

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра суспільних наук ХНМУ
Центр медичного краєзнавства
АКАДЕМІЯ СОЦІАЛЬНИХ НАУК УКРАЇНИ

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

**МАТЕРІАЛИ IV МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ ІНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦІЇ,
«Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні
аспекти розвитку охорони здоров'я», на пошану ректора ХНМУ,
члена-кореспондента НАМН України, професора В. М. Лісового
(до 60-річчя від дня народження)**

1-8 Листопада 2016 р.

**ХАРКІВ
Колегіум
2016**

УДК 3:614
ББК 5 (4 УКР)
І 90

Затверджено вченою радою ХНМУ.
Протокол № 9 від 22.09.2016 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, доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету – заступник головного редактора.

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 IV Міжнародної наукової інтернет-конференції, 1-8 листоп. 2016 р., / Харк. нац. мед. ун-т ; [редкол. : І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко]. – Х. : Колегіум, 2016. – 121 с. (з іл.)

ISBN 978-966-8604-96-6

Збірник містить матеріали IV Міжнародної наукової інтернет-конференції, що відбулася 1-8 листопада 2016 р. Концепція збірника базується на багатоплановому науковому висвітленні проблем охорони здоров'я. Секції конференції охоплюють галузі історичних, економічних, філософських, юридичних 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.

УДК 3:614
ББК 5 (4 УКР)

ISBN 978-966-8604-96-6

© Харківський національний
медичний університет, 2016.
© Академія соціальних наук України, 2016.
© Автори, 2016.



*Ректорові
Харківського національного
медичного університету,
керівникові
Обласного клінічного центру
урології і нефрології
ім. В.І. Шаповала,
члену-кореспондентові
НАМН України,
доктору медичних наук, професору*

Лісовому В.М.

Вельмишановний Володимире Миколайовичу!

Оргкомітет IV Міжнародної наукової Інтернет-конференції конференції «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я» надсилає Вам найщиріші вітання з нагоди Вашого Ювілею!

У Вашій особі, Володимире Миколайовичу, ми вітаємо визначного вченого, талановитого лікаря й педагога вищої медичної школи України, ректора ХНМУ, який вносить свій вагомий внесок у рішення актуальних проблем сучасної медицини й у підготовку лікарських кадрів.

Ваша багатогранна плідна діяльність у сфері науки й педагогіки вищої медичної школи, Ваші цілеспрямованість і творча енергія, висока відданість справі та працьовитість, почуття нового, чуйне ставлення до людей забезпечують Вам високий авторитет керівника, повагу колег-лікарів, викладачів і студентів нашого університету.

Ви особисто, Володимире Миколайовичу, як учений, Ваші співробітники й учні беруть активну участь у розробці нагальних проблем охорони здоров'я населення в галузі урології, нефрології й андрології. Ваші успішні праці в цій царині завоювали широку популярність і визнання.

Як ректор і вчений, педагог і організатор, Ви приділяєте постійну увагу успішній підготовці лікарських кадрів для України й закордонних країн, впроваджуючи інноваційні технології навчання лікарів в аспекті активного входження ХНМУ в єдиний Європейський науковий і освітній простір.

Тому Ваш ювілей – не проста дата в календарі, а яскравий вражаючий етап Вашої плідної роботи на поприщі науки й вищої медичної освіти.

Вітаючи Вас із Днем народження, зичимо Вам, Володимире Миколайовичу, міцного здоров'я і многая літа!

З роси та з води Вам щедрих наукових врожаїв, мудрості й досвіду, мужності й волі, терпіння й гуманності в рішенні всіх складних життєво важливих завдань!

Бажаємо Вам ще багатьох талановитих і гідних Вас учнів!

*З найщирішою повагою від імені оргкомітету конференції
заслужений діяч науки і техніки України, заслужений професор ХНМУ,
доктор медичних наук, професор М.П. Воронцов*

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1. ІСТОРІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<i>Alkov V. A. MICHEL FOUCAULT'S IDEAS IN HISTORY OF HEALTH CARE</i>	6
<i>Mgr Łukasz Sasuła KULTURA UZDROWISKOWA W XVI W. NA PRZYKŁADZIE ZDROJÓW CIEPLICKICH</i>	8
<i>Ilyin V. THE NOVEL OF ALEKSANDR SOLZHENITSYN «CANCER WARD» AS A SOURCE ON THE HISTORY OF SOVIET HEALTHCARE</i>	10
<i>Кисільова Т. О., Савчук В. С. ДО ПИТАННЯ ПРО НАЦІОНАЛІЗАЦІЮ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ АПАРАТУРИ ТА ІНСТРУМЕНТАРІЮ В 1920-Х РР.</i>	13
<i>Mgr Justyna Migoń-Sasuła UZDROWISKO SZCZAWNO-ZDRÓJ W XIX W. W RELACJACH POLSKICH KURACJUSZY</i>	16
<i>Robak Igor, Tadeusz Srogosz MEDYCY GARNIZONU KAMIENIEC PODOLSKI W KOŃCU XVIII WIEKU</i>	18
<i>Тищенко Е.М. СОЦИАЛЬНЫЕ ТРУДНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ 1930-е ГОДЫ</i>	21

СЕКЦІЯ 2. МЕДИЧНЕ КРАЄЗНАВСТВО

<i>Демочко Г.Л. ІСТОРІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ЯК ПРЕДМЕТ МЕДИЧНОГО КРАЄЗНАВСТВА</i>	25
<i>Киричок І.В., Костюкевич Т.В. НАУКОВА СПАДЩИНА І.І. МЕЧНИКОВА У ФОНДІ РІДКІСНИХ ТА ЦІННИХ ВИДАНЬ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ БІБЛІОТЕКИ</i>	26
<i>Микулина О.И. СОКРОВИЩНИЦА МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ. К 155-ЛЕТИЮ ХАРЬКОВСКОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ БИБЛИОТЕКИ</i>	32
<i>Русанов К.В., Русанова Е.Г. БЕРЕЗОВСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ В 1860-Е ГГ.</i>	45
<i>Русанова Е.Г., Русанов К.В. ЛУКЬЯН ГУРВИЧ – ПИОНЕР БЕРЕЗОВСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД</i>	49
<i>Эльнур Агаев, Константин Русанов ХАРЬКОВ – НОВОРОССИЙСК – КИПР: ТРАЕКТОРИЯ СУДЬБЫ ВРАЧА ПАВЛА СМИТТЕНА (1876-1941)</i>	53
<i>Чернуха О.В. ІВАН ВАСИЛЬОВИЧ КУДІНЦЕВ – ТАЛАНОВИТИЙ ПРЕДСТАВНИК ХАРКІВСЬКОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ШКОЛИ</i>	58

СЕКЦІЯ 3. ЕКОНОМІКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<i>Усенко С.Г., Головка Я.І. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ</i>	61
<i>Mateusz Dąsal ANTYKONCEPCJA W OKOWACH IDEOLOGII – KONTROLA PŁODNOŚCI W DRUGIEJ POŁOWIE XIX WIEKU</i>	63
<i>Подригало Л. В., Сокол К. М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ</i>	67
<i>Подпрядова А.А., Помогайбо Е.Г. АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УКРАИНЕ</i>	70
<i>Олексюк О. Б. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ДЕСЯТИРІЧНИЙ ПЕРІОД</i>	72

СЕКЦІЯ 4. СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ, ДІХОВНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНА СОЦІОЛОГІЯ

<i>Бугаєвський К.А.</i> БІБЛЕЙСЬКИЙ ПОГЛЯД НА СТАН ЗДОРОВ'Я ЖІНОК.....	76
<i>Гончаренко Л.О.</i> ПРОБЛЕМА ЖИТТЯ В АКсіОЛОГІЧНОМУ ДИСКУРСІ	79
<i>Григорова І. А., Григоров С. М., Григоров М. М.</i> СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОВСЬКІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я ВИКЛАДАЧІВ-МЕДИКІВ.....	82
<i>Григорова І. А., Григорова А. А., Тихонова Л. В., Тесленко О. А., Ескін А. Р.</i> ФІЛОСОФСЬКИЙ, ДУХОВНИЙ І ФІЗИЧЕСЬКИЙ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ХАРЬКОВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ (ХНМУ).....	84
<i>Огнєва Л. Г., Ковальцова М. В., Шутова Н. А., Шапка Г. І., Бортник К. Ю.</i> АДАПТИВНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ОСОБИСТОСТІ.....	87
<i>Krzysztof Rosa</i> EKSPONOWANIE ZACHOWAŃ SAMODZIELNYCH W SIECI. ANALIZA TREŚCI STRON INTERNETOWYCH	89
<i>Троценко О.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПАТРІОТИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ВНЗ В УМОВАХ ІНТЕГРАЦІЇ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ	91
<i>Щербина М. О., Кузьміна О. О.</i> ФІЛОСОФСЬКІ І ДУХОВНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ.....	93

СЕКЦІЯ 5. ПЕРСОНАЛІ ВИДАТНИХ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<i>Prof. dr hab. Andrzej Stroynowski</i> DOMOWE METODY LECZENIA JAKUBA KAZIMIERZA HAURA – PISARZA Z XVII WIEKU.....	97
<i>Огнєв В.А., Чумак Л.І., Міщенко М.М.</i> ПРОФЕСОР А.М. МЕРКОВ ТА ЙОГО ВНЕСОК У РОЗВИТОК САНІТАРНОЇ СТАТИСТИКИ В УКРАЇНІ	100

СЕКЦІЯ 6. МЕДИЧНА ОСВІТА ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<i>Бугаєвський К.А., Бугаєвська Н.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УКРАЇНІ ТА РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩА	103
<i>Завгородній І. В., Сокол К. М., Сидоренко М. О.</i> РОЛЬ ЕКОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ В ПРОБЛЕМІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ	105
<i>Лебединець Т.М., Якимів О.О., Полковникова М.В.</i> ФОРМУВАННЯ МИЛОСЕРДЯ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ.....	107
<i>Martynenko Nataliya</i> FORMS OF POST-GRADUATE TRAINING FOR POLICY MAKERS...	110
<i>Сирова Г. О., Петюніна В. М., Макаров В. О., Козуб С. М.</i> РОЛЬ ХІМІЧНИХ ДИСЦИПЛІН У СТАНОВЛЕННІ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ: ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ	111
<i>Гоцуляк С.Л.</i> ВПЛИВ НОРМ КОНСТИТУЦІЇ УКРАЇНИ НА САНІТАРНЕ ЗАКОНОДАВСТВО	114
ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ	117

СЕКЦІЯ 1. ІСТОРІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

MICHEL FOUCAULT'S IDEAS IN HISTORY OF HEALTH CARE

Alkov V. A., Candidate degree in History, senior lecturer of the department of Social Sciences of Kharkiv National Medical University

History of health care, offered for the scientific community as a separate direction in the recent thesis by prof. I. Yu. Robak [1, p. 5], requires also a determination of its own methodological principles. In this deal, in our opinion, the work of French intellectual, historian, philosopher, and medic Michel Foucault, the son and grandson of provincial doctors, may be useful.

The most important work of Michel Foucault close to this topic is “History of Insanity in the Classical Age”, published at the dawn of history of everyday life, in 1961. Respectively, the work has a significant impact of this approach. Therefore, historical development of psychiatry was not taken as a subject, but namely madness. Foucault was confident in a historicity of human experience forms; madness even has its own history for him, not only as a disease but also as a doctor-patient and patient-society relationship. Foucault pays attention on the patient; last one was considered as a product of time. But this is not a part of the subject of history of medicine and de facto starts history of health care developing. Foucault also declares an “archeology of knowledge” using in studies; it distinguishes the work from history of medicine primarily by philosophical coloring [2, p. 6-13, 262].

Namely culture, on researcher's point of view, created the image of mental decease [2, p. 13]. According to it, different epochs created different attitudes to patient, another vision of him. Inland scholars in Ukraine also accept this approach, dividing the evolution of an attitude towards mentally ill patient and giving him medical care since the pre-scientific period to the early 20th century into four stages [3, c. 13]. Scilicet, historicity of attitude to ill person is already recognized.

Foucault analyzes human life and relationships in psychiatric hospitals of the European countries, especially France. According to him, people there were not free, they were an object of the power's attitude. Isolation in his work considered as the most visual structure in the classical experience of madness, therefore, it caused general indignation when this experience leaves European culture. Isolation of a patient was a manifestation of madness recognition as “nothing”, and thus “destroying” it. Only in the early 19th century a protest against the delivering of mentally ill people to such “prison” emerged. With the termination of isolation a doctor has become the central figure in psychiatric hospital, not supervisor [2, p. 6-13, 265, 402, 509, 514].

According to Foucault's conclusions, in the 17th century madness become desacralized. However, in Europe it was more than any other disease surrounded by archaic and non-medical measures up to the 18th century [2, p. 78, 213]. Foucault did not connect desacralization directly with increasing of violation towards patients, but emphasized the problem of an attitude to them. In our opinion, transformation of the image of a patient led to the change in attitude to him by more violent, because he was regarded as ordinary ill person [4, p. 78]. In the 18th century human who had dropped out from the established moral order was acknowledged as a madman. Priest – for mercilessness and usury, wife – for refusing to love her husband so on. Madness was interpreted very broadly as any deviation. Positivism only gave the patient medical status. In the 19th century, during the positivism age, a doctor starts a dialogue with a patient, a pair “doctor-patient” become the basis of treatment [2, p. 148-149, 132, 215]. Western man could not exist in his own eyes as an object of science. But the experience of madness gave the beginning for all areas of psychology; i. e. human examined not itself but its own destruction [5, p. 293]. Such approach provides the key for understanding of that type of communication.

Michel Foucault successfully tied the development of an attitude to a disease and patient with the development of liberalism, pointing out that poverty and disease became a private affair in the bourgeois society firstly [2, p. 432].

In another work, “The Birth of the Clinic”, which is written in the direction of history of ideas, Foucault proposes a number of conceptual provisions. He concludes that in the mind of that time average person the hospital was a “temple of death”, and acted on people oppressively [5, p. 44]. It is fully consistent with domestic realities. As an example, in 1892 Vovchansk county peasants considered that “if the ill person will die, but at home, not in plague house” [6, sh. 194]. But the difference between these phenomena was quite large – 100 years, indicating the apparent backwardness of worldview. In addition, according to Foucault, the hospital of the 18th century was a shut-in place where diseases could spread. Family of the patient who could not work remained without help, falling in difficult conditions [5, c. 46]. It was impossible to expect another reaction from people.

So, historiosophical ideas proposed by Michel Foucault can be used as a methodological basis for researches in history of health care. In addition, this author provides a wealth material about the state of affairs in Europe, and it allows comparing it with domestic counterparts. The importance of Foucault's approach is seeing the subject from human viewpoint, and it opened new research horizons.

Sources and literature:

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

2. Фуко М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко. – СПб : Университетская книга, 1997. – 576 с.
3. Абрамов В. А. Историческая периодизация отношения общества к душевнобольным / В. А. Абрамов, А. В. Абрамов // История украинской психиатрии : Сборник научных работ / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Харьков : б. и., 1994. – Т. 1. – 1994. – С. 13–14.
4. Альков В. А. Харківська губернська земська лікарня імперської доби та проблема гуманізації ставлення до психічнохворих / В. А. Альков // Краєзнавство. – 2014. – № 2. – С. 71–81.
5. Фуко М. Рождение клиники / М. Фуко. – М. : Смысл, 1998. – 310 с.
6. Державний архів Харківської області. Ф. 304 Харківська губернська земська управа. 1865 – 1919 рр. Оп. 1. Спр. 614. Сведения о распространении эпидемии холеры в уездах Харьковской губернии и мерах борьбы с ней. 1892-1893 рр., 285 арк.

KULTURA UZDROWISKOWA W XVI W. NA PRZYKŁADZIE ZDROJÓW CIEPLICKICH

Mgr Łukasz Sasuła, doktorant IV roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Przewodniki i monografie dotyczące kultury uzdrowiskowej często wspominają o średniowiecznych korzeniach opisywanych przezeń miejscowości, niemal nigdy jednak nie zgłębiają zagadnienia, jak wyglądało leczenie uzdrowiskowe w XV lub XVI w. Świetnym przykładem do analizy i przełamania tego trendu jest *Opisanie ciepłego źródła położonego na Śląsku pod Karkonoszami* [5, s. 42], dotyczący źródeł ciepllickich, autorstwa Caspara Schwenckfeldta. We wstępie wydawcy do wydania z 1708 r. (wydanym w sto lat po śmierci autora) możemy znaleźć informację, że o sporządzenie opisu okolic Ciepliec, jego wód i roślin, prosiło Schwenckfeldta wiele osób, tak wysokiego jak i niskiego stanu. Dzieło miało wymiar wielce praktyczny, gdyż było wielokrotnie wznawiane i udostępniane kuracjuszom w samych Cieplicach.

Autor pisał, iż milę od Jeleniej Góry w dolinie rzeki Kamiennej biło gorące źródło od którego miejscowość tamtejszą zwano Ciepllicami. Wspominał, że odnalazł je książę Bolesław [2, s. 52; 3, s. 85], pan tamtych ziem. W czasach autora, władzę nad Ciepllicami i Jelenią Górą sprawowali Schaffgotschowie. Autor opisał ich legendę rodową – protoplasta rodu miał otrzymać herb od cesarza Karola IV po nieznanej bitwie pod Erfurtem – cztery czerwone pasy pionowe – w 1377r [2, s. 53; 1, s. 24-25].

Oprócz dokładnego opisu źródła i jego okolic, Schwenckfeldt w swym dziele zawarł naukowy wywód dotyczący rodzajów wód występujących na świecie, minerałów, które przydają im leczniczych mocy oraz analizę ich działania. Przedstawił typowy dla średniowiecza podział świata przyrody, pisząc iż lecznicze substancje mogą mieć

pochodzenie zwierzęce, roślinne lub mineralne. Wody wszelkiego rodzaju zaliczył oczywiście do tej trzeciej kategorii, znów tnąc ją na trzy części – wody cudowne, pitne oraz metaliczne [2, s. 23-24].

Wg autora, nie wiedzieli ludzie dawniej (w XII w.) nic o źródłach ciepłych, więc źródło ten (jeleniogórski) uznano wprawdzie za cudowny, na podobieństwo źródła Betesda z Jerozolimy. A ponieważ zwykle na św. Jana najlepsze były warunki do kąpieli, ludzie zaczęli wierzyć, że to właśnie ten święty wodę zdrowotną maci i mocy jej przydaje – wierzenie to utrzymało się aż do czasów Schwenckfelda – ludzie z dalekich krain przybywali by zanurzyć się w źródle. Kapali się w grupach, zdrowi z chorymi licząc na ozdrowienie lub ochronę przed chorobami. Skutki kąpieli osób zdrowych z np. zaświerzbionymi, możemy dziś sobie wyobrazić. Tym niemniej podobne kuracje musiały przynosić pewne pozytywne skutki, gdyż dla ich uczczenia wzniesiono opodal źródła kaplicę ku czci św. Jana, opiekuna zdroju.

Kuracjusze mieszkali w pobliżu źródła – zamożni i blisko zdroju mieszkający kuracjusze kazali sobie przynosić jedzenie (mięso chleb i piwo dostępne miało być na miejscu, zaś kury, inne ptaki i ryby przywożono z Jeleniej Góry gdzie co czwartki odbywał się targ). Ciepły źródło był w XVI w. dobrze wyposażony w pokoje i domy dla kuracjuszy, ciepłe i solidne – wytworne i wygodne warunki zapewniano gościom przybywającym często z daleka.

Ciepły źródło jeleniogórski czuć było silnie siarką – woda cuchnie, jak napisał autor. Jest ona czysta, jasna i przejrzysta – przezroczysta jednak trochę niebieskawa, mocno nagazowana. Na powierzchni pojawiać się miały niezliczone białe bańki, które wnet pękały a na ich miejsce wypływały nowe. Czasem pojawiały się w niej żółte pajęczyny siarki, która z rzadka osadzała się też na brzegach zdroju, podobnie jak sól. Niekiedy na wierzchu wypływał brud podobny do popiołu.

Czysta woda zdrojowa nie posiadała wg Schwenckfeldta wyrazistego smaku, jednak po jej wypiciu w gardle pojawiało się uczucie ostrości i drapanie. W dotyku była trochę tłusta, brudna i ciepła [2, s. 61].

Woda z ciepłego zdroju używana mogła być, wg Schwenckfeldta, do kąpieli, picia i natrysków. Głównie jednak wykorzystywano ją do kąpieli, do picia znacznie mniej zaś do natrysków niemal wcale [2, s. 63].

Woda pita była rzadko, z powodu zawartej w niej siarki i asfaltu, jednak pita przeczyszczać miała zaflegmiony żołądek, usuwać mocz, kamienie, piasek, pot i wszelkie inne plugastwa. Uspokajać miała też biegunkę, kolkę i rwę kulszową. Kobietom przy nadziei szczególnie była pomocna, bo wysuszała macicę z zimnych i niedobrych śluzów, które przeszkadzają w rozwiązaniu ciąży [2, s. 63].

Przy kąpieli woda zdrojowa zdaniem autora ocieplała, osuszała i ściągała wydzieliny z całego ciała, przez co pomagała przy oczyszczeniu wewnętrznym jak i w przypadku ran – także tych poniesionych przy porodzie. Woda otwierać miała i wzmacniać wątrobę zatkana, przepędzać żółtaczkę i blednicę, wywołaną przez zatrzymane miesiączki. Udrażniać też miała jelita, pobudzając je do pracy.

Nie wszystkie działania wody cieplickiej były jednak pozytywne. Zdrój niewłaściwie wykorzystany mógł także, zdaniem Schwenckfeldta, szkodzić – np. dzieciom, gdyż wysuszał i ściągał z nich naturalną i potrzebną do życia wilgoć. Nie powinni go zażywać też popędliwcy i nerwowi ludzie, podobnie jak melancholicy. Szkodził również tym, którzy mieli chore płuca – suchotnikom, gruźlikom i chorym na zapalenie płuc. Wreszcie częste bóle brzucha nie powinny być leczone u tego źródła, z powodu żółci, której nadmiar ciągle spływał do żołądka. Ludzie nieprzygotowani także nie powinni się w nim kąpać ani pić z niego, gdyż nie zwalczało ono ich niezdrowego trybu życia, zaś kąpiele mogły im niesłusznie posłużyć za wymówkę do jeszcze gorszego traktowania swego ciała [2, s. 68-69].

Widząc ogrom pracy i skrupulatność Schwenckfeldta, zarysowane jedynie w tym krótkim tekście, możemy jedynie pochylić głowy w szacunku dla ludzi, których mrówcza praca pozwoliła na rozwój i rozkwit kultury uzdrowiskowej, tak cennej dla Europy Wschodniej i Środkowej. Cieplice dziś są dzielnicą Jeleniej Góry, utrzymując swój uzdrowiskowy charakter, choć rozbudowy i remonty, których każde prosperujące uzdrowisko wymaga, są ciągłym źródłem utrapień dla władz miejskich, zarówno gdy się odbywają jak i gdy się ich nie przeprowadza, o czym pisze znakomicie w swoim artykule pani Mariola Szybalska-Taraszkiewicz z Karkonoskiej Państwowej Szkoły Wyższej w Jeleniej Górze [4, s. 123-146].

Bibliografia:

1. Kuzio-Podrucki A., Schaffgotschowie. Panowie na Chojniku i Cieplicach, Jelenia Góra – Cieplice 2013.
2. Schwenckfeldt C., Dokładne opisanie jeleniogórskiego źródła położonego na Śląsku pod Karkonoszami, przeł. A. Paczos, red. R. Firszt, Jelenia Góra – Cieplice 2011.
3. Stec T., Sudety Zachodnie, Warszawa 1965.
4. Szybalska-Taraszkiewicz M., Problematyka dotycząca Uzdrowiska Cieplice realizowana w gatunkach dziennikarskich na łamach „Nowin Jeleniogórskich” w latach 2009 – 2012 [w:] Uzdrowiska Dolnego Śląska. Wizerunek – Marketing – Media, M. Szybalska-Taraszkiewicz, M. Ursel, A. Woźny (red.), Jelenia Góra 2015.
5. Uzdrowiska Dolnośląskie i ich okolice, A. Falkiewicz i M. Starzewska (red.), Warszawa 1975.

THE NOVEL OF ALEKSANDR SOLZHENITSYN «CANCER WARD» AS A SOURCE ON THE HISTORY OF SOVIET HEALTHCARE

Ilyin V., chair assistant of the department of social sciences of KhNMU

The information from primary sources on Soviet history is often and rightly criticized for its “opaqueness”. The common people could think that there is no problem because the Soviet history is recorded in many documents and well known by many people from their own experience. Moreover if it comes to the everyday

history, many respondents even wouldn't understand what exactly and what for is researched. The incomprehension and astonishment among respondents is a widespread due to the «rarefaction» of the subject of everyday history itself which investigates not political events but process of life, being as it was that doesn't seem for witnesses to be anything remarkable.

Having formal information from the official documents and difficulties to obtain memories of eyewitnesses which could supplement «depopulated» Soviet history with new senses, the historian is in a vicious circle. Many people are sure that they know the Soviet past but are reluctant to share their memories. As a result we have a paradox when certain pages of the supposedly well known Soviet history remain unwritten.

Without rejecting the opportunity to make official sources and contemporaries of the Soviet past «talk», it's interesting to pay attention to such preconceived source as fiction. As the Ukrainian researcher of the everyday history Olha Koliastruk noted: «If a traditional historian might use a fiction as an additional, but not necessary hint for a reconstruction, for the historian of everyday life it becomes an important lever of understanding of realities of the past. In official documents it wouldn't find evidence of everyday worries of an ordinary man ... Historian-documentalist due to a lack of necessary details is doomed to schematism of the narrative, abstractness and forced conventionality» [1, p. 98]. At the same time historical fiction which is precise in the main thing and details, written from the standpoint of writer's social responsibility really became a panoramic literature.

The novel of Aleksandr Solzhenitsyn «Cancer Ward» is the one of such panoramic books which helps to understand the atmosphere of the Soviet epoch. Based on the author's experience of treatment in the Tashkent hospital the novel describes such typical for the Soviet healthcare and society facts as: scarcity of place for beds in wards and the difficult conditions of placing patients [2, p. 9–11, 34]; material misery of hospitals, shortage of supplies and the lack of medical equipment [ibid, p. 70–71]; premature discharge of terminally ill patients to accelerate a rotation of beds and to improve mortality rates [ibid, p. 50, 129]; appearance due to the war a generation of single women whose unsettled personal life was a reason of many abortions that were allowed in the USSR in 1955 when the novel's action take place [ibid, p. 247, 270]. The book also mentions one of the last Stalinist repressions – the fabricated «Doctors' plot». Solzhenitsyn points that the consequence of that artificially organized persecution with the involvement of the masses, is a creation of a genuine distrust and prejudice to certain groups of people [ibid, p. 47–48].

An important part of the novel is dedicated to description of the work of medical staff and its relations with patients. For example there is shown an overtime working load of doctors [ibid, p. 8]; hazardous working conditions [ibid, p. 48–49,

56]; different attitudes of medical workers to patients and to the work when the worst employees traced their unwillingness to work to the fact of low wages, while the best ones carried away by their work even forgot about themselves [ibid, p. 24–25, 72]; the power of doctors to hospitalize patients [ibid, p. 80].

The shortage of medical staff in the USSR is well known from the official primary sources. The Solzhenitsyn's novel reveals a hidden shortage of medical personnel which is not reflected in official reports when out of five surgeons only two could perform operations [ibid, p. 277–278]. The reason of hiring random or incapable people was the way how the staff was recruited – according to the principle of mutual obligations or nepotism.

Special topic of the novel is a professional ethics of doctors. One of the characters doctor Ludmila Afanasyevna Dontsova thinking in a postmodern spirit of the variability of scientific knowledge and narrowness of medical methods that make very high a price for a saved life, questions the right of a physician to treat [ibid, p. 72–74].

Referring to medical confidentiality, even a special language which doctors used to hide the real conditions from the terminally ill, Solzhenitsyn reveals the encouraging effect of such communication between doctor and patient [ibid, p. 280–281].

In the episode of the public trial of the doctor who committed a mistake which caused the death of a child Solzhenitsyn condemns such sentences by incompetent persons as a vestige of the Stalinism which was intended to manipulate doctors. Contrary to widespread belief that the court sentence is a right warning to doctors who made mistakes Solzhenitsyn rightly points out that along with increasing a legal liability of doctors their overtime working load must be reduced [ibid, p. 285–287].

The cancer ward in the novel it's an institution of social equality, «the great leveler» of contempt and exclusivity of the Soviet nomenklatura which embodiment is a character Pavel Rusanov. This function of the hospital is reflected in the impartial attitude of the staff to all patients, in the shortage of the specialized hospitals that forced Rusanov to treat together with ordinary people and isolates Rusanov depriving him of «specific means of influence» on others [ibid, p. 18–20, 41].

The evidence of the author's versatility are his thoughts over what a post-Soviet healthcare should be like. The character Dormidont Oreshchenkov respectable doctor with own private practice advocates the popular in the present-day Ukraine idea of transition to insurance medicine and to the institute of family doctors emphasizing that namely a family doctor provides continuity in medical care, competence and trust between doctor and patient [ibid, p. 327–329]. To the remark that family doctors «can not fit into our system of the universal free public treatment», Oreshchenkov replies that the principle of universality of medical care

would not be broken by this while a free healthcare is a dubious achievement: «What does «free» mean? – a patient doesn't pay, instead the national budget pays, but it consists of the same patients. This treatment is not free, it's impersonal... Now I don't know how much I would pay for a heartwarming reception by the doctor but everywhere is the schedule, the rate of productivity, the next in line!». It's hard to accept the last statement because the author didn't take into account the joint opportunities for the accumulation and reallocation of funds in favor of seriously ill patients what provides namely the tax-funded national health system. However then Oreshchenkov recognizes that the health care should not be fully paid excluding the primary medical care. This is atypical opinion giving the fact that the modern Ukrainian reformers conversely offer to limit free medical services only to the first aid putting the burden of the most expensive hospital treatment on the shoulders of the insured individuals.

The novel «Cancer Ward» illustrates the series of phenomena that were inherent in the Soviet health care and are well-known from official documents and memoirs of contemporaries. But beyond that, the historian would find in the novel what is absent in other sources for example a specificity of hospitalization or principles of the staff selection and most importantly – the thoughts of the medical personnel, whose real prototypes were snatched from a circle of anonymous creators of history thanks to the artistic expression.

References:

1. Коляструк О. А. Історія повсякденності як об'єкт історичного дослідження: історіографічний і методологічний аспекти / О. А. Коляструк. – Х. : Вид-во «Курсор», 2008. – 122 с.
2. Солженицын А. Раковый корпус / А. Солженицын. – М. : ИНКОМ НВ, 1991. – 416 с.

ДО ПИТАННЯ ПРО НАЦІОНАЛІЗАЦІЮ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ АПАРАТУРИ ТА ІНСТРУМЕНТАРІЮ В 1920-Х РР.

Кисільова Т. О., кандидат історичних наук, викладач кафедри медико-біологічної фізики і інформатики ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Савчук В. С., д. і. н., професор кафедри теоретичної фізики Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара

Формування державної рентгенологічної служби та виокремлення медичної рентгенології у самостійну потужну галузь на території України розпочалося зі встановленням у 1919 р. радянської влади й утворенням

Української Соціалістичної Радянської Республіки (УСРР). В рамках дослідження цього процесу постало питання про технічне забезпечення медичних закладів відповідним обладнанням. Одним з перших кроків нового уряду став Декрет Ради Народних Комісарів України від 24 квітня 1919 р., за яким Губернським виконкомам надавалося право націоналізувати всі лікувальні та санітарні заклади, як приватні, так і ті, що належали будь-яким товариствам й відомствам [1]. В п'ятиденний термін керівники закладів повинні були скласти та надати повний опис предметів медичного й санітарного призначення, а також господарчого обладнання. Для нашого дослідження особливий інтерес представляє націоналізація рентгенівської апаратури, яка переважним чином знаходилась у приватній власності [2].

Згідно віднайдених нами архівних документів, остаточну націоналізацію рентгенівського обладнання було розпочато влітку 1920 року. Дії влади викликали обурення серед рентгенологів, про що свідчить лист голови Одеського товариства рентгенологів та радіологів професора Я. М. Розенבלата в НКОЗ [3]. В листі наголошувалося, що рентгенівський кабінет не можна розглядати як приватну лікарню, а слід вважати інструментом, яким користуються виключно фахівці без залучення найманих робітників. Оскільки медичний інструментарій не підлягав націоналізації, то рентгенівські апарати необхідно залишити власникам, тим більше в тогочасних скрутних фінансових умовах. На лист накладено сумну для дописувача резолюцію «*Денаціоналізація неможлива*».

Показовою можна вважати також історію рентгенівського кабінету відомого харківського рентгенолога Юлія Олександровича Гольдингера. В досліджуваний період Ю. О. Гольдингер був власником непогано оснащеного рентгенівського кабінету за адресою вул. Римарська, 23. Після передчасної його смерті від тифу 27 січня 1920 р. Декретом Ради Народних Комісарів УСРР від 20 липня 1920 р. рентгенівський кабінет було оголошено власністю УСРР й планувалося залучити до складу «*І Українського Наукового Медичного Інституту*» [4]. Поки невідомо, чи вдалося налагодити роботу кабінету у складі інституту, але з 1 жовтня 1927 року Харківським Окружним відділом охорони здоров'я «*Рентген-кабинет бывший Гольдингера на Рымарской ул. № 23 кв. № 10 передается в арендное пользование сроком на один год...*» лікарю Борису Костянтиновичу Розенцвейгу [5, арк. 4–9 зв.], до речі на той час співробітнику Українського державного рентген-радіологічного інституту (УДРРІ). Орендна плата складала 1200 крб., вартість процедур була фіксованою. Примітно, що договір оренди подовжували й на 1929–1930 рр.

Дещо інша доля спіткала рентгенівський кабінет першого директора Української рентгенологічної академії (УРА) Сергія Петровича Григор'єва. 6 червня 1920 року в Наркомздрав'я надійшло повідомлення, що при здійсненні обліку приватних лікарень, лабораторій та рентгенівських кабінетів

поза обліком залишилося майно рентгенівського кабінету доктора Григор'єва. На той час Сергій Петрович вже завідував рентгенівським відділом НКОЗУ та займався організацією Рентгенакадемії й можливо свій приватний рентгенкабінет включив до складу нової установи. Харківський Губздрав з цього приводу запросив відповідних вказівок й отримав наступну резолюцію: *«имущество учеть, предварительно поговорив с доктором Григорьевым. Дальнейшие шаги предпринимать только с моего ведома. Гальперин»*. Скоріш за все устаткування приватного кабінету не було націоналізовано й залишалося у власності сім'ї навіть після смерті Сергія Петровича 28 жовтня 1920 р. Поки достовірно не відомо де розміщався цей кабінет і як використовувався в подальшому, але за два роки обладнання все ж таки залучили до матеріальної бази Української рентгенологічної академії, про що зазначено в постанові № 16 від 31 березня 1922 року [6, арк. 35]. Пізніше, у 1926 році, НКОЗУ запропонував академії (на той час УДРРІ) сплатити вартість майна одержаного з рентгенівського кабінету С. П. Григор'єва в розмірі три тисячі дев'ятсот один карбованець 50 коп. [6, арк. 37]. Вочевидь в 1922 році власних коштів УРА не мала, тому прийшлося позичати державні.

В архівах щодо організації УРА зберіглася заява професора медичного факультету Харківського університету Л. В. Орлова від 26 червня 1920 року. Не очікуючи конфіскації або реквізиції, він запропонував рентгенівському відділу Наркомздорів'я купити обладнання з власного рентгенівського кабінету [7, арк. 48]. Цікавою є приписка в кінці заяви *«Возможно, что кроме указанных вещей окажутся и другие принадлежности, о существовании которых я в настоящее время не помню; во всяком случае, все, относящееся к рентгенотерапии, будет передано тому лицу или учреждению, которое пожелает приобрести от меня рентгеновский кабинет»*. Вочевидь, професор Орлов давно або не дуже часто користувався своїм рентгенівським кабінетом, хоча все необхідне обладнання було. Два рентгенівських апарати та приладдя до них Л. В. Орлов оцінив в один мільйон триста тисяч карбованців. На той час це великі гроші, які, незважаючи на економічну кризу в республіці, схоже знайшли. На пропозиції рукою С. П. Григор'єва стоїть резолюція *«Купить»* і дата 30 червня.

Висновки. Націоналізація рентгенівської апаратури відбувалася різними шляхами. Зрозумілий протест викликала примусова конфіскація, однак деякі власники змогли скористатися можливістю отримати кошти. Попри все, проведене одержавлення надало можливість провести облік й розподіл рентгенівського обладнання, що стало основою для створення державної рентгенологічної служби та формування цілісної рентгенівської мережі.

Джерела і література:

1. Собрание узаконений и распоряжений рабоче-крестьянского правительства Украины за 1919. – Киев : Т-во «Печатня С. П. Яковлева», 1919. – № 38. – Ст. 457. – С. 567.
2. Кисільова Т. О. Організаційні форми рентгенологічної допомоги в Лівобережній Україні у дорадянський період / Т. О. Кисільова // Матеріали 13-ї Всеукраїнської наукової конференції «Актуальні питання історії науки і техніки» (м. Коростень, 16–18 жовтня 2014 р.) – Центр пам'яткознавства НАН України і УТОПІК. – К., 2014. – С. 134–137.
3. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України), Ф. 342. Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, м. Київ. Оп. 1., Спр. 1193. Листування про роботу рентгенологічної секції (5 травня 1922 р. – 28 грудня 1922 р.), 108 арк.
4. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України і уповноважених РСФРР за 1919–1920 рр.. – Харків : Правительственная типография, 1920. – Ч. 20. – Ст. 400. – С. 589–590.
5. Державний архів Харківської області, Ф. Р–1959. Харківське окружне управління платними лікувальними закладами., Оп. 1., Спр. 69. Договора на передачу в арендное пользование рентгенабинета доктору Розенцвейгу, на продажу углекислоты платным лечебным заведениям, 12 арк.
6. ЦДАВО України, Ф. 342. Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, м. Київ. Оп. 2., Спр. 1222. Листування про діяльність українського рентгенівського інституту (17 жовтня 1925 р. – 30 жовтня 1926 р.), 84 арк.
7. ЦДАВО України, Ф. 342. Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, м. Київ. Оп. 1., Спр. 76. Матеріали про комплектування штатів і устаткування Української рентгенологічної академії (1 травня 1920 р. – 31 грудня 1920 р.) 140 арк.

