монетите от римската императорска епоха / Й. Йурукова // Българската академия на науките. Известия на Археологическия институт. – 1974. – Т. XXXIV. – С. 23–49.
5. Русяева, А. С. Религия и култы античной Ольвии / А. С. Русяева. – К., 1992. – 254 с.
6. Соловьянов, Н. И. О культах римской армии в Нижней Мезии и Фракии в I – III вв. н. э. / Н. И. Соловьянов // Проблемы идеологии и культуры в раннеклассовых формациях. Межвузовский сборник научных трудов. – М., 1986. – С. 45 – 62.
7. Inscriptiones antiquae orae septentrionalis Ponti Euxini / В. Latyshev. – Petropoli, 1916. – Vol. 1. – 244 с.
8. Inscriptiones Graecae in Bulgaria repertae / G. Mihailov. – Sophia., 1970. – Vol. 1.
9. Шонов, И. В. Монеты Херсонеса Таврического / И. В. Шонов. – Симферополь, 2000. – 143 с.
10. Оброчна плоча на Асклепий, Хигия и Телесфор (II-III вв.): ИМ ОФ № 13 // Регионален исторически музей. Кюстендил. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kyustendilmuseum.primasoft.bg>
11. Павсаний. Описание Эллады: в 2 т. / Павсаний. – Т. 1. – М., 2002. – 512 с.
12. Фармаковский, Б. В. Раскопки в Ольвии в 1902 – 1903 гг. / Б. В. Фармаковский // Известия императорской археологической комиссии. – 1906. – Вып. 13. – 306 с.

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖАЛОБ ГРАЖДАН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА УЩЕМЛЕНИЕ ИХ ПРАВ В СИСТЕМЕ ОМС

*В.К. Юрьев, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета;*

*А.Ш. Тапаев, директор филиала ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный;*

*В.И. Куприянова, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета*

Права граждан России в области обязательного медицинского страхования защищены Федеральным Законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Нарушение прав застрахованных может привести к жалобам, поступающим как в страховые медицинские организации (СМО), так и в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) [1].

Обычно под жалобами понимаются обращения граждан по поводу нарушенного действиями (бездействием), решениями юридических или физических лиц их прав или законных интересов. Жалобы представляют собой важный элемент коммуникации между гражданином и государством, государством и обществом. Важность анализа поступивших жалоб определяется тем, что они являются информационным каналом, существенным источником информации, необходимой для решения конкретных вопросов [2]. Жалобы, как правило, направляют те граждане, у которых возникли серьезные затруднения, справиться с которыми своими силами они не могут, поэтому анализ и обобщение жалоб позволяет получать оперативную и четкую информацию о существующих проблемах здравоохранения, наметить пути их решения.

С целью аналитической оценки было проведено обобщение 12604 жалоб, поступивших в 2010-2011 гг. в адрес СМО и ТФОМС Санкт-Петербурга, и 380 жалоб, поступивших в филиал СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозном – единственной СМО, действующей на территории Чеченской Республики. Из всех поступивших жалоб в Санкт-Петербурге было признано обоснованными 92,8 %, в Чеченской Республике – 91,1 %.

Проведенный анализ показал, что частота обоснованных жалоб, направляемых застрахованными в Санкт-Петербурге, значительно превышает частоту жалоб граждан Чеченской Республики. В 2010 году этот показатель

составлял в Санкт-Петербурге 91,6, в Чеченской Республике – 11,0 на 100 тыс. застрахованных, в 2011 году – соответственно 92,8 и 17,4. При этом в обоих субъектах РФ имел место рост частоты жалоб.

Более половины всех жалоб жителей Санкт-Петербурга (55,1 %) составляли жалобы на организацию работы медицинских организаций, второе место, но со значительно меньшим удельным весом (10,2 %), занимали жалобы на отказ в медицинской помощи по программе ОМС (из них 73,2 % на территории страхования и 26,8 % вне территории), третье место с удельным весом 9,7 % занимали жалобы на невозможность выбора медицинской организации, работающей в сфере ОМС. Далее шли жалобы на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС (7,7 %), качество медицинской помощи (5,3 %), лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи (4,4 %), обеспечение полисами ОМС (4,0 %) и прочие жалобы (3,6 %).

Структура жалоб жителей Чеченской Республики существенно отличалась. Здесь первое место занимали жалобы на отказ в медицинской помощи по программе ОМС, на их долю приходилось более четверти всех жалоб – 27,0 %, на втором месте были жалобы на организацию работы медицинских организаций (18,9%), третье-четвертое места, с удельным весом 17,3 % каждая, занимали жалобы на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС и лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи. Пятое место было у жалоб на качество медицинской помощи (9,2 %), шестое – на санитарно-гигиеническое состояние ЛПУ (5,9 %), седьмое – на несоблюдение этики и деонтологии медицинскими работниками (3,7%). На прочие жалобы приходилось 0,7 %.

Очевидно, что качество и организация лечебно-профилактической помощи в Санкт-Петербурге не хуже, чем в Чеченской Республике, однако частота жалоб на ущемления прав в системе ОМС в Санкт-Петербурге кратно выше, значительно отличается и структура жалоб. В связи с этим можно предположить, что частота обращений с жалобами и их структура зависят не только от качества медицинской помощи, но и от менталитета, характерологических особенностей, образа жизни, сложившихся традиций, степени информированности о своих правах населения, проживающего на территории субъекта.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Улумбекова, Г. Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» / Г. Э. Улумбекова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 96 с.
2. Григорьева, И. А. Человек в социальном государстве: согласование интересов / И. А. Григорьева. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2002. – 176 с.

## СЕКЦІЯ 4. МЕДИЧНА ОСВІТА: ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В УКРАИНЕ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ

*А.А. Громов, кандидат экономических наук, доцент кафедры общественных наук Харьковского национального медицинского университета;*

*Е.В. Ковальковский, студент 1 медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета.*

Однажды Н.Г. Чернышевский – русский философ, революционер-демократ – сказал: «Не нужно доказывать, что образование – самое великое благо для человека. Без образования люди грубы и бедны, и несчастны». Образование на протяжении всего развития человечества являлось неотъемлемым признаком цивилизации. Именно образование развивает общество, поднимает качество его жизни. Мировое сообщество вступило в XXI век под знаком глобализации, которая охватывает широкий круг явлений и процессов в сфере экономики, политики, социологии, образования и др. Глобализация – это процесс всемирной экономической, политической и культурной интеграции и унификации.

С нашей точки зрения процесс глобализации приобретает объективно-вынужденный характер, так как сложившийся в настоящее время механизм формирования мирохозяйственных связей обусловлен доминированием 40 тыс. транснациональных корпораций (ТНК). Из 100 наиболее крупных экономических субъектов на планете 51 является ТНК, и лишь 49 – странами. Естественно, сложившаяся система отношений неумолимо стремится к интегрированности. Вместе с тем, в политической сфере происходит навязывание идеи «вавилонизации». Безусловно, в эпоху жесточайшей конкуренции на всех без исключения рынках продвижение этой идеи объясняется объективным характером сближения целей и задач всего человечества, независимо от региона проживания.

При этом выделяется главная цель – «подтягивание нецивилизованных народов» в лоно современной цивилизации. Западное сообщество, априори считая себя образцом цивилизации, выстраивает для всех единый алгоритм формирования либерального гражданского общества, основанного на принципах индивидуализма, космополитизма, коммерции, прав и свобод индивида, рынка и т. п. Провозглашение принципов жизнедеятельности западного сообщества «общечеловеческими», запускает механизм их внедрения

в концепции развития других государств и народов, вплоть до насильственного. Приобщение развивающихся стран к указанным «общечеловеческим ценностям» и есть суть глобализации, которая предусматривает десоверенизацию всех стран. Это происходит путем внешнего управления ими через надгосударственные институты – ВТО, МВФ, Болонскую систему и др.

Один из важнейших аспектов глобализации – трансформация систем образования во всем мире. С одной стороны, современные требования к формированию рынка квалифицированной рабочей силы диктуют необходимость интегрированного и унифицированного подхода в системе подготовки кадров, с другой, – возникают существенные проблемы, связанные с трансформацией отлаженных методов обучения. Несомненно, этот процесс обусловлен:

- развитием НТП и информационных технологий в образовательных системах;
- стремлением мирового сообщества к формированию глобальных ценностей общечеловеческой культуры;
- различиями в развитии материально-технической базы образования в разных странах и др.

Один из важнейших аспектов реформирования высшего образования в Украине – переход от традиционных методов, направленных на репродуктивное усвоение знаний, к инновационным, которые, в конечном счете, предусматривают индивидуализацию учебного процесса, придание ему формы активного творческого сотрудничества всех участников. Однако такой путь реформирования украинской высшей школы предполагает прежде всего огромные инвестиции, которых у государства нет. Тем не менее, Украина принимает активное участие в создании единого европейского образовательного пространства, присоединившись к Болонскому процессу. Несмотря на активное участие Украины в указанном процессе, существует ряд существенных проблем, требующих своего разрешения:

- кардинальное обновление материально-технической базы высшей школы;
- перестройка всей системы информированности потенциальных работодателей;
- содействие европейскому сотрудничеству в обеспечении качества с целью разработки сопоставимых критериев и методологий;
- сохранение проверенных и отработанных методик обучения студенческой молодежи, способствующих развитию творческого мышления;

Почти десятилетний опыт работы системы высшего образования Украины в рамках Болонского процесса позволяет сделать некоторые выводы относительно задач его реформирования:

1. Необходимо искать способы привлечения инвестиций в сферу образования, примером может служить опыт вузов Западной Европы.
2. Наделять студентов обширными практическими знаниями, создавая для них научно-практические базы при университетах, с использованием как собственных средств, так и привлеченных.
3. Перенести акцент при контроле знаний с тестовой оценки на общение с преподавателем. Необходимо расширить практику собеседований по базовым основам учебной дисциплины, с обязательным контролем приобретённых навыков.
4. Создать необходимые условия сохранения и стимулирования специалистов, которых чаще всего переманивают зарубежные высшие учебные заведения.

## **ИСТОРИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ № 1 МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*С.С. Карчаков, студент 1 курса медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета*

*О.А. Кистенёва, кандидат исторических наук, старший преподаватель кафедры внутренних болезней № 2 медицинского факультета, Белгородского государственного национального исследовательского университета*

Кафедра хирургических болезней № 1 медицинского факультета НИУ «БелГУ» была организована на базе хирургического отделения городской клинической больницы № 1 города Белгорода в 2009 году. Возглавил кафедру кандидат медицинских наук, доцент, заслуженный врач Российской Федерации, врач-онколог высшей категории Борис Степанович Коваленко.

Борис Степанович – высококвалифицированный специалист, известный хирург, имеющий большой стаж практической работы. В 2005 году защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Комплексный анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Белгородской области в

постчернобыльский период». В 2009 году награжден медалью Н.И. Пирогова за заслуги в области медицинской науки и большой вклад в развитие отечественного здравоохранения. Награжден орденом «За Честь, Доблесть, Созидание, Милосердие» фондом «Ассамблея Здоровья». Автор более 40 научных работ, 2 монографий, 4 учебных пособий. Сфера научных интересов – изучение влияния малых доз радиации на развитие злокачественных новообразований у населения РФ, пострадавшего в результате аварии на Чернобыльской АЭС.

Более 90 % сотрудников кафедры являются кандидатами медицинских наук. В настоящее время сотрудниками кафедры являются: к.м.н., доцент Б.С. Коваленко; д.м.н., профессор С.А. Колесников; к.м.н., доцент О.В. Захаров; к.м.н., доцент Д.В. Волков; д.м.н., профессор А.П. Григоренко; к.м.н., доцент А.С. Сотников; к.м.н., доцент И.В. Сухотерин; к.м.н., профессор В.В. Кривецкий; к.м.н., ст. преподаватель А.Н. Анацкий; к.м.н., ст. преподаватель А.А. Копылов; к.м.н., ст. преподаватель А.А. Бабенко; к.м.н., доцент В.Н. Дмитриев; доцент Б.В. Кравец; ассистент Д.Ю. Новиков; ассистент М.В. Дуганова; ассистент А.В. Прокофьева; ассистент Р.В. Тетерич; ассистент Н.В. Павлова; старший лаборант В.С. Заборная. Преподавание на кафедре ведется с использованием современных мультимедийных технологий. В числе первых на кафедре организован компьютерный класс, позволяющий проводить ежедневное тестирование студентов по всем дисциплинам.

Помимо этого с 2010 года на кафедре оборудован учебный класс для отработки практических навыков, где находятся новейшие виртуальные медицинские симуляторы, позволяющие закреплять полученные студентами в ходе практических занятий навыки, многократно отрабатывая их на роботах-симуляторах, а не на больных людях. Был организован и начал работу студенческий научный кружок. Студенты четвертого, пятого и шестого курсов, обучающиеся по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия», выполняют научные исследования, отдельные их разработки со временем могут стать темами кандидатских диссертаций.

Лекции студентам читают опытнейшие хирурги, которые также ведут практические занятия, доктора и кандидаты медицинских наук.

