

ПРАКТИКУЮЧИЙ ЛІКАР

**ПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ
THE PRACTITIONER**

Спеціалізоване видання для медичних
та фармацевтичних працівників

ПРАКТИКУЮЧИЙ ЛІКАР

ТОМ 6, № 4 (24), 2017

Заснований у 2012 році

Періодичність виходу - 4 рази на рік

*Реєстраційне свідоцтво
серія KB №18599-7399 Р
від 18.01.2012 р.*

Усі права стосовно опублікованих статей залишаються за редакцією. Відповідальність за достовірність, добір та викладення фактів у статтях несуть автори. Передрук можливий із посиланням на джерело. Правову відповідальність за розміщення, зміст, достовірність та графічне відтворення рекламно-інформаційних матеріалів про лікарські засоби чи пристрої несе виробник, дистриб'ютор або інша структура, яка надала відповідні матеріали. До друкування приймаються рецензовані наукові матеріали, які відповідають вимогам до публікації у виданні.

*Підписано до друку 20.12.2017 р.
Формат 60х84 1/8. Друк офсетний.
Папір крейдяний. Наклад 13100 прим.*

*Видається за наукового сприяння
НМУ ім. О.О. Богомольця.
Рекомендовано до друку Вченою радою
стоматологічного факультету
НМУ ім. О.О. Богомольця,
протокол №5 від 14.12.2017 р.*

Адреса редакції:
Кафедра внутрішніх хвороб
стоматологічного факультету
НМУ ім. О.О. Богомольця,
вул. В. Винниченка, 9, м. Київ, 04053.
Телефон: (044) 486-49-80, 486-19-55
Факс: (044) 486-56-29
E-mail: vm3@nmu.ua

Видавець:
ТОВ «Видавничий дім Медкнига»
вул. Вишгородська, 12, м. Київ, 04074
Адреса для листування:
а/с-18, м. Київ-108, 04108
zdovado@ukr.net
Тел./факс: (044) 485-15-86

Керівник проекту
О.П. Влас
(066) 785-11-56
Керівник відділу маркетингу
Т.Г. Овчаренко
(066) 753-81-78, (067) 847-85-05
Випусковий редактор
Є.О. Скіндер
(093) 701-22-93
Відділ передплати
Т.О. Деркач
(093) 827-54-57
Верстка та дизайн
В.В. Макарович

www.likar-praktik.kiev.ua
www.medkniga.kiev.ua

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

професор Свінціцький А.С.

Заступник головного редактора

професор Катеренчук І.П.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Абрагамович О.О.	Мельник В.С.
Борисенко А.В.	Мойсеєнко В.О.
Бульда В.І.	Напреєнко О.К.
Венцківський Б.М.	Никула Т.Д.
Гиріна О.М.	Павленко Р.І.
Голубовська О.А.	Пасечніков С.П.
Дземан М.І.	Петренко В.І.
Долженко М.М.	Селюк М.М.
Жарінов О.Й.	Соколова Л.І.
Жебель В.М.	Степаненко В.І.
Журавльова Л.В.	Ткач С.М.
Заремба Є.Х.	Тяжка О.В.
Захараш М.П.	Хайтович М.В.
Колеснікова І.П.	Чернобровий В.М.
Коломоєць М.Ю.	Чешук В.Є.
Крамарьов С.О.	Чухрієнко Н.Д.
Кужко М.М.	Щербиніна М.Б.
Маньковський Б.М.	Яременко О.Б.

Відповідальний секретар: Свінціцький І.А.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Біловол О.М.	Широбоков В.П.
Коваленко В.М.	Дегенгардт Ф. (Німеччина)
Майданник В.Г.	Кухаж Е. (Польща)
Нетяженко В.З.	Макаревич А.Е. (Білорусь)
Пиріг Л.А.	Мусял Я. (Польща)
Синяченко О.В.	Рапопорт С.І. (Росія)
Фомін П.Д.	Сорока М.Ф. (Білорусь)
Чайковський Ю.Б.	Хоростовська-Винітко Й.
Чекман І.С.	(Польща)

**Журнал індексується
в наукометричних базах**

INDEX COPERNICUS
INTERNATIONAL

Google
Scholar

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ
БИБЛИОТЕКА
LIBRARY.RU

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

<i>Заремба Є.Х., Грицко Р.Ю., Кияк Ю.Г., Лемішко Б.Б., Заремба-Федчишин О.В., Заремба О.В.</i> Основний напрямок роботи фахівців сімейної медицини – профілактика	5
<i>Гуменюк А.Ф., Линдюк О.Р.</i> Ретроспективний аналіз якості надання медичної допомоги хворим на негоспітальну пневмонію на амбулаторному етапі в умовах реорганізації роботи первинної ланки охорони здоров'я.....	11