UZDROWISKO SZCZAWNO-ZDRÓJ W XIX W. W RELACJACH POLSKICH KURACJUSZY

Mgr Justyna Migoń-Sasuła, doktorantka IV roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Walory zdrowotne wód mineralnych uzdrowiska Szczawno-Zdrój były znane już w średniowieczu, natomiast pierwsze wzmianki źródłowe o tej miejscowości pochodzą z XIII w. [1, s. 27-29]. Caspar Schwenckfeldt, w 1598 r., jako pierwszy opisał lecznicze przymioty wód mineralnych ze Szczawna w dziele: *Stirpium & Fossilium Silesiae Caltalogus omnis generis mineralia, metalica, metalla, succos, taras, lapillos, fontes medicatos et Thermas Continens* [2].

Swoją świetność i renomę jako uzdrowiska, powszechnie znanego w świecie i odwiedzanego przez licznych kuracjuszy, miejscowość ta zyskała sobie dopiero w XIX w. Wielkie zasługi dla Szczawna miał pierwszy lekarz zdrojowy August Zemplin (1784-1867), którego uznaje się za twórcę nowoczesnego uzdrowiska, był

on bowiem odpowiedzialny za modernizację zabudowy mieszkalnej jak i sanitarnej [3, s. 168-172], tworząc podstawę dla swoich następców. Wysiłki zarządu uzdrowiska dotyczące podnoszenia standardów sanitarnych w Szczawnie, związane z modernizacją ujęć wód zdrojowych, budową biologicznej oczyszczalni ścieków, czy kanalizacji, nagrodzono w 1911 r., gdy miejscowości przyznano „Wielką Nagrodę” na Wystawie Higienicznej w Dreźnie [1, s. 63-66; 4].

W uzdrowisku leczono przede wszystkim choroby płuc, układu pokarmowego a także moczowego. W kuracjach wykorzystywano wody mineralne źródeł Oberbrunnen (współcześnie – źródło Mieszko), Mühlbrunnen (Młynarz), Kronenquelle (dzisiaj znane jako Dąbrówka), w 1904 r. odkryto również źródło Marthaquelle (Marta) [1, s. 19-21; 4, s. 3-11].

Szczawno było dość popularne w kręgach polskich, a do liczного grona odwiedzających to miejsce należeli m.in. Zygmunt Krasiński, Henryk Wieniawski, Hipolit Cegielski, Edward Dembowski [5, s. 41-42], czy Narcyza Żmichowska, która szczególnie upodobała sobie kurację serwatkową [6, s. 98-99]. Polscy kuracjusze pozostawili potomnym wiele opisów swoich podróży do Szczawna i okolic, prezentując zróżnicowany obraz tej miejscowości. Pojawiają się bowiem w listach czy pamiętnikach zarówno opisy wyważone, w pełni negatywne oraz te przepełnione niepohamowanym zachwytem dla tego miejsca, ludzi i piękna przyrody oraz okolicznych zabytków.

Kuracjusze chętnie dzielili się, na łamach prasy polskiej, swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi przede wszystkim rozrywek jakie zapewniano im w uzdrowisku – spotkań towarzyskich, wieczorków tanecznych, koncertów oraz spektakli teatralnych, a także licznych podróży po okolicy, głównie do pobliskiego zamku Fürstenstein, siedziby rodu Hochbergów oraz na wzgórze Wilhelmshöhe, z którego można było podziwiać piękny krajobraz [7, s. 133-138; 8, s. 303]. Atrakcją dla turystów oraz kuracjuszy był również dom szwajcarski, Ida Hof, w którym serwowano leczniczą serwatkę, z mleka m.in. oślego i krowiego. Ponadto często organizowano tam przejażdżki dla dzieci na oswojonych osiołkach [1, s. 60-61; 7, s. 158]. Goście uzdrowiska dzielili się także swoimi doświadczeniami związanymi z zakwaterowaniem, zabudowaniami sanitarnymi [7, s. 151-152, 154-156; 9, s. 3] przebytymi kuracjami, metodami stosowanymi przez lekarzy, a także opiniami na temat ich pracy. Również sami lekarze opisywali lecznicze właściwości źródeł mineralnych ze Szczawna i sposoby ich wykorzystywania w kuracjach. Jednym z polskich lekarzy, który podjął się opisanie uzdrowiska, jego turystycznych walorów, a także zagadnień balneologicznych, był Józef Orkisz. Pozostawił on charakterystykę mieszkańców Szczawna i okolic, ich zwyczajów oraz codziennego życia, a także przedstawił opis zabudowań uzdrowiskowych [10].

Szczawno-Zdrój rozkwitło w XIX w. zarówno jako uzdrowisko, jak i cel podróży czysto wypoczynkowych. Przeprowadzona rozbudowa i modernizacja infrastruktury pozwoliła nie tylko na zdecydowane zwiększenie liczby

przyjmowanych gości, ale także podniosła standard miejscowości uzdrowskiej, czyniąc ją miejscem modnym i chętnie odwiedzanym przez wyższe klasy społeczne. Współcześnie, owe dzieje Szczawna wciąż mogą nam służyć za wzór skutecznego zarządzania takim przedsięwzięciem. Z relacji polskich kuracjuszy możemy czerpać liczne wskazówki co do szczegółów na które zwracali uwagę chwając lub ganiąc organizację uzdrowiska. Możemy również zaobserwować, które z tych utyskiwań znalazły odpowiedź w postaci prac renowacyjnych i modernizacji, a które nie, co pozwala na szcątkową choć analizę ekonomii rozwoju uzdrowiska.

Bibliografia:

1. Piątek E., Piątek Z., Szczawno-Zdrój. Historia miasta i uzdrowiska, Szczawno-Zdrój 1996.
2. Schwenckfeldt C., Stirpium & Fossilium Silesiae Caltalogus omnis generis mineralia, metalica, metalla, succos, taras, lapillos, fontes medicatos et Thermas Continens, Lipsk 1601.
3. Czech I., Samuel August Zemplin – twórca uzdrowiska w Szczawnie-Zdroju, [w:] Uzdrowiska Dolnego Śląska. Wizerunek-Marketing-Media, M. Szybalska-Taraszkiewicz, M. Ursel, A. Woźny (red.), Jelenia Góra 2015.
4. Bad Salzbrunn in Schlesien. Großer Preis Hygiene-Austellung, Dresden 1913.
5. Pisarski J., Szczawno Zdrój. Dzieje i stan współczesny, Szczawno Zdrój 2000.
6. Rostkowski H.W., Słynni ludzie w polskich uzdrowiskach, Warszawa 1986.
7. Zieliński A., Listy ze śląskich wód, Wrocław 1983.
8. Zieliński A., Polskie podróże po Śląsku w XVIII i XIX wieku, Wrocław 1974.
9. „Dziennik Poznański”, 1882, R. 24, nr 183.
10. Zdroje lekarskie w Salzbrunn i Szczawnicy między sobą porównał i skuteczność i chorobach piersiowych wykazał J. Orkisz, Warszawa 1862.

MEDYCY GARNIZONU KAMIENIEC PODOLSKI W KOŃCU XVIII WIEKU

Robak Igor, *prof. dr hab., kierownik Katedry Nauk Społecznych Charkowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego;*

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

Wobec wzrostu zapotrzebowania na wykwalifikowaną służbę zdrowia ze strony armii i nowożytnej administracji, z drugiej zaś strony braku przedstawicieli zawodów medycznych, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach i na kresach Rzeczypospolitej, każdy dyplomowany lekarz przybyły z zagranicy stanowił cenny nabytek i mógł liczyć na szeroką praktykę, a co za tym idzie dobrą sytuację materialną. Sporą liczbę lekarzy z obszaru niemieckojęzycznego sprowadził do

Rzeczypospolitej Johann Ludwig Regemann, urodzony w Bremie w 1711 r. [3, s. 413]. Nauki lekarskie pobierał w Lejdzie, a od 1736 r. pracował jako lekarz nadworny księcia Augusta Czartoryskiego. W okresie późniejszym mieszkał w Warszawie, prowadząc szeroką praktykę. Powszechnie uważano go za nestora medycyny, cieszącego się dużym autorytetem w środowisku. Z tej racji Regemanna można uznać za kogoś prowadzącego pośrednictwo pracy [8, s. 241].

Na temat medyków garnizonu Kamieniec Podolski w końcu XVIII w. posiadamy niewiele wiadomości. Właściwie tylko o dwóch, być może sprowadzonych przez Regemanna, zachowały się w źródłach skąpe wzmianki. W 1752 r. w Hamburgu urodził się Johann Filip Fokkelmann [3, s. 120; 5, s. 233, 239-240]. Początkowo kształcił się w Berlinie, ale w 1770 r. przerwał naukę i wstąpił na służbę do armii pruskiej. Po sześciu latach przeniósł się do Kamieńca Podolskiego, gdzie został medykiem sztabowym garnizonu. Pełnił także funkcję regimentsfelczera Gwardii Konnej Koronnej, a od 4 stycznia 1782 r. w Regimencie Pieszym Buławy Polnej Koronnej. W 1783 r. otrzymał urlop, wyjechał do Rinteln, gdzie na tamtejszym uniwersytecie otrzymał dyplom doktora nauk medycznych. Do Kamieńca Podolskiego wrócił już w następnym roku. W 1793 r. Fokkelmann został lekarzem dywizji w armii rosyjskiej. W 1800 r. powierzono mu funkcję lekarza kwarantanny nad Dniestrem. Jednocześnie przez cały okres pobytu w Kamieńcu Podolskim pracował w tamtejszym szpitalu aż do śmierci w 1824 r.

Johann Friedrich Dahlke urodził się około 1751 r. w Stargardzie Szczecińskim (Stargard in Pommern) [5, s. 339, 345]. 1 maja 1777 r. został regimentsfelczere Regimencu Pieszego nr 12. Prawdopodobnie Antoni Józef Rolle pomylił osoby, twierdząc że Johann Friedrich Dahlke był seniorem chirurgów w Kamieńcu Podolskim [6, s. 37]. W tym czasie w Kamieńcu Podolskim mieszkała dość znaczna rodzina o tym nazwisku pochodzenia szwedzkiego i być może jeden z jej przedstawicieli wybrał profesję lekarza. 27 maja 1791 r. Komisja Wojskowa Obojga Narodów mianowała Dahlkego „chirurgiem dywizjonalnym” Dywizji Braclawskiej i Kijowskiej [1, k. 400]. Uczestniczył w powstaniu kościuszkowskim jako felczer w Lazarecie Głównym w Warszawie.

Medycy garnizonu Kamieniec Podolski pracowali w czasie epidemii dżumy. W 1770 r. Komisja Wojskowa zobowiązała się przysłać niezwłocznie komendantowi twierdzy, generałowi Janowi de Witte lekarza z Warszawy, który nie dotarł jednak na miejsce przed przerwaniem komunikacji. Prawdopodobnie stało się to później, gdyż Antoni Józef Rolle wspominał o przybyłym w 1770 roku ze stolicy chirurgu Janie Mejerze [6, s. 37].

W 1778 r. generał de Witte poprosił paszę chocimskiego o informację i pozwolenie zbadania sprawy na miejscu przez felczera (prawdopodobnie był to Jan Szczyciński) i dwóch mieszczan z Kamieńca Podolskiego [4, s. 390].

W 1780 r. komendant twierdzy wysłał do miasteczka Wołoczyska, gdzie znajdowało się jedno z ognisk zarazy, miejskiego felczera (w korespondencji brak

danych personalnych), który nie posiadał jednak niezbędnych środków leczniczych. Z powodu pustki w kasie garnizonu generał de Witte zmuszony był wysłać medyka do dyspozycji miejscowego ekonoma [7, s. 97].

W 1785 r. powstał projekt autorstwa generała de Witte, który był znanym architektem, wybudowania w Żwańcu specjalnego ośrodka na odbywanie kwarantanny [4, s. 392]. Do projektu dołączony był plan architektoniczny zawierający: kompleks budynków przeznaczonych dla osób odbywających kwarantannę, dom dla strażników i pomieszczenia do wietrzenia towarów. O pracę przy tej kwarantannie starał się chirurg i członek władz miejskich Kamieńca Podolskiego Jan Szczyciński, ale został zaangażowany dopiero na początku lat 90-tych XVIII w. dzięki staraniom Komisji Porządkowej Cywilno-Wojskowej ziemi kamienieckiej. Pracował bez wynagrodzenia z powodu odmowy Komisji Policji Obojga Narodów, która tłumaczyła ten fakt brakiem funduszy.

W 1791 r. rozpoznanie sytuacji epidemicznej realizowano między innymi poprzez wysyłanie na tereny graniczące z Turcją osób z Kamieńca Podolskiego. W liście do redaktora „Gazety Narodowej i Obcej” generalny sztabs-medyk wojska koronnego, doktor Michał Bergonzoni, opierając się głównie na ekspertyzach chirurgów Jana Filipa Fokkelmana i Jana Fryderyka Dahlke, pisał: *„Trwożliwe wieści o wszczętej jakoby morowej zarazie rozsiane, już dzięki Bogu są uchylone. Upraszam więc W. Pana, ażeby w gazecie, umieściwszy niniejsze moje świadectwo, uwiadomił publiczność, że w bliskości Mohilowa po wsiach i miasteczkach ponad brzegiem Dniestru od Żwańca aż do Janiszowa morowej zarazy nie masz i nigdy nie było. Uwiadomienie o tym mamy od ludzi wiary godnych, którzy, skoro trwożliwe w tej mierze wieści wznowiać się zaczęły, byli w owe strony od komendantów wojska naszego posłani, aby przy pomocy biegłości w sztuce i praktyki roztrząsali przyczyny, istotność i skutki wszczętej tam choroby. Temi są P. Fokelman sztabs chirurg w regimencie pieszym buławy polnej koronnej, mieszkający w Kamieńcu Podolskim i P. Jahlke sztabs chirurg w regimencie pieszym JW. Malczewskiego w Tetyjowie się znajdujący. Ci mniemane powietrze uznali za prawdziwą skorbutyczną chorobę, pochodzącą z wilgotnej zimy, przez którą ludzkie ciała zmiękły, a kwaszone jarzyny, które bywają pokarmem i obroną od skorbutu, osobliwie między pospółstwem, przez te czasy wilgotne zgniły. Widzieli oni, że zażywając napojów kwaskowatych, jako to barszczu, kwasu etc. z słodu, chleba razowego, mąki zaczynionej wodą, robionych, oraz strzegąc się jeść zbyt tłuste pokarmy, osobliwie wieprzowiny, tym więcej, że między żydami, którzy tego pokarmu nie używając, czosnkiem i cebulą pasą się, rzadko kiedy ta choroba pokazała się”* [2, s. 182]. Ten długi wywód doktora Bergonzoniego wskazuje na solidne rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej przez chirurgów (w druku wkradły się błędy w pisowni nazwiska jednego z chirurgów), zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, łącznie z wykorzystaniem wywiadu środowiskowego w stawianiu diagnozy.

Te nieliczne informacje na temat medyków garnizonu Kamieniec Podolski w końcu XVIII w. powinny stanowić motywację dla badaczy polskich i ukraińskich, aby wzmóc wysiłki na rzecz poznania środowiska medycznego na południowo-wschodnich kresach I. Rzeczypospolitej.

Źródła i literatura:

1. AGAD, tzw. Metryka Litewska, dz. VII, nr 170.
2. 2. „Gazeta Narodowa i Obca”, 1791, nr 45.
3. 3. S. Kościński, Słownik lekarzy polskich, Warszawa 1888.
4. 4. R. Król-Mazur, Miasto trzech nacji. Studia z dziejów Kamieńca Podolskiego w XVIII wieku, Kraków 2008.
5. 5. M. Machynia, Cz. Szrednicki, Oficerowie dawnej Rzeczypospolitej 1777-1792. Spisy, t. I: Oficerowie wojska koronnego, cz. 3: Piechota, Kraków 1998.
6. 6. A.J. Rolle, Szpitale, służba zdrowia, choroby panujące nagminnie w dawnym województwie podolskiem od początku XV wieku, „Dwutygodnik Higieny Publicznej Krajowej”, 1872.
7. 7. T. Srogosz, Dżuma ujarzmiona? Walka z czarną śmiercią za Stanisława Augusta, Wrocław 1997.
8. 8. T. Srogosz, Lekarze pochodzenia niemieckiego w służbie Rzeczypospolitej podczas panowania Stanisława Augusta Poniatowskiego, w: W służbie obcych monarchów i państw. Mechanizmy karier obcokrajowców w armiach oraz administracji państwowej, red. T. Ciesielski, Warszawa 2015.

СОЦИАЛЬНЫЕ ТРУДНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ 1930-е ГОДЫ

Тищенко Е.М., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского университета

В истории Белоруссии 1930-е годы, как и в целом советского государства, несмотря на мирное время и самоотданный труд населения, являются одним из самых сложных периодов. Произошли структурные изменения органов управления, а именно инспектуры преобразованы (1930) в отделы здравоохранения исполнительных комитетов (рай-, гор- здравотделы, а с введением (1938) областного административно-территориального деления – облздравотделы). Стала утверждаться практика жесткого администрирования с частым назначением и сменой руководителей здравоохранения по партийному, а не профессиональному принципу. Такой подход, а также использование завздравотделами, особенно – районного звена, для хозяйственно-политической работы негативно отразились на состоянии и деятельности учреждений здравоохранения. Кроме того, в 1938-1941гг. областные отделы

здравоохранения находились в процессе организационного, структурного и кадрового становления. Так, в Полесском облздравотделе (1938) из 10 врачебных штатных должностей было занято только 3, из которых 2 – совместителя. Порой руководителями здравоохранения назначались лица без медицинского образования и не справившиеся с другой работой (например, в 1938 г. возглавлять Суражский райздравотдел назначен начальник пожарной дружины, а Бешенковичский – заведующий столовой). Вследствие такого положения в 1939 г. в республике были проведены 1,5-месячные курсы переподготовки 56 заврайздравотделами. Вместе с тем, в 1940 г. в Белоруссии 165 заведующих районными отделами здравоохранения подлежали утверждению, а из 59 утвержденных 46 являлись членами ВКП(б) и только 3 имели высшее образование. В 1930-е годы, в соответствии с проводимыми индустриализацией и коллективизацией, утвердился принцип преимущественного обслуживания работающих (в городе – рабочих, в сельской местности – колхозников). Кроме того, для достижения данной цели вместо пунктов первой медицинской помощи осуществлялось открытие (в городах – на создаваемых предприятиях, в основном по производству товаров широкого потребления, в сельской местности – машинотракторных станциях, торфоразработках) пунктов здравоохранения (1930 г. -58, 1940 г. – 393). Так, в 1932 г. от получивших помощь в амбулаторных условиях рабочие составили 43,4%, служащие 7,3%. В республике имелась общая профилизация коечного фонда. Так, в 1940 г. значительную часть действовавших коек составляли – инфекционные (18,1%), родильные (16,1%), терапевтические (15,1%), хирургические (13,7%). Лишь (1940) каждое тринадцатое медицинское учреждение (амбулатория и больница) имело физиотерапевтическую установку, восьмое – рентгеновский аппарат, четвертое – лабораторию. В результате в некоторых городах (Борисов, Мозырь, 1939) количество выполняемых анализов и процедур ограничивалось (1 на больницу, 2 на 45 больных в день). Интенсивная коллективизация обусловила возникновение (1932-1933) в центральной и южной Белоруссии голода, который явился причиной смерти людей (только в Наровлянском районе от него умерло до 1 тыс. человек. В свою очередь голод (вплоть до 1935 г. действовали продовольственные карточки), миграция, а также неудовлетворительное состояние ряда территорий способствовали эпидемическому росту инфекционных заболеваний (1933 г. – 34 случая сыпного, 10,7 брюшного тифа, 1934 г. – 98,3 дизентерии на 10 тыс.). В связи с чем принимаются и осуществляются (декабрь 1933 г. – март 1934 г.) противоэпидемические меры чрезвычайного характера (штабы, комиссии, ежедневные доклады о проделанной работе). Так, Гомельская государственная комиссия по борьбе с сыпным тифом сообщала в центральные органы власти, что в течение 13 января 1934 г. выявлено 23 больных, из которых 19 госпитализировано, а всего с 1

декабря «помещено в стационар 276, обследовано на вшивость 51350, пропущено через бани 20284 человек, сделано 505 дезинфекций в очагах». Для Белоруссии 1930-х годов существенное значение продолжала иметь проблема краевой патологии (малярия, зоб, склерома). Так, оставалась высокой заболеваемость малярией (1933 г. – 13,6, 1935 г. – 55,6, 1937 г. – 63,4, 1939 – 55,7 на 10 тыс.). В сельской местности из-за низкого процента охвата родовспоможением (в 1935 г. – 26,6%) стало осуществляться (1935) открытие колхозных родильных домов. Однако, как свидетельствуют архивные документы, большинство из них представляли «хаты-родильни», не имевшие элементарных санитарно-гигиенических условий (горячей воды, отопления, помещений).

В 1930-е годы, в Белоруссии массовые репрессии различных слоев населения, перед которыми «меркнут» все результаты развития здравоохранения, распространялись и на медицинских работников. В республике эта политика впервые проявилась в 1929–1931 гг. в отношении, «так называемых», национал-демократических уклонистов. Около 100 представителей интеллигенции было арестовано и осуждено по ложному обвинению в контрреволюционной деятельности. В октябре-ноябре 1929 г. в центральной прессе появляются статьи, «разоблачающие» работу органов здравоохранения Белоруссии: «Народники из Наркомздрава», «Против правого уклона в Наркомздраве». О «разгроме» к 1934 г. контрреволюционной организации в системе здравоохранения докладывал на XI Всебелорусском съезде Советов рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (январь 1935 г.) нарком И.З. Сурта (не знавший, что через два года он будет репрессирован).

Особо следует подчеркнуть, что из шести наркомов здравоохранения Белоруссии рассматриваемого времени (С.Я. Цинципер, 1930-1933; Г.М. Шпекторов, 1933; И.З. Сурта, 1933-1936, он же президент Академии наук республики, 1936-1937; П.П. Бурачевский, 1936-1937; К.В. Киселев, 1937-1938; И.А. Новиков, 1938-1940) судьба двух (С.Я. Цинципер, Г.М. Шпекторов) неизвестна, а судьба еще двух (И.З. Сурта, П.П. Бурачевский) – трагична (в 1937 г. они были расстреляны, в 1957 г. – реабилитированы).

Второй пик «обострения классовой борьбы» приходится на 1937–1938 гг. В республиканской прессе вновь проводилось нагнетание политики «разоблачения врагов народа» в системе здравоохранения. Об этом также свидетельствуют выявленные архивные документы. В течение 1937–1938 гг. было необоснованно арестовано и осуждено 2570 человек. В том числе, согласно сводным статистическим данным Наркомата внутренних дел (НКВД) только с 1 июня по 1 сентября 1938 г. было репрессировано 73 работника системы Наркомздрава Белоруссии, из них 39 врачей и 34 представителя вспомогательного персонала. В этих документах утверждалось:

«...Вредительство проводилось по линии вызова массовых инфекционных заболеваний, срыва лечебных мероприятий, главным образом, на селе, саботажа в проведении мероприятий правительства по охране материнства и младенчества, срыва подготовки новых кадров по здравоохранению...». Таким образом, все неудачи и недостатки в здравоохранении «объяснялись» и «обосновывались» вредительством [1].

Источники и литература:

1. Тищенко Е. М. Здравоохранение Белоруссии в XIX–XX веках: Монография. – Гродно, 2003. – 269 с.

СЕКЦІЯ 2.

МЕДИЧНЕ КРАЄЗНАВСТВО

ІСТОРІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ЯК ПРЕДМЕТ МЕДИЧНОГО КРАЄЗНАВСТВА

Демочко Г.Л., доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету

Медичне краєзнавство, яке сьогодні дедалі набирає обертів та намагається відвоювати своє місце під сонцем національного краєзнавства, має досить широкий предмет дослідження. Це стан здоров'я населення, робота медичних закладів різних форм власності, в тому числі й фармацевтичних, медична та фармацевтична наука та освіта, здобутки окремих особистостей у сфері медичної науки та охорони здоров'я, фармації тощо. Як бачимо, сучасному досліднику, який намагається студіювати цю галузь краєзнавчого знання, надається широке поле для діяльності. Та дослідження у цій специфічній царині (через її тісний зв'язок з історією медицини) вимагає від науковця неабиякої методичної вправності. Зокрема, певні труднощі можуть виникати при вивченні історії функціонування різних медичних закладів – лікарень, ФАПів, санаторіїв, диспансерів тощо. Як вивчати окремий медичний заклад, щоб отримати значущі результати? З огляду на те, що авторка має певний досвід з вивчення даної проблематики [1; 2; 3], пропонуємо узагальнити методику вивчення цього питання та надати у подальшому щось на кшталт зразка (в жодному разі не претендуючи на його універсальність) для студіювання історії медичних закладів з позицій медичного краєзнавства.

Перелік питань, на які необхідно звернути увагу, досліджуючи медичний заклад:

1. форма власності – державна, громадська, приватна;
2. підпорядкування, структура закладу, зв'язок з іншими установами;
3. потужність медичного закладу;
4. фінансування;
5. господарське становище;
6. очільники закладу;
7. становище медичних працівників, особливості їхньої роботи.

Підсумовуючи висновки щодо діяльності медичного закладу дослідник повинен чітко розуміти, що будь-який медичний заклад – це самостійне утворення, робота якого якнайкраще відображає соціально-економічне та

політичне життя у місті, регіоні, державі. Саме тому це ще раз підкреслює, що студіювання предмету медичного краєзнавства – невід’ємна частина відображення історичних аспектів розвитку регіону. Медичне краєзнавство в жодному разі не намагається «їсти хліб» медиків, тобто не студіює суто медичні питання, як цього бояться провідні історики. Навпаки, медичне краєзнавство підсилює висвітлення соціальної складової, зображує вплив економіки регіону на ті чи інші процеси, зображує зв’язки, які іноді оминаються увагою у розвідках краєзнавців-істориків.

З цих позицій стає зрозуміло, що необхідність розвитку медичного краєзнавства – нагальна потреба сьогодення, яка повинна бути реалізована провідними спеціалістами, що володіють відповідними міждисциплінарними методами.

Література:

1. Демочко Г. Л. Формування і розвиток української радянської системи охорони здоров’я у Харкові (1919–1934 рр.) : автореферат дис. ... канд. історичних наук. 07.00.01 – Історія України / Г. Л. Демочко, ХНУ ім. В.Н. Каразіна. – Харків, 2011. – 20 с.
2. Робак І. Ю. Сільськогосподарська колонія «Здравниця»: унікальний історичний досвід боротьби з сухотами / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко // Наукові записки Національного університету «Острозька академія»: історичні науки / Національний університет «Острозька академія». – Острог, 2012. – Вип. 19. – С. 151–159.
3. Робак І. Ю. Охорона здоров’я у першій столиці радянської України (1919–1934 рр.) / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко. – Х. : Колегіум, 2012. – 260 с.

НАУКОВА СПАДЩИНА І.І. МЕЧНИКОВА У ФОНДІ РІДКІСНИХ ТА ЦІННИХ ВИДАНЬ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ БІБЛІОТЕКИ

Киричок І.В., директор Наукової бібліотеки Харківського національного медичного університету

Костюкевич Т.В., завідувача відділу зберігання фондів Наукової бібліотеки Харківського національного медичного університету

Фонди університетських бібліотек, які є цінним інформаційним ресурсом і містять велику кількість книжкових пам’яток світового та загальнонаціонального значення, є частиною культурної спадщини України і мають величезну наукову та культурно-історичну цінність.

Дослідження фонду рідкісних та цінних видань як історичних пам'яток, на сторінках яких закарбовано розвиток і становлення медицини, її видатних науковців, лікарів-гуманістів, є важливим вектором діяльності Наукової бібліотеки Харківського національного медичного університету (НБ ХНМУ), особливо у вивченні медичного краєзнавства та історії формування власного фонду.

Нещодавно світова спільнота відзначала 170 років з дня народження нашого знаменитого земляка, одного із засновників наукової медицини, лауреата Нобелівської премії Іллі Ілліча Мечникова (1845–1916). Геніальний вчений, різнобічний мислитель, матеріаліст і копіткий дослідник найдрібніших проявів життєвих процесів, великий життєлюб, який присвятив себе науці. У фонді НБ ХНМУ зберігається чимало літератури, пов'язаної з ім'ям Великого вченого. Це його праці та роботи про нього.

Знаменно, що саме в Харкові І. І. Мечников зробив свої перші кроки в науці. У першій половині XIX століття в передовому середовищі суспільства природознавство вважалося основою освіти. Ще зовсім юним Ілля Мечников став прихильником теорії Дарвінізму і протягом всього свого життя, згідно з принципами еволюційного вчення, дотримувався її як керівництва у своїй науковій діяльності.

Дитинство і юність І. Мечникова пов'язані з Харковом. Геніальність майбутнього вченого виявилася вже у гімназійні роки. Крім шкільної програми юнак багато часу витрачає на самоосвіту, регулярно купуючи в книжкових магазинах новинки. Започаткувавши «союз науки», гімназист І. Мечников з друзями дали клятву: «...Брати від науки все, що вона зможе їм дати ...».

В шостому класі у пошуку нових знань він таємно відвідує в Імператорському Харківському Університеті (ІХУ) лекції професора кафедри порівняльної анатомії А. Ф. Масловського, який напередодні відмовив йому в консультаціях через юний вік прохача. Позичивши у знайомих студентів мікроскоп, талановитий гімназист проводить свої перші дослідження. Майбутнього великого вченого у допитливому хлопчині розгледів молодий викладач фізіології ІХУ професор Іван Петрович Щьолков – пізніше видатний представник Харківської медичної школи, він запрошує юнака на свої лекції і погоджується займатися з ним. Вже будучи визнаним науковцем, І. І. Мечников у своїй роботі «К истории биологии в России за истекающее пятидесятилетие» (1913) з вдячністю і теплотою писав: «...Щелков устроил крошечную лабораторию, снабженную необходимыми пособиями, и приютил в ней сначала двух учеников, в числе которых – автора этих строк. Там я сделал свою первую ученическую работу по физиологии инфузорий...» [1, с. 11]. Закінчивши із золотою медаллю гімназію, юнак за два роки проходить програму університету і в 19 років витримує іспит на кандидата. Відразу ж

після завершення навчання в університеті І. Мечников їде на острів Гельголанд, де вивчає фауну Північного моря, продовжує дослідження в Гіссенському і Геттинському університетах. Вони стали основою роботи «Исследования фабиций Северного моря» (1864), яка була представлена в ІХУ і дала йому вчений ступінь кандидата зоології. Швидко пролетіли дитинство і юність майбутнього вченого. Ілля Мечников поспішає покинути провінційний Харків, на зустріч служінню світовій науці в ім'я людства.

Одного разу давши клятву в дитинстві, І. Мечников виконав її сповна. Багатогранна дослідна робота протягом усього життя знайшла своє відображення в десятках книг і статей про найважливіші біологічні відкриття, про вивчення людського організму. Праці його були присвячені зоології, ембріології, фізіології, мікробіології, епідеміології та іншим галузям науки.

Серед представлених у фонді НБ ХНМУ рідкісних і цінних книг особливе місце займають вісім прижиттєвих видань робіт І. І. Мечникова. Наукова діяльність вченого умовно поділяється на два періоди.

Перший період включає роботи з біології. До цього періоду належать дві роботи з фонду НБ ХНМУ. Одна з них була надрукована в Записках Санкт-Петербурзької Імператорської Академії наук у 1869 році німецькою мовою – «Studien über die Entwicklung der Echinodermen und Nemertinen» [2]. Робота має у додатку 12 таблиць з безліччю малюнків. На першій таблиці – розчерк звичайним олівцем «Мечников», в якому впізнається рука знаменитого земляка. Друга робота – видання 1870 року «Embryologie Des Scorpions» [3], присвячена дослідженню скорпіонів і доводить, що розвиток всіх його органів відбувається з трьох зародкових листків, що і у хребетних. Даний період досліджень увінчаний доказом загальних закономірностей розвитку органічного світу, обґрунтованості єдності всього тваринного світу. Ці книги входили до колекцій кафедральних бібліотек медичного факультету ІХУ, які пізніше стали основою для формування фонду НБ ХНМУ – на обох печатка «Гистологический кабинет Императорского Харьковского Университета».

До другого періоду науково-дослідної діяльності І. І. Мечникова належать роботи, присвячені патології, мікробіології і вченню про імунітет. З прижиттєвих видань цього періоду в нашому фонді зберігаються шість видань робіт. Серед них переклад російською мовою 12-ти лекцій, прочитаних І. І. Мечниковим у Пастерівському Інституті [4]. Автор визначає головну мету своєї праці – встановити міцний зв'язок між патологією і біологією взагалі. Глибоке проникнення, вивчення запального процесу з порівняльно-патологічної точки зору. Через багато років видавництво «Природа» намітило план видання серії «Класики природознавства», саме ця книга була однотайно визначена як така, що мусить відкрити вищезгадану серію. Вже важко хворий Мечников дозволяє перевидання своєї роботи. Серія «Класики

природознавства» вийшла в 1917 році, вже після його смерті, і розпочали її дві книги найвидатніших вчених – І. П. Павлова і І. І. Мечникова [5].

Із студентської профкомівської бібліотеки до нас надійшла і зберіглась книга І. Мечникова «Иммунитет» (1898) [6]. Про це свідчать відмітка олівцем на форзаці книги «в студ. библиотеку» і печатка «Библиотека читальня Профессионального союза студентов медиков Харьковского Университета». Ця і ще одна книга «Невосприимчивость в инфекционных болезнях» (1903) [7] підводять підсумки досліджень Мечникова за двадцятирічний період роботи щодо імунітету. Від прозорих личинок морських зірок вчений дійшов до самої захоплюючої глави в патології – історії фагоцитозу. Для нас, бібліотекарів, остання книга цікава ще й тим, що вона з особистої бібліотеки професора кафедри хірургічної патології Харківського університету Л. В. Орлова, про що свідчить печатка.

Всім відомо, що ці роботи І. І. Мечникова про запалення та імунітет створили цілу епоху в науці, стали дороговказом різних напрямів досліджень. У 1908 році за дослідження імунітету Ілля Мечников разом з Паулем Ерліхом (Німеччина) були удостоєні найпрестижнішої у світі нагороди за наукові досягнення – Нобелівської премії.

У 1909–1910 роках світова наукова спільнота вшановувала пам'ять Ч. Дарвіна до 100-річчя з дня народження. У зв'язку з цією подією вийшла збірка статей «Памяти Дарвина», до якої увійшла стаття І. І. Мечникова «Дарвинизм и медицина» [8]. Мечников пише: *«...ради успехов науки о происхождении видов, равно как и для пользы медицины, единение этих обеих отраслей знания представляется чрезвычайно существенным...»* [с. 116]. Видання примітне своєю палітуркою, в яку впресовано тиснених на металі портрет Ч. Дарвіна [8].

Філософські погляди великого вченого знайшли відображення у працях «Этюды о природе человека» (1908, 1913) та «Этюды оптимизма» (1913) [9-11]. Автор розмірковує про сутність людських лихоліть. Старість вважає хворобою, яку треба лікувати, як і всяку іншу. Мечников з позиції людини, що має великий життєвий досвід, і в той же час вченого, який досліджував своє здоров'я і прожите життя, звертається до молоді, застерігаючи від помилок, навчає правильному, гармонійному способу життя.

Робота «Этюды оптимизма» справила велике враження на читачів – І. І. Мечников отримав багато відгуків. Так, Герберт Уеллс писав, що це *«Чрезвычайно интересная и показательная книга...По его теории, болезни возраста могут быть преодолены...»* [12, с. 48]. На форзаці книги печатка «Гистологический кабинет Императорского Харьковского Университета».

Огляд прижиттєвих видань праць І. І. Мечникова з фонду НБ ХНМУ буде неповним, якщо ми не згадаємо публікації в періодичних виданнях тих часів про фахову та громадську активність науковця [13–17]. Мечников був багатогранною, емоційною і люблячою науку людиною. Він принципово відстоював свої погляди, навіть якщо доходило до гарячих суперечок. Так, у щотижневій медичній газеті «Врач» за 1887 рік у розділі «Хроника и мелкие известия» зазначено, що «Одесский Вестник» повідомляє про зірване засідання товариства внаслідок полеміки між проф. Мечниковим і доктором Іскерським з приводу поглядів на сутність болотної зарази та шкодує, що «...к крайнему сожалению, в наших обществах нередко допускаются прения далеко не в академической форме...» [13, с. 398]. Ця ж газета у № 23 повідомляє про те, що «...16 мая в Обществе Одесских врачей проф. И. И. Мечников читал доклад о крайне интересных опытах над возвратною горячкою...» у піддослідних тварин [14], і далі він продовжує свої дослідження щодо фагоцитів та зробив кілька спостережень за мавпами [15].

Ще однією новиною стало повідомлення у періодиці про те, що до майбутнього в Парижі у 1900 році Міжнародного з'їзду лікарів в якості доповідачів були запрошені «...и русские, а именно, в отдел бактериологии и учения о чужездных... доклад «о невосприимчивости» будет читать проф. И. И. Мечников...». До речі, на цей з'їзд було запрошено і харківського професора В. Я. Данилевського з доповіддю «про болотні хвороби» [17].

У 1915 році світова наукова громадськість святкувала 70-річчя дня народження І. І. Мечникова. Газети і журнали рясніли вітальними статтями на честь ювіляра. Так, у виданні «Врачебная газета» за 1915 рік у своїй статті «И. И. Мечников. К 70-летию дня его рождения» Г. Дембо, високо оцінюючи особистість науковця та його діяльність, зазначає: «...особенно отрадно вспомнить, что в одной из этих цитаделей науки вступает в 71-й год своей жизни тот, кто силою своих научных заслуг может заставить преклониться перед собою весь мир, кто должен объединить всех, в ком еще сохранилось уважение к науке, уважение к человеку, как носителю высших идеалов...» [18]. Таким бачили сучасники видатного науковця І. І. Мечникова.

Отже, в статті показано лише невеличку дециму результату дослідницької роботи з документами, що зберігаються в НБ ХНМУ. Вони дають нам можливість простежити життя за тих часів видатних особистостей, їх тернистий шлях становлення, доробки, внесок в медичну науку та освіту. Тож, дослідження рідкісних видань як унікальних писемних джерел та історичних пам'яток є забезпеченням спадкоємності та збереження історико-культурної спадщини людства.