КОЛЕСНИКОВ Сергей Анатольевич – д.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 НИУ «БелГУ», врач-хирург высшей категории. В 1999 году успешно защитил диссертацию на соискание степени доктора медицинских наук по специальности «Хирургия» по теме: «Концепция аутогерниопластики в лечении наружных брюшных грыж». Является членом правления Российского общества хирургов-гастроэнтерологов, членом

редакционного совета журнала «Вестник хирургической гастроэнтерологии». Автор более 100 научных работ, 22 патентов и 10 рациональных предложений, 2 монографий. Под его руководством защищено 7 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

ВОЛКОВ Дмитрий Викторович – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 НИУ «БелГУ». В 2009 году защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Хирургия» по теме: «Способы мукоклазии в лечении холецистостомированных больных». Является членом Российского общества хирургов-гастроэнтерологов. Автор более 42 научных работ, 4 патентов РФ, 4 учебных пособий.

ЗАХАРОВ Олег Владимирович – к.м.н., доцент, врач-хирург высшей категории. В 2008 г. защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Малоинвазивное лечение калькулезного холецистита у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска». Является членом Российского общества хирургов-гастроэнтерологов. Автор более 16 научных работ, 3 патентов РФ.

КОПЫЛОВ Алексей Александрович – к.м.н., старший преподаватель кафедры, врач-хирург I категории. Защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме: «Моделирование и алгоритмизация сервисных и диагностических функций информационной системы врача-эндоскописта при исследовании желудка» (2008 г.). Является членом Российского общества хирургов-гастроэнтерологов. Автор более 25 научных работ, практического руководства для врачей-хирургов.

БАБЕНКО Александр Александрович – к.м.н., старший преподаватель кафедры хирургических болезней № 1, врач-хирург I категории. Диссертационная работа на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Хирургия»: «Клинико-морфологическое обоснование профилактики и лечения раневых осложнений в абдоминальной хирургии» (защищена в 2004 году). Является членом Российского общества хирургов-гастроэнтерологов. Автор 11 научных работ.

ПРОКОФЬЕВА Анастасия Владимировна – ассистент кафедры хирургических болезней № 1 НИУ «БелГУ», врач-хирург II категории МБУЗ ГКБ № 1 г. Белгорода. Является выпускницей медицинского факультета Белгородского государственного университета. В настоящее время активно работает над диссертационной работой, посвященной совершенствованию и разработке способов малоинвазивного лечения холедохолитиаза и стеноза Фатерова соска. Автор 8 научных работ.

Сотрудники кафедры совмещают преподавательскую деятельность с работой в хирургическом отделении. Выполняют хирургические операции. Участвуют в urgentных дежурствах, возглавляя бригады хирургов. Занимаются диагностикой и ведением больных в послеоперационном периоде. Ведут консультативную работу. Совместно с сотрудниками отделений хирургического профиля ведут научную работу, публикуют статьи в научных медицинских журналах, выступают с докладами на научных конференциях. Заведующий кафедрой совместно с заместителем главного врача больницы по хирургической помощи проводит утренние конференции с врачами всех отделений хирургического профиля, клинические разборы сложных в диагностическом и тактическом плане больных, конференции, а также посвященные наиболее актуальным вопросам хирургии.

В декабре 2010 года в Национальном исследовательском университете «БелГУ» состоялась встреча академика РАМН, доктора медицинских наук, профессора Александра Федоровича Черноусова со студентами медицинского факультета. Он – заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 лечебного факультета Первого ИГМУ имени И.М. Сеченова, директор клиники факультетской хирургии имени Н.Н. Бурденко при этом университете. Под его руководством защищено более 100 кандидатских и докторских диссертаций. Большинство хирургов России выполняют операции на пищеводе и желудке по методикам, разработанным академиком Черноусовым. Александр Фёдорович неоднократно помогал и больным Белгорода, выполняя операции высшей категории сложности. Темой прошедшей встречи стала деонтология – сохранение нравственности и борьба со стрессовыми факторами в медицине в целом. Академик Черноусов говорил о проблемах взаимоотношений с больными и их родственниками, о мерах ответственности за жизнь и здоровье пациентов, а также коснулся других важных аспектов профессиональной деятельности врачей.

Кафедра стремится к тому, чтобы каждый студент получал достойные знания и становился высококлассным специалистом.

# ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ЛИЦАХ

*Я.В. Кондрат, студентка 1 курса медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета*

Медицинский факультет был организован в Белгородском государственном университете в 1996 году, инициатором его создания является губернатор Белгородской области Е.С. Савченко.

У истоков медицинского факультета стоял его первый декан Владимир Гаврилович Башук – доцент, к.м.н., заслуженный врач РФ, отличник здравоохранения, руководивший факультетом на самом сложном и ответственном этапе его создания и становления с 1996 по 1998 годы. Родился он 6 сентября 1938 года в поселке Андреевка Запорожской области. Закончил Андреевскую среднюю школу. В 1959–1961 годах служил в рядах Советской Армии в Венгрии. В 1961 году поступил в Донецкий национальный медицинский институт им. М. Горького на санитарно-гигиенический факультет. По распределению направлен в Украину, в город Гусятин Тернопольской области, в качестве главного санитарного врача города. Отработав три года в Гусятине, Владимир Гаврилович переехал в г. Дмитриев Курской области, где тоже работал главным санитарным врачом.

В 1974 году В.Г. Башук был приглашён в г. Белгород в качестве заместителя главного санитарного врача СЭС Белгородской области. Затем работал главным санитарным врачом города. С 1985 года Владимир Гаврилович возглавил базовый медицинский колледж имени Виноградской, который по его руководством стал одним из лучших в России. За это время им была подготовлена и защищена кандидатская диссертация, посвященная санитарно-эпидемическим особенностям водно-питьевой среды г. Белгорода. Продолжением этой темы, связанной с одним из важнейших вопросов медицины, явилась подготовленная докторская диссертация, которую он не успел защитить. Всего было опубликовано около 50 печатных работ. Им были основаны и даже в определенной мере оснащены основные базовые кафедры: анатомии и гистологии; медико-биологических дисциплин; биохимии и фармакологии; патологии.

В 1998 году В.Г. Башук приступил к организации кафедры медико-профилактических дисциплин, которую он возглавил, оставив при этом работу декана. Однако в конце этого же года факультет понес невосполнимую утрату: Владимира Гавриловича не стало. И все сотрудники факультета, знавшие его, и

два первых выпуска студентов всегда будут помнить этого необычайно доброго, умного и талантливое человека.

Вслед за ним на должность декана приходит Юрий Иванович Афанасьев – доктор медицинских наук, профессор. Родился он 14 января 1952 года в г. Самарканде. По окончании средней школы № 6 им. Н. К. Крупской в 1969 году поступил на лечебный факультет Самаркандского государственного медицинского института имени И.П. Павлова по специальности «Лечебное дело».

По завершении обучения в интернатуре (1975–1976 годы) ему выдан сертификат врача-терапевта. С 1980 по 1983 годы – ассистент кафедры внутренних болезней для субординаторов Самаркандского медицинского института, с 1983 по 1986 – ассистент курса клинической иммунологии и иммуногенетики. В 1983 году им защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Клиническая оценка определения циркулирующих Т-, В- и антигенсвязывающих лимфоцитов у больных острым инфарктом миокарда».

В период 1998–2006 годов основное направление его деятельности – организация (в должности декана) медицинского факультета БелГУ. Были сформированы 12 кафедр и открыта аспирантура по 3 специальностям. С 2002 по 2006 годы осуществлен выпуск более 500 врачей, реализующих свою профессиональную деятельность в лечебно-диагностических и научных учреждениях Белгородской области, городах Москва и Санкт-Петербург, а также в США.

С 1999 года по настоящее время является заведующим организованной им кафедрой внутренних болезней № 1, в составе которой 3 доктора и 16 кандидатов медицинских наук. В 2000 году ему присвоено ученое звание профессора. Является врачом-кардиологом высшей квалификационной категории, председателем локального этического комитета клинической базы кафедры – Белгородской областной клинической больницы святителя Иоасафа. Читает лекции и ведет практические занятия в контингенте обучающихся на до- и последипломном уровнях образования.

Профессором Ю.И. Афанасьевым в соавторстве:

- разработан метод выявления антигенсвязывающих лимфоцитов в крови больных с различными заболеваниями и определена клиническая значимость оценки данной популяции клеток в клинике острой ревматической лихорадки, хронической ревматической болезни сердца, стенокардии и инфаркта миокарда, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, туберкулеза, опухолях пищевода, остеомиелите, облитерирующем эндоартериите, поздних токсикозах беременности, лекарственной аллергии;

- установлена эффективность иммуномодуляторов в лечении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
- обнаружено участие ассоциированных с патологическим процессом генетических факторов в образовании вариальбельности клинической картины изучаемых заболеваний и многое другое.

Также в соавторстве опубликовано более 180 научных работ, включая 25 учебных пособий, 4 монографии, 10 патентов на изобретения. Получена золотая медаль на международном конкурсе за представленную прогностическую математическую модель вероятности развития рестеноза после стентирования коронарных сосудов у больных ИБС.

С 2006 года и по настоящее время медицинским факультетом НИУ «БелГУ» руководит профессор, доктор медицинских наук, член Российской академии естествознания Нина Ивановна Жернакова. В 1986 году она окончила Харьковский медицинский университет, специальность – «Лечебное дело». Любимыми дисциплинами являлись гистология, внутренние болезни и физиология. Была комсоргом группы, активно участвовала в работе театра эстрадных миниатюр. На 2-м курсе было опубликовано ее исследование: «Гистохимия щелочной фосфатазы крови у крыс при гипотермии». После окончания университета три года отработала терапевтом, затем поступила в платную ординатуру в Украинский институт усовершенствования врачей (г. Харьков). В 1994 году защитила кандидатскую диссертацию.

Переехала в Белгород в 1995 г. Работала в Первой городской больнице врачом-гастроэнтерологом. В этом же году приглашена в Белгородский педагогический университет в связи с подготовкой к открытию медицинского факультета. На этапе присоединения медицинского колледжа была переведена заместителем директора по учебной работе. В 1998 году назначена заместителем декана по учебной работе и проработала в этой должности восемь лет. В 2006 году избрана по конкурсу на должность декана.

В 2009 году Нина Ивановна защитила докторскую диссертацию «Клиническая нейроиммуноэндокринология язвенной болезни у людей пожилого возраста» при Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН. Н.И. Жернакова является руководителем учебно-научного инновационного комплекса «Здоровье человека», а также сокоординатором приоритетного направления развития «Нанотехнологии и наноматериалы в биологии, медицине и фармации».

Подводя итог, следует отметить, что медицинский факультет НИУ «БелГУ» сформировался в результате большой и слаженной работы очень многих талантливых людей. Он развивается и по сей день. В 2013/14 учебном году факультет поменяет статус на «Медицинский институт» и переедет на

новое место. С этого момента начнется новая жизнь и новая история, но уже не факультета, а медицинского института.

## **ПЕДАГОГІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ ВИКЛАДАЧІВ ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ – ФУНДАТОРІВ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ (ДРУГА ПОЛ. ХІХ – ПОЧ. ХХ СТ.)**

*Т. В. Лутаєва, кандидат педагогічних наук, доцент, Національний фармацевтичний університет*

Підготовка освіченого, творчого фахівця галузі медицини та фармації, зорієнтованого на особистий та професійний саморозвиток, передбачає звернення до педагогічної спадщини вітчизняних освітян, орієнтує на вивчення й аналіз науково-педагогічної діяльності фундаторів медичної та фармацевтичної освіти в Україні.

Ряд видань довідкового та науково-пізнавального характеру містить інформацію про розвиток медицини, фармації та видатних учених-медиків (фармацевтів), які створювали та розвивали освітні й наукові традиції у вищих навчальних закладах м. Харкова. Нашу увагу привернули дослідження І. Скворцова та Д. Багалія [1], Ж. Перцевої [2], П. Петрюк [3], ґрунтовне видання, присвячене історії ХНУ імені В. Н. Каразіна [4].

Мета даних матеріалів – охарактеризувати основні складові педагогічної діяльності викладачів медичного факультету Харківського університету другої половини ХІХ – початку ХХ ст.

Вивчення та аналіз історико-педагогічних джерел та наукової літератури дозволяє свідчити, що з 60-х років ХІХ ст. значне місце у навчальному процесі медичного факультету Харківського університету посідали як лекційні, так і практичні та лабораторні заняття. Важливою складовою педагогічної діяльності викладачів медичного факультету була підготовка навчальних курсів, вибір засобів наочності та участь у підготовці навчальної літератури, а також організаційне забезпечення позааудиторної практики студентів.

У звіті медичного факультету Харківського університету за 1912 р. міститься інформація про те, що викладачі кафедри нормальної анатомії підготували й видали короткі вказівки до практичних занять, які студенти мали можливість придбати всього лише за 5 копійок [5, с. 19]. Викладачі медичного факультету використовували прилади й препарати лабораторій, у тому числі

фармацевтичної, для демонстрування дослідів на лекціях, сприяли поповненню майна лабораторії [6].