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

<i>Свінцицький А.С., Бірюченко І.В., Корендович Н.М.</i> Особливості клінічної картини різних варіантів функціональної диспепсії	16
---	----

КАРДІОЛОГІЯ

<i>Катеренчук І.П.</i> Корекція ендотеліальної дисфункції як важлива складова зменшення кардіоваскулярного ризику: протекторні властивості аргініну	21
<i>Палагнюк Г.О., Пашкова Ю.П., Сурсаєва Л.М., Жебель В.М.</i> Дерматогліфи як скринінговий метод діагностики носійства поліморфних варіантів генів, що кодують сучасні біомаркери, ендотелін-1 та мозковий натрійуретичний пептид	27

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<i>Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І.</i> Жінка та перинатальна втрата.....	33
---	----

РЕВМАТОЛОГІЯ

<i>Заремба Є.Х., Вірна М.М., Ших Л.Б., Буковецька І.В., Кобзаренко О.А.</i> Системний червоний вовчак (клінічний випадок)	39
--	----

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Алгоритм автономізації медичного закладу	42
--	----

ТРАДИЦІЇ МЕДИЦИНИ

<i>Дземан М.І.</i> Образцов Василь Парменович і Драгомиров Михайло Іванович: міфи та реальність (частина 1).....	48
---	----

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

<i>Скрипник Н.В., Боцюрко В.І., Дідушко О.М., Костіцька І.О., Вацеба Т.С., Марусин О.В., Чернявська І.В., Делятинський Р.І.</i> Сторінки історії становлення й розвитку ендокринології в Івано-Франківському НМУ (1967-2017).....	64
<i>Мойсеєнко В.О., Шостка І.П., Тарченко Н.В.</i> Книгозбірні — основа нашої національної духовності	83

МЕДИЧНІ ПОДІЇ.....	87
--------------------	----

TABLE OF CONTENTS

FAMILY MEDICINE

<i>Zaremba Ye.Kh., Hrytsko R.Y., Kyvak J.G., Lemishko B.B., Zaremba-Fedchyshyn O.V., Zaremba O.V.</i> Basic work of specialists of family medicine — prophylaxis.....	5
<i>Gumeniuk A., Lyndiuk O.</i> Retrospective analysis of the quality of medical care provided to patients with community-acquired pneumonia at the outpatient stage in conditions of reorganization of primary health care work.....	11

GASTROENTEROLOGY

<i>Svintsitskyy A.S., Biriuchenko I.V., Korendovych N.M.</i> Clinical features of different subgroups of functional dyspepsia	16
---	----

CARDIOLOGY

<i>Katerenchuk I.P.</i> The correction of endothelial dysfunction as an important component of cardiovascular risk reduction strategy: focus on the protective effects of arginine.....	21
<i>Palahniuk H.O., Pashkova I.P., Sursaeva L.M., Zhebel V.M.</i> Dermatoglyphics as a screening method of the diagnosis of polymorphic variants of the genes which encode modern biomarkers endothelin-1 and brain natriuretic peptide	27

MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>Skrypnikov A.M., Herasymenko L.O., Isakov R.I.</i> Woman and perinatal loss	33
--	----

RHEUMATOLOGY

<i>Zaremba Ye.Kh., Virna M.M., Shykh L.B., Bukovetska I.V., Kobzarenko O.A.</i> Systemic lupus erythematosus (medical case)	39
--	----

HEALTH CARE REFORMS IN UKRAINE

Algorithm for the autonomy of the medical institution	42
---	----

TRADITIONS OF MEDICINE

<i>Dzeman M.I.</i> Vasyl P. Obratsov and Mykhailo I. Drahomyrov: myths and reality (part 1)	48
---	----

HISTORY OF MEDICINE

<i>Skrypnyk N.V., Botsyurko V.I., Didushko O.M., Kostitska I.O., Vatseba T.S., Marusyn O.V., Cherniavska I.V., Deliatynskyi R.I.</i> History of the development of endocrinology at the Ivano-Frankivsk National Medical University for 50 years (1967-2017).....	64
<i>Moyseyenko V.O., Shostka I.P., Tarchenko N.V.</i> Library as a basis of our national spirituality.....	83

MEDICAL EVENTS	87
----------------------	----

Є.Х. Заремба, Р.Ю. Грицко,
Ю.Г. Кияк, Б.Б. Лемішко,
О.В. Заремба-Федчишин,
О.В. Заремба

Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького

ОСНОВНИЙ НАПРЯМОК РОБОТИ ФАХІВЦІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ — ПРОФІЛАКТИКА

Резюме

У статті викладено основні напрямки профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань у практиці сімейних лікарів.