Джерела і література:

1. Мечников И. К истории биологии в России за истекающее пятидесятилетие (По личным воспоминаниям) // Страницы воспоминаний : сборник автобиографических статей / И. И. Мечников. – Москва : Изд-во АН СССР, 1946. – С. 6–13.
2. Metschnikoff E. Studien über die Entwicklung der Echinodermen und Nemertinen / E. Metschnikoff. – St.-Petersbourg : M M Eggers et C^{ie} H Schmitsdorff, et Jacques Issakof, 1869. – 73 S ; mit 12 Kupfertafeln. – (Mèmoires L'Académie Impériale des Sciences de St.-Pétersbourg ; VII^E série; T. XIV, № 8).
3. Metschnikoff E. Embryologie des Scorpions / E. Metschnikoff . – Leipzig : Verlag von Wilhelm Engelmann, 1870. – 112 S; mit vier Tafeln.
4. Мечников И. Лекции о сравнительной патологии воспаления, читанные в апреле и мае 1891 г. в Пастеровском Институте / И. Мечников. – Санкт-Петербург : Изд-во К. Л. Риккера, 1892. – 162 с. : 3 табл., 65 рис.
5. Мечников И. И. Лекции о сравнительной патологии воспаления / И. И. Мечников ; под ред. проф. Л. А. Тарасевича. – Москва : Природа, 1917. – 206 с. : 3 табл., 65 рис.
6. Мечников И. Иммуитет / И. Мечников ; пер. с нем. Н. Алексеева. – Санкт-Петербург, 1898. – 75 с.
7. Мечников И. Невосприимчивость в инфекционных болезнях / И. Мечников ; пер. соч. «L'Immunité dans les maladies infectieuses» под ред. авт. – Санкт-Петербург : Изд-во К. Л. Риккера, 1903. – 604 с. : 45 рис.
8. Мечников И. И. Дарвинизм и медицина / И. И. Мечников // Памяти Дарвина : [сборник] / в сб. приняли участие М. М. Ковалевский, М. А. Мензбир, И. И. Мечников [и др.] – Москва : Научное слово, 1910. □ С. 112–116.
9. Мечников И. Этюды о природе человека / И. Мечников. – Изд. 3-е, испр. и доп. – Москва : Научное слово, 1908. – 220 с.
10. Мечников И. Этюды о природе человека / И. Мечников. – Изд. 4-е, испр. и доп. – Москва : Научное слово, 1913. – 238 с. : 20 рис., портр.
11. Мечников И. Этюды оптимизма / И. Мечников. – Изд. 3-е, испр. и доп. – Москва : Научное слово, 1913. – 289 с. : 27 рис., портр.
12. Могилевский Б. И. И. Мечников: повесть о трудах и днях великого русского биолога / Б. Могилевский ; науч. ред. проф. Н. Н. Плавильщикова. – Москва ; Ленинград : Гос. изд-во детской лит. М-ва просвещения РСФСР, 1950. – 286 с. : ил.
13. Хроника и мелкие известия // Врач. – 1887. – № 19. – С. 398.
14. Из текущей прессы // Врач. – 1887. – № 23. – С. 464.
15. Из текущей прессы // Врач. – 1887. – № 32. – С. 625–626.
16. Корреспонденции. XLII. Международный гигиенический и демографический Съезд в Вене // Врач. – 1887. – № 41. – С. 795.
17. Хроника и мелкие известия // Врач. – 1899. – № 24. – С. 717.
18. Дембо Г. И. И. Мечников. К 70-летию дня его рождения / Г. Дембо // Врачебная газета. – 1915. – № 19. – С. 933.

СОКРОВИЩНИЦА МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ. К 155-ЛЕТИЮ ХАРЬКОВСКОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ БИБЛИОТЕКИ

*Микулина О.И., заведующая отделом научной медицинской информации
и библиографии КУОЗ Харьковская научная медицинская библиотека*

«Большая часть человеческого знания во всех отраслях существует лишь на бумаге, в книгах, – этой бумажной памяти человечества. Поэтому лишь собрание книг, библиотека является единственной надёжной и не уничтожаемой памятью человеческого рода».

А. Шопенгауэр

В 2016 году исполняется 155 лет со дня основания Харьковской научной медицинской библиотеки.

За полуторавековой период Харьковская научная медицинская библиотека стала крупнейшим хранилищем медицинской литературы. На протяжении 155-ти лет формировался уникальный книжный фонд библиотеки, в настоящее время насчитывающий более миллиона экземпляров документов по медицине и смежным наукам: научная литература (монографии, труды, диссертации, материалы съездов врачей, научных конференций, сборники трудов и т. д.), литература практического назначения (серии «Библиотека для практического врача», «Библиотека среднего медицинского работника», методические пособия для врачей и среднего медицинского персонала и т. д.), учебная (учебники для медицинских вузов, средних учебных заведений, учебно-вспомогательная литература, атласы), справочно-библиографическая (энциклопедии, справочники, словари, библиографические пособия, реферативные издания и т. д.), медицинские журналы, газеты, научно-популярная, а также литература по смежным наукам.

Начало созданию книжного фонда ХНМБ было положено Харьковским медицинским обществом.

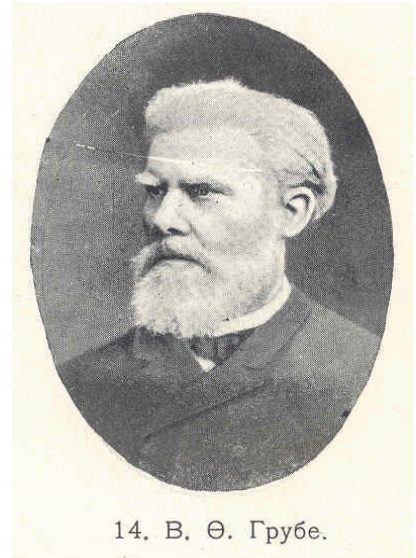
По инициативе профессоров Императорского Харьковского университета Вильгельма Федоровича Грубе, Владислава Андреевича Франковского и Семёна Григорьевича Рындовского 28 известных учёных-медиков, которые создали в Харькове 7 больниц, Пастеровский институт, Бактериологический институт, Химико-микроскопический институт, первый в мире Женский медицинский институт и «Харьковский медицинский журнал», в 1861 году основали Харьковское медицинское общество (ХМО) [13]. 23 марта члены Общества утвердили его Устав. На заседании 9 июня 1861 года при выборе руководящего состава Общества был избран первый библиотекарь. Им стал врач Зарубин Иван Кондратьевич, совмещающий обязанности библиотекаря и

казначей Общества. Этот день является днём начала организации медицинской библиотеки Общества [1, с.1].



Фасадъ здания. Эллиптическая часть съ двумя выступами, порталомъ и парадной дверью.

Здание Харьковського медического общества 1913 год.



14. В. О. Грубе.

В Уставе Общества предусматривалось, что Медицинское общество ставит своей целью «... способствовать коллегияльным отношениям врачей касательно изучения, усовершенствования и полезного применения всех отраслей медицины» [15, с.7].

Общество уделяло большое внимание развитию библиотеки: уже в 1862 году расходы на библиотеку составили 40% его бюджета [1, с.1]. И. К. Зарубин пополнял фонд библиотеки книгами, журналами, газетами, а также принимал пожертвования – книги от членов Общества. Свои книги библиотеке дарили известные учёные-медики, такие как Л. Л. Гиршман, Ф. И. Ланге, В. Я. Данилевский, В. А. Франковский, А. Х. Кузнецов, В. Ф. Грубе, М. И. Светухин, М. М. Трофимов, Г. Я. Острянин, П. А. Сергиевский, В. П. Крылов, В. Н. Шамов и многие другие [13]. Семьи многих известных харьковских медиков после смерти учёных передавали их личные библиотеки в фонд медицинской библиотеки. В 1874 году библиотекарь, врач Н. П. Кедров составил и издал первый каталог библиотеки «Опись книгам и журналам библиотеки Харьковського медического общества (1874-го года)» [14]. Опись была разделена на 4 раздела: руководства и монографии, журналы и газеты (отечественные и иностранные), протоколы и издания Медицинских обществ, диссертации. Каталог переиздавался каждые 5 лет .

«В 1895 году библиотека располагалась в доме по Скрыпницкому переулку, который приобрело Медицинское общество. Ранее дом принадлежал Обществу грамотности. В нём были зал для заседаний членов Медицинского общества и комната для библиотеки.» [4, с. 66].

К своему 50-летию в 1911 году фонд библиотеки достиг 18.820 изданий по медицине и смежным наукам. Выписывались все отечественные газеты и журналы, а также литература на немецком, французском и английском языках. В 1913 году библиотека расположилась в новом здании на ул. Пушкинской, 14, построенном академиком архитектуры А. Н. Бекетовым к юбилею Медицинского общества на средства ХМО. Для библиотеки в новом здании А. И. Бекетовым было предусмотрено помещение с 4-этажным цельнометаллическим железобетонным книгохранилищем, читальным залом на 50 мест и кабинетом заведующего библиотекой [1, с. II]. В настоящее время в здании располагается ГУ «Институт микробиологии и иммунологии им. И. И. Мечникова», в хранилище, построенном А. И. Бекетовым для библиотеки ХМО, хранится часть книжного фонда Харьковской научной медицинской библиотеки.

На протяжении долгих лет библиотекарем библиотеки ХМО был офтальмолог П. П. Прокопенко — ученик известного харьковского профессора Леонарда Леопольдовича Гиршмана. Сын П. П. Прокопенко — Александр Петрович Прокопенко, тоже офтальмолог, поэт, впоследствии эмигрировавший во Францию, стал крёстным отцом правнучки Л. Л. Гиршмана — Виктории Комас-Гиршман, проживающей во Франции. В 2012 году Виктория посетила Харьковскую научную медицинскую библиотеку, где приняла участие в круглом столе, посвящённом памяти её знаменитого прадеда, она была безмерно рада тому обширному объёму информации, подготовленному библиотекой о её крёстном отце Александре Прокопенко, о Л. Л. Гиршмане и его учениках [10].



Читальный зал библиотеки



Книгохранилище библиотеки

В 1929 году врач Л. А. Гельфанд опубликовал в печати ряд статей о необходимости организации в Украине сети специальных медицинских библиотек во главе с Украинской государственной научной медицинской библиотекой, которые будут обслуживать литературой не только свой город, а и

широкую периферию, посылая книги читателям по почте, способствуя повышению квалификации врачей [1, с. II]. В результате продолжительных обсуждений о том, где должна находиться главная медицинская библиотека Республики, было решено организовать её на то время в столице Украины в городе Харькове.

Согласно приказу №7 от 8 декабря 1929 года Народного Комиссариата здравоохранения Украины библиотека Харьковского медицинского общества преобразована в Украинскую государственную научную медицинскую библиотеку, став крупным республиканским научным и организационно-методическим центром медицинских библиотек, Л. А. Гельфанд назначен директором УГНМБ. Приказом были определены цели и задачи библиотеки: по комплектованию медицинской отечественной и зарубежной литературы, по обслуживанию читателей, институтов, медицинских учреждений Харькова, региона и всей Республики, задачи библиографической, краеведческой работы библиотеки, а также управления и координации библиотечной и библиографической работы институтов Наркомздрава и других медицинских учреждений Украины [5, с. 71].

В дальнейшем книжный фонд УГНМБ пополнялся благодаря дублетным фондам крупных библиотек других ведомств и организаций, планомерному комплектованию обязательного экземпляра отечественной литературы по медицине и смежным наукам, приобретению иностранной литературы. Вскоре библиотека организовала в Киеве, Одессе, в Донбассе и других областях свои филиалы, которые потом были реорганизованы в областные научно-медицинские библиотеки (ОМБ).

В 1930 году в библиотеке создана Центральная научная книжная база Народного комиссариата здравоохранения Украины, затем Областной филиал УГНМБ, в 1931 году открыто Консультативное библиографическое бюро УГНМБ. В 1930 году впервые в бывшем СССР в библиотеке организован отдел Межбиблиотечного и Заочного абонементов, что давало возможность медикам всей страны пользоваться фондом библиотеки. Благодаря активной работе УГНМБ в 1932 году во всех областях Украины были организованы Областные медицинские библиотеки, ставшие основным хранилищем медицинской литературы в областях [1, с. II]. Готовя к печати издание об истории здравоохранения Украины, в 1932 году Наркомздрав обратился к облздравам, горздравам, райздравам, институтам, медучреждениям, ко всем медработникам Украины с просьбой о сборе необходимого материала. «Базу для збирання та бібліографічного опрацювання матеріалів до цієї роботи мають становити Українська Державна Медична Бібліотека в Харкові (Пушкінська, 14) та Державні медичні бібліотеки в Києві (вул. Короленка, 45), Одесі (вул. Самуелі, 4), Дніпропетровську (пр. Маркса, 101) та Сталіному (1-а лінія, 57) на які НКОЗ покладає завдання бути органами державного книгозберігання літературної

продукції закладів охорони здоров'я УСРР та вичерпної інформації про зібрані матеріали. ... Надалі з 1932 року всі перелічені матеріали слід надсилати до Держ. Мед. Библиотек зараз же після їх складання або надрукування щоб забезпечити їх своєчасне бібліографування та використання» [9, стб. 222].

«Основанная на базе библиотеки Харьковского медицинского общества, УГНМБ за 10 лет выросла в одно из крупнейших в Союзе книгохранилищ медицинской литературы. К началу 1940 года библиотека насчитывала до 140.000. томов. ... Обширная междубиблиотечная связь обеспечивает читателей библиотеки книгами из московских, ленинградских и других библиотек.» – отмечено в разделе «Научная жизнь» Органа Наркомздрава УССР и ХМО журнале «Врачебное дело» [17, стб. 634]. По объёму фондов библиотека занимала третье место, по развитию библиографической работы — второе, по обслуживанию медиков села — первое место в Украине [3, с. 16]. К концу 30-х годов УГНМБ, всё ещё располагаясь в помещении Харьковского медицинского общества, нуждалась в площадях в пять раз больших, чем библиотека ХМО. В 1940 году согласно приказу Наркомздрава УССР и постановлению Харьковского горисполкома УГНМБ получила отдельное здание на ул. Сумской, 4 в доме известных харьковских медиков: академика Александра Геймановича и профессора Захара Геймановича.

В годы Второй Мировой войны были уничтожены почти все Областные медицинские библиотеки. Немецко-фашистские захватчики нанесли большой урон УГНМБ – вывезли в Германию большое количество диссертаций врачей, материалы почти всех съездов хирургов, сгорело книгохранилище старопечатных фондов – более 46.000 томов [1, с. II].

В эти тяжёлые годы сотрудники библиотеки прилагали героические усилия для спасения книжного фонда. Рискую жизнью, они прятали наиболее ценные издания в подвалах, во время пожара выносили старопечатные книги из объятых пламенем помещения, берегли каталоги и картотеки, из каталога изымались карточки, их прятали вместе с книгами. Перед библиотекарями стояла задача – уберечь от гибели не только фонд УГНМБ, но и библиотеки сети медицинских научно-исследовательских институтов, медвузов и медучреждений, а также ценные личные библиотеки эвакуированных учёных-медиков. «В городе располагался специальный штаб Розенберга, рейхминистра по делам оккупированных восточных территорий. Захватчики начали интересоваться книжными богатствами Харькова, дали библиотекарям задание — разбирать фонды, разделяя литературу на издания до и после 1917 года. В июле 1943 года немецкое командование дало распоряжение к 1 августа вывезти все фонды УГНМБ в Германию. Рискованной, но умелой дипломатией удалось затянуть дело, заявив, что большая часть литературы уже вывезена. Под видом отправки в Германию фонд библиотеки 1-го Харьковского медицинского института был перевезен в Анатомический корпус» [3, с. 17].

После войны группа сотрудников библиотеки была награждена медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов». «Многих профессоров, научных работников, врачей, возвращающихся в освобожденный от немцев родной Харьков, ждёт радостная весть: сохранены их личные медицинские библиотеки – сотни и тысячи ценных руководств, незаменимых пособий, справочников, монографий. Целы библиотеки харьковских профессоров Фабриканта и Аркавина, две тысячи пятьсот томов проф. Коган-Ясного, одна тысяча книг проф. Генеса, столько же Протопопова и Юдина, около пяти тысяч томов профессора Попова и других. Это результат трудов нескольких сотрудников Украинской медицинской библиотеки – Г. И. Ковалевской, Л. Ф. Вашуры, Е. Ф. Ковтуненко, Е. М. Зелениной (дочери профессора Зеленина) во главе с директором М. К. Федоровой... Полуголодные, ежечасно рискующие быть схваченными немецкими головорезами, женщины тайком обходили опустевшие здания и собирали оставшиеся в них медицинские книги. Женщины-патриотки спасли 320 тысяч ценных медицинских книг» – отмечено в заметке «Благородное дело» в газете Наркомздрава СССР «Медицинский работник» от 21 октября 1943 года [2].

После освобождения Харькова от немецко-фашистских захватчиков коллектив УГНМБ приступил к восстановлению библиотеки. «Начался розыск книг, вывезенных фашистами. М. В. Алексеев, бывший в те годы директором библиотеки, приложил огромные усилия для возвращения их в библиотеку. Благодаря его активной деятельности, а также работе помогавших ему в розыске книг сотрудников, многие потери в фонде были успешно восполнены» [6]. Активное участие приняла УГНМБ в доукомплектовании и восстановлении фондов Областных медицинских библиотек в послевоенные годы. С 1943 по 1960 год в эти библиотеки было направлено более полумиллиона книг и журналов [3, с. 17].

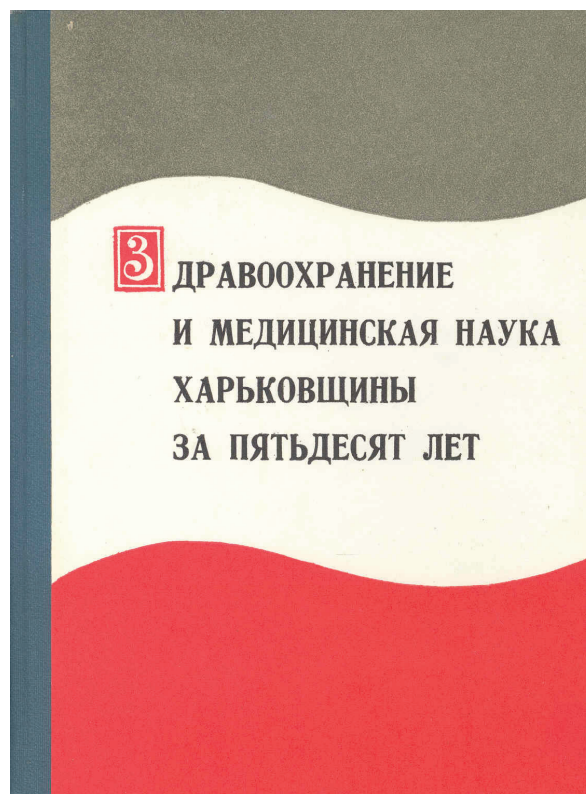
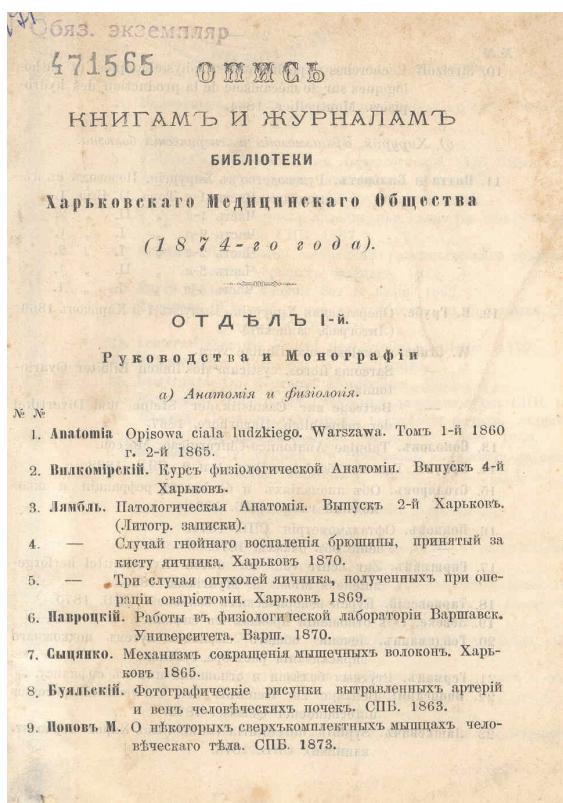
В 1948 году с решением Минздрава УССР о передаче функций по общему руководству медицинскими библиотеками Украины Республиканской научной медицинской библиотеке, УГНМБ была реорганизована в Харьковскую государственную научную медицинскую библиотеку Министерства здравоохранения Украины. ХГНМБ МЗ УССР стала одним из крупнейших центров пропаганды медицинских знаний в республике и основным хранилищем медицинской литературы Харьковской области.

К 100-летию юбилею книжный фонд библиотеки составил 600.000 экземпляров изданий по медицине и смежным наукам. Республиканская и Харьковская научные медицинские библиотеки стали центрами справочно-библиографической работы в Украине по различным отраслям медицинской науки. ХГНМБ составлены многочисленные ретроспективные библиографические указатели медицинской литературы по актуальным вопросам медицинской науки и практики, а также регистрационные

(рекомендательные) указатели научно-информационного значения в соответствии с проблемами союзного значения и задачами, стоящими перед медицинскими учреждениями Республики [16, с. 1].

В 1934 году библиотекой подготовлена библиография «Курорты Украины. 1917–1933 гг.», продолжением которой стали библиографические указатели «Курорты, санатории и дома отдыха УССР. Часть 1. 1933–1953 гг.» и «Курорты, санатории и дома отдыха УССР. Часть 2 Курорты Крыма. 1920–1955 гг.». Ретроспективно-регистрационные библиографии ХНМБ начала разрабатывать с 1950 года. К ранним библиографиям такого типа можно отнести: «Литература по «сонной» терапии. 1934–1950 гг.», «Тканевая терапия. 1933–1949 гг.» «Обезболивания в родах. 1847–1952 гг.», «Внутриартериальное введение лекарственных веществ. 1909–1952 гг.» и другие. Библиотекой составлены научно-вспомогательные библиографические указатели последних лет: «Сімейна медицина», «Хирургия жёлчных путей», «Современные подходы к диагностике и лечению нарушений сердечного ритма», «Гострі порушення мозкового кровообігу», «Невідкладна абдомінальна хірургія», «Артериальная гипертензия» и другие.

Согласно решению Государственного комитета по науке и технике бывшего СССР ХГНМБ – единственная из медицинских библиотек Украины входила в «Перечень научных и научно-технических библиотек, имеющих исторически сложившиеся фонды большой научной и культурной ценности» [6]. За 155 лет библиотекой собран уникальный фонд медицинской литературы XVIII-XXI века. Сложился историко-медицинский краеведческий фонд литературы, освещающей становление и развитие медицины в Харькове с дореволюционных времён до наших дней. Краеведческая литература, вышедшая в свет после 1917 года, нашла своё отражение в библиографическом указателе, изданном библиотекой в 1972 году «Здравоохранение и медицинская наука Харьковщины за 50 лет (1918 – 1967)» [8]. В фонде библиотеки хранятся такие редкие и ценные издания как: «Отчёт городской глазной больницы им Л. Л. Гиршмана за 1909 год»; «Отчёт Харьковской городской Александровской больницы за 1911 год»; «Харьковские календари» с 1880 по 1913 год; «Медицинский факультет Харьковского университета за первые 100 лет его существования 1805-1905»; «Харьковский медицинский Адрес-календарь на 1917» год и многие другие издания. Особый интерес для врачей, медицинской общественности представляют издания Харьковского Медицинского Общества: «Протоколы собраний Харьковского медицинского общества» за 1865-1914 годы; «Приложения к протоколам ХМО за 1870-1886 годы; «Труды ХМО» за 1886-1905 годы; «Харьковский медицинский журнал», который издавало Медицинское общество с 1906 по 1917 год.



Почётное место в фонде библиотеки занимают многочисленные прижизненные издания медиков – основоположников отечественной медицины, ставшие в наши дни библиографической редкостью. Работы Мечникова И. И. – создателя фагоцитарной теории иммунитета, Лауреата Нобелевской премии в области физиологии и медицины (1908): «О целебных силах организма» (1883); «Успехи науки в изучении чумы и в борьбе с нею», (1897); «Иммунитет» (1898) и другие. Научные труды Данилевского В. Я. – известного физиолога, академика АН Украины, Павлова И. П. – учёного-физиолога, создателя науки о высшей нервной деятельности, лауреата Нобелевской премии в области медицины и физиологии (1904). Основополагающий труд, в котором систематизированы все сведения за 10 лет работы лаборатории И.П.Павлова – «Лекции о работе главных пищеварительных желез», (1917). Работы Сеченова И.М. – выдающегося физиолога, создателя физиологической школы, почётного члена Императорской Академии наук, Фабриканта М. Б. – основоположника челюстно-лицевой хирургии, Пирогова Н. И. – основателя отечественной хирургии, члена-корреспондента Санкт-Петербургской академии наук и многих других корифеев медицины.

Медицина всегда опиралась на медицинский случай, который лишь усугубляется теми или иными нынешними обстоятельствами. В этом прикладная ценность фонда редких медицинских изданий, в которых описан конкретный случай, даны изначальные знания. В фонде библиотеки хранятся такие издания: Самойлович Д. «Способ самый удобный повсеместного врачевания язвы, заразноящейся чумы», (1802); Мухин Е. «Рассуждение о

средствах и способах оживотворить утопших, удушенных и задохшихся», (1805); Шклярский Д. «О распознавании и лечении геморроидальной болезни», (1838) и многие другие.

Фонд дореволюционных изданий библиотеки богат книгами, имеющими на своих страницах книжные знаки: штемпели библиотеки ХМО, других библиотек, учебных учреждений, художественно выполненные экслибрисы, владельческие и дарственные надписи. Особый интерес представляют дарственные надписи: Елизаветы Дрентельн профессору Грубе В. Ф., проф. офтальмолога Браунштейна Е. П. проф. Оболенскому И. Н. и С. Г. Сурукчи, проф. Прокопенко П. П. проф. Натансону Д. М., проф. Фабриканта М. Б. выдающемуся польскому военному хирургу, впоследствии возглавившему Департамент службы здравоохранения Министерства национальной обороны республики Польша Шарецкому Б. Г. и многие другие.

Особо ценными являются дореволюционные журналы: «Архив клиники внутренних болезней профессора медико-хирургической Академии С. П. Боткина», (1867–1888); «Медицинское обозрение», (1874–1917); «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии», (1883–1898) и многие другие.

Наряду с работами выдающихся учёных-медиков дореволюционного периода, составляющими золотой фонд отечественной науки, в библиотеке собраны и первые публикации крупнейших харьковских учёных-медиков XX столетия: труды заслуженного деятеля науки Украины, академика М.Л. Малой, заслуженного деятеля науки Украины, члена-корреспондента АМНУ А.А.Коржа, члена-корреспондента АМНУ Н.П.Новаченко, заслуженного профессора, академика АН Украины В.П.Воробьёва, действительного члена АН Украины, действительного члена АМНУ А.А.Шалимова, заслуженного деятеля науки и техники Украины В.Т.Зайцева, академика НАН Украины В.И.Грищенко и многих других.

«На базі бібліотеки підготовлено тисячі докторських і кандидатських дисертацій, монографій, наукових праць та статей, десятки тисяч лікарів отримали необхідні теоретичні знання. Відомі всьому світу медики В. П. Воробйов, Р. Д. Сінельников, Л. Т. Малая, О. О. Корж, О. І. Хвисюк, О. О. Шалімов, М. І. Ситенко, В. І. Грищенко, В. Т. Зайцев та багато-багато інших годинами та днями, місяцями та роками працювали в читальних залах бібліотеки. Значний вклад у розвиток медичної бібліотеки внесли вчені та керівники служб охорони здоров'я Харківщини М. С. Пушкар, В. А. Мінак, О. І. Сердюк, А. Я. Малоштан, О. О. Кропивкін, М. П. Бурих, В. В. Бобін, А. А. Мартиненко, Ю. Ф. Томах, В. І. Кононов, Н. І. Кузік та багато інших. Вони створювали умови для роботи бібліотеки, піклувалися про неї, брали безпосередню участь у складанні капітальних біобібліографічних, тематичних, ретроспективних наукових показників медичної літератури.» [13].

В 1977 году здание библиотеки на ул. Сумской, 4 службой Госпожнадзора было опечатано, как непригодное в противопожарном отношении для обслуживания читателей. Библиотеке передано здание в переулке Театральном, 6 которое нуждалось в широкомасштабной реконструкции. Реконструкция дома продолжалась на протяжении 1979–1991 года. В 1991 году Министерство здравоохранения Украины передало ХГНМБ на харьковский областной бюджет, после чего реконструкция была остановлена по причине полного отсутствия средств для этих целей [13]. В 1978 году в харьковской 4-й клинической больнице скорой и неотложной помощи им. проф. А.И.Мещанинова открыт филиал Харьковской государственной научной медицинской библиотеки. Филиал работает до настоящего времени.

В 1985 году функциональные отделы, каталоги, читальные залы библиотеки перемещены с ул. Сумской, 4 в трёхэтажное здание на площади Поэзии, 5, в здание бывшей частной хирургической лечебницы профессора М. Б. Фабриканта. Предполагалось временное пребывание библиотеки в этом помещении до завершения реконструкции сгоревшего дома в переулке Театральном, 6. Книжный фонд библиотеки был размещён в оборудованном помещении «Областного аптечного склада» в посёлке Васищево.



Харьковская научная медицинская библиотека, пл. Поэзии, 5.



*М.Б. Фабрикант.
Фойе библиотеки.*

По заказу пользователей литература доставляется из книгохранилища на абонемент библиотеки библиотечным автомобилем. Обслуживание

пользователей осуществляется на пл. Поэзии, 5. Дом М. Б. Фабриканта построен в 1900 году по проекту польского архитектора Здислава Харманского. Моисей Борисович Фабрикант (1864–1951) известен как блестящий хирург, крупный учёный с мировым именем, заслуженный деятель науки, доктор медицины, профессор, член и подвижник Харьковского медицинского общества, один из основоположников отечественной стоматологии, талантливый педагог, участник 5 войн, знаток нескольких языков [11]. В 2015 году на фасаде здания библиотеки установлена мемориальная доска М. Б. Фабриканту, проведена юбилейная конференция в честь его 150-летия, в печати опубликованы статьи о нём [12].

За 155 лет своего существования библиотека прошла большой и сложный путь. Накоплен немалый опыт по обслуживанию читателей и справочно-библиографической деятельности, по комплектованию фондов, организации каталогов. В 2012 году в библиотеке проведена реорганизация, повлекшая существенное сокращение штата библиотечных работников. Оставаясь специальной медицинской библиотекой, ХНМБ продолжает оказывать повседневную помощь медицинским работникам в пополнении их знаний, повышении квалификации и, тем самым, в успешном развитии медицинской науки и практики. В настоящее время Харьковская научная медицинская библиотека – старейшая и крупнейшая медицинская библиотека Украины. В ее фонде – уникальные отечественные и зарубежные издания: литература XVIII–XXI века, коллекция земской медицинской литературы, прижизненные издания научных трудов корифеев, основоположников медицины, первые полные комплекты медицинских журналов, книги с дарственными надписями, труды известных украинских, российских, харьковских учёных-медиков, краеведческая литература по истории харьковской медицины. Работает «Клуб истории харьковской медицины при ХНМБ», который с целью популяризации краеведческих медицинских изданий проводит в библиотеке и за её пределами краеведческие конференции, круглые столы, презентации книг.

Ценность библиотеки в целостности её книжного фонда, каталогов и картотек, отражающих содержание фонда. Генеральный алфавитный каталог отражает литературу, поступившую в фонд библиотеки со дня её образования до настоящего времени. Трудно переоценить значение предметного каталога, всесторонне, в различных аспектах, раскрывающего содержание медицинской литературы. Предметный каталог обеспечивает оперативный поиск по конкретному вопросу об отдельном предмете, проблеме, медицинской теме. Алфавитный каталог статей информирует о содержании журналов, трудов, сборников. Предметный каталог и картотека статей взаимно друг друга дополняют, способствуют эффективному поиску литературы, более широкому её использованию. Иностранная часть фонда представлена в Каталоге иностранных книг и Каталоге иностранных журналов. Литература, содержащая

информацию о медицинском учреждении того или иного города отражена в Географическом каталоге. Картотека персоналий позволяет быстро осуществить поиск трудов определённого автора, а также литературы о нём. Картотека новинок в систематическом порядке отражает новые поступления библиотечного фонда. Картотека авторефератов диссертаций содержит информацию о диссертациях, поступивших в библиотеку с конца XIX века до наших дней. Диссертаций врачей XIX века нет ни в одной другой библиотеке Украины. В фонде бережно хранится диссертация выдающегося физиолога, создателя физиологической школы, почётного члена Императорской Академии наук Сеченова И.М. «Материалы для будущей физиологии алкогольного опьянения» (1860 г.) и других известных учёных-медиков. В Картотеке периодических изданий собраны журналы, полученные библиотекой со времён Медицинского общества до настоящего времени.

Авторитетная комиссия, работавшая в библиотеке в 2012 году сделала заключение о том, что книжный фонд ХНМБ является уникальным отраслевым фондовым комплексом, аналогов которому – по объёму и содержанию – нет на территории Украины и стран СНГ, как специализированный, фонд является комплектным, чрезвычайно репрезентативным в аспекте охвата всех разделов и направлений развития отечественной и мировой медицинской науки и практики, чем определяется его большой информационный, справочно-библиографический, научный потенциал. Книжный фонд имеет научную, историко-культурную ценность, в нём сосредоточены памятники классической научной мысли, уникальные материалы по истории медицины, отечественные и иностранные книжные памятники.

Обладая богатейшим фондом медицинских книг и журналов, осуществляя справочно-библиографическое, информационное обслуживание пользователей, являясь методическим центром для сети медицинских библиотек города и области, ХНМБ занимает своё достойное место в обеспечении научной медицинской информацией научных работников, практических врачей, студентов города Харькова, Харьковской области, всей Украины.

Источники и литература:

1. Алексеев М. В. ХГНМБ. Краткая справка / М. В. Алексеев // Харьковская государственная научная медицинская библиотека Министерства здравоохранения УССР: Библиографический указатель / ХГНМБ МЗ УССР; сост. М. В. Алексеев, Л. И. Суетина. – Х., 1961. С. I-V.
2. Благородное дело // Медицинский работник. – 1943. – 21 октября. – С. 3.
3. Блюменкранц, М.А. Библиотека в годы Великой Отечественной войны / М.А.Блюменкранц, М.К.Фёдорова // Научные и технические библиотеки СССР. – 1986. – № 4. – С. 16–17.

4. Блюменкранц М. А. Одна из старейших медицинских библиотек / М. А. Блюменкранц // Советское здравоохранение. – 1986. – № 1. – С. 65–67.
5. Гельфанд Л. Шляхи будівництва української державної медичної бібліотеки й основної мережі медичних бібліотек УССР / Л. Гельфанд // Профілактична медицина. – 1929. – № 8. – С. 79–64.
6. Грибов С. И. Надёжный помощник медиков / С. И. Грибов, М.А.Блюменкранц // Библиотекарь. – 1986. – № 9. – С. 51.
7. До облздравів, міськздравів, райздравів, інститутів, медсанустанов, до всіх медробітників УСРР / Наркомздорів'я; С. И. Канторович // Врачебное дело. – 1932. – № 3–4. – Стб. 222.
8. Здравоохранение и медицинская наука Харьковщины за пятьдесят лет (1918–1967) (Указатель отечественной литературы) / ХГНМБ МЗ УССР; отв. ред. З. А. Гуревич. – Х., 1972. – 423 с.
9. Из діяльності Наркомздорів'я // Врачебное дело. – 1932. – № 3–4. – Стб. 222.
10. Микулина О. И. Династия врачей Прокопенко // Медична газета. – 2012. – 31 грудня. – С. 7.
11. Микулина О. И. Научное наследие основоположника отечественной челюстно-лицевой хирургии, доктора медицины, профессора М. Б. Фабриканта (1864–1951) / О. И. Микулина // Праці пам'яткознавців. Ювілейна збірка наукових статей з пам'яткоохоронної роботи. – Х. : Курсор, 2015. – Вып. 4. – С. 179–189.
12. Микулина О.И. Открытие мемориальной доски М.Б.Фабриканту // Дайджест-Е. – 2015. – июнь. – С. 2.
13. Мисько Я. В. Харківська наукова медична бібліотека : 150 років на службі медичної науки та охорони здоров'я. Нарис історії / Я. В. Мисько // Медична газета. – 2011. – 15 травня. – С. 6–7.
14. Описание книг и журналам библиотеки Харьковского медицинского общества (1874-го года). – [Б.м.], 1874. – 16 с.
15. Харьковское медицинское общество : 1861-1911 гг. : очерки его пятидесятилетней деятельности / под. ред. С. Н. Игумнова. – Х. : Тип. и литогр. М. Зильберберг и Сыновья, 1913. – 539 с.
16. Хмара Ф. Л. Некоторые итоги выполнения 7-летнего плана библиографической работы медицинскими библиотеками Украины / Ф. Л. Хмара // Сборник по обмену опытом работы медицинских библиотек Украины / под ред. Е. П. Коломийца, Ф. Л. Хмара; МЗ УССР, Респ. науч. мед. библиотека. – К., 1961. – Вып. 4. – С. 1–10.
17. Хроника // Врачебное дело. – 1940. – № 9. – Стб. 634.

Фотографії к статті:

1. Здание Харьковского медицинского общества 1913 год.
2. Вильгельм Фёдорович Грубе.
3. Читальный зал библиотеки ХМО.
4. Хранилище библиотеки ХМО.
5. «Описание книг и журналам библиотеки Харьковского медицинского общества (1874-го года)»
6. «Здравоохранение и медицинская наука Харьковщины за пятьдесят лет»
7. Харьковская научная медицинская библиотека
8. М.Б. Фабрикант. Фойе библиотеки.

БЕРЕЗОВСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ В 1860-Е ГГ.

Русанов К.В., Русанова Е.Г., независимые исследователи, г. Харьков

Об истории Березовских минеральных вод (БМВ) писали и пишут немало. Однако не все написанное сегодня о начале становления курорта согласуется с данными первоисточников – публикаций 1860-х гг.

История БМВ началась с двух сообщений Харьковскому медицинскому обществу (ХМО). Согласно протоколу итогового собрания ХМО за 1862 г., на одном из 18 заседаний «Л. П. Гурвич сообщил, что в 22 верстах от Харькова, при хуторе Березовом, он нашел источник минеральной воды, заключающий железо. Вода эта, по химическому анализу проф. Бекетова, включает на 1 фунт 4 грана твердых веществ, в числе которых находится 0,1 грана (6,48 мг.– К.Р., Е.Р.) железа, остальное – щелочные соли» [1, с. 4].

Н.Н.Бекетов – в 1859–1887 гг. профессор химии Императорского Харьковского университета (ИХУ). Гурвич в конце протокола [1] назван одним из 28 действительных членов ХМО. Но в какой день 1862 г. этот врач сделал свое первое сообщение, как реагировали на него члены ХМО – мы не знаем: остальные протоколы за 1862 г. не сохранились (или вовсе не печатались).

Пишут, что харьковская медицинская общественность поддержала становление БМВ. Но из протоколов виден ее интерес не к Березовским, а к *искусственным* минеральным водам. Так, 20.04.1863 г. акушер-гинеколог проф. И.П.Лазаревич обратил внимание ХМО на минеральные воды, которые «составляют самый приятный и полезный образ лечения». Мол, в Киеве этот бизнес идет весьма хорошо, «доставляя большую пользу». Поэтому надо и в Харькове устроить нечто подобное в университетском саду.