Представники професорсько-викладацького складу медичного факультету Харківського університету висвітлювали характерні риси педагогічної діяльності своїх колег. Відомо, що професор І. Оболенський залишив свідчення щодо викладацької діяльності професора І. Зарубіна й писав, що лекції Івана Кіндратовича відрізнялися ясністю й точністю викладу, наочністю й образністю картин хворобливих процесів [2].

Викладачі й співробітники медичного факультету брали участь у пошуку та впровадженні нових педагогічних форм і методів навчання студентів. Так, у 1909 р. під керівництвом ординатора клініки зору А. Поспеловського відбулася студентська екскурсія (для 80 осіб) до Москви та Петербурга з метою огляду клінік [7]. У червні–серпні 1912 р. викладач кафедри нормальної анатомії А. Зоммер здійснив разом із двома студентами антропологічну екскурсію на Кавказ. Екскурсанти привезли до університету понад 100 черепів для проведення антропологічних досліджень [5, с. 20].

Фундатори медичної та фармацевтичної освіти в Харківському університеті цікавилися проблемами виховання молоді, реформування системи освіти, організацією гімназичної освіти. На початку ХХ ст. у роботі Комісії з реформування вищих навчальних закладів взяли участь як депутати від Харківського університету представники медичного факультету, заслужений професор Л. Гіршман та ординарний професор В. Данилевський.

Нами були знайдені архівні документи, які свідчать, що В. Данилевський працював у Харківській першій чоловічій гімназії й написав у 1901 р. критичні замітки про стан шкільної справи в Російській імперії [8]. Професор кафедри психіатрії медичного факультету Харківського університету П. Ковалевський приділяв серйозну увагу питанням російського національного виховання [9].

Важливою частиною педагогічної діяльності професорсько-викладацького складу медичного факультету Харківського університету була робота у випробувальних комісіях при університетах Російської імперії. В. Данилевський неодноразово призначався головою медичної випробувальної комісії при Томському університеті [10].

Науковці медичного факультету Харківського університету брали участь у роботі наукових товариств, сприяли виданню наукових часописів. Відомо, що організатором і редактором першого російського психіатричного журналу «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» був П. Ковалевський. Крім того, він сприяв виданню таких часописів: «Журнал медицины и гигиены», «Русский медицинский вестник», «Вестник идиотии и

эпилепсии», «Вестник душевных болезней», а також протягом майже 15 років був співредактором часопису з психіатрії, що видавався у Німеччині [11].

Університетським статутом 1884 р. була сформована система наукової атестації. Одним із шляхів її вдосконалення вважалися закордонні стажування молодих учених. Професорськими стипендіатами Харківського університету, які стажувалися за кордоном, були І. Зарубін, В. Данилевський, М. Валяшко та інші [1; 2; 12]. Харківські учені-медики (фармацевти) відвідували численні конгреси й з'їзди, всесвітні виставки, що сприяло формуванню міждисциплінарного поля наукових інтересів [1; 4].

Вважаємо, що основними складовими науково-педагогічної діяльності фундаторів медичної та фармацевтичної освіти в Харківському імператорського університеті були: підготовка навчальних курсів, участь у підготовці навчальної літератури, проведення лекцій, лабораторних, практичних та інших видів занять зі студентами; керівництво науковою роботою студентів; пошук і розроблення нових педагогічних форм і методів навчання; пошук джерел фінансування та організація й виконання наукових досліджень; підготовка науково-популярних та інших матеріалів з метою громадсько-просвітницької діяльності; реалізація виховних функцій у процесі групової та індивідуальної роботи зі студентами; неперервний особистісний і професійний розвиток.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Медицинский факультет Харьковского университета за первые 100 лет его существования (1805–1905) / Под. ред. проф. И. П. Скворцова и Д. И. Багаля. – Харьков : Изд-во университета, 1905–1906. – 471 с.
2. Перцева, Ж. Н. Роль медицинской профессуры Харьковского университета в создании и деятельности Харьковского медицинского общества [Электронный ресурс] / Ж. Н. Перцева // Режим доступа : <http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/537>
3. Петрюк, П. Т. Павел Иванович Ковалевский – известный отечественный психиатр [Электронный ресурс] / П. Т. Петрюк // Режим доступа : <http://www.psychiatry.ua/books/saburka/paper027.htm>
4. Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна за 200 років / В. С. Бакіров, В. М. Духопельников, Б. П. Зайцев та ін. – Х. : Фоліо, 2004. – 750 с.
5. Історичні корені НФаУ [Електронний ресурс] // Режим доступу : <http://nfau.in.ua>
6. Отчет о состоянии и деятельности Императорского Харьковского университета за 1912 г. // Записки Харьковского университета. – 1913. – Кн. 2. – С. 1–42.
7. Южный край. – 1909. – 26 ноября.
8. ДАХО. Ф. Р-5810. – Матеріали приватного архіву В. Данилевського. – Оп. 1. – Спр. 143.
9. Ковалевский, П. И. Национальное воспитание и образование в России / П. И. Ковалевский. – СПб. : Тип. М. И. Акинфиева, 1910. – 95 с.
10. Отчет о состоянии и деятельности Императорского Харьковского университета за 1902 г. // Записки Харьковского университета. – 1903. – Кн. 2. – С. 1–21.
11. Музей історії фармації НФаУ. – Ф. 1. – Валяшко М. О. – Спр. 1.

# ИСТОРИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ № 1 БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*С.В. Майборода, студентка 1 курса медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета*

*О.А. Кистенёва, кандидат исторических наук, старший преподаватель кафедры внутренних болезней № 2 медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета*

21 июля 1954 года Белгородский областной Совет народных депутатов своим распоряжением № 219 утвердил открытие областной больницы на 250 коек на базе городской больницы, которая к настоящему времени, перетерпев огромные изменения и обретя современный облик и уровень, является головным лечебно-профилактическим учреждением здравоохранения в области. На базе больницы функционируют шесть кафедр медицинского факультета и Института последипломного медицинского образования БелГУ. Здесь в тесном взаимодействии с клиническими кафедрами ВГМА имени Н.Н. Бурденко, Курского государственного медицинского университета ежегодно ведется подготовка свыше 50 врачей-интернов по 13 специальностям.

В 1999 году на базе Белгородской областной клинической больницы имени Святителя Иоасафа была организована кафедра внутренних болезней № 1 Белгородского государственного национального исследовательского университета. Развитие кафедры осуществлялось при поддержке трех ректоров: Камышанченко Н.В., Дятченко Л.Я. и Полухина О.Н.

В настоящий момент следующие отделения больницы являются клинической базой кафедры:

- гастроэнтерологии;
- кардиологии;
- эндокринологии;
- гематологии;
- пульмонологии;
- нефрологии;
- ревматологии;
- функциональной диагностики;
- лучевой диагностики.

Кафедра внутренних болезней № 1 реализует учебные поручения по следующим дисциплинам учебного плана специальностей «Лечебное дело»,

«Педиатрия» и «Стоматология»: внутренние болезни, клиническая фармакология, эндокринология, военно-полевая терапия, лучевая диагностика и терапия.

Штат кафедры включает в себя 20 сотрудников. Организатором и заведующим кафедрой внутренних болезней № 1 является доктор медицинских наук, профессор Афанасьев Юрий Иванович. В свое время темой его докторской диссертации стала «Иммунология заболеваний миокарда различного генеза у жителей аридной зоны» (1994 г., Москва).

Следует отметить остепененность кафедры, которая составляет практически сто процентов, что является показателем высочайшего уровня.

Сотрудниками кафедры защищено 3 докторских (Шабалин А.Р., Макконен К.Ф., Дмитриева Т.В.) и 8 кандидатских диссертаций (Осипова О.А., Голивец Т.П., Суязова С.Б., Кузьмина О.А., Мищенко Е.В., Дмитриева Т.В., Бабанин А.В., Алферов П.К.). Соискателями кафедры – сотрудниками областной клинической больницы – защищены 2 кандидатские диссертации (Кузубова А.В., Стороженко С.Ю.). Получено 11 патентов, среди таковых в качестве примера можно указать: Способ выявления предрасположенности к возникновению атеросклероза (в соавторстве), Устройство дистантного пре кондиционирования (в соавторстве). Выпущено 7 монографий, опубликовано более 200 научных работ, из них 50 – из перечня Высшей аттестационной комиссии и 45 – приравненных к ВАК-им изданиям. Из 25 изданных учебных пособий 17 имеют гриф учебно-методического объединения по высшему медицинскому и фармацевтическому образованию вузов Российской Федерации.

Сотрудники кафедры активно участвуют в конкурсе грантов. Общая сумма выигранных грантов различного уровня составила в 2006–2012 годах более 6 млн рублей. С 2004 года сотрудники кафедры реализуют проекты в рамках внутривузовских грантов. Сотрудники кафедры выступили с докладами на 20 конференциях международного (1), федерального (6), регионального (6), зонального (3) и городского (2) уровней.

На кафедре организован и активно функционирует научный студенческий кружок, объединяющий в себе самые различные направления под общим названием «Клиническая медицина и клиническая фармакология», научными руководителями которых являются: профессор Афанасьев Ю.И., профессор Покровская Т.Г., доцент Малородова Т.Н., доцент Пономоренко Т.Н. Молодые исследователи достойно представляли свои исследования на конференциях регионального, федерального и международного масштаба.

Студентами опубліковано 15 работ: они выступали с докладами на XIV международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов»; 59-й студенческой научной конференции Смоленской государственной медицинской академии; X открытой итоговой научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием Кировской государственной медицинской академии; итоговой студенческой научной конференции Московской медицинской академии; международной научной конференции студентов и молодых ученых в Черновцах. Все студенты награждены дипломами I степени. На кафедре ежегодно проходят секционные заседания в рамках «Недели студенческой науки БелГУ».

В настоящее время кафедра находится в стадии дальнейшего развития. Планы развития строятся на солидной клинической базе, квалифицированном кадровом потенциале и поддержке со стороны руководства НИУ «БелГУ» и областной клинической больницы.

Информация о кафедре была бы далеко не полной, если не упомянуть важнейшую роль в ее становлении, как и медицинского факультета в целом, бывшего начальника здравоохранения администрации области и главного врача областной клинической больницы, а затем директора института последипломного медицинского образования НИУ «БелГУ», ныне покойного Квитко Владимира Васильевича.

## **ПІСЛЯДИПЛОМНА ПІДГОТОВКА ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ЯК НЕВІД’ЄМНА СКЛАДОВА РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

*І.І. Парфьонова, професор, кандидат економічних наук, завідувачка кафедри менеджменту та економіки в сімейній медицині ХМАПО;*

*А.В. Кабачна, професор, доктор фармацевтичних наук,*

*О.М. Драганова, старший викладач кафедри,*

*Е.В. Шелкова, лікар центру ПМСД*

Історичні дані свідчать, що розвиток сімейної медицини в Україні має яскраву передісторію, корені якої сягають у земську медицину другої половини XIX – початку XX ст. Процес становлення сімейної медицини пов’язують з українськими земськими лікарями: С.Г. Ковнером, Б.С. Козловським,

Л.І. Малиновським, М.С. Уваровим, М.І. Тезяковим та іншими. Саме така форма медичного обслуговування, переважно сільського населення, що виникла після скасування кріпацтва і започаткувала передумови для розвитку сучасної сімейної медицини в нових незалежних державах, у т. ч. Україні [3].

Екстенсивний розвиток вітчизняної ОЗ, активна «вузька» спеціалізація медичної допомоги, яка розглядалась протягом всієї історії незалежної України як основний засіб підвищення кваліфікації лікарів і поліпшення якості медичного обслуговування, сприяли звуженню функцій, зменшенню ролі, авторитету та престижу дільничного лікаря-терапевта і педіатра, призвели до втрати комплексності та послідовності в наданні медичної допомоги, зниження ефективності профілактичної і диспансерної роботи.

Недоліки в організації ПМСД призвели до компенсаторного непропорційного розвитку більш дорогих видів медичної допомоги – спеціалізованої, стаціонарної, швидкої. Тобто прорахунки в організації ПМСД сприяли нераціональним витратам кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів системи ОЗ. Саме з цих причин була вельми потрібна реорганізація системи ОЗ на основі пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини, відповідної раціоналізації та оптимізації спеціалізованої та стаціонарної допомоги [1].

Гостра необхідність сучасної структурної реорганізації та розвитку системи ПМСД на засадах сімейної медицини продиктована насамперед тим, що в Україні, як і раніше, відсутній чіткий розподіл на служби первинної і вторинної допомоги. До виконання функцій первинної допомоги фактично залучаються всі спеціалісти поліклініки, що призводить до надмірного використання спеціалізованої амбулаторної допомоги. І лише 27% фахівців первинної ланки складають лікарі ЗП-СМ. Крім того, первинна ланка надання медико-санітарної допомоги практично не впливає на медичний маршрут пацієнта.

З метою структурно-організаційного та фінансово-економічного розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги передбачено створення центрів первинної медико-санітарної допомоги й так званих «госпітальних округів» з урахуванням особливостей адміністративних територій [2].

Центри ПМСД призначені для забезпечення оптимального управління первинною ланкою, використання фінансових ресурсів, що виділяються державою на первинну допомогу, та підвищення фінансової стабільності закладів ПМСД.