Як показали аналізи глобальних проблем у медицині, в умовах переходу в середині ХХ століття від інфекційної до неінфекційної патології значущість чинників ризику останньої значно зросла, що пов'язується з поведінковими, середовищними, генетичними чинниками, боротьба з якими вимагає довгострокового планування і дієвої профілактичної та валеологічної професійної діяльності сімейних лікарів. При цьому прогностичні розрахунки свідчать, що, якщо не приділити адекватної уваги цим чинникам ризику, їх негативний вплив ще сильніше проявлятиметься в майбутньому.

Розроблено функціональну модель профілактичної діяльності сімейного лікаря в центрі первинної медичної допомоги, що вимагає його компетентнісної підготовки шляхом застосування змін організаційного механізму державного регулювання цього процесу, де профілактична освіта спрямована на опанування методами формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей та первинної профілактики найпоширеніших у сучасному суспільстві хвороб.

Важливе значення в профілактиці поширених неінфекційних хвороб сучасності має здоровий спосіб життя, у формуванні та дотриманні принципів якого відіграють суттєву роль лікарі сімейної медицини, що показано на прикладі їх роботи в поліклініці м. Львова.

Ключові слова

Сімейна медицина, інфекційні та неінфекційні захворювання, первинна й вторинна профілактика, профілактична спрямованість.

Сучасні моделі первинної медико-санітарної допомоги в усіх країнах світу не існують без профілактичних технологій, які є складовою сімейної медицини (СМ). Сімейна медицина — це наука, що спрямована на формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я окремої людини та її сім'ї через реалізацію комплексу валеологічних, профілактичних і лікувально-реабілітаційних заходів із первинної медико-санітарної допомоги, а сімейний лікар — це фахівець, який опанував науковими знаннями і реалізує цей комплекс заходів.

До складу сімейної медицини входить дві частини: превентивна (профілактична) медицина, що визначає проблеми формування, збереження і зміцнення здоров'я здорової людини та її сім'ї, а також лікувально-реабілітаційна медицина, яка вивчає принципи діагностики захворювань, їх лікування, медико-соціальну реабілітацію хворих і вторинну профілактику (профілактичне лікування). Перша частина СМ

поділяється, у свою чергу, на медичну валеологію та первинну профілактику [6, 8].

Валеологія (від латинського слова «valeo» — бути здоровим, сильним, міцним) — це наука і практична діяльність, що мають на меті формування, збереження і зміцнення здоров'я здорового індивіда. Як окрема наука зі своєю стратегією управління здоров'ям здорового індивіда, предметом і методами дослідження валеологія виділена І.І. Брехманом наприкінці минулого сторіччя. Подальші дослідження українських учених показали значні переваги медичної валеології в галузі превентивної медицини. Особливо важливого значення набуває реалізація валеологічних принципів під керівництвом сімейних лікарів. Під час обстеження пацієнта сімейний лікар розглядає індивідуальне здоров'я як самостійну медико-соціальну категорію, яка може бути кількісно та якісно охарактеризована прямими показниками [2].

У медичній валеології застосовується інтегративний (системний) підхід до формування, збереження чи зміцнення здоров'я здорової

людини. При цьому використовують переважно немедикаментозні засоби.

З появою медичної валеології як науки стали зрозумілишими та чіткішими основні напрями охорони здоров'я, кінцевою метою яких є здоров'я конкретної людини та громадське здоров'я.

Питання здоров'я і хвороб людини повинні завжди бути в компетенції лікарів. Вони вміють використовувати в конкретних ситуаціях принципи валеології для формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей різних вікових груп, застосовуючи їх у сфері превентивної медицини, що ґрунтується на сучасних досягненнях науки з активним використанням у цій сфері при відновленні здоров'я не лише методів управління за допомогою етіотропної, патогенетичної та симптоматичної терапії, але й найсучасніших методів саногенетичного лікування. Найоптимальніше таку роботу в сучасному суспільстві може виконувати сімейний лікар [1].

У процесі формування здоров'я сім'я як найближча біологічна і соціальна система, в якій зароджується життя нової людини та формується її здоров'я ще до народження і в процесі росту та розвитку, має виняткове значення. Важливу роль відіграє сім'я в збереженні та зміцненні здоров'я своїх членів через реалізацію принципів здорового способу життя, що є основою медичної валеології.

Знаючи стан здоров'я не лише окремої людини, але й її сім'ї, що біологічно та соціально тісно пов'язана із цією людиною, а також соціальні умови, в яких живе людина, сімейний лікар може компетентно та активно впливати не лише на формування, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я окремої людини, але й на рівень громадського здоров'я. На підставі науки про здоров'я (валеології) та вчення про хвороби (патології) формується загальна теорія сучасної медицини та нова стратегія охорони здоров'я [1].