ХМО одобрило предложение производителям искусственных минеральных вод устроить такое заведение [2, с. 38].

4.05.1863 г. проф. Лазаревич доложил о своем предложении магистру фармации Коху «сделать в определенном месте университетского сада запас вод, чтобы больные всегда могли иметь под руками требуемую воду» [3, с. 45].

18.05.1863 г. ХМО поручило гг. Лазаревичу, Грубе (профессору-хирургу), Ковальчукову, Эдельбергу, Коху и Шаламову представить проект заведения искусственных минеральных вод в Харькове [4, с. 49]. Вскоре Ф. Кох открыл такой завод. За 1863 г. ИХУ получил доход в 180 руб. от права продажи в своем саду прохладительных напитков и в 25 руб. – минеральных вод [5, с. 170].

А вот о хуторе Березовом общество словно забыло. И 1.06.1863 г. пионер БМВ решил напомнить коллегам о поднятой им ранее теме:

«В этом году эти воды *вторично* были осмотрены многими учеными, химиками и врачами, в числе которых были профессора Бекетов, Борисяк,

Лямбль, доктор Ланг и другие, вполне подтвердившие их достоинство и целебные свойства, причем Гурвич указал на необходимость точнейшего исследования их действия и <...> представил несколько интересных случаев излечения этими водами, наблюдаемых отчасти им самим, отчасти другими врачами, изложил вкратце их действие на главнейшие системы человеческого организма и рекомендовал их в следующих болезнях <...>» [6, с. 50].

К сожалению, в протоколе не указаны дата «вторичного осмотра», имена его инициатора и врачей, лечивших водами, как и применявшиеся ими методы. А названные поименно члены комиссии или имели к бальнеологии лишь косвенное отношение, или не имели его вовсе.

Филипп Иванович Ланг (если твердый знак на конце фамилии читать как «ять», Ланг становился Ланге), лютеранин и прусский подданный, прошел курс медицинского факультета ИХУ в 1845–1850 гг. Крупным ученым и доктором медицины Ланг не стал, но долго служил врачом в Харьковской конторе Государственного банка, занимался частной практикой и благотворительностью, соучредил ХМО. Бальнеологией он не увлекался, зато был экспертом в финансовых вопросах. Умер Ланг в Киеве в 1884 г.

Никифор Дмитриевич Борисяк (1817–1882) учился в Харькове на врача, а затем в Петербургском университете по специальности «минералогия и геогнозия». В 1843 г. он вернулся в ИХУ на соответствующую кафедру. В 1857–1868 гг. Борисяк был профессором университета, преподавал также в Институте благородных девиц, в Ветеринарном институте, много писал о минеральных богатствах Харьковской губернии, в том числе о ее водах.

Чешский эмигрант Вильгельм (Душан Федорович) Лямбль состоял в Харькове профессором нормальной (1860–1867), а затем патологической анатомии (1867–1871). Д. Ф. Лямбль очень хотел получить в ИХУ кафедру терапии, но коллеги, недолгоблюдавшие его за конфликтный характер, этому мешали. Лямбль искал и другие пути к преуспеванию – одно время также на ниве бальнеологии. Интерес чеха к БМВ был платоническим: лето 1863 г. Лямбль провел не в Березовом, а на минеральных источниках Кавказа [7, с. 66].

Добавим к этому, что после 1863 г. БМВ вообще не упоминаются в протоколах ХМО, зато там постоянно фигурирует источник серно-щелочной воды в с. Мурафе, где была устроена водолечебница [8]. О ее работе с 1864 г. рассказывал коллегам по ХМО Адольф Константинович Стомма (род. в 1830 г., лекарь с 1854 г.), автор «Медико-статистического описания Богодуховского и Ахтырского уездов Харьковской губернии» (1861).

Так, в 1865 г. на Мурафских минеральных водах (анализ которых был проведен в химической лаборатории ИХУ) пролечилось около 100 больных, а в 1866 г. – 105 человек. Есть в протоколах 20 историй болезни, планы устройства 5 ванн с насосом, трубопроводом и котлом для нагрева воды. О развитии же БМВ там нет ни слова: по-видимому, ХМО утратило к ним всякий интерес.

Вместе с тем тема БМВ нашла продолжение в протоколах заседаний Совета ИХУ. Из протокола 21.01.1864 г. видно [9, с. 15], что попечитель Харьковского учебного округа 13 января поручил Совету доставить возможно точные сведения о химическом составе целебных минеральных вод, открытых в 1862 г. при хуторе Березовом, принадлежащем губернскому секретарю Сукачеву, о местности, на которой они находятся, и о пользе, уже принесенной ими больным, с присоединением своего заключения. Ранее Сукачев подал на Высочайшее имя прошение о содействии правительства к устройству в упомянутом хуторе водолечебного заведения, и Харьковский губернатор запросил у университета экспертное заключение. Совет ИХУ препроводил поручение декану медицинского факультета (проф. К. А. Демонси).

Источники БМВ являлись частной собственностью, а ХМО и ИХУ могли самое большее давать экспертные заключения и советы их владельцу. Вероятно, Н. В. Сукачев и был заказчиком приезда той первой комиссии «ученых, химиков и врачей», о которой сообщил Л. П. Гурвич 1.06.1863 г.

Судя по всему, для повторной экспертизы нового выезда на БМВ не понадобилось. В протоколе от 17.03.1864 г. указано, что уже 3 марта факультет представил копию с донесения, составленного деканом для суждения о достоинстве минеральных вод, открытых в имении gubernского секретаря Сукачева. Донесение это основано на описи местности, сделанной тем же проф. Борисяком, и на химическом анализе того же проф. Бекетова [10, с. 33–36].

В балке у хутора Березова выходят на поверхность четыре источника. Бекетов нашел в воде главного из них сходство по содержанию как железа, так и остальных составных частей, с водою Спа (курорт в бельгийских Арденнах). По сходству состава можно заключить, что источники Березовского хутора могут быть полезны при тех же болезнях, при которых полезны воды Спа.

В течение прошлого лета водами Березовского хутора пользовался 21 больной. Замечательно, что все они либо совершенно выздоровели, либо получили заметное облегчение. И вот, наконец, выводы факультета:

«Можно заключить, что Березовский хутор с его источниками заслуживает полного внимания, и при надлежащем устройстве в нем ванн для купания больных, некоторой обделке самих источников, постройке вокзала, гостиницы, помещений для больных, галереи для гуляния в дождливую погоду, можно ожидать от минеральных вод обширной пользы для больных» [10, с. 36].

Здесь снова не указаны способы лечения, кроме минеральных ванн – ни прием воды внутрь, ни, как иногда пишут, гелиотерапия. В протоколе от 17 марта вообще нет имен врачей – при том, что на медицинском факультете ИХУ в курсе фармакологии читалось «учение о минеральных водах». Но почему тогда БМВ занимались химики и геологи, а не специалист по бальнеологии?

Дело в том, что 28.11.1862 г. вышел в отставку профессор-фармаколог ИХУ Г. С. Рындовский (1814–1898), «уделявший немалое время преподаванию

учения о минеральных водах». Затем два года на эту должность переезжал из Киева в Харьков доцент И. Н. Станкевич (1829-1882). Его интересы были очень далеки от минеральных вод, и фактически «учение» не преподавалось до 1869 г., когда приват-доцентом бальнеологии ИХУ был назначен М.К.Милютин (1830–1885), с 1862 г. служивший врачом на Кавказских минеральных водах.

Все же, за неимением лучшего, протокол от 17.03.1864 г. получил широкую известность. Его перепечатал столичный журнал [11], затем харьковский справочник [12, с. 187–190]; протокол использовался в рекламе:

«Для желающих пользоваться в настоящем 1866 году железно-щелочными минеральными водами открывается с 1 мая заведение в хуторе Березовом, в 22 верстах от г. Харькова, при почтовой дороге на Богодухов и Ахтырку. Воды эти имеют сходство с водами Спа, как видно из протокола заседания Совета ИХУ, напечатанного в «Журнале Министерства народного просвещения» за сентябрь 1864 г. При заведении будет находиться врач, для желающих пользоваться медицинским советом» [13].

Врачи, работавшие на БМВ, оставались безымянными все 1860-е гг. Далее в рекламе стояли расценки за пользование холодными или горячими ваннами, за квартиры при заведении, в ближних усадьбах или в слободе Люботине (2 версты от Березова), за обед из 3 блюд. Развлечения сводились к чтению газет и журналов, биллиарду и кеглям. И, наконец: «По всем делам <...> желающие могут обращаться к владельцу заведения Н.В.Сукачеву, живущему в г. Харькове, ниже театра, в доме Мельниковой в Классическом переулке» [13].

**БЕРЕЗОВСКІЯ
МИНЕРАЛЬНЫЯ ВОДЫ,**
БЛИЗЪ ГОРОДА ХАРЬКОВА.

Для желающихъ пользоваться въ настоящемъ году желѣзно-щелочными минеральными водами * открывається вначалѣ мая мѣсяца заведеніе въ хуторѣ Березовомъ, г. Сукачева, въ 20 верст. отъ г. Харькова, при почтовой дорогѣ на Богодуховъ и Ахтырку. При заведеніи можно имѣть въ настоящемъ году приведенныя въ надлежащій порядокъ и вполнѣ удобныя всѣ квартиры, какъ семейныя такъ и МѢ меблированныя, ванны и столъ по умѣреннымъ цѣнамъ; о цѣнѣ-же можно узнать отъ г. Сукачева, ниже театра въ Классическомъ пер. домъ № 6.

* Березовскія минеральныя воды, какъ видно изъ протокола засѣданія совѣта Императорскаго харьковскаго университета и официально выраженныхъ мнѣній профессоромъ медицинскаго факультета, напечатанныхъ въ журналѣ министерства народнаго просвѣщенія за сентябрь мѣсяцъ 1864 г. и въ Харьковскихъ Губернскихъ Вѣдомостяхъ за май м. 1867 года, „находясь въ живописной и здоровой мѣстности, имѣя сходство съ водами Спа, Пирмонтъ, Францеосбадъ, Желѣзноводскъ на Кавказѣ и т. п., оказываютъ превосходное дѣйствіе: въ малокровіи, нервной слабости, дѣвичей немочи, при значительной потерѣ силъ, въ циррозныхъ страданіяхъ печени и селезенки, при хроническихъ катарральныхъ страданіяхъ пищевыхъ путей и неправильномъ питаніи организма, при различныхъ слизотеченіяхъ, въ страданіяхъ половыхъ органовъ вообще и въ особенности во многихъ женскихъ болѣзняхъ“. До 400 больныхъ, въ теченіи 8 лѣтъ, пользовались березовскими водами, которыя принесли однимъ замѣтное облегченіе, другимъ совершенное выздоровленіе.

(30—) 1 5—

Николай Васильевич Сукачев, в 1866 г. титулярный советник, совмещал предпринимательство со службой помощником инспектора ИХУ [12, с. 281]. До конца десятилетия реклама БМВ менялась мало. В объявлении из «Харьковских губернских ведомостей» за 1871 г. (см. рис. ниже) видно, что в среднем за год в заведении Н.В.Сукачева лечилось вдвое меньше людей, чем на источниках Мурафы. Это – показатель реальной популярности БМВ в 1860-е гг.

Источники и литература:

1. Протокол собрания ХМО 15 декабря 1862 г. – С. 1–13.
2. Протокол собрания ХМО 20 апреля 1863 г. – С. 38–40.
3. Протокол собрания ХМО 4 мая 1863 г. – С. 41–46.
4. Протокол собрания ХМО 18 мая 1863 г. – С. 47–49.
5. Протоколы заседаний Совета ИХУ в 1863 г. – Харьков, 1864. – 255 с.
6. Протокол собрания ХМО 1 июня 1863 г. – С. 50–56.
7. Протокол собрания ХМО 21 сентября 1863 г. – С. 64–66.
8. Протокол собрания ХМО 10 апреля 1865 г. – С. 47–48; То же, 25 сентября 1865 г. – С. 69–76; То же, 29 октября 1866 г. – С. 36–38.
9. Протоколы заседаний Совета ИХУ в 1864 г., №1. – Харьков, 1864. – 19 с.
10. Протоколы заседаний Совета ИХУ в 1864 г., №3. – Харьков, 1864. – 37 с.
11. Протоколы Харьковского университета // Журнал Министерства народного просвещения. – 1864. – Т.123, отдел 2. – С. 873–875.
12. Памятная книжка Харьковской губернии на 1866 год. – Харьков, 1866.
13. Минеральные Березовские воды // Харьковские губернские ведомости. – 1866. – № 33.

ЛУКЪЯН ГУРВИЧ – ПИОНЕР БЕРЕЗОВСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД

Русанова Е.Г., Русанов К.В., независимые исследователи, г. Харьков

Березовские минеральные воды (БМВ) сделал достоянием научной медицины харьковский врач Гурвич (см. нашу статью в этом сборнике). Но затем пионер БМВ был заслонен фигурами маститых профессоров, и в историю вошли лишь два его сообщения о водах в Харьковском медицинском обществе (ХМО). Нет ясности даже относительно инициалов Гурвича [1, с. 25].

Мы попытались восстановить основные вехи жизни незаслуженно забытого первопроходца. На рис. 1 видно, что Лукиан Гурвич происходил из мещан-евреев, получил аттестат зрелости в Минске и в 1856 г. поступил на медицинский факультет Императорского Харьковского университета (ИХУ).

Число.	ИМЕНА и ФАМИЛИИ.	Исповѣданіе.	Время вступленія въ Университетъ.	Изъ ка-кого званія.	На чьемъ содержаніи.	Гдѣ прежде о б у-чался.	При-мѣч.
3	Иванъ Бибиновъ . .	Прав.	21 Авг. 1854.	Об.-Офиц.	Собст. Донец.	Въ д. родит. 1 Хар.	
4	Иванъ Бѣликовъ . .	Прав.	26 Авг. 1855.	Об.-Офиц.	Захар.	Гимн. 1 Хар.	
5	Иванъ Вагнеръ . .	Прав.	27 Авг. 1853.	Об.-Офиц.	Казен.	Гимн. Вплен.	
6	Людвигъ Валицкій . .	Рим. К.	27 Авг. 1856.	Дворянъ.	Собст.	Дв. Ин. 1 Хар.	
7	Савва Гридинъ . .	Прав.	21 Авг. 1854.	Об.-Офиц.	Казен.	Гимн. Минск.	
8	Лукианъ Гурвичъ . .	Еврей.	27 Авг. 1856.	Мѣщанъ.	Казен.	Гимн. Тамб.	
9	Дмитрій Ивановъ . .	Прав.	26 Авг. 1855.	Приказно-служ. дѣт.	Собст.	Гимн. 2 Хар.	
10	Василій Каратассо . .	Прав.	26 Авг. 1855.	Дворянъ.	Собст.	Гимн.	

Рис. 1. Фрагмент списка [2, с. 25], относящийся к 4-му курсу медицинского факультета.

Как показано ниже, Л. Гурвич родился в 1833 г. и получил диплом лекаря в 1861 г. Поступление в ИХУ в 23 года говорит о том, что путь Лукиана на студенческую скамью был длиннее, чем у однокашников, севших на нее в 17-18 лет. Курсом старше Гурвича учились светила русской медицины, родившиеся на 5-6 лет позже него – Леонард Гиршман и Александр Данилевский.

Л. Гурвич, в отличие от них, не оставил следа в истории медицинского факультета Харьковского университета за первые сто лет его существования (1805–1905). Не известно даже, по какой кафедре он окончил ИХУ.

В протоколах заседаний ХМО, сверх двух сообщений о БМВ, имеется реферат доложенной 18.05.1863 г. действительным членом Общества Гурвичем статьи о выкидышах, составленной на основании наблюдений у кровати больных. Докладчик обратил внимание на трудность распознавания наступающего выкидыша в первые месяцы беременности, когда ее «припадки» еще неясно выражены, и на важность верного диагноза, влияющего на показания для лечения [3, с. 47–48]. Но не сказано, где была выполнена эта работа (критически оцененная акушером-гинекологом проф. И. П. Лазаревичем).

После 1.06.1863 г. фамилия Л. П. Гурвича не встречается в протоколах ХМО. В протоколах заседаний Совета ИХУ 1864 г., где речь шла о перспективах развития курорта, равно как и в рекламе последнего, врач Гурвич

также не упомянут ни разу. Пионер БМВ не значился и в «Памятных книжках Харьковской губернии» в 1860-е гг. и позже.

Но жизнь Гурвича отнюдь не оборвалась, как можно было бы подумать. Чтобы убедиться в обратном, достаточно заглянуть в ежегодные «Российские медицинские списки» (РМС). На рис. 2 показаны фрагменты справочников [4] с самым ранним и самым поздним упоминанием врача.

Данные РМС свидетельствуют о том, что полное официальное именование Гурвича было Лукиан Хаймович, что родился он в 1833 г., звание лекаря получил в 1861 г. и служил 22 года: почти все 1860-е гг. – по Министерству внутренних дел (МВД), в 1869–1870-х гг. – по Министерству народного просвещения, в 1871 г. – снова по МВД. В РМС на 1872-1882 гг. Л.Х.Гурвич значился служащим по Земству; с 1883 г. он вышел в отставку коллежским советником и занимался вольной практикой. С 1890 г. и до конца дней местопребыванием Гурвича была Полтава.

— 62 —

Гульковский, Михаилъ Константинов. шт.-л., с. с., М. В.

Д. и Моск. Сов. Дѣт. Приют.

Гульковский, Николай Константинов. шт.-л., н. с.

Гуляницкій, Станиславъ, л.

Гумбургъ, Александръ Филип. л., М. В.

Гумилевскій, Гавріилъ Михайлов. л., н. с., М. В. Д.

Гумилевскій, Михаилъ Михайл. шт.-л., н. с., М. В. Д.

Гумилевъ, Степанъ, л., М. М.

Гуніусъ, Карлъ Карлов. д., н. с., М. В. Д.

Гуніусъ, Эвальдъ Карлович. л., к. а., М. В.

Гупманъ, Иванъ Михайлов. л.

Гурвичъ, Николай Александр. л., ИМП. Чел. Общ. и М.

Удѣл.

Гурвичъ, Лукіанъ Хаймович. л., М. В. Д.

Гурко, Готфридъ Викент. л., к. а., М. В.

Гурновъ, Владиміръ Евдоким. д., к. с., Моск. Опеку. Сов.

Гурвичъ Абр.-Ааронъ Вульф. 65 Л. 93, впр. Вильна.

Гурвичъ Арк. (Аар.-Кон. Юс. 62 Л. 89. (Хир.), впр. Кологривъ, Костр.

Гурвичъ Аркад. Сем. 53 Л. 81 к. с. Ст. вр. 8 Запас. стр. бат. Мервъ, Запас.

Гурвичъ Борисъ Исаак. 74 Л. 99. (Глаз.), впр. Москва.

Гурвичъ Борухъ Шломо. 59 Л. 85 к. а. Вр. евр. учил. Бѣлостокъ, Гроднен.

Гурвичъ Герцъ Лейбов. 69 Л. 98. Св. вр. зем. бол. Сызранъ, Симб.

Гурвичъ Дав. Моис. 48 Л. 82. (Хир. и гинек.), н. с. впр. Москва.

Гурвичъ Исаакъ Хацкел. 47 Л. 73 к. с. Ст. вр. 221 Троицко-Сергіев. цѣх. пол. Москва.

Гурвичъ Іегуда-Іосиф. Беровичъ 75 Л. 904. Зем. запасн. вр. м. Чернухи, Лохвицк., Полт.

Гурвичъ Іоакимъ Герц. 65 Л. 91, впр. Гродна.

Гурвичъ Іосель Янкел. 48 Л. 78 к. с., впр. Минскъ.

Гурвичъ Іосифъ Семен. 52 Л. 79. (Хир.) к. с. Ст. вр. 243 рез. бат. Уфа. Д. В.

Гурвичъ Лукіанъ Хаим. 33 Л. 61 к. с., впр. Полтава.

Гурвичъ Маркъ Оешов. 71 Л. 99. Частн. сл. Ковна.

Гурвичъ Мееръ-Лейба-Юдѣл. 58 Л. 85. (Вн. и дѣт.), впр. Москва.

Гурвичъ Мееръ Самуил. 49 Л. 75. (Окул.) н. с., впр. Ростовъ, Донец.

Гурвичъ Мих. Ильичъ 70 Л. 94. (Вн.), впр. Ялта, Тавр.

Рис. 2. Фрагменты РМС на 1863 г. (вверху) и 1906 г. (внизу).

Скорее всего, после выступления в ХМО 1.06.1863 г. Лукьян Гурвич навсегда покинул Харьков и служил в дальнейшем в других губерниях. Причины его отъезда нам не известны. Питомец ИХУ мог быть послан на западные границы в связи с польским мятежом 1863–1864 гг. и угрозой повторения англо-французской интервенции. Или выслан из Харькова как политически неблагонадежный. Но не исключено, что пионеру БМВ авторитетно посоветовали не мешаться в развитие перспективного курорта.

Пребывание Гурвича в Полтаве документировано городскими справочниками, начиная с 1871 г. (рис. 3). Скорее всего, в уездном училище Полтавы он служил и в 1869–1870 гг., но прямых доказательств этому пока нет.

Полтавское богоугодное заведение занималось лечением психически больных; позже оно было переименовано в Полтавский дом умалишенных училища. «Адрес-календари Полтавской губернии» свидетельствуют о том, что Л. Х. Гурвич служил здесь ординатором по крайней мере до 1880 г.

27. Богоугодное заведеііе.

Старшій врачъ—стат. сов. Филиппъ Павловичъ *Цитовичъ*.

Младшій врачъ—колл. асс. Вячеславъ-Марьянъ Петровичъ *Кульчицкій*.

Ординаторъ—Лукьянъ Хаимовичъ *Гурвичъ*.

Управляющій аптекою—провизоръ Сильвестръ-Станиславъ-Доменикъ Фаддѣевичъ *Доброчинскій*.

Уѣздное училище.

Почетный смотритель—(вакансія).

Штатный смотритель колл. асс. Деонисій Дмитріевичъ *Тирюминъ*.

Законоучитель—свещ. Петръ Ивановичъ *Мизановъ*.

Учители:

Математики—колл. асс. Карлъ Степановичъ *Клинтъ-Вакулевичъ*.

Русскаго языка—сост. въ XII классъ Алексѣй Александровичъ *Казначеевъ*.

Истории и географіи—испр. долж. безъ правъ службы дворянинъ Андрей Осиповичъ *Угнатовко*.

Рисованія, чистописанія и черченія—губ. секр. Степанъ Осиповичъ *Исєнко*.

Врачъ—лѣкаръ Лукьянъ Хаимовичъ *Гурвичъ*.

Рис. 3. Фрагменты «Памятной книжки Полтавской губернии на 1871 год» [5, сс. 64, 71].

В XX в. Лукьян Хаимович поменял отчество на более благозвучное — Петрович. В отставке он занимался частной медицинской практикой —

вероятно, прибыльной, поскольку в «Адрес-календарях и справочных книжках Полтавской губернии» на 1901, 1903, 1907 гг. Л. П. Гурвич значился владельцем большого двухэтажного дома №30 на престижной Александровской улице; врачу принадлежали на этой улице также дома №№16 и 24.

Есть основания думать, что Л. Х. Гурвич поселился в Полтаве на рубеже 1860–1870-х гг. в связи с выгодной женитьбой. В 1871 г. здесь родился его сын Павел Лукьянович, ставший врачом и превзошедший отца в карьерном росте.

По данным РМС, П. Л. Гурвич получил диплом лекаря в 1897 г. (но не в Харькове!) и всю жизнь служил на Черноморском флоте – младшим, а затем старшим врачом флотских экипажей. Гурвич-младший стал доктором медицины (защитил в 1909 г. диссертацию «К вопросу о влиянии крымской бузы на отправление желудка») и получил всероссийскую известность докладом на XII Пироговском съезде «Статистические данные потребления алкоголя во флоте (чарка водки)», где требовал отмены этой чарки.

Возможно, поэтому П. Л. Гурвич ненадолго пережил отца и умер в Севастополе в 1915 г. всего в 42 года – действительным статским советником, флагманским врачом штаба командующего морскими силами Черного моря.

Источники и литература:

1. Сердюк А. И. Курорт Березовские минеральные воды: история и современность / А. И. Сердюк, Б. А. Рогожин, Л. Д. Тондий и др. – Харьков : Золотые страницы, 2012. – 400 с.
2. Список студентов и допущенных к слушанию лекций Императорского Харьковского университета на 1859–1860-й академический год. – 37 с.
3. Протокол собрания Харьковского медицинского общества 18-го мая 1863 г. – С. 47–49.
4. Российский медицинский список, изданный по Высочайшему повелению Медицинским департаментом Министерства внутренних дел на 1863 год. – С. Петербург, 1863. – С. 62; Российский медицинский список, изданный Управлением главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел на 1906 год. – С.-Петербург, 1906. – С. 108.
5. Список должностным лицам Полтавской губернии // Памятная книжка на 1871 г., изданная Полтавским губернским статистическим комитетом. Часть I. – Полтава, 1871. – С.1–172.

ХАРЬКОВ – НОВОРОССИЙСК – КИПР: ТРАЕКТОРИЯ СУДЬБЫ ВРАЧА ПАВЛА СМИТТЕНА (1876-1941)

Эльнур Агаев, доцент Европейского университета Лефке, факультет искусств и наук, кафедра истории, Турецкая республика Северного Кипра;

Константин Русанов, независимый исследователь, г. Харьков, Украина

В годы Гражданской войны (1918–1922) 2-3 млн. подданных бывшей Российской империи бежали за границу. Эта волна эмигрантов повлияла на историю ряда стран. Так, Турция приняла тогда 200-250 тыс. беженцев [1]. Турецкие историки и в XXI в. продолжают исследовать эту тему.

Волна белой эмиграции достигла и о. Кипр: весной 1920 г. сюда прибыли морем из Новороссийска и Одессы 1,5-2 тыс. беженцев [2, с. 61–156], позже – некоторое число из Крыма. Правда, в мае-июле 1922 г. по решению правительства Великобритании, фактически владевшей островом, большинство русских эмигрантов было принудительно вывезено с Кипра в Болгарию и Сербию. Лишь немногие сумели, найдя постоянную работу, остаться на Кипре.

Среди прибывших на Кипр в 1920 г. беженцев было много раненых и больных; их сопровождали медики, в том числе 11 врачей. Шестеро из последних окончили медицинский факультет Харьковского университета; трое остались жить на острове и после 1922 г.

Наиболее значительный след в истории Кипра оставил Павел Николаевич Смиттен. Выходец из православной дворянской семьи, он родился 9.01.1876 г. в Грузии – в г. Кутаис (ныне – Кутаиси) [3], по другим данным – в Тифлисе (Тбилиси) [4]. Отец Павла был здесь прокурором, потом – председателем департамента Тифлисской судебной палаты, тайным советником. Дядя – членом этой палаты.

В 1895 г. Павел окончил 1-ю Тифлисскую гимназию и поступил на медицинский факультет Императорского Харьковского университета. В 1900 г. П. Н. Смиттен получил диплом лекаря по специальности «хирургия и женские болезни» и остался работать в Харькове. В 1901 г. он был принят в члены Харьковского медицинского общества по рекомендации Н. П. Тринклера [4].

Молодой врач служил в частной лечебнице доктора Д. В. Лихоносова, где применялись современные методы лечения и диагностики – рентген, светолечение, электротерапия и проч. [5]. С началом Русско-японской войны П. Н. Смиттен добровольно отправился из Харькова на Дальний Восток с санитарным поездом на 200 коек, которым руководил Б. Г. Пржевальский [6].

Смиттен дважды служил ассистентом в Харьковском университете: до отъезда на войну – при факультетской хирургической клинике, после возвращения – при хирургическом клиническом отделении, располагавшемся в Харьковском военном госпитале [7]. Но академической карьеры он не сделал.

В 1911 г. П. Н. Смиттен переехал в г. Новороссийск – столицу Черноморской губернии. Здесь он открыл частную хирургическую лечебницу [8, с. 151–167], где использовал полученный в Харькове опыт. Смиттен работал также ординатором-хирургом в городской больнице Новороссийска [9].

Его имя упоминалось в печати в связи с перспективами города и окрестностей как морского курорта. Солнечный климат Новороссийска, наличие озера (лимана) с лечебными грязями, возможности терапии морскими

купаниями, виноградом и проч. повышали, по мнению экспертов, эффективность восстановительного лечения ряда хронических и острых заболеваний, гнойно-воспалительных осложнений и т. п. [8, с. 151–167]. Смиттен подтверждал примерами из своей практики, что эти природные условия способствуют более быстрому заживлению хирургических и др. ран. Он полагал, что здесь можно лечить большинство видов туберкулеза [10].

Приход к власти большевиков и Гражданская война прервали успешную деятельность П. Н. Смиттена в Новороссийске. В 1918 г. он поступил врачом в белую армию генерала Деникина. В начале 1920 г. эта армия, потерпев поражение, поспешно отступила и эвакуировалась из Новороссийска. Смиттену лишь с большим трудом удалось покинуть город, где он проработал 9 лет.

1 апреля 1920 г. бывший харьковский врач прибыл на Кипр на судне «Анатолий Молчанов» и вместе с остальными беженцами был помещен в тифозный карантин в Фамагусте [11].

П. Н. Смиттен сумел сохранить при эвакуации свой набор хирургических инструментов [12]. После карантина он зарегистрировал в Фамагусте медицинский диплом Харьковского университета и получил разрешение на работу по специальности [13]. У врача оставалась одна приличная пара обуви, и потому он прошел десятки километров босиком из Фамагусты в Никосию, где, добившись поддержки властей и Всероссийского Земского Союза (общественно-политической организации, созданной для помощи больным и раненым воинам, семьям лиц, призванных в армию, беженцам; открывавшей госпитали и т. п. Союз выполнял эти функции и в эмиграции) [14], открыл в 1920 г. частную хирургическую и гинекологическую лечебницу. В этом лечебном заведении был стационар на 12 кроватей; медсестрами и уборщицами работали русские беженки [15, р. 252].

Проявленные П. Н. Смиттенем способности привлекли внимание британской администрации и общественности, и в 1921 г. русского врача приняли на службу в Государственную больницу Никосии [16]. Здесь Смиттен работал вместе с врачом Борисом Вроблевским – тоже из Харькова – до 1930 г. [17]. В июле 1931 г., после недолгой поездки в Египет, П. Н. Смиттен был принят на службу врачом в американскую горнодобывающую компанию на Кипре *Cyprus Mines Corporation* (СМС), которая вела разработку месторождений меди в окрестностях г. Лефке [15, р. 251].

В январе 1932 г. он стал работать в больнице г. Пендайя (ныне Yeşilyurt) близ залива Морфу [18]. Затем Смиттен получил назначение санитарным врачом в медицинский центр Порты залива Морфу (*Morphou Gulf Port*) [19]; он остался в этой должности и после 28.12.1937 г. [20]. В последний раз о работе Смиттена на Кипре *The Cyprus Gazette* сообщила в 1940 г. [21].

П. Н. Смиттен бегло говорил по-французски, менее свободно владел турецким, греческим и английским языками, на которых общались его

пациенты. Он следил за новыми медицинскими технологиями, привез в больницу Пендайя рентгеновские аппараты и применял здесь физические методы лечения, знакомые ему по Харькову и Новороссийску [15, р. 252].

Смиттен участвовал в программах охраны труда СМС. Он уделял особое внимание питанию как фактору здоровья: настаивал, чтобы сотрудники употребляли в пищу больше натуральных продуктов, а не консервов; чтобы они хотя бы раз в день ели горячее в столовых; он просил пекарей добавлять в муку яйца, овощи и минералы. Русский врач пропагандировал спорт и физическую культуру среди сотрудников копей и членов их семей.

П. Н. Смиттен инициировал производство молока, мороженого и йогурта для столовых СМС; аренду 350 акров земли, где компания выращивала сою, картофель, ячмень и пшеницу, снижая затраты на питание [15, р. 274–275].

Школьников Смиттен лечил бесплатно и при необходимости выдавал им медикаменты [15, р. 253]. Учителя, в свою очередь, во многом помогали врачу.

В 1930-е гг. число рабочих в СМС росло, а заболоченная местность и отсутствие в поселках канализации способствовали развитию инфекционных заболеваний. П. Н. Смиттен запомнился киприотам энергичной борьбой с эпидемиями. Он проводил дезинфекцию зараженных домов и лечил больных новыми лекарствами и сыворотками. Разъясняя необходимость санитарных мероприятий, Смиттен выступал в клубах поселков СМС, распространял через учителей брошюры на турецком, греческом и английском языках.

Он регулярно инспектировал состояние скотобоен, ресторанов и жилищ в поселках. Оказалось, что рабочие, не зная правил личной гигиены, удовлетворяли естественные надобности на местах проживания. Чтобы предупредить это, им стали раздавать специальные банки для экскрементов, которые надлежало выбрасывать в вывозимый мусор.

Власти Кипра позитивно оценивали деятельность врача, однако не имели денег на финансирование предлагаемых мероприятий. Средства на это удалось получить от Фонда Рокфеллера. Многие болезни стали исчезать на острове благодаря усилиям Смиттена [15, р. 253–254].

В зимний сезон 1936-1937 гг. эпидемический менингит, дававший смертность до 30%, поразил на острове 829 человек, из них 202 – в районе шахт СМС. Здесь началась паника: заболевшие гриппом люди осаждали больницу в Пендайя [15, р. 254]. Возможности лаборатории П. Н. Смиттена не позволяли провести исследования, но с помощью Университета Пенсильвании (США) ему удалось определить возбудитель болезни и применить прививки: вакцины и сыворотки были доставлены на Кипр судном и самолетом. За профилактикой и лечением в Пендайя обращались работники СМС и жители региона; для их размещения были арендованы 150 палаток. Выяснилось, что из 202 заболеваний лишь 37 произошли в домах шахтеров; дирекция и медицинская служба СМС опровергли необоснованные обвинения прессы [15, р. 255].

Активная борьба П. Н. Смиттена с эпидемией была отмечена британскими медиками: «Во время посещения поселков мы видели, что доктор Смиттен прививал шахтеров, их жен и детей, стараясь вакцинировать как можно больше людей. <...> Сделанное Смиттеном вспоминали с благодарностью» [22].

Так имя бывшего харьковчанина стало на острове почти легендой.

Вскоре началась Вторая мировая война. В мае 1941 г. немцы заняли о. Крит; бои шли в недалекой Сирии, в Египте. В это тревожное время П.Н.Смиттен скорострительно скончался от сердечного приступа [15, р. 278].

Сегодня общины Кипра не забыли помощь, оказанную им выпускниками Императорского Харьковского университета, заброшенными волей судьбы на остров в Средиземном море. Эти врачи получили в Харькове основательную подготовку, позволившую им, покинув родину, не теряться в самых трудных условиях жизни и приносить пользу людям даже на чужбине.

Источники и литература:

1. Ипполитов С. С., Карпенко С. В., Пивовар Е. И. Российская эмиграция в Константинополе в начале 1920-х годов / С. С. Ипполитов, С. В. Карпенко, Е. И. Пивовар // Отечественная история (Москва). – 1993. – № 5. – С. 75–85.
2. Ağayev Elnur. Kıbrıs'tan Geçen Beyaz Ruslar. – Işık Kitabevi yayınları, Lefkoşa-Kıbrıs, 2015. – 246 s. [Эльнур Агаев. Прошедшие через Кипр «белые русские». – Лефкоша (Кипр) : издательство «Свет». – 2015. – 246 с.]
3. Алфавитный список студентов и посторонних слушателей Императорского Харьковского университета за 1897–98 академический год. – Харьков, 1897. – С. 168.
4. Curriculum vitae лекаря Павла Николаевича Смиттена // Протокол научного заседания Харьковского медицинского общества от 3 февраля 1901 г. – Харьков, 1901. – С.4.
5. Реклама в справочнике «Весь Харьков» на 1903 г.
6. Проводы Харьковского отряда Красного Креста // Южный край. – 1904. – 17 апреля.
7. Российский медицинский список (РМС), изданный Управлением главного врачебного инспектора Министерства Внутренних дел на 1908 г. – С.-Петербург, 1908. – С. 373; РМС <...> на 1912 г. – С.-Петербург, 1912. – С. 391; Справочники «Весь Харьков» на 1904 и 1912 гг.
8. Доброхотов В. П. Черноморское побережье Кавказа. – Краснодар : Традиция, 2009. – 527 с.
9. РМС <...> на 1913 г.- СПб., 1913. – С.409; РМС <...> на 1916 г. – Петроград, 1916. – С. 442.
10. 10. Управление архива муниципального образования г. Новороссийск. – Ф. 2, оп.1, д. 763, л. 20, об.
11. Волков С. В. Вторая база данных «Участники Белого движения в России» // Интернет-ресурс http://swolkov.org/2_baza_beloe_dvizhenie/pdf/Uchastniki_Belogo_dvizhenia_v_Rossii_7-S.pdf. – С.494.

12. Доклад о положении русских беженцев, поселенных на о. Кипре // Государственный архив Российской Федерации. – Ф. Р-5924, т. 2 оп., ед. хр. 146, 1917–1924 гг. – С. 6.
13. The Cyprus Gazette. – 1920. – № 1438 (6 August). – P. 314.
14. Деятельность Всероссийского Земского союза на о. Кипре // Государственный архив Российской Федерации. – Ф. Р-5924, т. 2 оп., ед. хр. 146, 1917–1924 гг. – С. 36.
15. Lavender D. The Story of Cyprus Mines Corporation. – The Huntington Library, San Marino, California, 1962. – 387 p.
16. Doğru Yol gazetesi. – Sayı 82, 2 Mayıs 1921. [Газета «Правильный путь», №82. 2 мая 1921 г.].
17. The Cyprus Gazette.– 1930.– №2029 (17 January). – P. 36–38.
18. The Cyprus Gazette.– 1932.– №2202 (4 March).– P. 130.
19. The Cyprus Gazette.– 1936.– №2536 (11 September). – P. 608
20. The Cyprus Gazette.– 1937.– №2625 (31 December). – P. 582.
21. The Cyprus Gazette.– 1940.– №2808 (17 January). – P. 27,29.
22. Haele I.H., Bevan C. E. Observations on an epidemic of cerebrospinal meningitis in Cyprus and the record of a prophylactic experiment // Proc. of the Royal Soc. of Med. – 1939. – Vol. XXXII, October. – P. 1558.

ІВАН ВАСИЛЬОВИЧ КУДІНЦЕВ – ТАЛАНОВИТИЙ ПРЕДСТАВНИК ХАРКІВСЬКОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ШКОЛИ

***Чернуха О.В.,** ст. викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету*

Свій життєвий шлях Іван Кудінцев почав із містечка Новочеркаська, у якому він народився 1867 року. Вступивши до Харківського університету на медичний факультет, талановитий юнак закінчив його з відзнакою у 1893 році і одразу був прийнятий на кафедру хірургічної патології у якості асистента [1, с. 102].