Досвід організації центрів ПМСД, розмежування первинного та вторинного рівнів медичної допомоги з автономізацією ЗОЗ на рівні району в Україні вже є. Найбільший досвід роботи в таких умовах має Близнюківський район Харківської області, де у січні 2007 року було зареєстроване нове комунальне підприємство «Близнюківський центр первинної медичної допомоги». Центр був утворений шляхом виділення з КП «Близнюківська ЦРЛ» структур з надання первинної допомоги та адмінзабезпечення: 11 відділень ЗП-СМ, у т. ч. 10 амбулаторій і 22 ФАПів, бухгалтерії, інформаційно-аналітичного центру.

Проте сьогодні українська ОЗ стоїть на порозі кадрової кризи. Існує дефіцит кадрів – насамперед у первинній ланці загалом та сільській місцевості зокрема. Кількість сімейних лікарів сьогодні складає 75 % від потреби, понад 20 % працівників мають пенсійний вік, а ще 20 % – передпенсійний. Спостерігається наростаюча і некерована міграція медичного персоналу у сусідні країни та далеке зарубіжжя. Виходячи з цього, Програмою розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини передбачена необхідність підвищення рівня підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів, іншого медичного персоналу для надання первинної медико-санітарної допомоги. Крім того, наголошено про необхідність удосконалення системи викладання основ ПМСД у вищих медичних навчальних закладах та закладах післядипломної освіти, що, безумовно, потребує розробки відповідних навчальних програм [1, 2].

У відповідності до потреб сучасної охорони здоров'я у 2002 році в рамках реалізації Програми з підготовки сімейних лікарів у Харківській медичній академії післядипломної освіти вперше серед країн СНД була організована кафедра менеджменту та економіки в сімейній медицині. Колективом кафедри вперше в Україні були розроблені програми циклів тематичного удосконалення для лікарів загальної практики – сімейної медицини: «Економіко-правовий механізм діяльності закладів сімейної медицини», «Концептуальні напрями реформування охорони здоров'я України», «Основи медичного права» та ін.

Їх реалізація дала змогу підготувати близько 3000 лікарів ЗП-СМ для Харківської, Дніпропетровської, Донецької, Вінницької, Сумської областей, АР Крим. Для здійснення постійного методичного супроводження навчального процесу підготовки сімейних лікарів кафедрою підготовлено навчальний посібник «Опорні конспекти лекцій і семінарських занять з курсу «Організація і управління охороною здоров'я» зі спеціалізації за фахом «Загальна практика – сімейна медицина», рекомендований ЦМК з вищої медичної освіти МОЗ

України як навчальний посібник за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» [3].

Таким чином, аналіз стану та перспектив запровадження в Україні ПМСД на засадах сімейної медицини свідчить про те, що, незважаючи на серйозні позитивні зрушення, одним із важливих напрямів у процесі реорганізації системи ОЗ України в цілому залишається підготовка на додипломному та післядипломному рівні висококваліфікованого спеціаліста у різних галузях медицини, психології, медичного права, соціології – сімейного лікаря.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Загальнодержавна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 р. : закон України від 22.01.2010 № 1841-VI [Електронний ресурс] // Голос України. – 2010. – № 24. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1841-vi>
2. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : закон України від 07.07.2011 № 3612-VI [Електронний ресурс] // Голос України. – 2011. – № 142. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>
3. Опорні конспекти лекцій і семінарських занять з курсу «Організація і управління охороною здоров'я» за фахом «Загальна практика – сімейна медицина»: / за заг. ред. проф. І. І. Парфьонові. – Х. : Оберіг, 2010. – 250 с.

## ИСТОРИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ № 2 БЕЛГОРОДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*О.Г. Череватова, студентка 1 курса медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета*

Кафедра внутренних болезней № 2 НИУ «БелГУ» начала свою работу в 2000 году. Первым руководителем кафедры стал профессор Виктор Федорович Каменев (2000–2009 годы), который до этого много лет работал в высшей медицинской школе. Им была проведена работа по организации учебно-методической работы, много внимания уделялось научному направлению кафедры в плане изучения взаимодействия двух гомеостатических систем – иммунитета и гемостаза. В.Ф. Каменеву удалось разработать новые принципы иммунокоррекции, которые обеспечили высокий клинический эффект при лечении аспиринозависимых астм, системных заболеваний соединительной ткани, гепатитов, демиелинизирующих заболеваний нервной системы.

С сентября 2009 года кафедру возглавляет д.м.н., профессор Ольга Алексеевна Ефремова. Областью ее научных интересов являются вопросы полиморбидной патологии, изучение патогенетических связей сердечно-сосудистых нарушений с патологией других органов и систем. В 2009 году Ольга Алексеевна назначена главным редактором научного рецензируемого журнала «Научные ведомости БелГУ. Серия «Медицина. Фармация», который входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации.

Кафедра внутренних болезней № 2 является одной из ведущих кафедр медицинского факультета НИУ «БелГУ». Здесь проводится обучение студентов по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология»; ординаторов, клинических интернов и аспирантов – по специальностям «Внутренние болезни», «Геронтология и гериатрия». Основной базой кафедры является МГУЗ «Городская больница № 2» г. Белгорода.

На данный момент штат кафедры состоит из 26 преподавателей, 7 из которых являются докторами медицинских наук, 16 – кандидатами медицинских наук. Все преподаватели – практикующие врачи с большим опытом работы. Штатные сотрудники кафедры: Ефремова Ольга Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор; Прощаев Кирилл Иванович, доктор медицинских наук, профессор; Жернакова Нина Ивановна, доктор медицинских наук, профессор; Третьяков Андрей Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор; Логвиненко Светлана Ивановна, кандидат медицинских наук, доцент; Оболонкова Наталья Ивановна, кандидат медицинских наук, доцент; Лебедев Тихон Юрьевич, кандидат медицинских наук, доцент; Фесенко Виталий Васильевич, кандидат медицинских наук, доцент; Григорова Светлана Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент; Бочарова Ксения Александровна, кандидат медицинских наук, доцент; Кистенёва Ольга Алексеевна, кандидат исторических наук, старший преподаватель; Позднякова Наталья Михайловна, ассистент.

Кафедра внутренних болезней № 2 НИУ «БелГУ» специализируется на учебной деятельности по следующим дисциплинам: «Внутренние болезни», «Поликлиническая терапия», «Фтизиатрия», «Иммунология», «Профессиональные болезни», «История медицины», «Организация здравоохранения».

Сотрудниками кафедры написаны учебно-методические пособия для практических занятий, существует большое количество тестов для оценки знаний по новой балльно-рейтинговой системе. Лекционные занятия

проводятся профессорами на высоком уровне, с использованием современных мультимедийных пособий.

Неоспоримо большое значение в деятельности кафедры имеет проводимая научная работа. Одним из наиболее перспективных направлений научных исследований кафедры является изучение кардиоваскулярных и нейроиммуноэндокринных нарушений в клинике внутренних болезней при полиморбидной патологии. Сотрудники кафедры вносят значительный вклад в научную и общественную деятельность факультета и регулярно принимают участие в научных конгрессах, съездах и конференциях.

В рамках Федеральной целевой программы «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009–2013 годы сотрудники кафедры проводят исследования по государственным контрактам.

Начиная с декабря 2009 года сотрудники кафедры дважды в год проводят научно-практические конференции с международным участием по полиморбидной патологии и геронтологии с последующей публикацией сборников. За последние годы защищено более 20 кандидатских диссертаций и 3 докторские.

За время существования кафедры издано 297 научных работ. На основе проведенных исследований оформлено 4 патента. Результаты исследований преподаватели внедряют в учебный процесс и практическое здравоохранение.

При работе со студентами старших курсов ординаторами и интернами большое внимание уделяется как теоретической подготовке, так и повышению их практической квалификации.

На кафедре организован студенческий научный кружок по геронтологии и гериатрии, возглавляемый д.м.н., профессором Кириллом Ивановичем Прощаевым (председатель Белгородского отделения Геронтологического общества при РАН). Работа членов студенческого кружка неоднократно отмечалась дипломами, премиями и наградами на итоговых студенческих конференциях и олимпиадах, проводимых ежегодно. С 2010 года кафедра участвует в реализации договора о студенческом обмене с Университетом им. Масарыка (Брно, Чехия), с Харьковским национальным медицинским университетом (Украина).

В настоящее время коллектив кафедры продолжает осваивать новые виды научно-педагогической деятельности и непрерывно совершенствует свою работу по подготовке высококвалифицированных кадров.

## СЕКЦІЯ 5. ПЕРСОНАЛІ ВИДАТНИХ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ, СОЗДАТЕЛЬ ИНСУЛИНА – ВИКТОР МОИСЕЕВИЧ КОГАН-ЯСНЫЙ

*Т.В. Арзуманова, кандидат исторических наук, доцент кафедры украиноведения и политологии Харьковского национального университета строительства и архитектуры*

Выдающийся клиницист, терапевт и эндокринолог, создатель и глава терапевтической школы, В.М. Коган-Ясный был широко известен медицинской общественности не только Харькова и Украины, но и всей страны своими работами в области клинической эндокринологии и по праву может считаться родоначальником этого направления в области внутренней медицины в Украине.

Родился В.М. Коган-Ясный 16 июля 1889 году в Полтаве в семье служащего. В 1906 году он поступает на естественное отделение физико-математического факультета Харьковского университета, а в 1910 – переходит на медицинский факультет этого же университета и видит себя в будущем микробиологом. Окончив университет, В.М. Коган-Ясный начинает работать сверхштатным ординатором госпитальной, а затем его переводят в факультетскую терапевтическую клинику П.И. Шатилова.

К этому же времени относится и начало его научной деятельности. Оно положено опубликованием в 1918 году первой работы Виктора Моисеевича «Сила и свойства люэтических антигенов». В дальнейшем ряд его работ, касающихся сифилиса желудка и эндокринных желез, был собран в единственном такого рода руководстве, вышедшем двумя изданиями под названием «Висцеральный сифилис».

Как клиницист и ученый В.М. Коган-Ясный формировался в процессе работы с академиком В.Я. Данилевским и профессором А.В. Палладиным. В 1919 году вместе с В.Я. Данилевским он выступил инициатором создания Органо-терапевтического института Харьковского медицинского общества (ныне Институт проблем эндокринной патологии АМН Украины им. В.Я. Данилевского).

В 1922 году В.М. Коган-Ясный был избран ассистентом факультетской терапевтической клиники Харьковского медицинского института и назначен уполномоченным Наркомата здравоохранения УССР и Красного Креста по обследованию голодающих губерний Украины. В это время В.М. Коган-Ясный особенно углубленно занимается изучением болезней недостаточного питания и нарушений обменных процессов на этой почве. Впоследствии академик Н.Д. Стражеско писал, что В.М. Коганом-Ясным была «совершенно правильно описана клиническая картина голодания, оценен патогенез его и направление лечения. Издание этого сборника и пропаганда среди советской общественности положенных в нем идей, несомненно, способствовали борьбе с голодом на Украине».

Во врачебной практике внимание В.М. Когана-Ясного привлекали большие базедовой болезнью, сахарным и несахарным диабетом, имеющие патологии роста, этиология, клиника и терапия которых были в то время еще мало изучены. В 1923 году в результате сложной и кропотливой работы в лаборатории им впервые в СССР был получен отечественный инсулин, о чем было сообщено в журнале «Врачебное дело» (№ 13-15 за 1923 г.). В 1924 году, обобщив все материалы экспериментальных исследований и клинических наблюдений, В.М. Коган-Ясный с успехом защищает диссертацию на соискание ученой степени доктора клинической медицины на тему: «Некоторые данные об инсулине, его приготовление, физиологическое действие и применение».

Получение отечественного инсулина и освоение его производства Институтом эндокринологии было значительным достижением советской науки. Это позволило вскоре отказаться от импорта зарубежного препарата, что, несомненно, было значительной заслугой В.М. Когана-Ясного. В клинике он внедрил его применение не только при сахарном диабете, но и при многих других заболеваниях, в частности базедовой болезни, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, заболеваниях печени и при бронхиальной астме. Особенно впечатляющими были результаты применения инсулина для лечения пневмоний, сводивших смертность при этом тяжелом заболевании к минимальным цифрам. О достигнутых результатах В.М. Коган-Ясный неоднократно докладывал на конференциях и съездах терапевтов.

Трудно переоценить роль, которую сыграл В.М. Коган-Ясный в становлении и развитии клинической эндокринологии. Круг интересов ученого был многообразен и актуален. С самого начала своей деятельности он проявил себя неутомимым тружеником, который с любовью относился к делу, был увлеченным и пытливым исследователем, активным и ответственным общественным деятелем. Таким он и остался в памяти своих учеников.

**АКАДЕМІК В.Я. ДАНИЛЕВСЬКИЙ: ВНЕСОК У СТАНОВЛЕННЯ  
ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЇ В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ  
УНІВЕРСИТЕТІ ім. В.Н. КАРАЗІНА**

*К.С. Варивода, аспірантка кафедри історії та культури України державного вищого навчального закладу «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»*

Становлення і розвиток електрофізіології в Харківському національному університеті імені В.Н. Каразіна пов'язане з ім'ям академіка АН УРСР Василя Яковича Данилевського (1852–1939) – видатного українського біолога, фізіолога, гістолога.