Після закінчення навчання в університеті І. Кудінцеву пощастило попрацювати з А. Подрезом у клініці, яку очолював знаменитий професор. Саме цей період став вирішальним у кар'єрі хірурга, адже вже через чотири роки практики науковий медичний світ побачив докторську дисертацію І. Кудінцева, яка була присвячена функції надниркових залоз. Зауважимо, що навчання та перші кроки у педагогічній кар'єрі були надто складними. Як згадував І. Кудінцев, у ці часи а аудиторій для викладання не вистачало навіть титулованій професурі, а місто не намагалось розв'язувати проблеми медичної школи.

У 1908 році І. Кудінцев став очільником кафедри хірургічної патології та госпітальної хірургічної клініки на Вищих Жіночих медичних курсах, що згодом були перетворені на інститут [2, с. 71].

Перша світова війна застала І. Кудінцева у місті. Він не полишив викладацької роботи в інституті, але вповні став до справи лікування поранених бійців, які потрапляли до місцевого шпиталю.

У 1916 році І. Кудінцев отримав почесне звання професора, а ще через декілька років перейшов працювати у госпітальну клініку Медичної Академії, яка утворилася в результаті злиття Вищих Жіночих курсів та медичного факультету Харківського Імператорського Університету.

Окрім адміністративної роботи, професор Кудінцев не полишав і практики. Він працював хірургом у найбільшій на той час у місті Олександрівській лікарні, яка за радянських часів отримала назву 1-ша радянська. У 1920 році І. Кудінцев прийняв від Ю. Р. Пенського керівництво кафедрою госпітальної хірургії, яка розташовувалася на базі цієї лікарні [3, с. 13]. Намагаючись поєднувати практичну роботу із науковою, І. Кудінцев постійно впроваджував нові методик лікуванні хвороб, чому навчав й своїх учнів. Педагогічний талант І. Кудінцева не пропав марно – він створив цілу плеяду молодих талановитих хірургів, які перейняли досвід свого вчителя. Із кафедри, якою керував І. Кудінцев, вийшли такі відомі професори, як А. Чугаєв, Я. Войташевський, М. Милостанов, В. Недохлебов, А. Зимницький. Усі вони стали надалі очільниками різних підрозділів: Я. Войташевський очолив кафедру урології, М. Милостанов – військово-польової хірургії в УІУЛ, А. Зимницький став очільником кафедри загальної хірургії у Дагестанському медичному інституті тощо [4, с. 3].

Зокрема, велику увагу у практичній роботі І. Кудінцев приділяв невідкладній хірургії. Величезний практичний досвід, який мав у клініці Іван Васильович, дозволив йому у 1927 році зробити певні висновки та обґрунтувати нову тактику лікування гострого апендициту. Як стверджував Кудінцев, систематичне оперативне втручання можливе не лише у першу добу розвитку гострого апендициту, а на усіх етапах розвитку патології. Саме тому вчення І. Кудінцева надало змогу по-новому дивитися на лікування хвороби та робити операції залежно від стадії запалення апендиксу.

Успіхи професора Кудінцева на педагогічному тлі багато в чому залежали від його ставлення до студентів та співробітників, яких він навчав. Головна ідея Кудінцева з успіхом запроваджувалася у життя – він постійно казав про наближення студента до практичної роботи у клініці. Тож, для якомога найкращого ознайомлення з роботою, І. Кудінцев так перелаштував навчальну програму, що максимально долучив студентів до хірургічної практики. Він запровадив нічні чергування для студентів, спільні огляди хворих, заклав систему стажування лікарів у клініці.

Працюючи лікарем-практиком, І. Кудінцев не стояв осторонь господарських питань. Під час розбудови корпусів клініки І. Кудінцев добився розташування хірургічного відділення у новому клінічному корпусі, завдяки чому збільшив кількість ліжок – тепер лікарня могла приймати до восьмидесяти хірургічних хворих. Зауважимо, що на практиці ця цифра не відповідала дійсності і майже завжди ліжка були переповнені.

1933 року професору І. Кудінцеву виповнилося 65 років. На честь цієї події у лікарні була проведена конференція, де згадували досягнення професора. Кафедра була передана новому голові Олександру Васильовичу Мельникову, вихованцю Петербурзької військово-медичної академії [5, с. 156].

Проте, у 1939 році О. Мельникова переводять на іншу посаду і він повертається у Ленінград. Короткий термін кафедрою керував В.І. Йост, а у 1941 році на посаду повертається І. Кудінцев, бо В. Йост вступив до лав Червоної Армії. Зважаючи на почесний вік, І. Кудінцев не поїхав до Чкалова, та ефективно підготував кафедру до евакуації.

Помер професор І. Кудінцев 1955 року, залишивши по собі добру пам'ять, тисячі вдячних хворих та талановитих учнів.

Список джерел та літератури:

23. Іван Васильович Кудінцев // Український радіологічний журнал. – 2009. – № 17. – С. 102–107.
24. Милостанов Н. Н. Иван Васильевич Кудинцев / Н. Н. Милостанов // Клиническая хирургия. – 1967. – № 12. – С. 71–72.
25. Бойко В. В. Харьковская хирургическая школа: становление, развитие, перспективы / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, М. П. Брусницына и др. // Международный медицинский журнал. – 2004. – № 3. – С. 12–16.
26. Видатний хірург Милостанов Микола Миколайович: бібліографічний покажчик до 120-річчя від дня народження – Суми, 2011. – 6 с.
27. Робак І. Ю., Демочко Г. Л. Охорона здоров'я в першій столиці радянської України (1919–1934 рр.). – Х. : Колегіум, 2012. – 260 с.

СЕКЦІЯ 3.

ЕКОНОМІКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

Усенко С.Г., кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

Головко Я.І., асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

В Украине возникла потребность реформирования системы здравоохранения, в частности, модели финансирования, которая предусматривает переход от бюджетной к смешанной бюджетно-страховой системе, финансируемой при активном участии предприятий, учреждений, организаций разных форм собственности с элементами добровольного медицинского страхования населения. Система финансирования здравоохранения в Украине на сегодня не обеспечивает механизмов экономического стимулирования учреждений отрасли в предоставлении медицинской помощи, эффективном использовании имеющихся средств. Отсутствует прозрачность финансирования отрасли: население осуществляет отчисления в бюджет без возможности контролировать использование средств, которые направляются на здравоохранение. Бюджетные расходы на содержание медицинской области на протяжении последних лет составляли от 2,6 до 4% ВВП. Тем временем во всем цивилизованном мире считается, что, когда бюджетные расходы на содержание системы здравоохранения не превышают 6% ВВП, такой объем государственного финансирования является неудовлетворительным, а система здравоохранения – недееспособной [1; с. 1].

Одной из альтернативных форм финансирования системы здравоохранения является медицинское страхование.

Страхование возникло с развитием мореплавания и колонизации, когда объектами страхования были лишь товары и транспортные средства. Позднее стали развиваться другие формы страхования и лишь в середине XIX – первой половине XX века объектом страховой деятельности становятся и социальные процессы. Родиной обязательного медицинского страхования является Германия, где в XIX веке страховые организации получили наибольшее развитие на основе общественного движения. [2; с. 1]. Начало истории социального страхования в Германии связано с принятием трех законов: в 1883

году был принят «Закон о страховании работников на случай заболевания», в 1884 «Закон о страховании при несчастных случаях», в 1889 году – «Закон о страховании при инвалидности и старости». Одной из основных причин принятия правительством Бисмарка этих законов явился чрезвычайно бурный рост выступлений рабочих за свои права и рост числа наемных работников.

Правительство канцлера Бисмарка, увидело причину роста рабочего движения в обнищании работников и связанных с этим острых социальных проблем, приняло указанные законы и одновременно закон, закрепляющий рабочее движение. Законы, принятые правительством Бисмарка, образовали систему социального страхования рабочих и стали основой создания обязательного медицинского страхования, а система здравоохранения на ее основе получила название страховая медицина или система здравоохранения Бисмарка.

В Российской империи, в состав которой входила Украина, с принятием в 1912 году закона о страховании на случай болезни начала действовать система страхования рабочих промышленных предприятий в виде больничных касс. Эта система распространялась только на крупные предприятия, под ее действие не попадали рабочие, занятые в строительстве, на транспорте, в торговле, в сельском хозяйстве. Больничные кассы выдавали своим участникам денежные пособия в трех случаях: по болезни или несчастному случаю, связанному с утратой трудоспособности; по случаю родов; и на погребение. Пособие по болезни выплачивалось с 3-4 дня. Организация медицинской помощи, например создание больниц, в обязанности больничных касс не входила. Предусматривалась лишь амбулаторное лечение и первая помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях – расходы возлагались на предпринимателей.

В первые месяцы советской власти больничным кассам были бесплатно переданы принадлежащие предпринимателям больницы и амбулатории. Кассы не только выплачивали пособия, но и повсеместно занимались организацией бесплатной медицинской помощи (организовывали амбулаторную, стационарную, экстренную помощь, в том числе и в ночное время).

В июне 1918 года на I съезде медико-санитарных отделов был поставлен вопрос об «организационном слиянии государственной и страховой медицины». В феврале 1919 году было принято постановление Совнаркома «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Наркомздраву». В начале 20-х годов больничные кассы были ликвидированы.

Кризисная ситуация, сложившаяся в здравоохранении в конце 80-х – начале 90-х гг., заставила вспомнить историю больничных касс в нашей стране и изучить современный зарубежный опыт организации медицинского страхования [3; с. 452].

На сегодняшний день в развитых странах функционируют разветвлённые системы медицинского страхования, которые охватывают значительные контингенты населения включительно с сельскохозяйственными, промышленными работниками, служащими и членами их семей, учащимся, мелким предпринимателями.

По данным ВОЗ, разнообразные системы страховой медицины используют более 30 стран Организации Экономического Сотрудничества и Развития. Ими охвачено более 800 млн. лиц – почти 74% расходов на лечение больных компенсируется из страховых фондов.

Экспертами ВОЗ предложена современная формула финансирования здравоохранения, которая предлагает оплату не 70% расходов на здравоохранение из общественных фондов, включая налоги и взносы обязательного медицинского страхования, менее 5% – частного страхования, не более 15-20% прямых платежей [4; с. 21].

Таким образом, больничные кассы как элемент страховой медицины, может стать одной из альтернативной формой финансирования в период перехода от бюджетной к смешанной бюджетно-страховой системе.

Джерела і література:

1. Развитие медицинского страхования в системе социально-ориентированных видов страхования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://forinsurer.com/public/07/02/07/2872>
2. Менеджмент в галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://uchebnikonline.com/medecina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya_-_bayeva_ov/sistema_bismarka_model_sotsialnogo_strahuvanny
3. Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов/под. ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. – 6-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 656 с.
4. Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы. – К.: ВД «Авіцена», 2011. – 256 с.

ANTYKONCEPCJA W OKOWACH IDEOLOGII – KONTROLA PŁODNOŚCI W DRUGIEJ POŁOWIE XIX WIEKU

***Mateusz Dąsal**, dr, adiunkt w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmacji,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*

W drugiej połowie XIX wieku następuje przemiana wiodącego wcześniej paradygmatu w podejściu do ludzkiej płodności, zabezpieczaniu przed niepożądaną ciążą jak również gwałtownego rozwoju technologii antykoncepcyjnej. Lekarze i akademicy naukowo zajmujący się medycyną w tym okresie zajmują różne

stanowiska w debacie dotyczącej tego zagadnienia, a rodząca się *scientia sexualis* wikła się w „bioetyczne” dylematy epoki.

Problem kontroli płodności towarzyszy ludzkości od początku jej istnienia. Europa chrześcijańska narzuciła jednoznacznie negatywną ocenę takich praktyk. Wiodącym autorytetem w tej dziedzinie był św. Augustyn (354–430). W *De moribus Ecclesiae Catholicae et de moribus Manichees* [1. 18:65] oraz w *Przeciwko Faustusowi* [2. 15:7 i 23:30] przypomina, że instytucja małżeństwa ma na celu prokreację i wychowanie nowego życia, a każde działanie mające zapobiec nadrzędnemu celowi jest grzechem i zamienia małżeństwo w prostytutkę. Do epoki oświecenia dyskurs pronatalistyczny lokował się w sferze moralności religijnej.

W drugiej połowie XIX wieku rozwój technologii medyczno – farmaceutycznej oraz rozszczepienie przednowoczesnego kulturowego ujednoliconego wzorca kulturowego na kilka sprzęgniętych, lecz czasem rywalizujących ze sobą systemów symbolicznych doprowadziły do przemian światopoglądowych. Jak wskazuje Michael Foucault: „wydaje się, że w dziewiętnastym wieku seks wpisywał się w dwa wyraźnie odrębne rejestry wiedzy: biologię reprodukcji, rozwijającą się w sposób ciągły zgodnie z ogólnymi zasadami naukowymi, i medycynę seksu, podlegającą całkiem innym zasadom formacji (...) Fizjologia rozrodczości (...) zależna byłaby od potężnej woli wiedzy, która stworzyła na zachodzie instytucję dyskursu naukowego, [medycyna seksualności] byłaby efektem upartej woli niewiedzy” [3. s. 52].

Przyrost technologii antykoncepcyjnej w tym okresie ma charakter skokowy. W roku 1844 Charles Goodyear patentuje wulkanizację kauczuku. Od tego momentu gumowe prezerwatywy wchodziły do masowej produkcji. Nie ma danych dotyczących Europy kontynentalnej, ale w Stanach Zjednoczonych w połowie lat 30 XX wieku sprzedawano 317 milionów sztuk rocznie [4, s. 301]. W drugiej połowie XIX w. zarejestrowano ok. 70 rodzajów czopków plemnikobójczych oraz powszechnie stosowano gąbki oraz irygacje po stosunku, tzw. płukanki. Prawdziwym przełomem było wynalezienie przez dr Wilhelma Mensinga „pesarium zamykającego” – lekkiego gumowego kapturka nakładanego na pochwową część szyjki macicy [5. s. 166]. Równolegle testowano również pierwsze wkładki domaciczne.

Można wskazać na trzy wiodące instytucje, które bezpośrednio wyrażały swój sprzeciw wobec antykoncepcji. Kościoły europejskie stały w opozycji do rozwoju technik ograniczania płodności. Kościoły protestanckie powoływały się głównie na autorytet biblijny i wskazywały na Księgę Rodzaju i „grzech Onana”, który unikając poczęcia potomka ze swoją bratową, „strząsał nasienie na ziemię” (Rdz 38:6-10). W ten sposób w kulturze europejskiej pojawiła się koncepcja tzw. stosunku przerywanego (*coitus interruptus*) – jedyna powszechnie znana, choć moralnie nieaprobowana, metoda antykoncepcji. Przyzwalano jedynie, a i to niechętnie, na wstrzemięźliwość małżonków.

Kościoły powoływały się na Ojców Kościoła, a zwłaszcza na Św. Tomasza, który w tej materii był kontynuatorem myśli augustiańskiej mówiąc, że „wszelkie wydanie nasienia w taki sposób, by nie mogło nastąpić zrodzenie, sprzeciwia się dobru człowieka. [...] dlatego tego rodzaju grzech nazywa się grzechem przeciwko naturze” [6. s. 360]. W zachodnim chrześcijaństwie w nawiązaniu do wyłonienia się ideału miłości romantycznej rozkwita kult maryjny (1846 – 1871) ukoronowany ogłoszeniem dogmatu o niepokalanym poczęciu (1854). Z drugiej strony, fizyczna sfera miłości zostaje podporządkowana surowej doktrynie teologii moralnej oraz poddana reżimowi aktu wyznania [por. 7. s. 523-540 oraz 3, s. 61-66]. Badania nad procesem zapłodnienia (Karl Ernst von Bauer 1827) doprowadziły do całkowitego zakazu aborcji oraz potępienia antykoncepcji w 1869 r. przez papieża Piusa IX w Konstytucji *Apostolicae Sedis*.

Przez większą część tego okresu państwa narodowe ideologicznie wpisywały się w dyskurs pronatalistyczny, coraz bardziej przychylając się jednak pod koniec stulecia do tez upaństwowionej kontroli płodności. Doktryna populacjonistyczną funkcjonowała zgodnie z poglądem, iż „siła i pomyślność państwa jest proporcjonalna do liczby jego obywateli” [8. s. 27]. Z drugiej strony, pod koniec wieku XIX związani z instytucjami państwowymi higieniści chcieli poprawić stan zdrowia społeczeństw, również poprzez ustawowe ograniczenie płodności w warstwach najuboższych.

Zdecydowanie przeciwstawiali się tej wizji działacze związani ruchem marksistowskim. W perspektywie nadchodzącej (według nich) rewolucji proletariatu, każdy dodatkowy nowy członek tej grupy zwiększał szansę osiągnięcia „rewolucyjnej masy krytycznej”. Co ciekawe, Rosja bolszewicka już w 1921 roku zalegalizowała aborcję, jako pierwszy kraj w Europie.

Do zdecydowanych propagatorów działań i środków zapobiegających ciąży należeli neomaltuzjanie. Byli to zwolennicy poglądów anglikańskiego pastora, ekonomisty i demografa Thomasa Malthusa, który na przełomie XVIII i XIX wieku zachęcał do wstrzemięźliwości z uwagi na nadmierny przyrost demograficzny w relacji do niedostatecznego przyrostu żywności. Jego zwolennicy z drugiej połowy XIX wieku postulowali konieczność wprowadzenia kontroli urodzin w celu ogólnego polepszenia jakości życia, niedopuszczenia do katastrofy demograficznej oraz zminimalizowania zagrożeń społecznych związanych z przeludnieniem i ogólnym ubóstwem.

Podobny program mieli eugenicy, choć wychodzili z odmiennych założeń. W ich przypadku dominującym argumentem za wprowadzeniem kontroli urodzeń oraz szerokim dostępem do środków antykoncepcyjnych była postulowana dbałość o jakość „rasy”. Byli przekonani o dziedziczność patologii społecznych (włóczęgostwa, prostytucji, ubóstwa, alkoholizmu) w związku z tym, w ramach tzw. eugeniki negatywnej, postulowali zmniejszenie dzietności proletariatu i plebsu

(niekoniecznie za wiedzą i zgodą tychże), tak jak w ramach praktyk pozytywnych, postulowali przyrost obywateli z klas wyższych [por. 9. s. 33-47].

Sytuacja ruchu emancypacyjnego kobiet i ich podejście do antykoncepcji cechuje swoista ambiwalencja. Z jednej strony postulowano, by sprawa kontroli płodności i urodzeń leżała w prerogatywach kobiety. Z drugiej strony, w środkach antykoncepcyjnych, zwłaszcza antykoncepcji dla mężczyzn, widziano kolejne narzędzie władzy i opresji, dzięki któremu mężczyźni, pozbawieni strachu przed niechcianą ciążą, będą zmuszać swoje partnerki do aktów seksualnych wbrew ich woli.

Wskazane powyżej ruchy ideologiczne nie należy traktować jako odrębnych bytów. Jest to pewne uproszczenie dokonane dla potrzeb klarowności opisu. W rzeczywistości zarówno działacze pro-, jak i antynatalistyczni mogli posługiwać się argumentami przynależnym różnym grupom nie identyfikując się z żadną z nich konkretnie lub sympatyzując z kilkoma z nich. Nie należy również zapominać, iż medycy tego okresu nie stanowili jednorodnej grupy oraz angażowali się w bioetyczne spory, często pod pozorem naukowej bezstronności ukrywając ideologiczne zaangażowanie.

W opisywanym czasie można zaobserwować nie tylko postępujący proces medykalizacji oraz technicyzacji sfer ludzkiego życia związanych z płodnością, prokreacją i kontrolą urodzin. Spory ideologiczne epoki, różne podejścia i perspektywy, ukazują, jak omawiany dyskurs przechodzi z systemu znaczeniowego przypisanego sferze religijno – teologicznej, w jego ideologiczno – polityczne odpowiedniki, nie tracąc wskaźce moralnego wydźwięku. We wszystkich przypadkach znika z perspektywy los i autonomia jednostki. Pary mają współżyć, rodzić i wychowywać lub też powstrzymywać się od tego dla wyższego celu i swoiście rozumianego dobra grupy. Antykoncepcja staje się narzędziem w rękach ideologów, niezależnie od tego czy są jej przychylni, czy przeciwni, różni ich jedynie „biegun” zaangażowania.

Źródła i literatura:

5. Tłumaczenie angielskie tekstu:
[http://www.documentacatholicaomnia.eu/03d/0354-0430,_Augustinus,_De_Moribus_Ecclesiae_Catholicae_et_de_Moribus_Manichaeorum_\[Schaff\],_EN.pdf](http://www.documentacatholicaomnia.eu/03d/0354-0430,_Augustinus,_De_Moribus_Ecclesiae_Catholicae_et_de_Moribus_Manichaeorum_[Schaff],_EN.pdf)
6. Św. Augustyn, *Przeciw Faustusowi. Księgi I – XXI*, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1991
7. M. Foucault, *Historia seksualności*, przeł. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski, Czytelnik, Warszawa 1995.
8. N. E. Himes, *Medical History of Contraception*, New York and London, 1936.
9. J. Thorwald, *Ginekologdy*, przeł. A. Wziętek, Wydawnictwo Marginesy, Warszawa 2016.

10. Św. Tomasz, *Summa contra gentiles. Prawda wiary chrześcijańskiej w dyskusji z poganami, innowiercami i błędzącymi*, Tom 2, przeł. Z. Włodek, W. Zega, Wydawnictwo W drodze, Poznań 2007.
11. *Historia życia prywatnego. Od rewolucji francuskiej do I wojny światowej*, red. Michelle Perrot, przeł. A. Paderewska-Gryza, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 1999.
12. B. Płonka-Syroka, *Spółeczno-kulturowe uwarunkowania kontroli płodności kobiet w kulturze europejskiej jako kontekst badań nad historią antykoncepcji*, w: *Zjawisko antykoncepcji w perspektywie społecznej i historycznej*, red., B. Płonka-Syroka, A. Szlagowska, J. Stacherczak-Raczkowska, A. Patyk, Wydawnictwo Questio, Wrocław 2012.
13. A. Strządała, *Od Galtona do Watsona. Przemiany pojmowania eugeniki w XIX i XX wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2010.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Подригало Л. В., доктор медицинских наук, профессор кафедры гигиены и социальной медицины ХНУ им. Каразина

Сокол К. М., кандидат медицинских наук, профессор кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения ХНМУ

Ухудшение здоровья населения происходит за счет возрастания удельного веса донозологических состояний (ДС). Это требует развития методик, позволяющих их прогнозировать. Сейчас общепринятыми являются три основных критерия ДС – уровень функционирования органов и систем, состояние функциональных резервов и степень напряжения (СН) регуляторных механизмов. Она в донозологической диагностике (ДД) трактуется как иллюстрация взаимосвязи изучаемых показателей, органов и систем, обеспечивающих адаптацию и компенсацию. Поэтому, применение в ДД методик, позволяющих оценивать эти связи, вполне оправдано и имеет ряд преимуществ. Это дает возможность перехода с индивидуального на групповой и популяционный уровень исследования, использования различных методов статистической обработки для выявления ДС. Также оценка СН однозначно связана с динамикой состояния, что позволяет использовать исходное состояние в качестве критерия сравнения, и соответствует принципам мониторинга здоровья. Таким образом, при оценке СН решается одна из основных проблем ДД – проблема нормы или нормативного состояния.

Сидоренко Г. И., Прокопенко Ю. И. [1], рассматривая методические аспекты ДС, указывали на важность оценки результатов исследований без сопоставления с контрольной группой, когда о формировании ДС можно судить не только по динамике показателей, но и по изменению связей между

ними. Подчеркивалось, что знание конкретных связей между отдельными элементами ДС необходимо для построения его структуры и, как следствие, более точной диагностики и профилактики.

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

Концептуальное определение понятия «причинно-следственная связь» предполагает наличие функциональных (или корреляционных) связей, которые вскрывают роль этиологических (причинных) факторов и факторов риска в проявлениях заболеваемости [2]. Характерная особенность причинной связи между двумя категориями явлений состоит в том, что изменение в частоте и качестве одного из них влечет за собой изменение другого. Изменение в первой части взаимодействующих явлений считается причиной, а изменение во второй – следствием. Причинно-следственной связью между факторами, определяющими здоровье, и здоровьем является статистическая связь. Причинно-следственный характер эпидемиологической связи выражается разницей в показателях заболеваемости, зависящий от выявленных соответствий с тем или иным фактором. О наличии такой связи свидетельствует количественная зависимость между силой гипотетического фактора риска (уровнем и длительностью экспозиции) и выраженностью следствия (уровнем заболеваемости) по типу «доза-эффект».

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

Нами с помощью определения показателей непараметрической корреляции по Пирсону и построения корреляционных матриц было проведено изучение возможных взаимосвязей между показателями резистентности школьников в течение учебного года [3]. Изменение корреляционных матриц подтверждает предположения о постепенном ухудшении резистентности детей младшего школьного возраста. Возрастание удельного веса значимых связей должно быть истолковано как иллюстрация напряжения гомеостаза, происходящего в процессе снижения местного иммунитета, а дальнейшее увеличение удельного веса значимых связей отражает переход от компенсации к декомпенсации, от напряжения к истощению адаптационных возможностей.

С использованием дисперсионного метода были изучены взаимосвязи современных факторов визуального воздействия и особенностей состояния здоровья детей школьного возраста [4]. Выявлено влияние частоты просмотра телевидения на наличие жалоб, характерных для психических и неврологических расстройств ($F=2,83$, $p<0,05$), что иллюстрирует возможное повышение напряжения регуляции за счет влияния характера и содержания телевизионных передач.

Возможность использования регрессионного метода для оценки СН регулирующих механизмов обусловлена тем, что помимо величины связи он отражает ее направленность и позволяет судить о количественном изменении показателей, то есть фактически решить основную задачу прогнозирования функционального состояния. Нами этот метод был применен для прогноза ДС, возникающих у школьников под влиянием визуальных нагрузок телевидения, электронных развлечений [3]. Построенные регрессионные уравнения математически отражают процесс формирования ДС (через рассчитываемые члены уравнений) за счет возрастания СН регулирующих механизмов под влиянием на них различных визуальных нагрузок. У лиц с интенсивными визуально информационными нагрузками величина коэффициентов регрессионных уравнений существенно больше, чем в соответствующих им подгруппах первой группы.

Еще одним перспективным направлением ДД является применение принципов теории информации и расчет показателей информационно – энтропийного анализа (ИЭА). Возможность использования ИЭА для оценки СН регулирующих механизмов подтверждена при изучении особенностей образа жизни современной молодежи [5]. Разделение обследованных по уровню регулярных физических нагрузок, позволило установить факторы риска, которые наиболее выражены в группе лиц, не занимающихся физической культурой. Расчет показателей относительной энтропии позволил установить иерархию факторов риска, увеличивающих напряжение регуляции и формирующих нездоровый образ жизни.

Таким образом, проведенные исследования подтвердили правомочность применения для оценки СН как критерия ДД различных статистических методов. Использование статистических методов позволяет оценить процесс формирования ДС. Полученные результаты дают возможность выйти на групповой и популяционный уровень исследования, и подчеркивает ценность этого критерия ДД в мониторинге здоровья детей.

Источники и література:

1. Сидоренко Г. И. Методологические аспекты предпатологии / Сидоренко Г. И., Прокопенко Ю. И. // Вестник АМН. – 1976. – № 4. – С.81–90.

2. Власов В. В. Эпидемиология. – М. : «ГЕОТАР – МЕД», 2004 – 448 с.
3. Подригало Л. В. Донозологические состояния у детей, подростков и молодежи: диагностика, прогноз и гигиеническая коррекция / Подригало Л. В., Даниленко Г. Н. – К. : Генеза, 2014. – 200 с.
4. Подригало Л. В. Взаимосвязь факторов визуального окружения и особенностей здоровья современных школьников / Подригало Л. В. // Гигиена населенных мест. – К., 2001. – Вып. 38, Т. 2. – С. 357–361.
5. Подригало Л. В. Использование информационно-энтропийного анализа при изучении образа жизни студенческой молодежи / Подригало Л. В., Сокол К. М., Филатова Н. М. // Гигиена населенных мест. – К., 2008. – Вып. 51. – С. 423–427.

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УКРАИНЕ

***Подпрядова А.А.**, ассистент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета*

***Помогайбо Е.Г.**, ассистент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета*

Ожирение детей и подростков за два последних десятилетия превратилось в важную социально-экономическую и медицинскую проблему, связанную с развитием осложнённых и морбидных форм у взрослых. Рост распространённости избыточной массы тела в детской популяции многих стран позволяет отнести это заболевание к неинфекционной эпидемии [1, с. 669].

На сегодняшний день около 40 млн. детей в мире имеют избыточную массу тела. Ежегодный показатель роста распространённости детского ожирения постоянно увеличивается, и этот показатель в 10 раз выше, чем в 1970-х годах. Суммарные данные по численности детей с избыточным весом и ожирением в мире характеризуются повышением численности с 4,2% в 1990 г. до 6,7% в 2010 г. и ожидаемым дальнейшим увеличением к 2020 г. до 9,1% (что составит 60 млн. детей). При этом следует отметить, что наблюдается увеличение распространённости ожирения вне зависимости от пола, возраста, расы, места жительства, а также социальной принадлежности. Эта проблема стала актуальной даже для стран, в которых немалая часть населения постоянно голодает [2, с. 476].

Разработки эффективных субнациональных программ по первичной и вторичной профилактике ожирения, которые бы снизили экономические потери, связанные с лечением не только данного состояния, но и

сопутствующих патологий невозможны без наличия точной информация о распространённости патологии в конкретном регионе и группах населения. В мире было проведено несколько национальных исследований населения по уточнению эпидемиологии ожирения. В детской популяции разных стран мира в 2010 году распространённость составляла 6,1–11,7%.

Мировым лидером по наиболее быстрым показателям роста и высокой распространённости ожирения, как у взрослых, так и у детей являются США. По данным Национального Центра Статистики Здоровья (США) 13% детей в возрасте от 6 до 11 лет страдали ожирением. В настоящее время в стране документирована самая высокая частота встречаемости ожирения у детей в мире: 1 из 6 детей страдает ожирением, 1 из 3 детей имеет избыточный вес[3, с.483, 485].

В Европе «лидерство» США по ожирению оспаривают десятки стран. Первыми в списке идут Великобритания, Испания, Венгрия, Румыния, Греция и Албания. [4, с. 508]. Таким образом, тенденция к росту числа детей и подростков с избыточным весом является общемировой.

До недавнего времени масштабных эпидемиологических исследований проблемы ожирения среди детей и подростков в Украине практически не проводилось. Такое пренебрежение проблемой привело к тому, что нередко у молодых украинцев возникают осложнения на фоне преморбидного состояния, ассоциированного с ожирением. По данным Н. Б. Зелинской и соавт. (2010), ожирение в Украине занимает второе место по распространённости и уровню заболеваемости после диффузного зоба 1 степени. Несмотря на то, что в последние годы в некоторых регионах был достигнутый существенный прогресс в изучении эпидемиологии алиментарно-зависимых заболеваний, в том числе ожирения среди детей и подростков, по мнению авторов, диагностический процесс по этому виду патологии является неэффективным. Авторы показали, что уровень регистрации ожирения у детей, который составляет в среднем по Украине 13,49 на 1000 детского населения 0-17 лет включительно (1,3%), значительно ниже, чем в большинстве стран Европы, где частота ожирения среди детей находится в пределах 10-15%, а среди подростков даже больше[5;6]. По данным специалистов Минздрава Украины и Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей, в Украине наиболее эффективно выявляют ожирение у детей 0-17 лет в Винницкой, Черкасской и Киевской областях, наименьшая распространённость ожирения (менее 1%) – в г. Севастополе (4,6 на 1000 детского населения), Луганской (5,57), Днепропетровской (9,45), Волынской (9,57) и Одесской (9,65) областях [7, с. 24].

Результаты диагностического мониторинга в нашей стране остаются неутешительными, так как основное количество больных попадает под

наблюдение лишь спустя 5-10 лет от начала появления избыточной массы тела. Другая сторона проблемы – это то, что родители не обращаются к врачу, не считая избыточную массу тела ребёнка патологией, или обращаются не по поводу самого ожирения, а с жалобами, которые являются его следствием и при этом степень ожирения уже не первая. Исходя из выше изложенного, активное выявление ожирения является необходимым с целью последующего анализа: 1) возможных факторов риска его развития, 2) состояния здоровья детей при наличии ожирения, 3) состояния вопроса выявления и диспансеризации детей с ожирением в поликлинике.

Литература:

1. Lobstein T. Obesity In children/ Lobstein T. // BMJ. – 2008 – Vol. 337.-P. 669.
2. Pretlow R. A. Overweight and obesity in childhood / R. A. Pretlow. // Pediatrics. – 2008. – Vol. 122 (2). – P. 476.
3. Ogden C.L., Carroll M.D., Kit B.K., Flegal K.M. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999–2010. JAMA. 2012; 307(5): 483–490.
4. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response / edited by Francesco Branka, Haik Nikogosian and Tim Lobstein; WHO Library Catalogue in Publication Data. – Copenhagen, Denmark, 2009.
5. Мисюра Е. В. Эпидемиологические аспекты ожирения в Украине / Е. В. Мисюра, А. В. Казаков, Н. А. Кравчун // Ендокринологія. – 2014. – Т. 19, N 4. – С. 325.
6. Ковалева О. Н. Эпидемиологические аспекты ожирения в организованной популяции / О. Н. Ковалева, Т. Н. Амбросова, Ю. Г. Савченко // Пріоритетні питання діагностики і терапії внутрішніх хвороб : матер. наук.-практ. конф. (7 жовтня 2008 року). – Х. : ФОП Ліпкіна, 2008. – С. 58.
7. Епідеміологія, фактори ризику та діагностика надмірної маси тіла та ожиріння у дітей Одеського регіону : метод. реком. / МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та пат.-ліценз. роботи, Одеськ. нац. мед. ун-т ; уклад. : В. Й. Кресюн, В. І. Величко. – 2012. – 24 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ДЕСЯТИРІЧНИЙ ПЕРІОД

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

Для комплексної оцінки стану здоров'я населення та складання науково-обґрунтованих прогнозів широко використовуються демографічні дані.

Метою дослідження було охарактеризувати демографічну ситуацію у Львівській області та проаналізувати динаміку її показників за останнє десятиліття.

Матеріали та методи. Проведений аналіз показників народжуваності, загальної смертності, смертності немовлят, природного приросту та очікуваної тривалості життя населення Львівської області за даними Львівського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру та Державної служби статистики України; обчислені показники життєвості населення, його статевовікової структури та стандартизовані за віком показники загальної смертності протягом 2006–2015 рр.. Порівняння середніх арифметичних рівнів демографічних показників за періоди 2006–2010 та 2011–2015 рр. проведено за допомогою U-тесту Манна-Уїтні.

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом десятирічного періоду чисельність населення в цілому по області скоротилась на 1,5% (з 2558,8 тис. осіб у 2006 році до 2519,4 тис. осіб у 2015 році); чисельність дітей у віці 0-14 років зменшилась на 5,5%, а населення у віці 50 років і старші збільшилась на 10,1%. Як у 2006 році, так і у 2015 році вікова структура населення області була регресивною \square частка осіб у віці 50 років і старші серед усього населення (30,4% у 2006р. та 34,2% у 2015р.) переважала частку дітей у віці 0-14 років (відповідно 16,5% та 16,1%).

За період 2006–2015 рр. показник народжуваності населення області зріс на 3,8% (з 10,6‰ до 11,0‰), а показник загальної смертності знизився на 3,4% (з 13,5‰ до 13,0‰) (рис. 1). Як наслідок, вирости показники: життєвості населення (на 7,8%, з 0,79 до 0,85), його природного приросту (на 31,0%, з -2,9‰ до -2,0‰) та сумарний показник народжуваності (з 1,4 до 1,6).

Стандартизація за віком показників загальної смертності населення Львівської області не вплинула на їх динаміку. За період 2006–2015 рр. спостерігалось зниження також і стандартизованих показників загальної смертності на 7,1% (з 14,1‰ до 13,1‰).

Важливим показником стану здоров'я населення є смертність немовлят. За період 2006–2015 рр. найнижчий показник смертності немовлят в області був зареєстрований у 2006 р. (7,8 на 1 тис. народжених живими), а найвищий – у 2007 р. (10,5‰). Значуще ($p < 0,001$) зростання показника смертності немовлят області у 2007 році, у порівнянні із 2006 роком (на 34,6%; з 7,8‰ до 10,5‰), було пов'язане з переходом України з початку 2007 року на міжнародні критерії визначення перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості. За період 2007–2015 рр. смертність немовлят в області значуще ($p < 0,05$) знизилась (на 21,9%; з 10,5 до 8,2 на 1 тис. народжених живими).

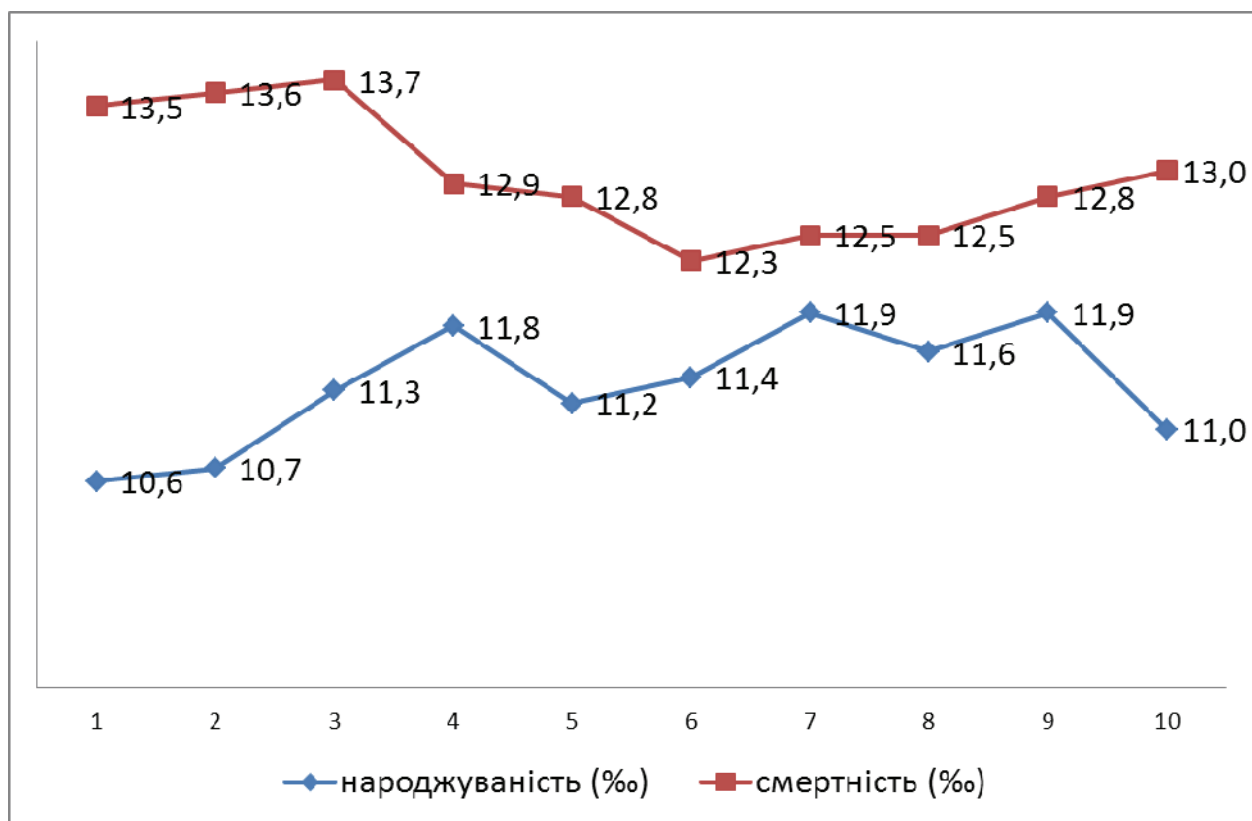


Рис. 1. Динаміка показників народжуваності та загальної смертності населення Львівської області у 2006–2015 рр.

Порівняння середніх величин вищеперерахованих демографічних показників населення області за періоди 2006-2010 рр. та 2011-2015 рр. виявило значуще ($p < 0,05$) зростання сумарного коефіцієнта народжуваності (з $1,44 \pm 0,02$ до $1,58 \pm 0,02$) та природного приросту населення (з $-2,18 \pm 0,36$ до $-1,06 \pm 0,24\%$), а також зниження показника загальної смертності (з $13,30 \pm 0,19$ до $12,62 \pm 0,12\%$). Зниження середніх показників смертності немовлят (з $8,86 \pm 0,48$ до $8,44 \pm 0,27\%$) та середніх стандартизованих показників смертності населення області було статистично незначущим ($p > 0,05$).

У структурі причин смертності населення області у 2015 році на першому місці знаходились хвороби системи кровообігу (64,1%), друге місце займали новоутворення (13,1%), третє – симптоми, ознаки на відхилення від норми (7,1%), четверте – травми та отруєння (4,8%). За період 2006-2015 рр. спостерігалось значуще ($p < 0,01$) зростання показників смертності з приводу класів хвороб «Симптоми, ознаки на відхилення від норми» (на 63,1%, з 56,6 до 92,3‰) та «Новоутворення» (на 7,7%, з 159,0 до 171,3‰) та зниження рівнів смертності з приводу класів «Травми та отруєння» (на 32,4% з 93,1 до 62,9‰) та «Хвороби системи кровообігу» (на 3,6%, з 872,8 до 841,7‰).

Очікувана тривалість життя у 2014 році становила у чоловіків Львівської області 68,16 років (по Україні 66,25 років), а у жінок – 77,94 років (по Україні 76,37 років).

Висновки. 1. У Львівській області спостерігається більш сприятлива демографічна ситуація, ніж в цілому по Україні. Так, у 2014р. сумарний

показник народжуваності в області становив 1,6 (по Україні 1,5), рівень загальної смертності населення 12,8‰ (по Україні 14,8‰), приріст населення області становив -0,9 (по Україні -3,9). Показник очікуваної тривалості життя населення області на 1,71 років перевищував відповідний показник по Україні (73,08 років проти 71,37 років).

2. Питання більш високого рівня смертності немовлят Львівської області у 2013-2014 рр. (8,3 та 8,5 на 1 тис. живонароджених), в порівнянні із загальноукраїнськими показниками (7,8 та 8,0‰), можливо пов'язане із повнотою реєстрації смертності дітей першого року життя у східних районах України (У 2006–2009 рр. загальноукраїнські показники смертності немовлят перевищували обласні) та потребує подальшого поглибленого вивчення.

3. За період 2006–2015 рр. демографічна ситуація у Львівській області поліпшилась ґа вирости показник народжуваності та сумарний показник народжуваності, показник життєвості та очікувана тривалість життя населення; знизились показники загальної смертності населення (в т.ч. і стандартизовані за віком) та смертності немовлят.

Джерела і література:

1. Статистичний довідник показників стану здоров'я та діяльності лікувально – профілактичних закладів Львівської області за 2007 рік. – Львів : ЛОМІАЦ. – 2008. – 234 с.
2. Статистичний довідник показників стану здоров'я та діяльності лікувально – профілактичних закладів Львівської області за 2009 рік. – Львів : ЛОМІАЦ. – 2010. – 231 с.
3. Статистичний довідник показників стану здоров'я та діяльності лікувально – профілактичних закладів Львівської області за 2011 рік. – Львів : ЛОМІАЦ. – 2012. – 251 с.
4. Статистичний довідник показників стану здоров'я та діяльності лікувально – профілактичних закладів Львівської області за 2013 рік. – Львів : ЛОМІАЦ. – 2012. – 249 с.
5. Статистичний довідник показників стану здоров'я та діяльності лікувально – профілактичних закладів Львівської області за 2015 рік. – Львів : ЛОМІАЦ. – 2016. – 255 с.
6. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

СЕКЦІЯ 4.

СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ, ДІХОВНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНА СОЦІОЛОГІЯ

БІБЛЕЙСЬКИЙ ПОГЛЯД НА СТАН ЗДОРОВ'Я ЖІНОК

Бугаєвський К.А., кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації та здоров'я, Інститут здоров'я, спорту та туризму, Класичний Приватний Університет, м. Запоріжжя

В релігійному та історичному житті людства біблійні тексти віддавна вважаються Святим Письмом, бо вмістять в собі не збірку людської мудрості та життєвого досвіду деяких визначних осіб давнини, а Боже одкровення та Заповіді, що регулювали різні аспекти людського життя, як тілесного, так і духовного [1, с. 206]. Відповідно до Статуту Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) під здоров'ям розуміється «... стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів» [2, с. 5]. Питанню здоров'я жінки в усі віки та в усіх культурах завжди приділялась велика увага, бо від стану її здоров'я залежить продовження роду та майбутнє кожної сім'ї та цілих народів [3, с. 12]. Тому не дивно, що Біблія приділяє цьому питанню багато уваги, як в Старому, так і в Новому Заповіті [4, с. 351]. Цікаво те, що всі настанови, що стосуються поведінки жінок для збереження їх репродуктивного, подані особисто Богом через своїх провісників – пророків, царів, апостолів та внесені в біблейський текст як святе Боже повеління [5, с. 32]. Сьогодні, в ХХІ сторіччі, розглядаючи ці біблійні тексти під кутом сучасних медичних знань, можна казати, що ці біблійні тексти є взірцем гігієни, епідеміології, акушерства і гінекології, профілактичної медицини тощо. Але від тих древніх біблійних часів, як для патріархів, так і для сучасних юдеїв, мусульман та християн ці тексти є авторитетним Словом Божим, хоч і торкаються, деколи, суто інтимних жіночих питань. У Бога не має неважливих, дріб'язкових питань, все що Він каже – важливо та потребує виконання. Про які ж моменти здоров'я жінок іде мова? Перш за все, це такі важливі моменти жіночого репродуктивного здоров'я, як менструальний цикл, менструальна кровотеча, різноманітні маткові кровотечі та лохії (післяпологові маткові виділення. Відомо, що в давні часи у багатьох народів та в ранніх віруваннях питання, що були пов'язані з людською кров'ю вважалися дуже важливими та такими, що стосуються діяльності богів та елементом культових поклоніння їм [6, с. 3]. Але виділення крові жінками під час пологів та після них, при гінекологічних кровотеч та менструацій було

віднесене до особливої, негативної ситуації та трактувалося як такі виділення з тіла людини, що призводить до забруднення (нечистоти) як самої жінки, так і всіх тих людей, що мали контакти як з самою жінкою з кровотечею, так і всіх речей до яких вона так, чи інакше торкалась. І це потребувало ритуального очищення як самої людини, що торкалися жінки чи побутових речей, так і самих предметів вжитку [6, с. 4; 7, с. 13]. Особливостям цього процесу в Старому Заповіті присвячено багато біблійних віршів та, навіть, цілі глави.

Заслугують на особливу увагу веління Бога відносно гігієни менструального циклу, що ретельно виписані в книзі Левіт, в 11 та 13 главах Старого Заповіту. Говорячи про подробиці статевої гігієни, Сам Господь пояснює правила поведінки чоловіків та жінок при цьому [8; 9, с. 259]. Так, говорячи про менструальну кровотечу та особливості дотримання правил статевої гігієни, Бог деталізує особливості поведінки самої жінки та її статевого партнера. Звертаючись до менструючої жінки Господь велить їй робити наступне: *«Якщо в жінки буде менструація, то через кровотечу жінка буде нечистою сім днів. І кожен, хто до неї торкнеться, буде нечистим до вечора. Все, на чому вона лежатиме, коли буде нечистою через менструацію, стане нечистим. І все, на чому вона сидітиме, стане нечистим. Кожен, хто торкнеться до її ліжка, повинен випрати свій одяг і помитися водою; він буде нечистим до вечора. Кожен, хто торкнеться до речі, на якій вона сиділа, повинен випрати свій одяг і помитися водою; він буде нечистим до вечора. Кожен, хто торкнеться до речі, на якій вона сиділа, повинен випрати свій одяг і помитися водою; він буде нечистим до вечора. Кожен, хто торкнеться до ліжка чи будь-якої речі, на якій вона сиділа, буде нечистим до вечора. Якщо чоловік ляже з жінкою і на нього потрапить кров її менструації, він буде нечистим сім днів. І ліжко, на якому він лежатиме, буде нечистим. Якщо ж кровотеча в жінки не припиняється багато днів— якщо вона має кровотечу не в час менструації або кровотеча триває довше, ніж менструація, то всі дні кровотечі вона буде нечистою, як і в дні, коли вона нечиста через менструацію. Якщо жінка, яка матиме кровотечу, ляже на якесь ліжко, воно стане нечистим, як і тоді, коли вона нечиста через менструацію. І все, на що вона сяде, стане нечистим, як і тоді, коли вона нечиста через менструацію.*

Кожен, хто торкнеться до цих речей, буде нечистим і повинен випрати свій одяг та помитися водою; він буде нечистим до вечора» (Буття 31:35; Левіт 15:19-33) [9; 10]. Бог категорично заборонив жінкам, через Своє Святе слово, при наявності будь якої з кровотеч, про які вже йшла мова, приходити в Іерусалимський Храм, торкатися інших людей та їх одєжі, мати статеві стосунки з чоловіком, готувати їжу [5, с. 12–14; 6, с. 7–9]. Те саме веління Боже торкається і жінок з кровотечами зі статевих шляхів та з виділенням післяпологових виділень (лохій), як елементом очищення жінки після народження дитини (Лев. 12: 1-8). Такій жінці заборонялося торкатися інших

людей (Левіт 15: 19-31) чи різноманітних предметів, входити до Іерусалимського Храму, поки не мине термін її ритуального очищення. Приклади таких дій та дотримання цих правил статевої гігієни можна знайти як на сторінках Старого (Лев. 15:25-32), так і Нового Заповітів (Матф. 9:20-22; Марк. 5:25-3; Марк 5:25- 34; Лук. 8:43-48) [9, с. 252; 10, с. 108–118]. І до сьогодні у сучасних жінок, та в практиці поведінки сучасної християнської Церкви існують відповідні вказівки, стосовно поведінки жінок під час їх менструального циклу [5, с. 72 ; 11, с. 82–84;]. І навіть сьогодні, жінка, в якій триває менструальна кровотеча чи триває післяпологове очищення, не має права входити в будь яку культову споруду [7, с. 14; 6, с. 21; 8, с. 45–46].

Говорячи сьогодні, в ХХІ сторіччі про репродуктивне здоров'я жінки, ми бачимо, що витoki сучасної медицини та інтимної гігієни жінки були закладені в стародавні часи та відтворені в Слові Божому. Якщо Сам Бог приділив цим аспектам жіночого здоров'я стільки уваги, то нам, сучасним людям, було б гріхом та невіглаством недотримуватися Божих вказівок. Здоров'я людини, здоров'я жінки – це той дар людині від Бога, який потрібно зберігати, як зіницю ока, все своє життя, цінуючи та примножуючи його.

Джерела і література:

1. Пацьорек А. П. Біблія для кожного і на кожен день. Старий завіт / А.П. Пацьорек. – Львів : Свічадо. – 2005. – С. 206–212.
2. Апанасенко Г. Л. Санологія (медичні аспекти валеології): підручник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти вищих навч. закладів України III-IV рівнів акредитації / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова, А. В. Магльований. – Львів – Київ: ЛНМУ ім. Д. Галицького, 2011. – 302 с.
3. Девидсон Р. Пламя Яхве. Сексуальность в Библии. – М. : Эксмо, 2015. – С. 12.
4. Аккерман Д. Любовь в истории / Пер. с англ. Е. Бабаевой. Ларю Дж. Секс в Библии / Пер. с англ. А. Блейз. – М. : КРОН-ПРЕСС, 1995. – С. 351–357.
5. Уайт Е. Христианское воздержание и библейская гигиена / Е. Уайт. – Заокский: Мир Библии. – 2009. – С. 46–47 с.
6. Сметник В. П. Всё о менструации. – М. : Литера, 2005. – С. 3–4; 7–9; 21.
7. Бугаєвський К. А. Основи здорового способу життя, гігієнічних вимог, висвітлені в Старому Заповіті / К. А. Бугаєвський // Філософія, методологія, психолого-педагогічні аспекти формування культури здоров'язбереження: Зб. матеріалів регіональної науково-практичної конференції. – Тернопіль : ТДМУ, 2015. – С. 12–16.
8. Ховинд К. Библия и здоровье / К. Ховинд. – Сборник лекций. – Киев. – 2012. – 126 с.
9. Біблія. Переклад українською Івана Огієнка. – Київ : Біблійне товариство, 2011. – С. 252–259.
10. Лопухин А. П. Толковая Библия. Ветхий и Новый Завет / А. П. Лопухин. – М. : ЭКСМО. – 2013. – С. 108–118.
11. Грекова Т.И. Библия и медицина о здоровье и болезнях. – СПб. Издательский Дом «Нева», 2005. – С. 82–84.

ПРОБЛЕМА ЖИТТЯ В АКСІОЛОГІЧНОМУ ДИСКУРСІ

Гончаренко Л.О., к. філос. н., доцент, доцент кафедри філософії Харківського національного медичного університету

Є безліч різноманітних цінностей, і кожна культура пропонує соціуму, насамперед, вищі цінності, у світлі яких розглядаються всі інші. Звичайно культура, навіть динамічна, досить жорстко закріплює в суспільній свідомості набір основних соціально-політичних вищих цінностей, і часто навіть формулює їх у документах – кодексах і конституціях. Різні типи суспільства задають дещо різні набори вищих цінностей. Так, можна сказати, що суспільства ринкового типу на вершину піраміди, як правило, поміщають індивідуальні цінності: індивідуальне життя, приватну власність, права людини, волю. А суспільства традиційного типу пропонують своїм громадянам громадсько-колективістські цінності: патріотизм, служіння спільним інтересам, соціальну захищеність, жертвність заради загальних цілей й ідеалів. Утім, коли будь-який соціум перебуває у небезпеці, у ньому, як правило, висувуються на перший план суспільні цінності. Якщо ж так не відбувається, конкретне суспільство гине й іде в історію [4, с. 788–792].

Проблема цінності життя відноситься до розряду вічних, а тому кожна історична епоха дає на нього свою відповідь. Проблема життя як цінності вимагає обґрунтування не тільки питання сутнісного бачення «життя» як такого і можливих якісних ступенів її маніфестації, але й питання про «цінність» як таку, і можливих способів її буття в даності. У кінцевому рахунку, ці питання виходять на проблему сутнісного визначення людини як специфічного носія життя і носія цінностей. Людське життя є абсолютно особливим об'єктом для аксіологічного аналізу, оскільки уявлення про цінність включене в саме поняття «життя», а тому, поза життям неможливі аніякі оцінки. Тобто життя саме по собі є необхідною умовою для проведення будь-яких оцінок. Практика свідчить, що цінність життя піддається такій же постійній переоцінці, як і всі інші цінності людства [1; 4, с. 234]. Вищі цінності, задані культурою, кожний розуміє на свій лад й поміщає їх на власно обране місце у своїй ієрархії цінностей. Суспільство може проповідувати жертвність, а індивід висуне для себе в перші ряди творчість або збагачення, і навпаки, у культурі, де прийнято вибирати успіх і багатство, завжди є люди, які вибирають цінності комунікації або суспільного служіння. Про наявність у людини сенсу життя говорять більш-менш постійно присутні в неї: інтерес до світу й спонтанна радість буття, цілеспрямованість, переживання свого вкорінення в суспільстві й універсумі, подання про дійсність як упорядковану й осмислену, і в підсумку – прийняття реальності як блага, незважаючи на всі випробування й страждання. А про відсутність сенсу життя говорять прямо протилежні емоційні стани: депресія,

апатія, відсутність значимих цілей, безпричинна агресія, переживання відчуження себе від світу й людей, і, нарешті, сприйняття дійсності як марення й хаосу.

Однак навіть, якщо людина втратила сенс і позитивне переживання світу, але не страждає серйозними психічними патологіями, сенс життя може бути знову знайдений, відновлений. Про це прекрасно пише засновник психотерапевтичного напрямку логотерапії Віктор Франкл. Він висунув наступні принципи [2, с. 120; 5]:

1. Життя людини не повинне втрачати сенсу ані за яких умов. Сенс завжди може бути знайдений.

2. Сенс не можна дати як річ (тому що кожна людина створює свої сенси), його потрібно знайти.

3. Сенс може бути знайдений, але не може бути створений (ми не черпаємо сенси винятково «із себе», але одержуємо їх із людської комунікації).

4. Пошук сенсу життя не є неврозом, це нормальна властивість людської природи.

У сучасних умовах зростає значущість ціннісних відносин і ціннісних орієнтацій в житті суспільства і людини. Теорія цінностей пов'язана з фундаментальними питаннями людського буття. Предмети і явища навколишнього світу не тільки володіють притаманними їм об'єктивними властивостями, але й перебувають у певних зв'язках із людиною, сприяючи досягненню поставленої мети, здійсненню її життєвих прагнень і устремлінь. Людина не просто пізнає предмети і явища дійсності, але й оцінює їх із точки зору своїх прагнень, своїх потреб та інтересів. Залежно від оцінок, від уявлень, що мають цінності, поступово створюється певна спрямованість інтересів, а отже, і діяльності особистості. Звідси те величезне значення, що набуває проблема цінності [4, с. 791].

Цінність людини і її життя розглядається як індивідуальний синтез усіх інших цінностей, що функціонують у суспільстві. Тому цінність життя є сукупність елементів особистісних орієнтацій. Чому ж життя належить до вищих цінностей?

По-перше, тому що поза життям людини нема і не може бути цінностей. Це єдиний критерій і умова для існування будь-якої іншої цінності. Для індивіда життя виступає як вища цінність, вище благо безвідносно до чого б те не було. Цінність життя є ніби фундамент і вершина для інших цінностей.

По-друге, залежно від розуміння цінності життя, формуються відносини між людьми та ставлення суспільства до людини. Якщо цінність життя розглядається індивідуально, то з позицій соціуму значимість життя визначається не для самого індивідуума, а для усього суспільства.

Питання про те, чи є сама людина цінністю, можна розглядати з двох боків: у чому для людини полягає цінність іншої людини і людини взагалі? У чому

цінність її власного життя? Інтерес індивіда до інших людей має для нього сенс, залежний не тільки від того, який сам індивід. Говорити про те, який сенс має та чи інша людина безвідносно до того, яка сама, безглуздо.

Визначення цінності життя соціально прямо залежить від історичних умов. Для того, щоб переконатись досить спробувати відповісти на такі запитання: Що таке раб для рабовласника? Що таке кріпак-селянин для феодала? Що таке пролетар для буржуа? У ході розвитку цивілізації крок за кроком створюються передумови тих відносин між людьми, які абстрактно висловлено категоричним імперативом Іммануїла Канта: «Роби так, щоб ти завжди ставився до людства і в своїй особі, і в особі усякого іншого так саме, як до мети, і ніколи не ставився б до нього, як до засобу» [3, с. 134].

Про сенс людського буття, або, говорячи простіше, життя, сперечаються з незапам'ятних часів. Багато хто навіть думають, що питання про сенс життя не має відповіді, воно-де ставиться некоректно. Що мається на увазі під сенсом життя? Те, що є самим значущим у житті людини й висловлює його специфіку. Із цих позицій стає зрозумілим, що сенс життя людини висловлюється його цінностями. Сенс людського буття – це ті цінності, які реалізують люди у своїх чинках. Саме інститут цінностей відрізняє людей від усіх інших живих істот.

Отже, життя людини – це особлива, абсолютна цінність, із якою співвідносяться усі інші цінності. Але абсолютною цінністю життя людини є тільки в потенції. Перетворення абсолютного характеру цінності життя людини із потенції в реальність означає становлення вільного розвитку індивідів суспільно значущим явищем. Основним напрямком підвищення цінності життя є всебічний розвиток індивідуальності на основі удосконалення суспільних відносин.

Література:

1. Жизнь как ценность: [сб. науч. тр.] / Отв. ред. Фесенкова Л. В. – М. : Институт философии РАН, 2000. – 270 с.
2. Золотухина-Аболина Е. В. Философская антропология: Учебное пособие / Е. В. Золотухина-Аболина – М. : ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д : Издательский центр «МарТ», 2006. – 240 с.
3. Кант И. Критика практического разума. Основы метафизики нравственности. Метафизика нравов / И. Кант – СПб. : Наука, 1995. – 528 с.
4. Современный философский словарь / Под общ. ред. Кемеров В.Е. – 3-е изд. – М. : Академический Проект, 2004. – 864 с.
5. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / В. Франкл / Общ. ред. Гозмана Л. Я. и Леонтьева Д. А.; вст. ст. Леонтьева Д. А. – М. : Прогресс, 1990. – 368 с.

СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОВСЬКІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я ВИКЛАДАЧІВ-МЕДИКІВ

Григорова І. А., доктор медичних наук, професор, звідувач кафедри неврології №1 Харківського національного медичного університету

Григорів С. М., доктор медичних наук, професор, завідувач стоматологічним відділенням КЗОЗ «обласна клінічна лікарня та центр медицини катастроф», м. Харків

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

«Правильний вибір професії –
неодмінний компонент здоров'я»

В.М. Лісовий.

Лікувати та вчити лікувати – це велике мистецтво, адже далеко не кожна, навіть дуже освічена людина може займатися цією справою. Не випадково вважається, що лікар і вчитель – це професії від Господа Бога.

Сучасні вимоги до лікаря-викладача, як особистості нового покоління вимагають бути освіченим, вимогливим до себе. Викладач-медик повинен знаходитися у постійному пошуку нового рішення медичних проблем, і в той же час – бути високо гуманною людиною, що прищеплює ідеї гуманізму, любові до студента і хворого, поваги до особистості [1].

Почесний ректор ХНМУ А. Я. Циганенко казав: «Навчитися лікувати – ще не все. Головне – навчитися любити людей».

Безумовно, ця теза повинна бути у серці кожного викладача. З цього приводу пригадуються слова Федіра Достоевського «Головне в людині – це не розум, а те, що їм керує: характер, серце, добрі почуття та передові ідеї».

В наш непростий час, де процвітає корупція, постійні стреси, екологічні негаразди, треба все ж таки зберігати фізичне і психічне здоров'я як студентів, так і викладачів. Що для цього треба робити? Перш за все, бути особистим прикладом: займатися спортом, приділяти увагу естетичному вихованню, позбавитися шкідливих звичок, вміти гарно працювати і відпочивати, частіше бувати на природі, охороняти тварин, оточуюче середовище. А яка ще складова здоров'я? Безумовно, це любов до нашої України, нашого харківського національного медичного університету, рідної батьківської хати.

Можливо, треба дещо переглянути у власному житті, переоцінити цінності, розставити акценти, можливо матеріальна складова життя не є самою головною?.. Треба пам'ятати слова філософа Салюстія «Найвище багатство – це відсутність жадоби». Також треба пам'ятати, що сучасна медицина занадто захоплюється фармакологічними препаратами. Так, вони потрібні, особливо

при оперативних втручаннях та невідкладних станах, але треба не допускати поліпрагмазії, бо «ніщо так не шкодить здоров'ю, як часта зміна ліків» (Луцій Аней Сенека). Що робити? Треба майстерно вести діалог з пацієнтом, студентом, якому, можливо не легко навчатися і паралельно працювати.

Стефан Цвейг казав: «жоден лікар не знає кращих ліків для втомленого тіла і душі, як надія...».

Найвища сила лікування – це духовні ліки. Ще здавна Парацельс казав: «Сила лікаря – в його серці. Найвеличніша основа ліків – це любов».

Вкладаючи частку власної душі у пацієнта, студента, колег – зможеш зберігти і власне здоров'я, отже спеціалісти різного профілю повинні пам'ятати слова психіатра Є.К. Краснушкіна: «Сміх, радість, гарний веселий настрій – це не тільки найкращі свідки здоров'я, але й справжні творці його ». Також, безумовно, слід дотримуватися етичних норм.

Так, на сьогодні у вищих медичних закладах виховання студентів ґрунтується на ідеях гіппократової спадщини, яка проголошує, що лікар повинен вилікувати хворого і керуватися обов'язковим правилом людяності «Non nocere!» – «Не нашкодити» [2]. Так для лікарів усіх країн обов'язковими мають бути правила Декларації Всесвітньої медичної асоціації: «Збереження життя хворого, відновлення його здоров'я, зменшення страждання».

Добрі справи, добрі думки, любов до ближнього – це запорука здоров'я, як лікаря-викладача, так і хворого.

«Той хто не отримує нагороду та збирає плід в життя вічне, таким чином і той, хто сіє, і той, хто жене разом радіти будуть...» [3]. Філософія лікаря - викладача повинна бути такою, щоб кожний пам'ятав: «Лікар, вилікуй самого себе...» [4]. «Подовжуючи життя іншим, подовжуєш себе» – такий головний принцип професорсько-викладатського складу та студентів Харківського національного медичного університету (ректор ХНМУ, чл.-кор. НАМН України, професор В.М. Лісовий) [5].

Джерела і література:

1. Григорова І. А. Воспитание человеческих качеств в процессе обучения неврологии / И. А.Григорова, Л. В.Тихонова, О. А.Тесленко // Проблемы людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах: Матеріали наук.-практ.конф. присв. 55-річчю каф. філософії. – Харків, 27 березня 2014 р. – С.44–46.
2. Григорова І. А. Ятрогенія, деонтологія і етика в практиці лікаря-невропатолога: Неврологія [нац. підручник / І. А. Григорова, Л. І. Соколова, Р. Д. Герасимчук та інш. (За ред. І. А. Григорової, Л. І. Соколової. – 2-вид., виправл.) – К. : ВСВ «Медицина», 2015. – С. 611–612.
3. «Евангелие от Иоанна», гл. 4, Святое евангелие РОО «Росса». – 2010. – С. 483.
4. «Евангелие от Луки», гл. 4, Святое евангелие РОО «Росса». – 2010. – С. 319.
5. Харківський національний медичний університеті зв'язок часів і поколінь. – Х. : Кроссрод, 2011. – С. 3.

ФИЛОСОФСКИЙ, ДУХОВНЫЙ И ФИЗИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ХАРЬКОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (ХНМУ)

*Григорова И. А., доктор мед. наук, профессор, зав. каф. неврологии №1
Харьковского национального медицинского университета*

*Григорова А. А., к.мед.н., доцент кафедры хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии Харьковского национального медицинского
университета*

*Тихонова Л. В., к.мед.н., доцент кафедры неврологии №1 Харьковского
национального медицинского университета*

*Тесленко О. А., к.мед.н., доцент кафедры неврологии № 1 Харьковского
национального медицинского университета*

*Ескин А. Р., к.мед.н., доцент кафедры неврологии № 1 Харьковского
национального медицинского университета*

«Души побеждаются не
оружием, а любовью и великодушием»
Спиноза Бенедикт

Медицина... В ней нет второстепенных путей. Эта та область знаний, которая требует ответственности перед настоящим и будущим поколениями, смелости, мужества, честности перед собой, открытости для новых знаний. Эту сложную профессию выбирают люди, имеющие доброе сердце и светлый разум. Остаются в ней только те, кто имеет Божий дар, кто способен всю свою жизнь посвятить служению людям [1]. Эти слова принадлежат Ректору Харьковского национального медицинского университета член-корреспонденту НАМН Украины, профессору В. Н. Лесовому и являются лейтмотивом для всех, кто работает и учится в ХНМУ. Несомненно, ХНМУ является образцом многолетней и плодотворной подготовки студентов Украины, ближнего и дальнего зарубежья. Неотъемлемым и важным звеном врачебной подготовки является изучение нейронаук, поэтому изучение неврологии очень важно для клинической подготовки врачей. «Все болезни от нервов» – устойчивое выражение, правильность которого не вызывает сомнения. Современная ориентация подготовки семейных врачей лишний раз подчеркивает значительную роль нервной системы в генезе и течении различных заболеваний человека, что обязывает преподавателей научить студентов поставить диагноз болезни, овладеть современными методами диагностики, умением лечить конкретного больного [2]. Студенты ХНМУ называют неврологию «высшей математикой медицины». Да, предмет сложный, но зато в неврологической науке все очень конкретно: топики, симптомы, синдромы, диагностика

(инструментальная и биохимическая) – клинический диагноз. Этому и обучают студентов преподаватели нашей кафедры [3].

Безусловно, обучение студентов зависит от личности педагога, его умения зажечь, увлечь дисциплиной, закрепить знания (прочитать лекцию интересно, с демонстрацией больных, показать видеофильм собственного производства), затем тщательно разобрать соответствующую неврологическую нозологию на практическом занятии, предложить студентам зарисовать соответствующие схемы основных проводящих путей, черепных нервов, записать конспект на занятии (а кто не успел – то и дома), показать нормальные рефлексы, мышечный тонус, координацию, функцию черепных нервов в начале друг на друге, а потом – на больных. Поскольку преподавание на кафедре неврологии ведется на трех языках (украинском, русском и английском) нами подготовлена соответствующая методическая литература. Ведь особенно трудно неврология дается студентам с англоязычной подготовкой: чужой для индусов, арабов, африканцев язык, сложности в быту, адаптация к новой стране, культуре, религии и т.д. поэтому у части из студентов, особенно иностранцев возникают нарушения адаптации, нейросоматические и психо-эмоционально-волевые расстройства [4]. Как же сохранить студенту физическое и психическое здоровье?

Прежде всего, на кафедре неврологии №1 проповедуют гуманистические идеи – доброе отношение к студенту, пациенту, коллеге. Ведь еще в древности китайский философ Конфуций сказал: «На молодежь следует смотреть с уважением...». Не беда, если студент чего-то не знает. Ведь как сказал наш земляк Г. С. Сковорода: «Не тот глуп, кто не знает, но тот, кто знать не хочет». Конечно, даже сложный материал надо объяснить доступно, чтобы студенту любого уровня подготовки неврология была понятна. Слово для разъяснения очень важно, однако, «от слов требуется только то, чтобы они были понятными» (Конфуций). Да, студенты порой ошибаются. Ошибаются и врачи, и преподаватели. Но ведь жизнь не стоит на месте. Много можно исправить..., лишь «ошибки, которые не исправляются, вот настоящие ошибки». Преподаватели кафедры неврологии №1 и хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии личным примером показывают студентам свое отношение к больным, коллегам, студентам и здоровым людям. Мы стараемся быть в хорошем настроении и достойной физической форме, ведь в здоровом теле – здоровый дух.

Известный психиатр Е. К. Краснушкин сказал: «Смех, радость, бодрое и веселое настроение – это не только лучшие свидетели здоровья, но и творцы его».

Наши кафедры много лет сотрудничают, у нас много точек соприкосновения: вынужденная поза, сколиоз, головная боль напряжения, цервикобрахиалгия, дорсалгия у студентов-стоматологов – как

професійна вартість, а симптоми і синдроми неврологічні. Тому, для їх запобігання ми розповідаємо про користь фізичних вправ, гімнастики (в тому числі і на перервах лекцій і занять), говоримо про користь танців всіх народів світу, в тому числі і нашого українського гопака.

Більша робота, проводима адміністрацією нашого університету сприяє емоційній рівновазі, підвищенню настрою, розвитку студента як гармонічної особистості.

Духовність – важлива складова в вихованні студентів. Так, наші студенти надають допомогу пораненим із зони АТО, виконують спільні роботи по поєднаній черепно-мозговій і щелепно-лицьовій травмі (О. О. Тихонова – кафедра неврології №1 і М. С. Копитко – кафедра хірургічної стоматології і щелепно-лицьової хірургії), відвідують вдома дитину, спеціалізовані (психоневрологічні) інтернати. Життя студента і лікаря – це завжди «передова».

«І життя лікаря залишається такою ж як, як і сьогодні: важкою, тривожною, героїчною і піднесеною», – Андре Моруа. Незважаючи на складності, колективи наших кафедр дивляться з оптимізмом в майбутнє. «Все в наших руках, тому ми не повинні їх опускати», – Коко Шанель. Наші студенти – наше майбутнє, ми їх навчаємо і навчаємося у них, слідуємо заповіді: «Вивчи собі учня, щоб було у кого вчитися!»

Істочники і література:

1. Харківський національний медичний університет: зв'язок часів і поколінь. – Х. : Кроссрод, 2011. – С. 3.
2. Григорова І. А. Здоров'я студентів Харківського національного медичного університету. Духовний та фізичний аспект / І. А. Григорова, Л. В. Тихонова // Мат. науково-практ. конф. з між нар. Учасністю «Здоров'я сучасної людини у духовно-соціальному та фізичному вимірі», Харків, 11 квітня 2013 р. – С. 34–36.
3. Григорова І. А. Методологія неврологічного діагнозу, ятрогенія, деонтологія і етика: Неврологія [нац. підр. за ред. І. А. Григорової, Л. І. Соколової] (2-е вид., виправл.). – К. : ВСВ «Медицина», 2015 р. – С. 602–612.
4. Лещина І. В. Особливості психічного здоров'я іноземних студентів-медиків / І. В. Лещина, Т. П. Мозгова // Проблема людини у соціально-гуманітарному та методичному дискурсах: мат. наук.-практ. конференції, присв. 210-річчю ХНМУ та 55 річчю каф. філософії, 27 березня 2014 р. – Харків, ХНМУ – С. 112–114.

АДАПТИВНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ОСОБИСТОСТІ

Огнєва Л. Г., асистент кафедри патологічної фізіології ім. Д. О. Альперна Харківського національного медичного університету

Ковальцова М. В., асистент кафедри патологічної фізіології ім. Д. О. Альперна Харківського національного медичного університету

Шутова Н. А., доцент кафедри патологічної фізіології ім. Д. О. Альперна Харківського національного медичного університету

Шапка Г. І., студентка 4 курсу III медичного факультету Харківського національного медичного університету

Бортник К. Ю., студентка 4 курсу III медичного факультету Харківського національного медичного університету

Наука свідчить, що здоров'я людини є складним феноменом глобального значення, який може розглядатися як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії, як об'єкт споживання, внесення капіталу, як індивідуальна і суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, постійно взаємодіюче з оточуючим середовищем, яке, в свою чергу, постійно змінюється.

Сучасні уявлення вже не розглядають здоров'я як суто медичну проблему. Більше того, комплекс суто медичних питань складає лише малу частину феномена здоров'я. Так, узагальнені підсумки досліджень залежності здоров'я людини від різних чинників переконують, що стан системи охорони здоров'я обумовлює в середньому лише близько 10% всього комплексу впливів. Решта 90% припадає на екологію (близько 20%), спадковість (близько 20%) і найбільше – на умови і спосіб життя (близько 50%). Тобто, суто медичний аспект не є головним серед різноманітності впливів на здоров'я людини, а отже, медичне визначення здоров'я як відсутність хвороби не відповідає життєвим реаліям [1, с. 28–32].

Не можна визначити поняття здоров'я, не беручи до уваги особливості середовища та діяльності людини, його соціальне значення.

Людські потреби можуть бути реалізовані лише за наявності відповідних особистісних станів людини і здатності задовольнити їх за певних умов. Усі потреби повинні бути розумними, необхідними як за своїм змістом, так і за способами задоволення, людина повинна бути здатною задовольняти свої потреби та мати умови для їх здійснення.

У новій концепції здоров'я робоча група ВООЗ пропонує таке визначення цього поняття: "Здоров'я – це ступінь здатності індивіда чи групи, з одного боку, реалізувати свої прагнення і задовольняти потреби, а з другого змінювати

середовище чи кооперуватися з ним. Тому здоров'я розглядається як ресурс, а не мета життя».

Соціальне здоров'я пов'язане з економічними чинниками, стосунками індивіда з структурними одиницями соціуму (сімєю, організаціями), з якими створюються соціальні зв'язки: праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування тощо. В загальному вигляді соціальне здоров'я детерміноване характером і рівнем розвитку, які притаманні головним сферам суспільного життя в певному середовищі – економічній, політичній, соціальній, духовній. Ці складові тісно взаємопов'язані, вони в сукупності визначають стан здоров'я людини. В реальному житті майже завжди спостерігається інтегрований вплив цих складових [2, с. 8–10].

Тому здоров'я людини визначається ним як "динамічна рівновага організму з навколишнім середовищем, коли всі закладені в біологічній та соціальній сутності людини фізичні, духовні та інші здібності виявляються найбільш повно і гармонійно, всі життєво важливі підсистеми людського організму функціонують з максимально можливою інтенсивністю, а загальне поєднання підтримується на рівні, оптимальному для збереження цілісності організму, його працездатності, а також швидкої адаптації до природного й соціального середовища, що безперервно змінюється.

У сучасному світі актуальність здорового способу життя обумовлена зростанням і зміною характеру навантажень на організм людини в зв'язку з ускладненням суспільного життя, збільшенням ризиків техногенного, екологічного, психологічного, політичного і військового характеру, що провокують зрушення в стані здоров'я [3, с. 1021–1023].

Все життя людини проходить в безперервному зв'язку із зовнішнім середовищем, тому здоров'я людини не можна розглядати як щось незалежне, автономне. Воно є результатом дії природних, антропогенних та соціальних факторів і відображає динамічну рівновагу між організмом і середовищем його існування.

Здоров'я потрібно розглядати не в статичі, а в динаміці змін зовнішнього середовища і в онтогенезі. В цьому відношенні заслуговує на увагу висловлювання, що здоров'я визначає процес адаптації. Людина при взаємодії з навколишнім середовищем реагує індивідуально за допомогою фізіологічних реакцій.

Критерієм ступеня адаптації є збереження гомеостазу незалежно від тривалості дії фактора, до якого сформувалася адаптація. В умовах захворювання настає компенсація, під якою слід розуміти боротьбу організму за гомеостаз, коли включаються додаткові захисні механізми, протидії до виникнення та прогресування патологічного процесу [4, с. 23–32].