Визначний учений В.Я. Данилевський був одним з творців еволюційного напрямку у фізіології й патології, вперше виявив провідну роль вищих відділів центральної нервової системи в регуляції вегетативних функцій організму, поклав початок вивченню фізіології гіпнозу у тварин, разом з М.І. Сеченовим розробив основи електроенцефалографії, став основоположником вітчизняної біофізики, широко розвивав електрофізіологію. Його вважають одним з основоположників фізіології праці, а також творцем нового розділу фізіології ендокринних залоз. Вчений є автором оригінального методу приготування лікарських органопрепаратів [1, с. 40].

Експериментальні дослідження В.Я. Данилевського в галузі електрофізіології здійснювались у трьох напрямках: вивчення біоелектричних явищ головного мозку, дослідження впливу електричного струму на різні частини нервової системи та з'ясування фізіологічної дії електромагнітного поля і його коливань.

У 1875 році, на початку своєї наукової діяльності, В.Я. Данилевський відкрив електричні явища в головному мозку. Перше повідомлення про те, що головний мозок продукує електричні струми, він зробив у «Пфлюгерівському Архіві» (т. II, стор. 128–138, 1875). Це відкриття було зроблене незалежно від аналогічного спостереження англійського дослідника Катона [2, с. 29].

У докторській дисертації «Дослідження з фізіології головного мозку» (1876 р.) В.Я. Данилевський вперше описав досліди з реєстрації біоелектричних явищ у головному мозку собаки, виявив у корі головного мозку центр, що регулює діяльність серця. Великою заслугою вченого було виявлення в корі великих півкуль головного мозку особливих центрів, що мають пряме відношення до регуляції діяльності внутрішніх органів. В.Я. Данилевський вперше довів, що електрична активність кори головного мозку пов'язана з

функціональною діяльністю мозку і є показником стану збудження. По суті, це відкриття В.Я. Данилевського заклало основи сучасної електроенцефалографії [3, с. 11, 20, 24].

Упродовж 1887–1926 років (з перервою в 1909–1917) вчений очолював кафедру фізіології медичного факультету Харківського університету. Тодішні дослідження В.Я. Данилевського і його співробітників були присвячені встановленню залежності між характером електричного подразнюючого струму і якістю збудження, яке виникає в різних ділянках нервової системи. Зокрема, під його науковим керівництвом успішно досліджувалися електричні подразнення нервів (К. Данилевський), вплив гальванічного струму на блукаючий нерв (І. Рахімов), подразнення спинного мозку гальванічним струмом (М. Яцкевич), подразнення рухливих нервів коливаннями гальванічного струму (І. Чуєвський), дія електричних подразнень великої частоти на нерви та м'язи (Ф. Тарасов), фізіологічна дія частих електричних ударів на серце, нерви та м'язи (Я. Трутовський), дія електричного поля на рухливий нерв (С. Костін).

Для проведення вказаних експериментальних досліджень замість методу подразнення нерва переривистим струмом В.Я. Данилевський разом із братом Костянтином сконструювали ряд приладів. Зокрема, кімореоном (а пізніше його модифікація – монореоном) давав можливість здійснювати подразнення нерва постійним струмом, сила якого плавно коливається, а також точно визначати частоту коливань. На думку В.Я. Данилевського, саме таке подразнення точніше відповідає реальним фізіологічним умовам. Застосування кімореонома дало змогу виявити важливі особливості у збудженні нервів та м'язів [4, с. 107–114].

Значну увагу В.Я. Данилевський приділяв вивченню нового на той час для науки питання – фізіологічної дії електромагнітного поля і його коливань. Це дослідження проводилось у два етапи: упродовж 1896–1909 та 1927–1935 років. Під час експериментального дослідження вчений встановив наявність електромагнітних коливань на відстані (за його термінологією, так званої «біологічної дії електрики на відстані»). Водночас він з'ясував, що при оптимальній тривалості дії електромагнітних коливань підвищується збудливість нерва. Ці дослідження були опубліковані В.Я. Данилевським в 1900–1901 роках у двох частинах монографії «Дослідження над фізіологічною дією електрики на відстані. Електричне подразнення нервів». Відкриття вченого в галузі фізіологічної дії коливань електромагнітного поля мали важливе значення для розвитку рентгенології [5, с. 39].

Отже, становлення електрофізіології як науки в Харківському національному університеті імені В.Н. Каразіна пов'язане з іменем академіка В.Я. Данилевського. Експериментальні дослідження вченого і його учнів сприяли з'ясуванню нервових механізмів регуляції вегетативних функцій організму, вивченню електричних явищ головного мозку, проявом яких є психічні явища, встановленню залежності між характером електричного подразнюючого струму і якістю збудження в різних частинах нервової системи, фізіологічному впливу електромагнітних коливань на збудливість нервових волокон.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Белецкая, О. М. Данилевский Василий Яковлевич. Вопросы жизни (из трудов) / науч. ред. и сост. О. М. Белецкая. — Х. : Форт, 2004. — 88 с.
2. Воронцов, Д. С. Развитие электрофизиологии на Украине / Д. С. Воронцов // Физиологический журнал академии наук Украинской РСР. — 1957. — Т. 3. — № 5. — С. 29–35.
3. Данилевский, В. Я. Исследования по физиологии головного мозга / В. Я. Данилевский. — М., 1876. — С. 41.
4. Финкельштейн, Е. А. Василий Яковлевич Данилевский — выдающийся русский биолог, физиолог и прогистолог (1852–1939) / Е. А. Финкельштейн. М.-Л. : Изд-во АН СССР, 1955. — 292 с.
5. Воронцов, Д. С. Нариси з історії фізіології на Україні / Д.С. Воронцов, В. М. Нікітін, П. М. Серков. — К. : Вид-во АН УРСР, 1959. — 256 с.

### ЕМІГРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД НАУКОВО-ОРГАНІЗАТОРСЬКОЇ РОБОТИ ПРОФЕСОРА І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО (20 – 30 -ТІ РР. ХХ СТ.)

*Н.В. Данилюк, аспірантка I року навчання державного вищого навчального закладу «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»*

До видатних особистостей, які зробили вагомий внесок у розвиток охорони здоров'я, належить професор І.Я. Горбачевський – перший міністр охорони здоров'я у світі. Вченим було зроблено багато відкриттів у галузі біохімії, гігієни, епідеміології тощо. Перебуваючи за кордоном, він плідно працював на благо вітчизняної науки й зумів об'єднати навколо себе українських та зарубіжних науковців.

І.Я. Горбачевський упродовж багатьох років був ректором Українського вільного університету – УВУ. Вперше на цю посаду його обрали на загальних зборах професорів і доцентів 16 червня 1923 року [1, с. 54]. У навчальному

закладі високо цінували заслуги І. Я. Горбачевського й іменували його своїм почесним професором [2, с. 8]. УВУ призначав почесні дипломи за особливі наукові та культурні заслуги. Зокрема, юридичний факультет Українського вільного університету за весь час діяльності нагородив титулом почесного доктора лише академіка І. Горбачевського (першим), професора О. Колессу та о. Августина Волошина [3, с. 123].

Працюючи в УВУ, І.Я. Горбачевський здійснював у Празі вагому організаторську роботу, зокрема розпочав підготовку до скликання у цьому місті першого з'їзду українських вчених. Запрошення до участі в ньому розглядали на засіданні Всеукраїнської академії наук 4 січня 1926 року [1, с. 54]. У 1925 році в Празі з ініціативи Українського історико-філологічного товариства було створено наукове об'єднання під назвою «Український академічний комітет» на підставі статуту, який затвердив уряд Чехо-Словаччини. До основних завдань наукового об'єднання входило:

а) розширення зв'язків українських учених із закордонними вченими й установами;

б) створення з допомогою міжнародної наукової громадськості нових українських установ і підтримка існуючих;

в) допомога українським науковим силам у виконанні їх наукових планів;

г) організація наукових з'їздів та науково-видавничої справи.

До комітету входили: Український вільний університет у Празі, Українська господарська академія у Подебрадах, Український високий педагогічний інститут імені М. Драгоманова у Празі, Наукове товариство імені Шевченка у Львові, Студія пластичних мистецтв у Празі, Українське юридичне товариство, Українське історико-філологічне товариство, Спілка українських лікарів у Празі. Головою було обрано І.Я. Горбачевського.

9 грудня 1925 року почала працювати організаційна комісія, яка виробила статут і регламент з'їзду, створила секції та підсекції, зібрала кошти, провела з'їзд, а після цього видала його матеріали [3, с. 6].

Перший Український науковий з'їзд відбувся у Празі 3–7 жовтня 1926 року [4, с. 76]. Його учасниками були українські наукові працівники-емігранти, переважно ті, які проживали в Чехії, більшість походила із західноукраїнських земель [3, с. 44]. Загалом на з'їзді працювало 10 секцій та підсекцій, відбулося 41 засідання, на яких було виголошено 154 доповіді. Мети, яка стояла перед з'їздом, – підсумувати здобутки українських наукових сил за кордоном і налагодити тісніші контакти з українськими й іноземними науковими інституціями та науковими колами – було досягнуто.

Результативне проведення першого Українського наукового з'їзду створило атмосферу дієвості, загострило відчуття потреби в єднанні українських наукових сил на світовому рівні. І.Я. Горбачевський і вся українська наукова громада в Празі, підтримуючи такі прагнення, намагалися спрямовувати їх у потрібне русло.

20 березня 1932 року в Празі почався другий Український науковий з'їзд, який Український академічний комітет організував задля інтелектуальної міжнародної співпраці [1, с. 58]. Цей з'їзд ухвалив низку резолюцій щодо завдань, організації та подальшої наукової праці за кордоном. Як перший, так і другий українські наукові з'їзди працювали успішно [3, с. 216], стали підтвердженням широкомасштабної наукової та навчальної діяльності УВУ, інших українських вищих шкіл і наукових установ за межами України.

18 травня 1934 року в Українському вільному університеті відбулося свято з нагоди 80-річчя від дня народження ректора Івана Горбачевського [1, с. 10] і п'ятдесятиріччя його професорської діяльності [5, с. 184]. Славний шлях ювіляра проаналізував професор Д. Антонович, який тривалий час працював із ним у Празі: «Важливим є не тільки той внесок до світової науки хімії, який вніс І.Я. Горбачевський, а й ті обставини, в яких йому довелося працювати, та ситуація, в якій взагалі провадилася українська наукова праця. З 80 років свого життя три чверті їх І.Я. Горбачевський провів на чужині, а більше як півстоліття у Празі, пов'язаний зістарославним Карловим університетом. Найбільший розквіт наукової діяльності вченого припадає на останню третину ХІХ і перше десятиліття ХХ століття, тобто на час, здавалося, найтемніший для української самосвідомості. Побіч світового значення здобутків І.Я. Горбачевського в обсязі медичної хімії – національне значення Івана Горбачевського, що вивів українську науку з меж провінціальних на широкий світ уселюдської науки» [6, с. 9].

Діяльність у Празі Українського вільного університету, який перетворився у 1930-х роках на важливий осередком українознавства, тривала до кінця Другої світової війни [7, с. 218]. У травні 1945 року празький період історії УВУ закінчився. А з 1946 року він продовжив працювати в німецькому місті Мюнхені [8, с. 6]. Випускники УВУ, як і раніше, відзначалися високою фаховою підготовкою і нерідко посідали керівні посади в наукових установах Європи [9, с. 6]. Тож професорові Горбачевському вдалося об'єднати на спільній науковій основі європейських і українських вчених задля розвитку європейської науки.

Таким чином, завдяки І. Я. Горбачевському та іншим науковцям був створений єдиний у світі Український вільний університет, який започаткував

осередок активної наукової праці українців за межами України. І.Я. Горбачевського кілька разів обирали ректором університету. Академік Горбачевський організував і провів перший та другий українські наукові з'їзди. Шанований науковець був головою Комітету для міжнародної співпраці при Лізі Націй.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

6. Головацький, І. Іван Горбачевський (1854–1942) : Життєписно-бібліографічний нарис / І. Головацький. – Львів : НТШ, 1995. – 125 с.
7. Шляхтиченко, М. Професор, доктор Іван Горбачовський / М. Шляхтиченко // Лікарський вісник. – 1958. – Ч. 9. – С. 7–13.
8. Наріжний, С. Українська еміграція / С. Наріжний. – Прага, 1942. – Ч. I. – 372 с.
9. Український науковий з'їзд у Празі 3–7 жовтня 1926 р. – Прага, 1928. – 76 с.
10. Гонський, Я. Іван Горбачевський у спогадах і листуваннях / Я. Гонський. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2004. – 184 с.
11. Антонович, Д. Ювілей проф. д-ра Івана Горбачевського / Д. Антонович // Вісті Музею визвольної боротьби України. – Прага, 1934. – Ч. 5. – С. 9–10.
12. Микитенко, О. Український вільний університет у Мюнхені : 75 років діяльності / О. Микитенко // Всесвіт. – 1996. – № 12. – С. 216–218.
13. Подільчак, М. 75 років від заснування Українського вільного університету в Празі (1921–1945) / М. Подільчак // Шлях перемоги. – 1996. – 21 черв. – С. 6.
14. Гонський, Я. Іван Горбачевський – наша гордість і слава / Я. Гонський // Свобода. – 1992. – 30 квіт. – С. 6.