На той час, поки організм здатний за допомогою адаптаційних механізмів та реакцій забезпечити стабільність внутрішнього середовища при зміні

зовнішнього середовища, він знаходиться в стані, який можна оцінити як здоров'я. Якщо ж організм потрапляє в умови, коли інтенсивність впливу факторів зовнішнього середовища переважає над можливістю його адаптації, настає стан, протилежний здоров'ю, тобто хвороба, патологія [5, с. 57–61].

Адаптаційна модель здоров'я схожа в основних характеристиках з гармонійної, але відрізняється тим, що в даному випадку має першочергове значення механізмам адаптації до постійно змінюваних умов внутрішнього і зовнішнього біосоціальної середовища. Механізми адаптації служать для досягнення гармонії людини зі світом і самим собою.

Отже, одним із напрямів соціалізації є формування певного стилю життєдіяльності молоді людини, зокрема стосовно здоров'я – здорового способу життя. Досягається він у ході дії різних механізмів: інституційного, традиційного, стилізованого та міжособистісного [6, с. 83-89].

Становлення соціальної особистості відбувається як процес переходу від одного ступеню розвитку до іншого, обумовленого конкретними соціальними умовами. Здоровий спосіб життєдіяльності є передумовою соціалізованого входження молоді людини у реалії нашого світу, формування її як соціальної особистості.

Джерела і література:

1. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья. Феномен здоровья в культуре, психологической науке и быденном сознании. – Ростов-на-Дону: ООО «Мини Тайп», 2005. – С. 28–32.
2. Журавлева И. В. Основные мотивы заботы о здоровье в студенческой среде // Социология медицины, №1 (18). – 2011. – С. 8–10
3. Макарова Л. П., Матусевич М. С., Шатровой О. В. Формирование мотивации здорового образа жизни как критерий качества образования // Молодой ученый. – 2014. – №4. – С. 1021–1023.
4. Шанин В. Ю. Клиническая патофизиология / Шанин В. Ю. – М. : Специальная литература. – 1998. – С. 23–32.
5. Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье. – М., 2010. – С. 57–61.
6. Венедиктов Д. Д. "Социально-философские проблемы здравоохранения" // Вопросы философии. – 2011. – № 4. – С. 83–89.

EKSPOZYCJA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH W SIECI. ANALIZA TREŚCI STRON INTERNETOWYCH

Krzysztof Rosa, dr n. hum, adiunkt Zakładzie Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wśród dużego spektrum informacji publikowanych w Internecie można znaleźć również wiedzę na temat różnych aspektów zachowań samobójczych (myśli

samobójczych, prób samobójczych, samobójstw dokonanych). Wiele danych na ten temat ma ewidentnie destrukcyjny, patogenny charakter, m.in. promowanie, zachęcanie do popełnienia samobójstwa jako metody rozwiązania problemów życiowych, szczegółowy opis sposobów odebrania sobie życia i ich skuteczności, wymienianie się doświadczeniami przez osoby, które podjęły akty samobójcze, zawiązywanie się paktów samobójczych osób, które się wcześniej nie znały się (osobiście i wirtualnie) i, które planują wspólną samobójczą śmierć. W Internecie znajdują się informacje zarówno dla osób, które chcą odebrać sobie życie, jak i tych, którzy już to próbowali zrobić (często są to te same osoby), ale także dla tych, którzy chcą odwieść innych od popełnienia samobójstwa.

Inną grupę odbiorców stanowią ci, których interesują problem samobójstw jako zjawisko, analizowane analizowany w kategoriach socjologicznych, psychologicznych, zdrowia psychicznego, filozoficznych, prawnych, religijnych..

Współcześnie badania suicydologiczne analizują wpływ tradycyjnych i nowych mediów na etiologię zachowań samobójczych [2, s. 434; 3, s.246 – 247; 4, s. 800 – 802, 5; s.1374 – 1375, 6; s. 342 – 354, 7; s.146 – 154, 8; s. 1500 -1501, 9; s. 665 – 676].

Tekst przedstawia wyniki badań zawartości stron internetowych dotyczących problematyki samobójstw [1, s. 257 – 283]. Analizie treści (jakościowej i ilościowej) poddano 40 stron internetowych z lat 1990-2011, podzielonych na kategorie rozróżniające rodzaje stron i ich zawartość. Analizowano treści zamieszczone na blogach, forach, wideoblogach, czatach, wideoczatach, portalach informacyjnych oraz materiałach multimedialnych, np. upublicznione nagrania aktów samobójstw. Badaniom zostały poddane wypowiedzi oraz komentarze osób przed i po próbach samobójczych, jak i ich bliskich oraz osób postronnych.

Ustalono, że więcej stron internetowych dotyczących samobójstw miało charakter zachęcający do unicestwienia niż chroniących przed nim. Zaobserwowano współistnienie obydwu rodzajów stron. Najczęstszym tematem rozmów w Internecie na temat samounicestwienia była motywacja do popełnienia samobójstwa. Drugą najliczniejszą grupą informacji będących przedmiotem dyskusji, były zamieszczone w sieci zdjęcia i filmy zawierające próby lub dokonane samobójstwa. Większość wypowiedzi osób rozmawiających na temat samobójstw miała charakter negatywny, potępiający sam akt oraz osoby tak się zachowujące.

Wyjątkowo niebezpiecznym zjawiskiem jest występowanie tzw. „podszeptywaczy śmierci”, czyli osób mających satysfakcję w tworzeniu stron zachęcających do podejmowania aktów samobójczych.

Wyniki badań suicydologicznych dotyczących analizowanej problematyki mogą służyć jako punkt odniesienia w projektowaniu i przeprowadzaniu skutecznych kampanii społecznych na dotyczących profilaktyki zachowań samobójczych.

Źródła i literatura:

1. Rosa K, Krzywania P. „Ekspozycja zachowań samobójczych w sieci. Analiza treści” [w:] Percepcja zachowań samobójczych. Między opiniami a doświadczeniami (red.) K. Rosa, A. Czabański, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Kraków, 2014, s. 257- 283.
2. Beatson S, Hosty G, Smith S. Suicide and the internet. “Psychiatric Bulletin”, 2000, nr 24.
3. Becker K, Schmidt MH. Internet chat rooms and suicide, “Journal American Child Adolescents Psychiatry”, 2004, nr 43.
4. Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnelli D. Suicide and the internet. British Medical Journal, 2008, nr 336.
5. Hawton K, Williams K. Influences of the media on suicide, “British Medical Journal”, 2002, nr 325.
6. Phillips D.P. The influence of suggestion on suicide, “American Sociological Review”, 1974, nr 39.
7. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media. Part II: portrayal in fictional media.” Crisis”, 2001, nr 22.
8. Priori TI. Suicide methods from the internet.”American Journal of Psychiatry”, 2004, nr 461.
9. Schmidtke A, Haffner H. The Werter effect after television films: New evidence for an old hypothesis, “Psychological Medicine”, 1988, nr 18.
10. Ponce M. 2009, Chile: a young man committed suicide while chatting źródło internetowe: <http://m24digital.com/en/2009/09/06/chile-a-young-man-committed-suicide-while-chatting/>, dostęp 25.04.12
11. Kravets D. 2008, Teen Kills Self on Justin.tv – Update, źródło internetowe: <http://www.wired.com/threatlevel/2008/11/teen-kills-self/>, dostęp 25.04.12
12. Internet suicide pact, źródło internetowe: http://en.wikipedia.org/wiki/Internet_suicide, 02.04.12.

ОСОБЛИВОСТІ ПАТРІОТИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ВНЗ В УМОВАХ ІНТЕГРАЦІЇ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ

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

Суспільно-політичні зміни останнього часу в Україні надали нового імпульсу в організації національно-патріотичної роботи, у першу чергу, по відношенню до учнівської та студентської молоді. Вимагається загальне сприяння в реалізації загальнонаціональних програм, спрямованих на збереження та відновлення національної пам'яті, популяризацію української історії та культури, консолідацію на цій основі суспільства.

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

університету. Без цього організація виховного процесу не досягне максимального ефекту.

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

Сьогодні ситуація змінюється. Україна твердо постала на шлях євроінтеграції в усіх сферах свого життя, у тому числі, і у сфері освіти. Спрощення візового режиму, або його повне скасування у найближчі роки та входження української системи освіти у загальноєвропейський освітній простір змінить ситуацію на ринку надання освітніх послуг. Тисячі українських юнаків та дівчат з високим рівнем успішності вже не матимуть значних перешкод в отриманні можливості потрапити на навчання до європейських навчальних закладів. Для нас це означатиме початок серйозної боротьби за контингент вже не іноземних, а вітчизняних абітурієнтів.

Українські ВНЗ дедалі більше втрачають будь-яку підтримку з боку держави і залишаються сам на сам у конкурентній боротьбі з європейськими університетами. Вузівський патріотизм тепер набуває життєво важливого значення для існування кожного ВНЗ. Головним екзаменатором його діяльності стає вже не держава, а самі студенти, їх батьки, родичі, друзі та знайомі, тобто, ті хто безпосередньо чи опосередковано стикається з реальним, а не офіційним життям університету. І якщо воно не буде комфортним для студента, він буде намагатися змінити місце навчання.

У першу чергу, це стосується нашого (з боку викладачів та адміністрації) ставлення до студента, врахування його реальних потреб. Особливо по відношенню до студента який працює на імідж університету. Досі існує значна кількість викладачів, які не хочуть бачити різниці між студентом-двієчником, тобто, ледарем та студентом який пропустив заняття через те, що захищав честь університету на спортивних змаганнях чи, скажімо, на Всеукраїнських олімпіадах з профільних предметів.

Потребує змін і наше ставлення до майбутніх абітурієнтів. Для вказаної вище ситуації необхідне оновлення форм роботи з ними. Прикро, що той іміджевий матеріал, напрацьований як університетом так і його кафедрами за 210 років діяльності не повністю використовується у роботі з учнями шкіл – майбутніми студентами. Мабуть, необхідно не чекати на абітурієнтів, а йти до них, налагоджувати співпрацю, ширше проводити роботу з обдарованою молоддю, аби сформувати в них цілеспрямоване бажання потрапити на

навчання саме до нашого університету. Як приклад, співпраця студентського самоврядування ХНМУ зі школами Харкова показала, що цей простір ще не заповнено іншими ВНЗ, і вже 2 рік багато учнів цих шкіл, таким чином прилучившись до життя нашого університету, намагаються потрапити на навчання саме до нас. Значний іміджеві потенціал мають наші випускники, перед усім, ті з них, які були направлені за розподілом в інші регіони України.

Налагодження форм співпраці з ними допоможе не втратити їх зв'язок зі своєю Alma mater, а сприятиме налагодженню співпраці з місцевими абітурієнтами. Як приклад, вже розробляється така форма взаємодії, як організація майстер-класів з надання домедичної підготовки серед старшокласників шкіл, поки що Харківської, Чернігівської, Полтавської та Херсонської областей. Цю роботу будуть проводити випускники 2016 року, які вже проявили себе активною участю у діяльності студентського самоврядування університету.

Таким чином, в умовах суспільно-політичних трансформацій в житті сучасної України гостро постає питання про зміну уявлення стосовно ролі та місця патріотизму по відношенню до свого ВНЗ. Ця проблема є життєво важливим чинником функціонування українських вишів, який дозволяє не лише ефективно впроваджувати загальнонаціональні виховні програми, але й витримувати конкурентну боротьбу з іншими навчальними закладами.

ФІЛОСОФСЬКІ І ДУХОВНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ

Щербина М. О., доктор медичних наук, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 Харківського національного медичного університету

Кузьміна О. О., кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології №1 Харківського національного медичного університету

Філософія повинна вчити, як жити,
щоб жити довго і при цьому не хворіти.

І. Кант

Соціально-філософські та духовні аспекти способу життя та здоров'я людини є найважливішою проблемою сучасності. Розуміння актуальності цього питання усвідомлюється не тільки медиками та політиками, а й широкими верствами населення [1]. Фізіологічне, психологічне, соціальне здоров'я людини залежить від ряду об'єктивних факторів: соціального укладу і економічного розвитку суспільства, комплексного впливу клімату, екологічного стану навколишнього середовища, способу життя, звичок й інтересів людини, її морального, духовного, культурного рівня та ін.

Для людини як біологічного виду існує фізіологічна межа витривалості стосовно будь-якого фактору зовнішнього середовища, за межею якого буде неминуче відбуватися патологічний вплив на здоров'я, що призводить до хвороби [2]. За рахунок механізмів самоорганізації і самовідновлення будь-яка система, у тому числі й організм людини, здатна створювати та підтримувати певний порядок у середині себе. Організм нерозривно пов'язаний з факторами навколишнього середовища, утворює разом з ними стійку систему, між компонентами якої відбувається кругообіг речовин, енергії та інформації. Саморегуляція виявляється в підтримці організмом на певному, відносно постійному рівні чисельності клітин, гомеостазу. Отже, здоров'я можна розглянути як системний порядок, який контролюється інформацією, закодованою в генах, регулюється нервовою, ендокринною системами, вищою нервовою діяльністю людини [3].

Людина живе в матеріальному світі, створеному природним і соціальним середовищем. Соціально-економічні й екологічні процеси перебігають зростаючими темпами і впливають на її духовний і психічний стан. Медицина нового століття, мабуть, повинна бути психосоматичною, враховуючи органічний взаємозв'язок тілесного і духовного в людині, використовувати природні резерви нервової та психічної регуляції для підвищення рівня здоров'я людини [4].

Збереження здоров'я є першочерговим соціальним завданням, яке включає лікування і профілактику поширених хвороб, остаточну ліквідацію деяких інфекційних захворювань, профілактику соматичної патології, зменшення виробничого травматизму та професійної захворюваності. До факторів, що сприяють збільшення нездоровому способу життя, захворюваності та смертності в Україні, належать нестабільний стан економіки країни і неефективна реалізація системи заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я населення. Лише глибоко осягаючи внутрішній світ людини, можна допомогти їй стати здоровішою духовно і фізично. У філософських вченнях про людину все більше закріплюється принцип цілісності: мислить не думка, відчуває не почуття, діє не дія; мислить, відчуває і діє єдиний, цілісний організм людини [5].

Для розуміння взаємозв'язку фізіологічного і патологічного процесів велике значення має критичний, конструктивний аналіз відкриттів видатних вчених-медиків. Так, французький біолог і лікар К. Бернар уважав, що фізіологічні закони виявляються у хворому організмі в прихованій, зміненій формі.

А Р. Вірхов – німецький вчений-патолог, розглядав патологію і хворобу як якусь "фізіологію з перешкодами". На його думку, фізіологічні процеси при хворобі відрізняються від нормальних тим, що виникають вони не в тому місці і не в той час. Визначаючи хворобу як результат порушення зв'язків організму і

середовища, медики звертають увагу на особливості здоров'я та хвороби, забуваючи про питання генетичного зв'язку і навіть відносної схожості цих станів життя. Усі захисні, компенсаторні процеси під час хвороби відбуваються на основі фізіологічних закономірностей.

І. І. Мечников уважав, що патологічні і фізіологічні процеси перебігають, як правило, на основі біологічних законів глобальної еволюції, згідно з якими природний відбір виробляє і закріплює пристосувальні захисні функції організму. Заслугою І. І. Мечникова стало обґрунтування зв'язку і наступності між ними.

І. П. Павлов зауважив, що при хворобі можуть мати місце і своєрідні поєднання фізіологічних і патологічних функцій. Поряд з тілесним і душевним здоров'ям, що є синонімом психічного, виникає задача розробки, поглиблення й уточнення поняття духовного здоров'я особистості. Воно за змістом дуже близьке до інтелектуального і морального здоров'я людини, що припускає гуманізацію їх взаємовідносин практично в усіх сферах життя і особливо у творчій діяльності. Воно уособлює цілком повнокровне, наповнене сенсом, ідеалами гуманізму та взаємодопомоги, пронизане соціально – оптимістичними прагненнями життя людини як особистості.

Якщо досліджувати взаємозв'язок фізичного, психічного і духовного здоров'я, то можна сказати, що останнє є вищим ступенем соціально-психічного стану особистості і найважливішою передумовою його ролі в розкритті потенціалу творчого начала в людському житті і діяльності.

Ф. Бекон свого часу писав: " Я абсолютно переконаний, що борг лікаря полягає не тільки тому, щоб відновлювати здоров'я, а й у тому, щоб полегшувати страждання і муки, заподіяні хворобами" [6]. Ще дійшла до нас клятва Гіппократа, яка зберігає своє філософське значення і морально-етичну цінність до теперішнього часу тому, що являє собою кодекс найзагальніших і принципових вимог до всіх медиків. Це духовний і моральний закон, яким керуються лікарі протягом всієї історії медицини.

Медицина є єдиним видом діяльності, де фахівець у повному розумінні слова тримає у своїх руках здоров'я і хвороби, життя і смерть людини. У зв'язку з цим соціальна філософія повинна взяти на себе функції формування світогляду суспільства та виголосити здоров'я і здоровий спосіб життя універсальними цінностями людини і людства.

Джерела і література:

1. Хрусталеv Ю. М., Царегородцев Г. И. Философия науки и медицины. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 512 с.
2. Царегородцев Г. И. Философия : учебник / Г. И. Царегородцев, Г. Х. Шингаров, Н. И. Губанов. – 2-е изд. – М. : Изд-во «Вестъ», 2012. – 448 с.

3. Гусейнова А.А. Психологические основы деятельности врача: Этика: Учебник / А. А. Гусейнова, Е. Л. Дубко. – М., 2009. – 396 с.
4. Анохин А. М. Философские проблемы медицины // Современные философские проблемы естественных, технических и социально-гуманитарных наук / Под ред. В. В. Миронова. – М. : Гардарики, 2006. – С. 317–374. – 639 с.
5. Карпин В. А. Введение в философию биологии и медицины // Вестник новых медицинских технологий : журнал. – Тула : ТулГУ, 2010. – Т. 17, № 1. – С. 11–13.
6. Marcum J. A. Philosophy of Medicine (англ.) // Internet Encyclopedia of Philosophy : сайт / Под ред. James Fieser и Bradley Dowden. – 2015.

СЕКЦІЯ 5.
ПЕРСОНАЛІЇ ВИДАТНИХ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я

DOMOWE METODY LECZENIA JAKUBA KAZIMIERZA HAURA –
PISARZA Z XVII WIEKU

Prof. dr hab. Andrzej Stroynowski, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

Jakub Kazimierz Haur (1632 – 1709), siedemnastowieczny pisarz rolniczy [1], jest znany z wydania szerokiego kompendium wiedzy o prowadzeniu gospodarstwa wiejskiego [2], które po raz pierwszy opublikowane zostało w 1675 roku a później było wielokrotnie wznawiane. Świadczyło to o jego popularności. Prócz tego Haur napisał jeszcze bardziej przystępne dla czytelnika dziełko „Skład alba skarbiec znakomitych sekretów ekonomiej ziemiańskiej”, które miało mieć również swój walor wychowawczy. Ponadto pisał wiersze [3]. Stąd też czasem uważany jest za gawędziarza, którego literacki dorobek mógł służyć tylko rozrywce, pozbawionej większej wartości [4]. Z drugiej jednak strony jego dzieła stały się podstawą wiedzy o wielu zapomnianych już dziedzinach życia ludzi epoki staropolskiej, którzy z zapałem oddawali się zwłaszcza myślistwu [5; 6].

Najważniejszym jednak jego dziełem i tutaj analizowanym pozostała „Oekonomika ziemiańska...” [1]. Podstawową jej zaletą, przynajmniej dla historyków rolnictwa, jest doświadczenie Haura, który przed jego napisaniem przez lata zajmował się zarządaniem dóbr Stanisława Skaroszowskiego i Andrzeja Morsztyna. Prócz tego był człowiekiem wykształconym, gdyż odbył studia na Akademii Krakowskiej [3]. Jego zasadnicze dzieło miało charakter kompendium wiedzy, przydatnej głównie posiadającej szlachcie, zajmującej się gospodarstwem wiejskim. Stąd nie była to praca naukowa lecz popularny poradnik, który miał też budzić zainteresowanie czytelnika [7].

Tutaj poddaję analizie tylko wiedzę medyczną Jakuba Kazimierza Haura, którą zaprezentował w swoim dziele, której praktycznego wykorzystania oczekiwał zwłaszcza od kobiet, które miały dbać o zdrowie domowników [2, s. 48]. Szeroki zakres jego porad z zakresu z medycyny wynikał z przekonania, że w czasie nagłej choroby nie można liczyć na szybkie przybycie lekarza z miasta. Po części obszerność jego medycznych zaleceń wynikać też mogła z negatywnych doświadczeń z rezultatami kuracji, stosowanych wówczas przez najbardziej utytułowanych lekarzy [8; 9]. Wyrazem odejścia od ich praktyk był podany przez Haura opis postępowania przy ataku gorączki, gdzie zalecał unikanie upuszczania

krwi, gdyż choremu to szkodzi, przynajmniej od trzeciego dnia utrzymywania się temperatury [2, s. 123].

Haur w swojej pracy wydzielił bardzo obszerny, obejmujący 70 stron, dział o tytule „Domowe lekarstwa” [2, s. 117-186]. Wbrew nazwie jednak nie było to kompendium leków lecz chorób, które można leczyć domowymi sposobami. Był to niewątpliwie układ bardziej przydatny w domowej praktyce, ponieważ zamiast studiowania listy leków można było szybko dotrzeć do sposobu leczenia konkretnego schorzenia. Stąd Haur przyjął alfabetyczny układ chorób, z opisaniem ich objawów, sposobami szybkiego udzielenia pomocy i podaniem środków, które mogą być zastosowane. Ponieważ z reguły były to leki, które należało przygotować samemu, to podawał ich skład i sposób przyrządzania oraz zastosowania. Nie można tam jednak znaleźć gramatury tych specyfików, bo szczytem dokładności jest określenie „kilka kropel”. Prócz tego wymieniane są przez niego bardzo nieliczne leki gotowe, które można było zakupić w aptekach, jak np. maść bursztynowa.

Dla przybliżenia charakteru tych porad Haura należy podać chociażby kilka przykładów z tej części „Domowe lekarstwa”. Sposobem na odzyskanie apetytu miało być spożywanie wiśni, agrestu oraz stosowanie olejku piołunowego. Pomocą przy ataku apopleksji miało być wdmuchiwanie w nos chorego pieprzu lub tabaki. Natomiast zapobiegać jej miało wypijanie na czczo kilku kropel olejku bursztynowego lub ziołowej wódki (z malin, rozmarynu i in. ziół) [2, s. 118]. Sporo miejsca (całą stronę) poświęcił też walce z biegunkami, jako chyba najczęściej występującym wówczas problemem zdrowotnym [2, s. 118]. Znacznie więcej miejsca poświęcił jednak innym chorobom. Wśród nich zadziwiać może powaga, za jaką opisywał domowe sposoby walki z kołtunem, wśród których najskuteczniejsze miało być picie piwa z domieszką proszku ze spopielonej wydry, czy wina z dodatkiem ziela barwinka [2, s. 126]. Nie rozumiał też podłoża skorbutu, uznając go za chorobę dziedziczną i zalecając spożywanie rzeżuchy w każdej postaci [2, s. 175-176]. Oczywiście pisał też o innych problemach z układem pokarmowym, dla przykładu szerzej zajmując się bólami śledziony, chociaż polecane metody leczenia nie mogły być skuteczne, ponieważ sprowadzały się do puszczania krwi w czasie ostrego ataku lub do picia naparu z liści tabaki lub z kory piołunu. Dodatkowo zalecał ciepłe okłady z korzenia pokrzywy z winem [2, s. 166-167]. Dużo miejsca poświęcił też leczeniu podagry (2 strony) i poronień (3 strony), co świadczy o skali rozpowszechnienia chorób [2, s. 152-157]. Wydaje się, że poświęcenie tak wiele miejsca podagrze, czy problemom z wątrobą i śledzioną nie miało związku ze stanem zdrowia ludności wiejskiej (będącej pod opieką dworu), lecz warstw wyższych, czyli szlachty i magnaterii, cierpiących na choroby związane z nadużywaniem pokarmu i ciężkich trunków [10; 11; 12; 13]. Nie zmienia to faktu, że ta część pracy Haura mogła być faktycznie pomocna ówczesnym gospodyniom, zaś obecnie jest świetnym źródłem do poznania typowych chorób i domowych sposobów ich leczenia.

Problemy medyczne znalazły swoje odzwierciedlenie jednak nie tylko w tej najbardziej specjalistycznej części „Domowe lekarstwa”. Wiele tego typu informacji i porad znalazło się w części „Gospodarstwo Białogłowskie”, gdzie obok ogólnego, ale słusznego zalecenia by nigdy nie pić surowej wody, którą zastępować należało piwem i winem [2, s. 80], znalazły się bardziej szczegółowe wskazówki odnośnie wykorzystania do celów medycznych najróżniejszych środków pochodzenia zwierzęcego. Tu szczególnie cenne miały być różne części ciała niedźwiedzia, z którego żółć mogła pomagać w osłabieniu i paraliżu, zaś oczy powieszone na ramieniu miały leczyć z febry i stanów lękowych, natomiast sadło likwidować przepuklinę, łupież i poprawiać pamięć [2, s. 92-93]. Podobnie cenne były produkty pochodzące od wieprza, którego sadło służyło do smarowania bolących boków, zaś wygotowane zęby miały łagodzić kolkę. Cenny miał być również wieprzowy kał, który po dodaniu do trunku leczył z kaszlu połączonego z krwawieniem, podobnie jak mocz wieprzowy w wódce miał pomagać przy kamicy nerkowej, zaś krew przeciw suchotom [2, s. 93-94]. W leczeniu kaszlu podobnie skuteczny miał też być borsuk, który po spaleniu i sproszkowaniu miał być spożywany z piwem przy ciężkim kaszlu, połączonym z odpływaniem krwi. Jego sadło zaś miało zapobiegać bólom kręgosłupa (okolice krzyża) i przepuklinom [2, s. 98]. Większość zresztą dzikich zwierząt zalecał Haur używać w formie proszku ze spalonych zwłok, które radził mieszać z miodem, białkiem z kurzych jaj i używać do smarowania, okładów lub do picia z piwem i winem. Dla przykładu tak przygotowany proszek z kreta miał być idealnym środkiem na usuwanie brodawek i leczenie najcięższych nawet ran [2, s. 100].

Znalazły się tam również porady do zastosowania w nagłych wypadkach w czasie polowania i prac polowych. W przypadku pokąsania przez wściekłego psa, czy ugryzienia przez żmiję należało wycisnąć sok z gałęzi figowca lub przykładać gorczycę z octem. Na zwykłe zaś ugryzienie, dla przyspieszenia gojenia rany należało w moździerz utłuc sierść psa z białkami z jajek i przykładać taką masę [2, s. 14-15]. Oczywiście często wspominał też o bezsenności, za najskuteczniejszą metodę uznając picie przed snem ciepłego piwa lub wina, mieszanych z tłuczonymi orzechami laskowymi [2, s. 15].

Można uznać, że podawane przez Jakuba Kazimierza Haura metody mogły nie dawać pozytywnych rezultatów. Chyba jednak nie szkodziły i były mniej niebezpieczne od środków, które stosowali ówcześni nadworni lekarze, o czym zdają się świadczyć okoliczności zgonu wielu siedemnastowiecznych władców, od Ludwika XIII poczynając [9, s. 41; 10, s. 118; 11, s. 49]. Praca Haura świadczy w niepodważalny sposób o znaczeniu, jakie przywiązywano do zdrowia, do sposobów jego utrzymania i leczenia chorób. Odzwierciedla też stan wiedzy medycznej społeczeństwa polskiego w XVII wieku.

Literatura:

1. A. Podraza, Jakub Kazimierz Haur, pisarz rolniczy z XVII wieku. Studium z dziejów polskiej literatury rolniczej, Wrocław 1961.
2. J. K. Haur, Oekonomika ziemiańska generalna punktami partykularnymi, iterrogatoryami gospodarskimi, praktyką miesięczną, modeluszami alba tabulami arythmetycznymi objaśniona, Warszawa 1744.
3. A. Podraza, Haur Jakub Kazimierz, [w:] Polski Słownik Biograficzny, t. IX, s. 311-312.
4. J. Tazbir, Od Haura do Isaury, Warszawa 1989.
5. P. Badyna, Obraz rodzimej przyrody dzikiej w kulturze staropolskiej. Wybrane zwierzęta łowne w dziełach ks. Krzysztofa Kluka i Jakuba K. Haura, Toruń 2013.
6. W. Dynak, Staropolskie księgi o myślistwie, Wrocław 2001.
7. P. Kowalski, Teatrum świata wszystkiego i poćciwy gospodarz. Wizja świata pewnego siedemnastowiecznego pisarza ziemiańskiego, Kraków 2000.
8. A. Stroynowski, Albrycht Radziwiłł – wiedza medyczna magnatów w XVII wieku, [w:] Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я, Харків 2015, s. 156-159.
9. A. Stroynowski, Zdrowie Władysława IV w opisach jego lekarza, [w:] Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я, Харків 2014, s. 41-44.
10. Z. Kuchowicz, O biologiczny wymiar historii. Książka propozycji, Warszawa 1985.
11. Z. Kuchowicz, Z badań nad stanem biologicznym społeczeństwa polskiego od schyłku XVI do końca XVIII wieku, Łódź 1972.
12. Z. Kuchowicz, Z dziejów zapadalności na dnę moczanową (podagrę) w Polsce, „Zdrowie Publiczne”, 1970, nr 8.
13. A. Wyczański, Studia nad konsumpcją żywności w Polsce w XVI i pierwszej połowie XVII w., Warszawa 1969.

ПРОФЕСОР А.М. МЕРКОВ ТА ЙОГО ВНЕСОК У РОЗВИТОК САНІТАРНОЇ СТАТИСТИКИ В УКРАЇНІ

Огнєв В.А., д.мед.н, професор, завідувач кафедри кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ХНМУ.

Чумак Л.І., к.мед.н., доцент, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ХНМУ

Міщенко М.М., ст. лаборант кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ХНМУ

Значення статистики у медицині важко переоцінити. Статистичні методи сприяють визначенню закономірностей розвитку патологічних станів, дозволяють використати кількісні критерії для оцінки ефективності діагностики та лікування. Статистичні дані щодо демографічних процесів у суспільстві, рівнів захворюваності, стану медико-санітарної допомоги дозволяють зрозуміти правильні шляхи розвитку та управління у галузі охорони здоров'я, визначати

пріоритетні напрямки профілактичної роботи, прогнозувати, досліджувати взаємозв'язки між факторами. Санітарна статистики нерозривно пов'язана зі становленням соціальної медицини як науки. На початку XX століття першочерговим завданням організаторів охорони здоров'я на території України було дослідження санітарного стану окремих міст та губерній. То були первинні форми статистичних досліджень та з них починалася санітарна статистика і формувався соціально-медичний напрямок у медицині.

У 1923 році почав свою роботу як організатор охорони здоров'я Аркадій Михайлович Мерков [1]. Він працював завідувачем окружним відділом охорони здоров'я в Старобільському окрузі Української РСР (1924–1926), завідувачем окружним відділом охорони здоров'я у Вінницькій окрузі (1926–1929), інспектором Наркомату охорони здоров'я Української РСР (1929–1930), завідувачем плановим управлінням Харківського облздороввідділу (1931–1932). У ті роки Наркомздрав УРСР проводив вибіркове дослідження сільського населення України, головним завданням якого було з'ясування справжньої поширеності висипного і поворотного тифу серед сільського населення за 1920–1922 рр., а також коефіцієнтів природного руху населення. У 1924 році Наркомздрав УРСР прийняв рішення провести нову санітарно-демографічну перепис, розширивши коло досліджуваних питань. А. М. Мерков успішно працював за цією програмою Наркомату охорони здоров'я і вивчав стан здоров'я сільського населення на Волині та Поділлі, що стало частиною багатого матеріалу для характеристики стану здоров'я сільського населення по областях і по Україні в цілому. Він публікує статті, які висвітлюють різні питання стану здоров'я сільського населення Волині і Поділлі [2, 3, 4, 5, 6]. Ця робота Аркадія Михайловича в області санітарної статистики сформувала сферу його наукових інтересів і визначила основні напрямки його наукової діяльності.

З 1929 р А. М. Мерков працює на кафедрі соціальної гігієни Харківського медичного інституту, а з відкриттям в 1936 р 2-го медичного інституту в Харкові завідує в ньому кафедрою соціальної гігієни, поєднуючи при цьому завідування кафедрою соціальної гігієни в Харківському інституті удосконалення лікарів, що було допустимим у довоєнний період. Також відомо, що в 1938–1941 роках А. М. Мерков був директором Харківського обласного науково-методичного бюро санітарної статистики. У цей період були видані посібники для студентів – «Загальна теорія санітарної статистики» видання Харківського санітарно-гігієнічного інституту і «Соціальна гігієна (Вибрані глави)» видання Харківського фармацевтичного інституту, а також посібник для лікарів і студентів на українській мові – «Загальна теорія санітарної статистики».

З 1941 року по серпень 1943 року А. М. Мерков працює в Уфі, обіймає посаду начальника лікувального управління Наркомату охорони здоров'я

Башкирської АРСР, а в 1943 році був відкликаний в Москву на посаду начальника відділу санітарної статистики Міністерства охорони здоров'я СРСР, де працював до квітня 1949 р. На цій посаді Аркадій Михайлович провів величезну роботу по поліпшенню і перетворенню обліку та звітності медико-санітарних установ, розробці уніфікованої методики аналізу їх діяльності. З 1943 року він завідував також кафедрою санітарної статистики Центрального інституту удосконалення лікарів і згодом багато років працював професором санітарної статистики кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я цього ж інституту.

Свої наукові дослідження А. М. Мерков проводив в найрізноманітніших областях громадської охорони здоров'я. Величезне число його робіт присвячено питанням теорії, методології та історії санітарної статистики, яка була основною темою його наукової творчості. Спеціальний розділ творчості А. М. Меркова складають роботи по історії санітарної статистики. Ще в 1932 році була опублікована його стаття «Підсумки розвитку санітарної статистики на Україні», а в 1957 вийшла книга «Санітарна статистика в Союзі РСР за 40 років (1917–1957 рр.)». Самостійним напрямком в науковій творчості А. М. Меркова була демографічна статистика. Він видав короткий підручник для лікарів «Демографічна статистика», а у 1965 році під редакцією А. М. Меркова (спільно з І. С. Случанко) був виданий практикум по демографічній статистиці. Вже після смерті А. М. Меркова у 1974 році вийшов у світ посібник для лікарів по санітарній статистиці, який видав його ученик Л. Є. Поляков та написав у передмові, що ця книга є творчим завершення колосального практичного та наукового досвіду професора А. М. Меркова [7].

Список літератури:

1. Мерков А. М. Здоровье населения и методы его изучения (избранные произведения) под редакцией проф. М. С. Бедного. – М. : Статистика, 1979. – 232 с.
2. Петрова З. П. Из истории социальной гигиены на Украине (1861-1932гг.) – Харьков, 1974 г. – С. 62–65, 131.
3. Мерков А. М. Материалы по характеристике санитарно-демографического состояния Волынского села летом 1924 г. //Профилактическая медицина. – 1925. – №12. – С.126–142.
4. Мерков А. М. Итоги развития санитарной статистики на Украине. // Врачебное дело, 1932. – №21–22. – С. 984.
5. Мерков А. М. Нарис санітарного стану сучасного Поділля. – Вінниця. – 1929. – 46 с.
6. Мерков А. М. Нарис про захворюваність людності по пунктових селищах Вінницької округи // Укр. мед. вісті. – 1929. – №1. – С. 69–88.
7. Мерков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика (пособие для врачей). – М. : Медицина. – 1974. – 384 с.

СЕКЦІЯ 6. МЕДИЧНА ОСВІТА ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УКРАЇНІ ТА РЕСПУБЛІЦІ ПОЛЬЩА

Бугаєвський К.А., кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації та здоров'я, Інститут здоров'я, спорту та туризму, Класичний Приватний Університет, м. Запоріжжя

Бугаєвська Н.А., магістр медсестринства, старший викладач, голова циклової предметної комісії з медсестринства, комунальний заклад «Бериславський медичний коледж» Херсонської обласної ради

За останні роки нові країни вступають до Європейського Союзу або стають кандидатами на вступ. Для того, щоб повністю відповідати вимогам до вступу в ЄС, окрім інших змін, також треба проводити відповідну реформу медичної освіти, особливо з питань підготовки фахових медичних сестер. Аналіз рівня підготовки медсестринських кадрів у країнах ЄС, та порівняння його результатів із показниками в Україні, дають підставу стверджувати про недостатню відповідність останніх міжнародним вимогам та стандартам [1, с. 135]. Нового змісту й ефективності діяльність у галузі сестринської справи набула від часу здобуття Україною незалежності. Визначальні положення реформування медичної освіти, включаючи і напрями підготовки медсестер, регламентовані «Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України» (2000), наказами МОЗ України «Про стан і перспективи підготовки молодших спеціалістів I–II рівнів акредитації системи навчальних закладів Міністерства охорони здоров'я України» (1993), «Про створення Національної програми розвитку медсестринства України» (1996) [2, с. 15]. В 2000 році був впроваджений Наказ МОЗ України “Про затвердження положення про особливості ступеневої освіти медичного спрямування”, який вказував на актуальність та нагальну необхідність професійної ступеневої освіти медичних сестер. Ця, професійна підготовка майбутніх медичних сестер в Україні, здійснюється у вищих медичних навчальних закладах I–II рівнів акредитації, згідно з визначеною Наказами МОЗ ступеневістю медсестринської освіти: I ступінь – дипломована медична сестра, яку мають право готувати вищі медичні навчальні заклади I рівня акредитації; II ступінь – медична сестра-бакалавр, з підготовкою в медичних закладах II рівня акредитації [3, с. 9–12]. Програма розвитку медсестринства МОЗ України № 585 від 08.11.2005 р. одним з провідних напрямів визначає удосконалення підготовки молодших спеціалістів і бакалаврів медицини відповідно до основних принципів Болонської декларації

[4, с. 2–7]. Шляхи розвитку медсестринської освіти, теоретичних та практичних основ професійного навчання простежено в дослідженнях таких знаних вітчизняних вчених-фахівців, як Л. І. Воронова, О. М. Гуменюк, С. А. Мухіна, М. Б. Шегедин, Т. І. Чернишенко, Є. О. Мілерян, В. Й. Шатило.

Особлива роль у підготовці сестринських високопрофесійних кадрів відводиться вищим навчальним закладам нового для України типу – інститутам медсестринства, в яких передбачається запровадження, відповідно до Європейських та світових стандартів, ступеневої сестринської освіти – від ліцензованої медсестри до бакалавра та магістра із спеціальності “Сестринська справа”. В 2008 році був створений Житомирський інститут медсестринства, а в 2009 році – Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського та Буковинський державний медичний університет здійснили перший набір студентів до магістратури з медсестринства і ця робота плідно проводиться в Україні і сьогодні [5, с. 260–279; 6, с. 45–49].