### **НАУКОВО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВЧЕНОГО-ГІГІЄНІСТА С.М. ІГУМНОВА У ХАРКОВІ НА ПОЧАТКУ ХХ ст.**

***Н.І. Коцур**, доктор історичних наук, професор, завідувачка кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології державного вищого навчального закладу «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»*

Одним із видатних діячів громадської медицини в Україні, безпосереднім організатором санітарно-гігієнічної справи в Харкові був Сергій Миколайович Ігумнов (1864–1942).

У 1904 році С.М. Ігумнов був запрошений до Харківської губернії і посів посаду завідуючого губернським санітарним бюро. Під його керівництвом Харківська санітарна організація стала однією з кращих на терені України. Цьому сприяло в значній мірі використання багатого досвіду передової

санітарної організації Московської губернії та найстарішого українського земства – Херсонського.

Широко використовуючи науково-організаційні основи розвитку громадської медицини, тісно пов'язуючи наукові принципи з практичною санітарією, С.М. Ігумнов зміцнив санітарну організацію Харківської губернії, поставив її на науковий фундамент.

У своїх наукових працях С.М. Ігумнов неодноразово вказував на необхідність тісної взаємодії науки і практики, на суворе дотримання наукових основ у всіх практичних заходах. Визнаючи значення предмету вивчення санітарії та гігієни, С.М. Ігумнов дає глибоку науково-матеріалістичну оцінку досліджуваним явищам. Виходячи з цього, вчений-гігієніст так визначає значення предмету вивчення санітарії: «Кінцевою метою санітарії є усунення причин захворюваності, інвалідності та смертності населення, оскільки ці причини знаходяться в середовищі, що оточує людину, зокрема в його соціальних і економічних умовах, що впливають безпосередньо на створення причин захворювання, або опосередковано. А тому завдання санітарії – змінити життєві умови шляхом усунення шкідливих впливів та забезпечення сприятливих умов» [2, с. 17].

С.М. Ігумнов відстоював громадський напрям гігієни, вимагаючи вивчення захворюваності населення в залежності від зовнішнього середовища, від умов існування. «Об'єкт вивчення громадської медицини, – вважав С.М. Ігумнов, – не окремий організм..., а все населення, або більш чи менш значні групи його, ті суспільні умови, те соціальне середовище, в яких протікає життя людини... Тому деякі питання, навіть суто наукового характеру, можуть бути з'ясовані тільки з міркування всіх місцевих умов, у результаті вивчення всього середовища, в якому протікає хвороба населення» [5, с. 43].

Таким чином, С.М. Ігумнов з матеріалістичних позицій оцінював вплив довкілля на організм людини, розглядаючи захворюваність людей у світлі єдності людини з умовами її існування. Погляди С.М. Ігумнова щодо єдності організму і середовища відповідали на той час основним положенням природознавства, які розвивали вчені-природодослідники І.М. Сеченов, І.П. Павлов, І.В. Мічурін.

Велику увагу С.М. Ігумнов приділяв також теоретичній розробці і науковому узагальненню питань епідеміології. Ці ідеї науковця чітко відображені в його друкованих працях, присвячених розробці науково-організаційних питань санітарно-протиепідемічної діяльності Харківської земської медичної організації та узагальненню досвіду боротьби з епідеміями. Зокрема, такі його наукові праці, як «Современная борьба с эпидемиями, ее

значение и меры упорядочения» (1904), «Биологический способ очистки сточных вод» (1907), «Эпидемии в Харьковской губернии в 1897–1899 гг.» (1911), «Областной съезд юга России по борьбе с эпидемиями» (1911), «Холера в Харьковской губернии» (1911), «Борьба с эпидемиями» (1912) і багато інших мали для того часу велике значення і були першими теоретичними узагальненнями епідеміологічного характеру, що вийшли друком у Харківській губернії. В дослідженнях С.М. Ігумнова розкриваються соціальні корені масової захворюваності населення, джерела поширення епідемій.

Велику роль у боротьбі з епідеміями С.М. Ігумнов відводив санітарній пропаганді і вважав, що її необхідно розгортати всіма існуючими засобами.

Наукова публікація С.М. Ігумнова «Холера в Харьковской губернии» була присвячена аналізу епідемії 1910 року, розкриттю джерел та шляхів її поширення [3]. Головним вогнищем цієї епідемії він називає Донецький басейн, а також Полтавську губернію і Кубань. Говорячи про боротьбу з тогорічними епідеміями, слід відмітити значення у цій роботі з'їзду по боротьбі з епідеміями, який відбувся в Харкові. На з'їзді С.М. Ігумнов виступив із двома доповідями: «Эпидемии и борьба с ними» та «Борьба с эпидемиями на водних путях сообщения юга России» [1, с. 189]. Прийнята на з'їзді постанова була програмою дій у боротьбі з епідемічними захворюваннями.

Розглядаючи епідемію як соціальне явище, у виникненні якого головну роль відіграють умови середовища, С.М. Ігумнов вважав за необхідне зосередити всі зусилля на широко розвиненій, добре обладнаній дільничній медичній діяльності. «Необхідно, щоб лікарська дільниця була і санітарною станцією, – наполягав С.М. Ігумнов, щоб групові й масові захворювання завжди вивчалися і висувалися на перший план порівняно з індивідуальними захворюваннями» [1, с. 187].

Особливе місце С.М. Ігумнов відводив медичній статистиці. Зокрема, в праці «Эпидемии в Харьковской губернии в 1897–1909 гг.» він наводить дані про епідемічні захворювання по кожному повіту губернії та розкриває загальні закономірності динаміки епідемічної захворюваності, особливості епідемій окремих років у певних повітах [4].

Статистична робота С.М. Ігумнова «Сыпной тиф в Харьковской губернии» (1920), яка лягла в основу його доповіді на I Всеукраїнському з'їзді епідеміологів і бактеріологів, була присвячена аналізу поширення висипного тифу в цій губернії з 1887 по 1918 роки. «Не було жодного року, жодного повіту без сипнотифозних хвороб. У середньому щорічно реєструвалося близько 3500 осіб» – відзначає С.М. Ігумнов [1, с. 195].

Науково-організаційна робота С.М. Ігумнова спрямовувалась на втілення у життя прогресивних ідей у справі громадської медицини таких передових діячів земської медицини, як І.І. Моллесон, Е.А. Осипов, Ф.Ф. Ерісман. Його статті, присвячені теоретичним і організаційним питанням земської медицини, а також дослідження в галузі гігієни, епідеміології та статистики, були спрямовані на розвиток санітарної справи, впровадження профілактичних принципів у медичному обслуговуванні населення.

Отже, С.М. Ігумнов увійшов в історію вітчизняної медицини як один з її видатних діячів, прогресивний земський санітарний лікар, учений-гігієніст, теоретик і історик охорони здоров'я. Наукова спадщина С.М. Ігумнова, присвячена санітарній справі, епідеміології, історії медицини, зокрема історії розвитку земської медицини в Україні, характеризує його як талановитого дослідника й літератора і є вагомим внеском у вітчизняну медичну науку.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Грандо, А. А. Сергей Николаевич Игумнов – выдающийся деятель общественной медицины : дисс. на соиск. учен. степени канд. мед. наук / А. А. Грандо. – К., 1951. – 291 с.
2. Игумнов, С. Н. О задачах земской санитарии / С. Н. Игумнов // Журн. О-ва русских врачей в память Н. И. Пирогова. – 1903. – № 3. – С. 17–18.
3. Игумнов, С. Н. Холера в Харьковской губернии в 1910 г. / С. Н. Игумнов ; Харьковское губ. земство. – Х., 1911. – 32 с.
4. Игумнов, С. Н. Эпидемии в Харьковской губернии в 1897–1909 гг. / С. Н. Игумнов ; Харьковское губ. земство, 1911. – 28 с.
5. Игумнов, С. Н. К вопросу о кризисе в земской медицине / С. Н. Игумнов // Журн. О-ва рус. врачей в память Пирогова. – 1908. – № 3. – С. 43.

### **АЛЕКСАНДР ШАЛИМОВ – ЧЕЛОВЕК И ХИРУРГ (К 95-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

*Д.В. Лимасова, студентка медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета*

Александр Алексеевич Шалимов родился 20 января 1918 года в селе Введенка Липецкой области в крестьянской семье, где было четырнадцать детей. Любовь к труду и тяга к знаниям воспитывались родителями с детства. Именно эти черты и стали основой характера будущего выдающегося хирурга [1, с. 9].

Окончив пять классов школы и рабочий факультет при Краснодарском мединституте, в 1936 году юноша стал студентом Кубанского института. Во время войны Шалимов по распределению уехал в Читинскую область на должность главного врача и хирурга Нерчинско-Заводской больницы. На третий день работы его вызвали к тяжелой больной – роженице с разрывом матки. Александр сделал резекцию матки, тем самым спас жизнь матери и ребенку. Так началась самостоятельная работа хирурга, которая вскоре дала замечательные результаты [2, с. 153].

После окончания войны он отправляется в Брянск в поисках работы, где получает должность заведующего хирургическим отделением. Там встречает выдающегося в будущем хирурга Н.М. Амосова [2, с. 156]. Завязались дружба и соперничество, коллеги перенимали друг у друга опыт, а защита диссертации Амосовым подвигла написать и свою.

В 1957 году Шалимов переехал в Харьков – университетский центр, однако многие разделы так называемой «большой хирургии» к тому времени еще не получили достаточного развития. Появление талантливого специалиста дало толчок развитию самой современной хирургии [3]. Под руководством Александра Алексеевича были разработаны **50 совершенно новых эффективных методик** хирургического лечения, в том числе пострезекционных синдромов, реконструктивные операции на органах гепатопанкреатобилиарной зоны, вмешательства при патологии сосудов [4, с. 67). Дальнейшее развитие получает хирургия сердца, разрабатываются новые инструменты (дилататор), а также совместно с харьковскими заводами – оригинальный аппарат искусственного кровообращения.

Шалимов стал первым врачом, который провел удачную пересадку поджелудочной железы больному с диабетом. Затем под его руководством была проведена первая в Украине операция по пересадке сердца [5].

При раке поджелудочной железы операции проводились только в клинике братьев Мэйо (США) и в клинике Смита (Англия). Но у них была высокая смертность – у больных очень часто расходились швы. Шалимову удалось в два раза снизить смертность [3]. На основе приобретенного опыта он пишет свою вторую диссертацию.

Далее профессору опять удается улучшить результаты операций, уже при раке желудка. Такие операции тогда делали только в Москве, однако Шалимов осваивает их и снижает смертность с 32 до 6 %. Вскоре в Харьков приезжает делегация немецких ученых с предложением переехать к ним страну. Но, оставаясь преданным своей родине, выдающийся хирург отказывается.

Операции в институте начинались в девять утра. Их было такое огромное количество, что порой приходилось оперировать одновременно на 12 операционных столах. Однажды Александр Алексеевич заболел, операцию сделали его же ученики. А на четвертый день после операции приходит к нему один из коллег и говорит, что на столе лежит пациент с неоперабельной опухолью. Профессор поднялся, собрал в кулак всю свою волю и пошел в операционную. Еще одна успешная операция, и больной остался жив [4, с. 54].

«Вам поможет только Шалимов», – сказали молодой женщине, у которой подозревали рак. Александр Алексеевич сделал сложнейшую операцию. Немного восстановившись, пациентка прямо из больничной палаты приехала во Дворец «Украина» на презентацию благотворительного фонда академика Шалимова, чтобы поблагодарить хирурга за спасение [2, с. 158]. Со слезами на глазах все смотрели, как бежал по залу навстречу маме ее маленький сынишка... Ради таких мгновений счастья более 60 лет трудился доктор Шалимов. Он прооперировал свыше 40 тысяч больных.

Шалимов первым оценил превосходство криогенного метода в хирургии и, являясь директором Института хирургии и трансплантологии, занялся разработкой криогенного оборудования. В результате появилась «Криоэлектроника-2». Сегодня только разрабатываются альтернативы этому методу.

Александр Алексеевич Шалимов – автор 870 научных трудов, в том числе 35 монографий, 112 изобретений, защищенных авторскими свидетельствами и патентами. Его усилиями в Украине созданы два научно-исследовательских института. Он являлся членом международного союза хирургов, Ассоциаций хирургов Германии, Австрии, России, Украины [1, с.11].

Поистине легендарной стала школа украинских хирургов, в которой более 50 докторов, 100 кандидатов медицинских наук и тысячи практикующих специалистов. И все они с гордостью называют себя шалимовцами.

Ниже приведена часть наиболее важных регалий этого выдающегося человека:

- 1965–1970 – директор Харьковского НИИ общей и неотложной хирургии.
- 1970–1971 – заведующий кафедрой хирургии Киевского института усовершенствования врачей.
- 1971–1972 – директор НИИ гематологии и переливания крови, г. Киев.
- 1978 – академик АН УРСР.

- 1988 – почетный директор НИИ клинической и экспериментальной хирургии, главный хирург Министерства здравоохранения Украины (по совместительству).
- 1967–1985 – председатель постоянной комиссии по здравоохранению и соцобеспечению ВС УССР.
- Член Научного общества хирургов Украины, ассоциаций хирургов Германии, Австрии, России.
- 1997 – Международной палатой Американского биографического института объявлен Человеком года.
- 1998 – по решению Международной палаты американского биографического института признан Человеком планеты.

Александр Алексеевич Шалимов скончался 28 февраля 2006 года на 89-м году жизни и похоронен на Байковом кладбище в Киеве.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анналы хирургической гепатологии. – 1998 – Т. 3 – № 1.
2. Кузьмин, М.К. Учёные-медики – Герои Социалистического Труда / М. К. Кузьмин. – М., 1988.
3. Герои страны [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.warheroes.ru/hero/hero.asp?Hero\\_id=11972](http://www.warheroes.ru/hero/hero.asp?Hero_id=11972)
4. Материалы III Всеукраинской научной морфологической конференции (Карповские чтения, г. Днепропетровск, 11–14 апреля 2006 г.) / под ред. проф. И. В. Твердохлеба. – Днепропетровск, 2006. – 86 с.
5. Википедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki>

### НАУКОВИЙ ДОРОБОК АКАДЕМІКА В. В. ФРОЛЬКІСА

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

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

Всесвітньо відомий геронтолог академік В.В. Фролькіс на запитання: «Що робити, щоб у нас не було такої високої смертності й низької тривалості життя?», висловив кілька думок. Здоров'я на 75–80 % визначається рівнем та способом життя, станом довкілля і тільки на 10–12 % – охороною здоров'я. В інституті геронтології НАМН України підраховано, що чим вищий національний дохід на душу населення, правильніший його розподіл (охорона здоров'я, наука, культура), тим більша тривалість життя в цій країні, нижча смертність. Лікар може допомогти або не допомогти, рідко – нашкодити. Однак помилки в економіці можуть позначитися на найголовнішому – здоров'ї кожної людини. Відповідь на запитання, чому ми живемо менше за інших, полягає в тому, що ми живемо гірше за інших. І разом з тим, багато залежить від кожного особисто: від способу життя, інтересів, життєвої позиції, від бажання жити і прагнення бути здоровим [4].

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

Важливим в науковій діяльності В.В. Фролькіса стає з'ясування фундаментальних механізмів старіння. Вчений розробив і запропонував разом зі своїми однодумцями та колегами адаптаційно-регуляторну теорію старіння, яка пояснює внутрішні протиріччя вікового розвитку. Найбільш детально викладена ця теорія у монографії «Регулирование, приспособление и старение» [1]. Згідно з нею віковий розвиток і тривалість життя визначаються балансом двох процесів: поряд із процесом старіння виникає механізм активної протидії – процес антистаріння, для якого автор запропонував термін – вітаукт (лат. Vita – життя, auctum – збільшувати). Цей процес, за В.В.Фролькісом, направлений на підтримку життєдіяльності організму, його адаптації, збільшення тривалості життя.

Ідеї адаптаційно-регуляторної теорії об'єднали однодумців, котрі склали авторитетну наукову школу В.В. Фролькіса, відому далеко за межами України і СНД. Робота науковців спрямована на нейро-гуморальні механізми старіння. Учнями і співробітниками В.В.Фролькіса проведено глибокий аналіз вікових

змін у центрах регуляції, на етапах прямого і зворотнього зв'язку. Отримані результати свідчать про послаблення нервового контролю метаболізму і функцій клітин з віком, зміною їх реактивності у відповідь на дію гуморальних факторів та зв'язок цих порушень зі зміною обміну медіаторів, гормонів, енергетичних процесів і станом клітинних мембран.

Важливим компонентом теорії старіння академіка Фролькіса є генно-регуляторна гіпотеза старіння [1]. За цією теорією, первинні механізми старіння пов'язані зі зміною регуляції активності генів, регуляції їх експресії та репресії. Вікові порушення генної регуляції можуть привести не тільки до зміни співвідношення синтезованих білків, але й до експресії раніше не працюючих генів, появи нових не синтезованих білків і як наслідок – до старіння та смерті клітин.

Вчений вважав, що генно-регуляторні механізми старіння є основою для розвитку різних видів вікової патології – атеросклерозу, раку, діабету, паркінсонізму, хвороби Альцгеймера. В залежності від експресії або репресії тих чи інших генів розвиватимуться той чи інший синдром старіння або інша патологія. На основі цих суджень була запропонована ідея генно-регуляторної терапії для запобігання розвитку вікових патологій [1].

Вікові зміни нейро-гуморальної регуляції ведуть до обмеження діяльності органів та розвитку в них вторинних порушень обміну і функцій. Було доведено, що в умовах цілісного організму провідними ланками в механізмах старіння є зміни функцій різних центральних нервових структур, нейро-гормональних зв'язків, послаблення нервового трофічного контролю над тканинами, при цьому гіпоталамус старіє. В результаті зміни чутливості гіпоталамуса до різних гуморальних чинників розвивається «гіпоталамічна дезінформація» щодо стану внутрішнього середовища організму. Це і є однією з провідних причин порушення регуляції гомеостазу. Тому, коли в нервових центрах нарастають вікові зміни, саме це стає основним механізмом старіння цілісного організму – змін його психіки, поведінки, емоцій, репродуктивної функції, працездатності, регуляції гомеостазу [3]. Людина отримує можливість доживати до такого віку, коли в організмі розвиваються патологічні процеси, які й спричиняють смерть. В.В. Фролькіс запропонував ідею про існування різних синдромів старіння. Серед них особливе місце займають синдроми прискореного та уповільненого старіння. Він звертає увагу на схожість проявів старіння і стресу (стрес–вік–синдром), який може сприяти розвитку патології [2]. Важливо також підкреслити, що концепція, запропонована В.В. Фролькісом, стала творчим синтезом і сучасним розвитком прогресивних

ідей, накопичених історією геронтології, щодо механізмів старіння на різних рівнях організації.

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

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Фролькіс, В. В. Регулирование, приспособление и старение / В. В. Фролькіс. – Л. : Наука, 1970. – 432 с.
2. Фролькіс, В. В. Стресс-возраст-синдром / В. В. Фролькіс // Фізіологічний журнал – № 3. – Т. 37. – 1991. – С. 3–11.
3. Фролькіс, В. В. Старение. Нейрогуморальные механизмы / В. В. Фролькіс – К. : Наук. Думка, 1981.
4. Фролькіс, В. В. «Что делать?» / В. В. Фролькіс // Зеркало недели. Украина. – 1998. – № 10.

### **А.И. МЕЩАНИНОВ – ВРАЧ, ГРАЖДАНИН, ГЕРОЙ**

*Ю. Стоянова, студентка I курса II медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета*

В 2013 году Харьков отмечает 70-летие со дня освобождения города от немецко-фашистских оккупантов. В связи с этим наша память обращается к тем людям, которые внесли свой вклад в победу. Среди них был и Александр Иванович Мещанинов (1879–1957) – доктор медицинских наук, профессор, один из активистов харьковского Сопротивления.

Закончив в 1904 году медицинский факультет Киевского университета, молодой врач стал работать в земских больницах. В 1905 году, в разгар войны с Японией, он становится хирургом передвижного фронтового госпиталя. Позже Александр Иванович работал в Сумах, главврачом уездной больницы. С началом Первой мировой войны снова был мобилизован в армию, возглавил Сумской госпиталь Красного Креста, рассчитанный на 300 раненых [1]. Когда

завершилась гражданская война, А.И. Мещанинов переехал в Харьков. Опытный медик возглавил больницу № 9, расположенную на Холодной горе.

Александр Иванович Мещанинов был настоящим ученым. Его перу принадлежит свыше 80 научных работ. Он одним из первых стал лечить гангрену, не прибегая к ампутации, много работал над ранней диагностикой рака, совершенствовал практику переливания крови, думал о пересадке человеческих органов. Без защиты диссертации в 1936 году ему была присуждена степень доктора медицинских наук, он стал профессором Харьковского мединститута.

Когда фашисты вошли в Харьков, Александр Иванович Мещанинов – хирург, главный врач 9-й городской больницы – остался в оккупированном городе. Будучи руководителем госпиталя, развернутого в больнице, он до последнего момента оперировал раненых солдат. Мещанинов заявил фашистскому командованию решительный протест против нечеловеческих условий содержания военнопленных. И объявил: если оккупационные власти не в состоянии обеспечить узников продуктами и лекарствами, то население сделает это своими силами. Многие видели, как он сам – в белом халате, шапочке с красным крестом и тачкой в руках – появился на Холодногорском рынке и обратился с просьбой помочь пациентам 9-й больницы, которые умирают без еды и лекарств. И местные жители, которые хорошо знали доктора, откликнулись [1].

С помощью коллег, врачей-военнопленных профессор организовал дополнительный госпиталь на 200 коек. Вместе с ним работала выпускница Первого ХМИ В.Ф. Никитинская. Начальником лагерного медпункта стал военврач Константин Седов. Фельдшером санпропускника у Мещанинова работал студент Второго ХМИ И. Кузнецов. Вместе им удалось спасти жизнь сотням военнопленных, а некоторым и помочь совершить удачные побег. Больные стали «умирать» у Мещанинова, а на самом деле их тайно вывозили из больницы. Фашисты, почуяв неладное, перевели госпиталь в другое место, а самого профессора не допустили к работе. Александр Иванович спасал земляков и от угона в Германию – ставил им безнадежный диагноз и клал «на операцию» [2]. Заслуги медика-патриота были по достоинству оценены. А.И. Мещанинов был награжден орденом Трудового Красного Знамени и боевой медалью «Партизану Отечественной войны».

Таким образом, Александр Иванович Мещанинов остался в памяти харьковчан героем, каковым и был на самом деле. Врач даже под дулом вражеских автоматов не предал своих пациентов, что можно смело назвать подвигом. Наилучшим доказательством подвига Мещанинова стала

благодарность спасенных солдат и офицеров, гражданского населения города, а также память молодого поколения. Сегодня именем профессора называется переулок в городе Харькове, где расположена больница № 9, а 4-ю больницу скорой и неотложной помощи со дня её открытия 20 мая 1977 года все знают как больницу имени Мещанинова [2].

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александр Иванович Мещанинов [Электронный ресурс]. // Режим доступа: [uk.wikipedia.org/wiki/Мещанинов\\_Олександр\\_Іванович](http://uk.wikipedia.org/wiki/Мещанинов_Олександр_Іванович)
2. Отдаю вам, люди! К 130-летию со дня рождения Александра Мещанинова [Электронный ресурс]. // Режим доступа: <http://timeua.info/140809/6845.html>

### **STANISŁAW NOWAK – ABSOLWENT CHARKOWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO, ANIMATOR CZĘSTOCHOWSKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA**

*Anna Czerniecka-Haberko, doktor, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie*

Stanisław Nowak urodził się 7 marca 1874 roku w Łęczycy. Pochodził z rodziny inteligenckiej. Jego ojciec był magistrem prawa i administracji. Matka była absolwentką warszawskiego Instytutu Muzycznego.

W roku 1884 – po wyjeździe rodziny z Łęczycy – Nowak rozpoczął edukację w V Gimnazjum w Warszawie. Zdanie egzaminu maturalnego umożliwiło Nowakowi studia na Uniwersytecie Warszawskim. Na skutek czynnego udziału w obronie interesów Polaków na Uniwersytecie zostaje aresztowany, a następnie skazany na dwuletni pobyt w głębi Rosji. Po powrocie nie mogąc kontynuować studiów na Uniwersytecie Warszawskim, udaje się do Charkowa, gdzie pozostawał do czasu ukończenia studiów.

Praktykę lekarską odbył w Krakowie. W 1901 roku opuszcza Kraków i wyjeżdża do Lwowa, do kliniki prof. Antoniego Marsa, a następnie prof. Ludwika Rydygiera. W maju 1902 roku opuścił Lwów. W tym też czasie dokonał wyboru miejsca osiedlenia i pracy zawodowej. Tym miejscem była Częstochowa, gdzie przybył w lipcu 1902 roku.

Stanisław Nowak na kartach historii Częstochowy zapisał się nie tylko jako lekarz, ale też jako polityk, społecznik...

Uwięziony w ramach akcji AB. Zamordowany 3 lipca 1940 roku, w lesie pod Apolonką koło Janowa.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Nowak S. Z moich wspomnień / S. Nowak. – Cz. 1. – Częstochowa, 1933.
2. Nowak S. Z moich wspomnień / S. Nowak. – Cz. 2. – Częstochowa, 1933.
3. Nowak S. Z moich wspomnień / S. Nowak. – Cz. 3. – Częstochowa, 1994.
4. Wyględowski M. Chirurgia i chirurdzy Częstochowy / M. Wyględowski. – Wrocław, 1997.
5. Wyględowski M. Ochrona zdrowia w Częstochowie w XIX-XX wieku / M. Wyględowski, A. J. Zakrzewski. – Szkice z historii medycyny. – Częstochowa, 1995.
6. Zakrzewski A. J. Prowincjonalna Częstochowa w opiniach dra Stanisława Nowaka (1874-1940) – lekarz, społecznik, działacz samorządowy, [w:] S. Nowak, Z moich wspomnień, cz. 3. / A. J. Zakrzewski. – Częstochowa, 1994. – S. V-XXX.