Що стосується питання з підготовки медичних сестер в Республіці Польща, в ній, за останні роки докорінно змінена концепція їх навчання. Сучасна модель медсестринської освіти в Республіці Польща виникає з ратифікованої та діючої в Польщі з 2000 року "Європейської угоди про навчання та освіту медсестер» (Dz. U. № 83, ст. 384, 1996) [7, с. 221]. З тих пір відбувається утворення та розвиток медсестринських ,професійно-спрямованих, державних та приватних спеціальних навчальних закладів [8, с. 204]. Система медсестринської освіти в цій країні ґрунтується також на ратифікованій в березні 1996 року стратегії ВООЗ відносно медсестер та акушерок [9, с. 7].

На сьогодні в Польщі існують як інститути медсестринства, в межах так званих Державних Вищих Професійних (Фахових) Шкіл або, як направлення медсестринської освіти в Інститутах Охорони здоров'я. Крім того існує єдиний в Польщі спеціалізований медичний навчальний заклад – Державна Медична Вища Професійна Школа, в м. Ополє [9, с. 8–9]. Навчальна програма для медсестер побудована відповідно до стандартів сестринської освіти у вищих професійних школах, як це визначено в Розпорядженні Міністра охорони здоров'я Республіки Польща від 15 квітня 2002 року що діє відповідно до Закону від 5 липня 1996 року «Професії медсестри та акушерки». Ці стандарти відповідають вимогам Європейського Союзу [10, с. 15–17]. Існують такі рівні підготовки медичних сестер в цих навчальних закладах, які є єдиними для всіх ВНЗ в Польщі при підготовці медичних сестер: I ступеня (бакалаври) – денне стаціонарне навчання (на базі тільки повної середньої освіти), II ступеня (магістри) – денне стаціонарне та заочне навчання, в т. ч як елемент післядипломної освіти. Але це стосується тільки осіб, які вже закінчили раніше медичний ліцей, або початкові професійні медичні студії [8, с. 205]. Денне навчання триває 6 семестрів (3 роки). Навчальний план включає в себе 4750 годин, з них 2300 годин практичного навчання. Випускник-бакалавр має

можливість продовжити своє навчання на рівні II ступеня (магістратура), тільки маючи диплом бакалавра медсестринства [8, с. 206]. При навчанні на рівні II ступеня (магістратура) – стаціонарне та заочне навчання триває 4 семестри. При цьому навчальний план включає в себе 1450 годин, в тому числі 590 годин практичних занять [8, с. 207]. Крім того існують докторантські студії в ВНЗ медсестринства в Польщі III рівня акредитації. Існуюча модель підготовки медичних сестер за останні 16 років зарекомендувала себе як якісна та життєздатна та така, яка повністю відповідає вимогам ЄС та світовим стандартам з підготовки медичних сестер.

Джерела і література:

1. Кузьмінський П. Й. Становлення та розвиток медсестринства у світі та в Україні (за матеріалами літературних джерел) / П. Й. Кузьмінський // Економіка та держава. – 2013. – № 4. – С. 135–136.
2. Губенко І. Я. Галузеві стандарти вищої освіти, як складова системи підготовки медичних сестер / І. Я. Губенко, І. В. Радзівська // Медсестринство: науково-практичний журнал. – 2009. – № 1. – С. 14–21.
3. Шатило В. Й. Ступенева медична освіта в Україні / В. Й. Шатило, І. Р. Махновська // Медсестринство України. – 2008. – № 2. – С. 9–12.
4. Чернишенко Т. І. Програма розвитку медсестринства України (2005–2010 рр.) / Чернишенко Т. І. // Медсестринство України. – 2005. – № 2. – С. 2–7.
5. Шегедин М. Б. Медсестринство в Україні: навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. I-II рівнів акредитації / М. Б. Шегедин. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. – С. 260–279.
6. Бугаєвська Н. А. Огляд навчально-професійної підготовки медичних сестер в Україні / Н. А. Бугаєвська, К. А. Бугаєвський // Збірка матеріалів Міжнародної конференції «Виклики для медсестринства в XXI сторіччі». – Освенцім, Республіка Польща, 2013. – С. 45–49.
7. Slosorz T. Kształcenie zawodowe pielęgniarek w ujęciu historycznym / T. Slosorz // Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu. – № 4 (41). – 2014. – S. 221.
8. Slosorz T. Zmiany akademickiego systemu kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce w latach 1969-2009 / T. Slosorz. – Poznań. – 2014. – S. 204–207.
9. Kozka M. Kształcenie pielęgniarek i położnych po wejściu Polski do Unii Europejskiej / M. Kozka // Magazyn Pielęgniarki i Położnej. – 2009. – № 5. – S. 7–9.
10. Kulik T.B. Pielęgniarstwo w europejskiej przestrzeni szkolnictwa wyższego / T.B. Kulik // Magazyn Pielęgniarki i Położnej. – 2009. – № 10. – S. 15–17.

РОЛЬ ЕКОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ В ПРОБЛЕМІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ

Завгородній І. В., д.мед.н., професор кафедри гігієни та екології №2, ХНМУ.

Сокол К. М., к.мед.н., професор кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, ХНМУ.

Сидоренко М. О., к.мед.н., доцент кафедри гігієни і екології №2, ХНМУ.

У другій половині ХХ ст. гостро постала проблема виживання й подальшого існування людства. Одним з чинників, який обумовив цю проблему стала екологічна криза, яка призвела до широкого розповсюдження екологічно зумовлених захворювань і смертності, погіршення демографічної ситуації. Людство стало перед необхідністю розробки стратегії свого виживання на планеті, оптимізації взаємовідносин суспільства і природи.

На сучасному етапі розвитку людства, в час надзвичайно високого рівня впливу на довкілля з не завжди передбачуваними наслідками екологічна освіта є необхідною складовою сталого екологічно безпечного розвитку людства.

На п'ятій конференції міністрів освіти «Навколишнє середовище для Європи» (Київ, 2003) було відмічено, що фундаментом сталого розвитку на сучасному етапі розвитку суспільства є освіта. Учасники конференції запропонували всім країнам включити концепцію сталого розвитку в свої системи освіти всіх рівнів від дошкільної до вищої та неформальної освіти, до освіти поза навчальними закладами, щоб сприяти освіті як ключовому чиннику перетворень.

В більшості країн світу вже проводиться широкомасштабна робота по реалізації проблеми освіти в сталому розвитку – вводяться нові учбові курси, дисципліни, розроблені навчальні програми. Впроваджена максимальна екологізація інших учбових дисциплін.

В Україні були розроблені концептуальні основи екологічної освіти, які ґрунтуються на основних положеннях Міжнародної стратегії дій в галузі освіти й підготовки кадрів з питань навколишнього середовища, а також на широко визнаній в усьому світі ідеї стабільного розвитку. Обов'язкового характеру набула освіта у вищих учбових закладах, але існує багато невирішених проблем, які ми прослідкували на прикладі впровадження екологічної освіти в Харківському національному медичному університеті [1].

В рамках реалізації Концепції світового розвитку в ХНМУ були впроваджені нові навчальні дисципліни: «Управління соціальною та екологічною безпекою» (магістри ПУА), «Соціальна екологічна безпека діяльності» (магістри НПО), «Санітарно-гігієнічна експертиза» (магістри по спеціальності «Лабораторна діагностика»).

Програми названих дисциплін недосконалі, в них замість питань екології передбачається вивчення цивільного захисту населення, охорони праці, а програма з дисципліни «Соціальна та екологічна безпека діяльності» взагалі не розроблена.

Як видно з наведеного переліку екологічна освіта в основному передбачається лише при підготовці магістрів, але вона особливо необхідна при підготовці студентів, лікарів-інтернів, аспірантів та спеціалістів на базах післядипломної освіти.

Огляд літератури свідчить що широке розповсюдження екологічно зумовлених захворювань серед населення урбанізованих територій. За оцінками різних авторів найбільш чутливою до дії негативних факторів навколишнього середовища є репродуктивна система. За різними даними від 40 до 60 забруднених речовин володіють репродуктивною токсичністю. Європейське агентство по охороні навколишнього середовища пропонує слідуючий перелік екологічно зумовлених захворювань: інфекційні захворювання, що виникають

від забруднення води, продуктів харчування, повітря; злоякісні новоутворення; серцево-судинні захворювання та захворювання органів дихання; діабет; захворювання шкіри, порушення нервово-психічного розвитку дітей; порушення репродуктивного здоров'я. Наведені фактори, що їх визивають [2].

Проблема екопатології вимагає від лікарів-клініцистів пошуку та встановлення причин виникнення екопатології та призначення хворому адекватної терапії. На відміну від лікарів розвинутих країн у нашій країні лікарі розглядають хворого у відриві від екологічного оточення і в зв'язку з цим пацієнтам призначається неадекватна терапія і профілактика можливих подальших загострень.

Назріла необхідність доповнити навчальні програми для всіх рівнів університетської підготовки, або ввести окремі розділи чи курси з екологозалежних захворювань, що підвищить у медичних працівників, педагогів рівень екологічної свідомості та рівень екологічної освіти.

Література:

11. І. В. Завгородній, М. О. Сидоренко, К. М. Сокол, Т. М. Дмухівська. Екологічна освіта як фактор сталого розвитку // Мат. XII Всеукраїнської наук.-практ., конф., з міжнародною участю «Актуальні питання якості медичної освіти», – 12-13 травня 2016 р. – м. Тернопіль –Т.1. – С.99-100.
12. Б. А. Ревич. Экологическая эпидемиология: Учебник для высших учебных заведений / М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 384 с.

ФОРМУВАННЯ МИЛОСЕРДЯ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ

Лебединець Т.М. кандидат педагогічних наук, викладач вищої категорії, викладач-методист Медичного коледжу Харківського національного медичного університету;

Якиміва О.О. кандидат педагогічних наук, викладач вищої категорії, викладач-методист Медичного коледжу Харківського національного медичного університету;

Полковникова М.В. викладач вищої категорії, викладач-методист Медичного коледжу Харківського національного медичного університету

В умовах сучасного розвитку української економіки, процесів, які неоднозначно впливають на систему охорони здоров'я в цілому і підготовку кадрів у навчальних закладах медичного профілю, необхідно внести зміни до процесу професійної підготовки молодшого медичного персоналу, здатного не тільки виконати призначену лікарем процедуру, але і бути готовим прийти на допомогу, таким, що вміє співчувати і радіти, піклуватися про нужденних.

Однією з домінант сучасної медичної освіти є формування професійних якостей майбутніх фахівців, зокрема милосердя.

У даний час «милосердя» асоціюється з такими поняттями як гуманізм, альтруїзм, толерантність, співчуття, співпереживання, доброта, любов, людяність, емоційна чуйність.

Проблема формування милосердної особистості, яка здатна до співпереживання, вміє відчувати біль і страждання інших людей та готова до співучасті в їхній долі, з давніх часів посідала центральне місце в історії педагогіки і філософії.

Мислителі минулого відносили милосердя до найбільш важливих якостей людини, а в різних культурних традиціях милосердя осмислюється як важлива, істотна моральна вимога. Ідея справедливості займає виняткове місце у працях Аристотеля: «Справедливим можна бути лише стосовно іншого, а турбота про іншого, в свою чергу, є прояв турботи про суспільство» [1, с. 207]. Цікавою видається також ідея Д. Юма про альтруїстичні почуття загальнолюдської «симпатії», яке передбачає утримання від крайнощів індивідуалізму і стимулювання об'єднання людей на основі масового співпереживання і співчуття [2, с. 54]. Французький просвітитель Ж.-Ж. Руссо вважав, що люди стають щасливими, якщо вміють співчувати і допомагати іншим [3, с. 121]. Поряд з Ж.-Ж. Руссо ідеї доброти, любові до людей, співчуття і терпимості як умови духовного розвитку кожної особистості висловлювали також багато відомих педагогів минулого: Я. А. Коменський, І. Г. Песталоцці, Ф. А. Дистервег та ін. [4, с. 413].

У християнстві милосердя набуває особливого етичного значення як одна з трьох – поряд з вірою і надією – богословських добродієвостей. Філософи М. Бердяєв, С. Булгаков, В. Соловйов, С. Трубецькой, С. Франк розглядали милосердя, спираючись на християнську точку зору, вбачаючи вищий моральний ідеал людини в образі Ісуса Христа [5, с. 336].

До проблеми формування професійних якостей, зокрема милосердя, зверталися В. Блюмкін, Л. Ощепкова, А. Постернак, В. Шутова [6, с. 640].

Формування милосердя у майбутніх медичних сестер можна розглядати як процес духовно-ціннісної орієнтації, що передбачає створення сприятливого професійно спрямованого середовища та організацію взаємодії з людиною, яка потребує сестринського догляду на основі засвоєння професійних дій, які полегшують фізичні й психічні страждання пацієнта, а також індивідуальної психологічної допомоги у вирішенні проблем студента, що заважають виявленню милосердя.

У реальному педагогічному процесі медичного коледжу ці умови щільно взаємопов'язані й взаємозумовлені, мають реалізовуватися одночасно, забезпечуючи тим самим формування милосердя майбутніх медичних сестер.

Проте, вони не мають цілеспрямованого характеру, відсутні результати систематичної роботи щодо формування милосердя як в навчальній, так і у позанавчальній роботі. Діяльність медичних коледжів спеціально не зорієнтовано на формування милосердя як професійної якості майбутніх фахівців медичного профілю.

Під час проведення теоретичних та практичних занять з дисциплін «Медсестринство в хірургії» та «Медсестринство в акушерстві і гінекології» ми забезпечуємо позитивний психолого-емоційний мікроклімат у кожній групі, послідовно залучаємо студентів у соціально-професійну спільноту медичних працівників, інформуємо про професії медичного профілю; розвиваємо комунікативні уміння і здібності студентів (забезпечуючи спілкування між медичною сестрою та пацієнтами).

У процесі проведення практичних занять перевіряються й закріплюються теоретичні знання на практиці, відпрацьовуються необхідні для майбутніх медсестер уміння та навички з метою набуття досвіду найбільш доцільної професійної поведінки на основі засвоєних професійних цінностей.

Систематично проводяться різноманітні конкурси, у яких беруть участь студенти різних курсів і спеціальностей (майбутні медичні сестри, фельдшери, акушерки), що сприяє формуванню толерантності, емпатії, формуванню вмінь працювати в команді, вихованню взаємодопомоги тощо. У сценарій конкурсу обов'язково включаються ситуаційні завдання (наприклад, практичні маніпуляції, реклама виробів медичного призначення, діагностичні завдання тощо).

З метою формування комунікативних здібностей і умінь майбутні медики виконують вправи, беруть участь у ділових іграх, а також в організації та проведенні медсестринських досліджень, волонтерських акцій.

За результатами опитування студентів ми виявили, що вони розуміють важливість майбутньої професії й значення якісної сестринської допомоги для ефективного лікування, виявляють толерантність, співчуття, емоційну чуйність, а також відчують відповідальність перед пацієнтами та їхніми рідними.

Джерела і література:

1. Аристотель. Этика / Пер. с греч. с приложениями Ж. Радлова. – СПб., 1908. – 207 с.
2. Юм Д. Трактат о человеческой природе. В 2 т. / Д. Юм. – Т. 2. – М., 1995. – 54 с.
3. Руссо Ж.-Ж. Трактаты / Ж.-Ж. Руссо. – М., 1969. – 121 с.
4. Коменский Я. А. и др. Педагогическое наследие / Я. А. Коменский, Дж. Локк, Ж.-Ж. Руссо, И. Г. Песталоцци / Сост. В. М. Кларин, А. Н. Джуринский. – М., 1987. – 413 с.
5. Бердяев Н. А. Самопознание (опыт философской автобиографии) / Н. А. Бердяев. – М. : Международные отношения, 1990. – 336 с.

6. Блюмкин В. А. Мир моральных ценностей / В. А. Блюмкин. – М. : Знание, – 1981. – 640 с.
7. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки: Автореф. ...дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / К. М. Куренкова. – Харків, 2009. – 20 с.
8. Лісовий В. М. Основи медсестринства: підручник / В. М. Лісовий, Л. П. Ольховська, В. А. Капустник. – К. : ВСВ Медицина, 2010. – 560 с.

FORMS OF POST-GRADUATE TRAINING FOR POLICY MAKERS IN HEALTH CARE AND SCIENTIFIC-TEACHING STUFF

Martynenko Nataliya, Phd in History, Associate Professor of Social Sciences' Department, Kharkiv National Medical University

Kharkiv Institute of Post-Graduate Medical Education used a big variety of forms for training of medical staff of different levels. In 1923 the main task of post-graduate courses was training of local physicians from periphery [1, p. 2]. Later, in 1927, the Institute organized the re-training not only for local specialists, but also for the health profile doctors in physical culture, radiology, maternal and child health care [2, p. 4].

Further development of science and health practice, scientific disciplines and medical experience were introduced into the post-graduate training [3, p. 9]. For the preparing of policy makers for public health (Head Doctors, Local Health Inspectors, Heads of Dispensaries, Heads of Medical Departments at Factories and Plants, etc.) it was necessary to organize the Department of Public Health Organization [4, p. 10]. This department started to train specialists in November, 1930 [4, p. 10].

At the basis of some regional hospitals in 1930 branches of the Institute started to function in Donetsk, Luhans'k, Poltava, Sumy, and Kremenchuk [4, p. 10]. The main form of training there were cyclic ones. Branches existed in the period between 1930 and 1934. During this period 33 cycles were held and 387 listeners had got the qualification [4, p. 10]. There was an original form of fragmentary short courses devoted to the specific points of medicine about 1600 doctors got knowledge in these courses [5, p. 16]. Practical classes with analysis of a definite patient's case prevailed, demonstration of the operations and different methods of examination were also popular at that time [6, p. 4].

Scientific-practical conferences were among the main forms of re-training of medical specialists. The main organizers of them there were mobile groups of professors, who shared by their experience and knowledge. Each year 2-5 thousand of physicians participated in such form of work [5, p. 16].

The professor-teaching stuff of the Institute was formed from the scholars of Scientific-Research Institutes and high-qualified specialists from the practitioners [6,

p. 5]. Along with this Institute was training the scientific-educational stuff. Internship was the first form of such work. It was introduced by the Ministry of Public Health of Ukraine (Narcomat okhorony zdorovya) in 1927 [7, p. 12]. It played an important part in the training of doctors-specialists. The first 84 graduates started their activity after 2 years of training (1928–1929) [5, p. 16].

Postgraduate studies and clinical traineeship were introduced in Ukrainian system of medical education in 1931 [5, p. 16]. Ukrainian Institute of Postgraduate Medical Training realized methodic and organizational guidance by this work. Each year the amount of postgraduates and clinical trainees was increasing: in 1934 there were 20 graduates, in 1936 – 44 ones, in 1938 – 30 postgraduates and 96 clinical trainees [5, p. 16]. Since 1937 the regular scientific conferences of postgraduates, clinical trainees and interns had been started [5, p. 17].

References and sources:

1. ДАХО. Ф. Р 6130 Український інститут удосконалення лікарів (УІУЛ) (1953-1977). Оп. 1. Спр. 646. Арк. 2.
2. ДАХО. Ф. Р 6130 Український інститут удосконалення лікарів (УІУЛ) (1953-1977). Оп. 2. Спр. 60. Арк. 4.
3. ДАХО. Ф. Р 6130 Український інститут удосконалення лікарів (УІУЛ) (1953-1977). Оп. 1. Спр. 646. Арк. 9.
4. ДАХО. Ф. Р 6130 Український інститут удосконалення лікарів (УІУЛ) (1953-1977). Оп. 1. Спр. 646. Арк. 10.
5. Харківський інститут удосконалення лікарів: До 75-річчя заснування / Ред. колегія: М. І. Хвисюк та ін. – Харків : Фоліо, 1998. – 224 с.
6. ДАХО. Ф. Р 6130 Український інститут удосконалення лікарів (УІУЛ) (1953-1977). Оп. 2. Спр. 60. Арк. 4-5.
7. ДАХО. Ф. Р 6130 Український інститут удосконалення лікарів (УІУЛ) (1953-1977). Оп. 1. Спр. 646. Арк. 12.

РОЛЬ ХІМІЧНИХ ДИСЦИПЛІН У СТАНОВЛЕННІ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ: ІСТОРІЧНІ АСПЕКТИ

Сирова Г. О., професор, д.фарм.н., завідувач кафедри медичної та біоорганічної хімії Харківського національного медичного університету.

Петюніна В. М., доцент, к.фарм.н., доцент кафедри медичної та біоорганічної хімії Харківського національного медичного університету.

Макаров В. О., доцент, к.хім.н., доцент кафедри медичної та біоорганічної хімії Харківського національного медичного університету.

Козуб С. М., к.техн.н., доцент кафедри медичної та біоорганічної хімії Харківського національного медичного університету.

Усі віхи розвитку історії людства є яскравим прикладом тісного взаємозв'язку між природничими науками, до яких у першу чергу відноситься хімія, і медицина. Як відомо, значним поштовхом до розвитку хімічної науки був період, який іменується «алхімічним». Основна мета алхіміків – пошук філософського каменя, необхідного для виготовлення дорогоцінних металів золота та срібла. Але видатні люди того часу вбачали іншу мету у пошуках алхіміків. Зокрема, видатний швейцарський лікар Парацельс, який також розділяв алхімічний світогляд, писав: «Цель химии состоит не в изготовлении золота и серебра, а в изготовлении лекарств» [1]. Саме з XVI сторіччя й бере початок ятрохімія – праматір сучасної медичної хімії. Всесвітньо відомий вчений, хімік, філософ М. В. Ломоносов також вважав, що лікар без достатнього знання хімії «совершенен быть не может». І ми, сучасні викладачі медичної, біоорганічної, біологічної хімії вважаємо цю тезу Михайла Васильовича абсолютно вірною і такою, яка відображає стан медичної освіти нашої держави, оскільки знання з цих дисциплін складають основу для вивчення фізіологічних процесів у нормі, основ патогенезу хвороб, механізму дії лікарських засобів на молекулярному рівні. Це в свою чергу є теоретичним фундаментом і практичною базою при підготовці майбутніх лікарів.

Медична освіта Харківщини започаткована 1805 року, коли було відкрито Імператорський Харківський університет (нині – Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна), при якому існував медичний факультет. Окремої кафедри хімії для студентів медичного факультету не було. На той час ази хімії студентам – медикам викладались на природничому відділенні фізико-математичного факультету університету видатними вченими, наукові розробки яких у галузі фізичної, колоїдної, неорганічної, аналітичної, органічної та фармацевтичної хімії не втратили своєї актуальності і до наших днів, як то Бекетов М. М., Осипов І. П., Мухін Г. Є., Красуський К. А., Тимофєєв В. Ф., Валяшко М. А. [2].

У цей час були написані перші вітчизняні підручники з неорганічної та органічної хімії (І. П. Осипов). Велика увага приділялась розвитку логічного мислення, яке так необхідне майбутнім лікарям. Тому вже на той час студенти-медики отримували не тільки теоретичні знання основ хімії, але і відпрацьовували практичні навички науково-дослідницької роботи.

У 20-ті роки минулого сторіччя на медичному факультеті Харківського університету (нині – Харківський національний університет) була створена окрема кафедра хімії. У цей же час у місті Харкові створюється Харківська медична академія на базі об'єднання медичного училища та жіночого медичного інституту Харківського медичного товариства, яка у 1921 році була реорганізована у медичний інститут. У цьому ВНЗ існували кафедри хімії та органічної хімії [3].

У різні роки цими кафедрами керували професори Г. Ю. Тимофєєв, Є. М. Гапон, Ю. О. Габель, які надзвичайну увагу приділяли зв'язку хімії з медициною. Зокрема, Є. М. Гапон написав такі підручники як «Неорганічна хімія для медиків» та «Фізична хімія для медиків». На кафедрі органічної хімії під керівництвом проф. Габеля Ю. Г. розпочато науковий пошук методу синтезу аналогів першого відкритого у нашій країні антибіотику – пеніциліну [2].

У 50-ті роки хімічні кафедри були об'єднані в одну – загальної хімії, яка у 1977 році була названа кафедрою загальної та біоорганічної хімії. На цій кафедрі студенти-медики вивчали такі хімічні дисципліни, як «Загальнотеоретичні основи хімії», «Хімія елементів», «Якісний аналіз», «Кількісний аналіз», «Фізколоїдна хімія», «Органічна хімія» протягом двох навчальних років [1].

Слід відмітити, що викладались хімічні дисципліни з 1971 за новою програмою, у якій значне місце посідали питання медико-біологічного напрямку.

Сучасна назва кафедри – кафедра «Медичної та біоорганічної хімії» та дисциплін, які точно відображають цю назву, – найбільш повно відповідає змісту навчальної, науково-дослідної, методичної роботи, яка виконується викладачами у відповідності до нових вимог освітньо-кваліфікаційних програм, забезпечуючи на належному рівні поглиблену інтеграцію дисциплін з медико-біологічними та клінічними кафедрами. Активно підтримуються тісні зв'язки з профільними кафедрами медичних ВНЗ-ів України. Регулярно проводиться міжрегіональна науково-методична конференція «Формування сучасної концепції викладання природничих дисциплін у медичних освітніх закладах», яка була започаткована в 2003 році та проводиться по цей час. Червоною ниткою у нашій роботі проходить думка про необхідність донести до свідомості студента – майбутнього лікаря, що організм людини є самим універсальним та складним хімічним реактором, пізнавши процеси в якому на молекулярному рівні він зможе лікувати навіть невиліковні на даний час патології. Тому залишається актуальним питанням подальше специфічне междисциплінарне комплексування навчального процесу з клінічними кафедрами, що повинно забезпечити насичення хімії профільними медичними питаннями та знаннями [1]. Доцільним вважаємо створення співробітниками кафедри учбових посібників хімії біогенних елементів: «Біогенні елементи: медичні аспекти», «Biogenic elements: chemistry – medicine», монографій: «Вода – источник жизни», «Кислород основа жизни», «Озон и озонотерапия», «Аэрозоли – дисперсные системы», «Аминокислоты глазами химиков, фармацевтов, биологов» (Т.1, Т. 2), «Аминокислоты – наноразмеры молекулы: клинико-лабораторные исследования». Також було створено та видано сучасні

посібники з медичної хімії та біоорганічної хімії з грифами МОН та МОЗ України.

Для того, щоб зацікавити наших студентів – першокурсників весь лекційний матеріал з «Медичної хімії» та «Біоорганічної хімії» надається з викладанням медичних аспектів. Медична спрямованість передбачена в тематиках студентських наукових конференцій, що проводяться для першокурсників на кафедрі медичної та біоорганічної хімії. Так, в 2015-2016 н.р. були проведені міжфакультетські конференції першокурсників «Хімія біогенних елементів», присвяченої 145 – річчю з дня народження Валяшка Н.А., «Нано-, мікро -, макрохімія», «За здоровий спосіб життя», «Хімія. Екологія. Медицина», присвяченої 120 – річчю з дня народження Асса Т.В., «Chemistry for medicin» (для англомовних студентів), конференція для бакалаврів «Хімія в косметології» та інші. Така медична спрямованість в доповідях вже на 1 курсі сприяє адаптації студентів до навчання в медичному ВНЗ-і та підсилює мотиваційний компонент при вивченні хімічних дисциплін для майбутніх медиків.

Джерела і література:

1. Сторінки історії кафедри та біоорганічної хімії Харківського національного медичного університету / Г. О. Сирова, І. В. Завгородній, Л. Г. Шаповал та ін. / за ред. проф. Г. О. Сирової. – Харків : ТОВ «ЕДЕНА», 2010. – 164 с.
2. Кафедра хімії крізь роки (Історичний нарис): монографія Г. О. Сирова, І. С. Чекман, В. М. Петюніна та ін. / за ред. проф. Г. О. Сирової. – Харків : «Щедра садиба плюс», 2015. – 272 с.
3. Бакіров В. С. Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна за 200 років / В. С. Бакіров, В. М. Духопельников, Б. П. Зайцев та ін.; Худож. – оформлювач І. В. Осипов – Харків : Фоліо, 2004. – 750 с.

ВПЛИВ НОРМ КОНСТИТУЦІЇ УКРАЇНИ НА САНІТАРНЕ ЗАКОНОДАВСТВО

Гоцуляк С.Л., здобувач кафедри історії держави і права України та зарубіжних країн Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого

Конституцію по праву можна називати Основним Законом розвинутого суспільства. Так, структура Конституції України свідчить про те, що в її центрі знаходиться людина, її інтереси та потреби, що являються головною цінністю суспільства. Зокрема, важливе місце в Основному Законі України займають питання виробничої санітарії, охорони навколишнього середовища та забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя. На конституційному

рівні ці питання вперше були закріплені в Конституції Української Радянської Соціалістичної Республіки (далі – УРСР) 1978 р., а потім з деякими змінами і корективами були внесені в текст Конституції 1996 р.

Важливим напрямком державної політики в сфері охорони здоров'я є нормативно-правове забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення.

Конституційне закріплення права на здоров'я – величезне досягнення держави. Так, відповідно до ст. 40 Конституції УРСР від 20 квітня 1978 р., це право забезпечувалось: "безоплатною кваліфікованою медичною допомогою; розвитком і вдосконаленням техніки безпеки і виробничої санітарії; проведенням широких профілактичних заходів; заходами щодо оздоровлення навколишнього середовища; розгортанням наукових досліджень, спрямованих на запобігання та зниження захворюваності" тощо [1, ст. 40]. Отже, широкий комплекс закріплених на конституційному рівні заходів закладав основи нормативно-правового забезпечення збереження здоров'я населення, попередження та зниження розповсюдження заразних хвороб, що у свою чергу, в значній мірі повинно було забезпечити довге та здорове життя населення.

Новий якісний рівень розвитку санітарно-епідеміологічного благополуччя пов'язаний з прийняттям Конституції України у 1996 р. [2], принципи якої направлені на вирішення низки пріоритетних завдань в сфері збереження здоров'я населення. Ряд статей містить положення, які безпосередньо відносяться до питання санітарно-епідеміологічного благополуччя та захисту здоров'я населення.

Так, стаття 16 закріплює обов'язок держави "забезпечувати екологічну безпеку і підтримувати екологічну рівновагу на території України, здійснювати подолання наслідків Чорнобильської катастрофи, а також зберігати генофонд Українського народу" [2, ст. 16]. В той же час, в сучасних умовах збільшується кількість й інтенсивність впливу фізичних, хімічних та інших факторів, які володіють спроможністю безпосередньо впливати на організм людини, оминаючи соціальні бар'єри. Останнім часом значно виросло число нових захворювань – генетичних, токсикологічних, алергічних, ендокринних та інших. Їх появу та розповсюдження можна напрямку зв'язати з широким використанням атомної енергії та нових видів речовин, а також зі зміною хімічного оточення людини. Все це вимагає від законодавця не тільки закріплення на рівні Основного Закону обов'язку щодо забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, а і встановлення норм, реалізація яких дозволяла б виконувати цей обов'язок.

В статті 49 Конституції відмічається, що "охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя" [2, ст. 49]. Відповідно до цих

конституційних приписів розробляються та здійснюються заходи в сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, визначаються права і обов'язки державних органів, підприємств, установ, організацій та громадян. Важливе значення має порядок організації державної санітарно-епідеміологічної служби і здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні.

Стаття 50 вказує, що "кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. Кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена"[2, ст. 50]. Це дає населенню змогу контролювати виконання конституційних приписів, як самостійно, так і через певні організації.

Таким чином, конституційні норми, які стосуються охорони здоров'я, санітарно-епідеміологічного благополуччя населення та навколишнього середовища, являються фундаментом санітарно-епідеміологічного законодавства. Ці положення складають як конституційну, так і політико-правову основу охорони здоров'я та санітарного благополуччя населення. Об'єктом правової охорони у даному разі виступає здоров'є людини, як носій особистих (життя і здоров'я) та правових цінностей.

При цьому важливим є використання комплексного підходу, направленого на збереження життя, здоров'я та навколишнього середовища. Реалізація конституційних положень дозволяє встановити єдину функціональну та ефективну правову систему забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя на всій території України.

Джерела і література:

1. Конституція Української Радянської Соціалістичної Республіки : прийнята на позачерг. сьомій сес. Верхов. Ради Укр. РСР дев'ятого скликання 20.04.1978 р. // Ведомости Верховного Совета УССР. – 1978. – № 18. – Ст. 268
2. Конституція України : Закон Верховної Ради України від 28.06.1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Alkov V. A.	candidate degree in History, senior lecturer of the department of Social Sciences of Kharkiv National Medical University
Daśal M.	dr, adiunkt w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmacji, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Ilyin V.	chair assistant of the department of social sciences of Kharkiv National Medical University
Martynenko N.	Phd in History, Associate Professor of Social Sciences' Department, Kharkiv National Medical University
Migoń-Sasuła J.	doktorantka IV roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie
Robak I.	prof. dr hab., kierownik Katedry Nauk Społecznych Charkowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego
Rosa K.	dr n. hum, adiunkt Zakładzie Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Sasuła Ł.	doktorant IV roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie
Srogosz T.	prof. dr hab., kierownik Zakładu Metodologii Historii i Historii Historiografii oraz kierownik studiów doktoranckich Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie.
Stroynowski A.	dr hab., Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie
Агаев Э.	доцент Европейского университета в Лефке, факультет искусств и наук, кафедра истории, Лефка, Кипр
Бортник К. Ю.	студентка 4 курсу III медичного факультету Харківського національного медичного університету
Бугаєвська Н. А.	магістр медсестринства, ст. викладач, голова циклової предметної комісії з медсестринства, комунальний заклад «Бериславський медичний коледж» Херсонської обласної ради
Бугаєвський К. А.	к.мед.н., доцент кафедри фізичної реабілітації та здоров'я, Інститут здоров'я, спорту та туризму, Класичний Приватний Університет, м. Запоріжжя
Головко Я. І.	асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету

Гончаренко Л. О.	к.філос.н., доцент, доцент кафедри філософії Харківського національного медичного університету
Гоцуляк С. Л.	здобувач кафедри історії держави і права України та зарубіжних країн Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого
Григоров М. М.	асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Григоров С. М.	доктор медичних наук, професор, завідувач стоматологічним відділенням КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня та центр медицини катастроф», м. Харків
Григорова А. А.	к.мед.н., доцент кафедри хірургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Харьковского национального медицинского университета
Григорова І. А.	д.мед.н., професор, звідувач кафедри неврології №1 Харківського національного медичного університету
Ескин А. Р.	к.мед.н., доцент кафедри неврологии № 1 Харьковского национального медицинского университета
Завгородній І. В.	д.мед.н., професор кафедри гігієни та екології №2, Харківського національного медичного університету
Киричок І. В.	директор Наукової бібліотеки Харківського національного медичного університету
Кисільова Т. О.	кандидат історичних наук, викладач кафедри медико- біологічної фізики і інформатики ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Ковальцова М. В.	асистент кафедри патологічної фізіології ім. Д. О. Альперна Харківського національного медичного університету
Козуб С. М.	к.техн.н., доцент кафедри медичної та біоорганічної хімії Харківського національного медичного університету.
Костюкевич Т. В.	завідуюча відділу зберігання фондів Наукової бібліотеки Харківського національного медичного університету
Кузьміна О. О.	к.мед.н., доцент кафедри акушерства і гінекології №1 Харківського національного медичного університету
Лебединець Т. М.	к.пед.н., викладач вищої категорії, викладач-методист Медичного коледжу Харківського національного медичного університету

Макаров В. О.	к.хім.н., доцент кафедри медичної та біоорганічної хімії Харківського національного медичного університету
Микулина О. И.	заведующая отделом научной медицинской информации и библиографии КУОЗ Харьковская научная медицинская библиотека
Огнєв В. А.	д.мед.н, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету
Огнєва Л. Г.	асистент кафедри патологічної фізіології ім. Д. О. Альперна Харківського національного медичного університету
Олексюк О. Б.	к.мед.н., асистент кафедри організації та управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького
Петюніна В. М	к.фарм.н., доцент кафедри медичної та біоорганічної хімії Харківського національного медичного університету
Подпрядова А. А.	ассистент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета
Подригало Л. В.	д.мед.н., профессор кафедры гигиены и социальной медицины ХНУ им. Каразина
Полковникова М. В.	викладач вищої категорії, викладач-методист Медичного коледжу Харківського національного медичного університету
Помогайбо Е. Г.	ассистент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета
Русанов К. В.	независимый исследователь, г. Харьков
Русанова Е. Г.	независимый исследователь, г. Харьков
Савчук В. С.	д. і. н., професор кафедри теоретичної фізики Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара
Сидоренко М. О.	к.мед.н., доцент кафедри гігієни і екології №2, Харківського національного медичного університету

Сирова Г. О.	проф., д.фарм.н., завідувач кафедри медичної та біоорганічної хімії Харківського національного медичного університету
Сокол К. М.	к.мед.н., професор кафедри соціальної медицини, організації і економіки здравоохранения Харківського національного медичного університету
Тесленко О. А.	к.мед.н., доцент кафедри неврологии № 1 Харьковского национального медицинского университета
Тихонова Л. В.	к.мед.н., доцент кафедри неврологии №1 Харьковского национального медицинского университета
Тищенко Е. М.	д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского университета
Троценко О. В.	ст. викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету
Усенко С. Г.	кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я
Чернуха О. В.	ст. викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету
Шапка Г. І.	студентка 4 курсу III медичного факультету Харківського національного медичного університету
Шутова Н. А.	доцент кафедри патологічної фізіології ім. Д. О. Альперна Харківського національного медичного університету
Щербина М. О.	д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 Харківського національного медичного університету
Якиміва О. О.	к.пед.н., викладач вищої категорії, викладач-методист Медичного коледжу Харківського національного медичного університету

Наукове видання

**Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти
розвитку охорони здоров'я : матеріали IV міжнародної наукової
інтернет-конференції, на пошану ректора ХНМУ,
члена-кореспондента НАМН України, професора В. М. Лісового
(до 60-річчя від дня народження)**

1-8 листопада 2016 р.

Відповідальний за випуск: Робак І.Ю.

Підп. до друку 26.09.2016.
Формат 60×84/16. Друк цифровий. Гарнітура Таймс.
Умов. друк. арк.. 10,69. Умов. вид. арк. 11,75. Наклад 100 прим.
Зам. № 1432.

Харківський національний медичний університет
61022, Харків, пр. Науки, 4, meduniver@knmu.kharkov.ua, +38(057) 707-73-80, 700-41-32

Видавництво «Колегіум»
тел. (057) 703-53-74
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої діяльності
до державного реєстра видавців.
Сер.ДК №1722 від 23.03.2004 р.

Надруковано у друкарні
ФОП Тарасенко В.П.
Свідоцтво № 24800170000043751 від 21.01.2002 р.
61124, м. Харків, вул. Зернова, 6/267
Тел/факс: (0572)52-82-11