## ОВКСЕНТІЙ КОРЧАК-ЧЕПУРКІВСЬКИЙ – ОДИН ІЗ ФУНДАТОРІВ СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ

*О.В. Чернуха, кандидат історичних наук, старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету;*

*А.Ю. Голованова, студентка I курсу II медичного факультету ХНМУ;*

*О.В. Поляков, студент I курсу II медичного факультету ХНМУ*

У ХХІ столітті в усьому світі передбачувано підвищуються вимоги до систем охорони здоров'я, покликаних зберігати й поліпшувати здоров'я населення в умовах посиленої дії негативних факторів ризику. Стурбованість із цього приводу має глобальний характер і визначена як глобальна стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка ставить за мету збереження та захист громадського здоров'я як на сучасному етапі, так і в перспективі розвитку людства.

Проблема гігієни завжди гостро поставала у суспільстві. Дифтерія, тиф – хвороби, які залишили найболючіші сторінки світової історії. Люди вмирали мільйонами. Потрібно було терміново боротися із жахливими спалахами епідемій. Тому поява видатного вченого, першопрохідця сучасної санітарної статистики, була потребою часу, невідповідною подією в розвитку української медицини. Саме такою людиною став Овксентій Корчак-Чепурківський, доля якого безпосередньо пов'язана з Харковом та Україною.

Овксентій Корчак-Чепурківський народився 28 лютого 1857 року на Полтавщині в родині дяка. Закінчивши духовну семінарію, він обирає зовсім інший шлях і вступає в 1877 році на медичний факультет університету св. Володимира. За участь у студентських заворушеннях його звідти виключають, і медичну освіту він завершує в Харківському університеті 1883 року. Шість років О. Корчак-Чепурківський працює земським дільничним лікарем на рідній

Полтавщині, а в 1889 році його за конкурсом обирають повітовим санітарним лікарем Херсонського повіту. З 1899 року і до кінця життя О. Корчак-Чепурківський працює в Києві. У серпні 1918 року стає деканом і одночасно професором кафедри гігієни в Українському державному університеті, заснованому гетьманом П.П. Скоропадським. Вперше в тодішній Росії він систематизував і прочитав повний курс науки, яка пізніше отримала назву «Соціальна гігієна та організація охорони здоров'я». Науковець О. Корчак-Чепурківський – автор багатьох наукових робіт з гігієни та епідеміології, зокрема це «Матеріали для вивчення епідемії дифтерії (епідеміології) в Росії». Він розробив і опублікував «Міжнародну номенклатуру хвороб і смерті» українською мовою. Написав брошуру «Їжа та здоров'я людини», у якій виступив як висококваліфікований та ерудований гігієніст-пропагандист. Був одним із фундаторів Всеукраїнської академії наук, створеної за часів гетьманату. За його ініціативою було створено Інститут експериментальної медицини та епідеміології. У 1921 році вчений створив у ВУАН кафедру народного здоров'я, гігієни та санітарії, яку очолював до 1934 року. «Найголовніше наше завдання – утворити українську національну медицину як науку і як практичну галузь наукового знання» – це життєва мета О. Корчака-Чепурківського, яка стала поштовхом до розвитку науки не тільки для його учнів та послідовників, а й для сучасних науковців.

Отже, маємо повне право вважати О.В. Корчака-Чепурківського фундатором соціальної гігієни та організації охорони здоров'я як науки і предмету викладання у вищій медичній школі України.

## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

- Андреев Борис** – кандидат медицинских наук, главный врач ГБУ РС(Я) «РБ № 2-ЦЭМП», Республика Саха (Якутия)
- Андреев Виталий** – студент 6 курса МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, Республика Саха (Якутия)
- Анненков Игор** – кандидат історичних наук, науковий співробітник НДЧ Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», м. Харків, Україна
- Анненкова Наталія** – кандидат історичних наук, доцент кафедри історії науки і техніки Національного технічного університету «Харківський Політехнічний інститут», м. Харків, Україна
- Арзуманова Тетяна** – кандидат історичних наук, доцент кафедри українознавства та політології Харківського національного університету будівництва та архітектури, м. Харків, Україна
- Барабаш Юлія** – кандидат історичних наук, докторант кафедри архівознавства та суспільно-правових наук Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Луганськ, Україна
- Бачун Наталя** – заст. головного лікаря комунальної 1-ої міської поліклініки м. Львова, м. Львів, Україна
- Бегиев Владимир** – доктор медицинских наук, профессор МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, Республика Саха (Якутия)
- Варивода Катерина** – аспірантка 1 року навчання, ДВНЗ «Переяслав–Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди», м. Переяслав–Хмельницький, Україна
- Волгузов Дмитрий** – студент 1 курса медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета, г. Белгород, Российская Федерация

- Гапонова Еліна** – старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна
- Глебова Людмила** – кандидат исторических наук, доцент кафедры общественных наук Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина
- Глущенко Владимир** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
- Голобородько Микола** – доктор медичних наук, професор-консультант ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії АМНУ», м. Харків, Україна
- Голованова Аліна** – студентка 1 курсу 2 медичного факультету Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна
- Громов Анатолій** – кандидат економічних наук, доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна
- Даниленко Георгій** – доктор медицинских наук, ст. науч. сотр., заведующий отделом школьной медицины и гигиены подростков ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», м. Харків, Україна
- Данило Роман** – студент 1 курсу 2 медичного факультету Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна
- Данилюк Наталія** – аспірантка першого року навчання, ДВНЗ «Переяслав – Хмельницький ДПУ імені Григорія Сковороди», м. Переяслав-Хмельницький, Україна
- Демочко Ганна** – кандидат історичних наук, старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

- Драганова Олена** – старший викладач кафедри менеджменту та економіки в сімейній медицині Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна
- Здоровцева Наталья** – кандидат медичних наук, доцент кафедри общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
- Зелионко Алина** – аспірантка кафедри общественного здоровья и здравоохранения Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
- Ільїн Вадим** – асистент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна
- Кабачна Алла** – доктор фармацевтичних наук, професор кафедри менеджменту та економіки в сімейній медицині Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна
- Камінська Тетяна** – доктор економічних наук, професор кафедри економічної теорії Національного університету «Національна юридична академія України імені Ярослава Мудрого», м. Харків, Україна
- Камлык Ирина** – зав. сектором Научной библиотеки Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина
- Карчаков Сергей** – студент 1 курса медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета, г. Белгород, Российская Федерация
- Киричок Ірина** – директор Научной библиотеки Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина

- Кистенева Ольга** – кандидат исторических наук, старший преподаватель кафедры внутренних болезней № 2 медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета, г. Белгород, Российская Федерация
- Ковальковский Евгений** – студент 1 курса 1 медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина
- Кондрат Яна** – студентка 1 курса медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета, г. Белгород, Российская Федерация
- Коцур Надія** – доктор історичних наук, професор, завідувачка кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди», м. Переяслав-Хмельницький, Україна
- Кравченко Валерій** – кандидат економічних наук, доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна
- Ксенофонов Александр** – врач ГБУ РС(Я) Центр медицины катастроф, Республика Саха (Якутия)
- Кулакова Екатерина** – студентка 1 курса медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета, г. Белгород, Российская Федерация
- Куприянова Виктория** – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
- Кушлакова Вікторія** – аспірантка Дніпропетровського національного університету ім. О. Гончара, м. Дніпропетровськ, Україна

- Лимасова Диана** – студентка 1 курсу медичинського факультета  
Белгородського державного національного  
дослідницького університету, г. Белгород,  
Російська Федерація
- Ломакіна  
Александра** – студентка 1 курсу 2 медичинського факультета  
Харківського національного медичинського  
університету, г. Харків, Україна
- Лутаєва Тетяна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки і  
психології Національної фармацевтичної академії  
України, м. Харків, Україна
- Майборода Сергей** – студент 1 курсу медичинського факультета  
Белгородського державного національного  
дослідницького університету, г. Белгород,  
Російська Федерація
- Мартиненко Наталія** – кандидат історичних наук, доцент кафедри  
суспільних наук Харківського національного медичного  
університету, м. Харків, Україна
- Нафанаїлова  
Лена** – лікар-методист ГБУ РС(Я) «РБ № 2 ЦЭМП»,  
Республіка Саха (Якутія)
- Олексюк Ольга** – асистент кафедри організації та управління охороною  
здоров'я Львівського національного медичного  
університету імені Данила Галицького, м. Львів,  
Україна
- Палієнко Ольга** – старший викладач кафедри медико-біологічних  
дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав–  
Хмельницький державний педагогічний університет  
імені Григорія Сковороди», м. Переяслав-  
Хмельницький, Україна
- Параскевич Арина** – студентка 1 курсу медичинського факультета  
Белгородського державного національного  
дослідницького університету, г. Белгород,  
Російська Федерація

- Парфьонова Ірина** – кандидат економічних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту та економіки в сімейній медицині  
Харківської медичної академії післядипломної освіти,  
м. Харків, Україна
- Писаренко Геннадій** – студент 1 курсу 2 медичного факультету Харківського національного медичного університету, м. Харків,  
Україна
- Подригало Леонид** – доктор медичних наук, професор кафедри гігієни і соціальної медицини Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, г. Харків, Україна
- Погоріла Аліна** – студентка 1 курсу 2 медичного факультету Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна
- Поляков Олексій** – студент 1 курсу 2 медичного факультету Харківського національного медичного університету, м. Харків,  
Україна
- Потапова  
Капиталина** – завідувачка ОМО ГБУ РС(Я) «РБ № 2-ЦЭМП»,  
Республіка Саха (Якутія)
- Пузырев Виктор** – кандидат медичних наук, асистент кафедри  
общественного здоров'я і здоров'я охорони Санкт-Петербурзького державного педіатричного медичного університету, г. Санкт-Петербург,  
Російська Федерація
- Робак Ігор** – доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна
- Семененко Олена** – зберігач фондів музею Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна
- Сітенко Олександр** – кандидат технічних наук, старший науковий співробітник, президент громадської організації «Товариство учасників руху», м. Харків, Україна
- Ситникова Наталія** – студентка 1 курсу 2 медичного факультету Харківського національного медичного університету, г. Харків, Україна

- Сотников Владимир** – главный врач ГБУ РС(Я) Центр медицины катастроф, Республика Саха (Якутия)
- Стоянова Юлия** – студентка 1 курса 2 медицинского факультета Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина
- Тапаев Ахмед** – директор филиала ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный, Чеченская Республика
- Тарханов Владимир** – заместитель главного врача по лечебной работе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань, Российская Федерация
- Телішевська Марія** – співробітник БФ «Салюс», м. Львів, Україна
- Череватова Ольга** – студентка 1 курса медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета, г. Белгород, Российская Федерация
- Чернуха Олександр** – кандидат історичних наук, старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна
- Шелкова Олена** – лікар центру ПМСД, м. Харків, Україна
- Юрьев Вадим** – заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
- Czerniecka-Haberko Anna** – doktor, Akademia im. Jana Długosza, Częstochowa, Polska
- Galuszka Mieczysław** – Profesor nadzwyczajny, Kierownik Katedry Nauk Humanistycznych, Kierownik Zakładu Socjologii, Łódź, Polska
- Migoń Justyna** – doktorantka I roku historii na Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa, Polska

- Sasula Łukasz** – doktorant I roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie
- Srogosz Tadeusz** – prof. dr hab., kierownik Zakładu Metodologii Historii i Historii Historiografii oraz kierownik studiów doktoranckich Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa, Polska
- Stempień Jakub Ryszard** – PhD, lecturer, Department of Sociology, Medical University of Łódź, Łódź, Polska
- von Freeden Galina** – doktor der Medizin, private Klinik Kalten und Kollegen, Berlin, Bundesrepublik Deutschland
- Wieczorkowska Magdalena** – doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Zakładzie Socjologii Uniwersytetu Medycznego, Łódź, Polska
- Zgajewski Michał** – magister, doktorant w Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa, Polska

Наукове видання

**Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я : матеріали Міжнародної наукової інтернет-конференції, присвяченої 75-річчю кафедри суспільних наук**

Відповідальний за випуск: Робак І.Ю.

Літературна редакція: Мац В.А.

Підп. до друку.....

Формат.... Друк..... Гарнітура.....

Умов. друк. арк.. 6,5. Умов. вид. арк..... Наклад 100 прим.

Зам. №...

Харківський національний медичний університет  
61022, Харків, пр. Леніна, 4, [meduniver@knmu.kharkov.ua](mailto:meduniver@knmu.kharkov.ua), +38(057) 707-73-80, 700-41-32

Надруковано у друкарні  
ФОП Тарасенко В.П.  
Свідоцтво № 24800170000043751 від 21.01.2002 р.  
61124, м. Харків, вул. Зернова, 6/267  
Тел/факс: (0572)52-82-11