Превентивна медицина — це система наукових знань і практичних дій, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я окремих людей та громад (громадського здоров'я) і первинну профілактику захворювань. У вирішенні різноманітних питань превентивної медицини важливе значення мають індивідуальні та громадські санітарно-гігієнічні заходи, які є надійним технологічним інструментом превентивної медицини.

Складовою превентивної медицини, що має неабияке значення в роботі сімейного лікаря, є первинна профілактика захворювань, яка проводиться в тих випадках, коли наявні певні загрози (чинники ризику) щодо виникнення в здо-

рових чи практично здорових людей певних захворювань. Цими чинниками ризику як для окремого індивіда, так і для територіальної громади, з якою працює сімейний лікар, можуть бути як інфекційні, так і неінфекційні. У разі появи чинників ризику інфекційного захворювання проводяться як громадські (ізоляція, карантин, дезінфекція тощо), так і індивідуальні (активна та пасивна імунізація) заходи з первинної профілактики.

Первинна профілактика захворювань проводиться в тих випадках і за таких ситуацій, коли виникають певні загрози (чинники ризику) щодо виникнення в здорових людей окремих захворювань інфекційного чи неінфекційного походження.

З метою первинної профілактики певного захворювання в конкретного пацієнта важливого значення набуває виявлення внутрішніх (ендогенних) і зовнішніх (екзогенних) чинників ризику цього захворювання. При цьому виявлені чинники ризику поділяють на керовані, на які можна впливати (артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, порушення обмінних процесів, синтез гормонів чи ферментів, умови праці та побуту, внутрішньосімейні стосунки, звички людини тощо), та некеровані (вік, стать тощо).

У сучасному високотехнологічному та взаємозалежному і взаємопов'язаному світі існують старі та з'являються нові загрози (ризик) для громадського здоров'я, є безліч можливостей для швидкого поширення інфекційних захворювань, проявів радіаційних чи токсичних хвороб, чинників кліматичних змін тощо [7].

В умовах переходу від інфекційного до неінфекційного типу патології в середині ХХ століття значущість указаних чинників ризику значно зросла. Найважливішими чинниками тягаря хвороб у країнах Європейського регіону ВООЗ є неінфекційні захворювання (17%), тоді як на зовнішні причини травм і отруєнь припадає 14%, а на інфекційні захворювання лише 9%. В основі хронічних неінфекційних хвороб лежить складна взаємодія поведінкових, генетичних, середовищних чинників, боротьба з якими вимагає довгострокового планування та дієвої профілактичної роботи. Використання відомих валеологічних і профілактичних технологій на підставі концепції «чинників ризику» дозволить у багатьох випадках попередити розвиток цих соціально значущих хвороб та їх поширення в сучасному суспільстві. Основними причинами смерті у ХХ сторіччі були: неінфекційні хвороби (1970 млн; кардіоваскулярні хвороби, респіраторні хвороби, хвороби шлунково-кишкової системи, психо-неврологічні захворювання, цукровий діабет та інші ендокринні хвороби, захворювання сечо-статевої, кістково-м'язової систем та шкіри); інфекційні хвороби

(1 680 млн); соціальні причини (980 млн; війни, нещасні випадки, забруднення повітря тощо); онкологічні захворювання (530 млн); ускладнення здоров'я (279 млн; нестача харчування, перинатальна та материнська смертність, уроджені вади); природні явища [9]. Всі перелічені чинники можна було знизити, проводячи політику профілактики на вищому рівні. Слід пам'ятати, що ефективно проведення вакцинації в 16 разів зменшує затрати на лікування. За даними ВООЗ, завдяки вакцинації щорічно можна попередити більше ніж 2,5 мільйонів дитячих смертей в усьому світі [10].

Провідними чинниками ризику тягаря основних хвороб сучасного українського суспільства є артеріальна гіпертензія (17,1%), гіперхолестеринемія (14,6%), тютюнопаління (11,6%), вживання алкоголем (11,3%), високий індекс маси тіла (9,3%), недостатнє вживання фруктів і овочів (8,1%), недостатня фізична активність (5,7%), вживання наркотиків (2,9%), свинець (1,2%), небезпечний секс (1,7%), інші (16,5%). Прогнозні розрахунки свідчать, що, якщо не протидіяти багатьом перерахованим чинникам, їх негативний вплив на здоров'я ще сильніше проявлятиметься в майбутньому [7].

Зрозуміло, що традиційна підготовка сімейних лікарів на післядипломному етапі у вигляді 6-місячних циклів перепідготовки та навіть у 2-річній інтернатурі не може виконати всіх вимог, які висуваються до них суспільством. Потрібно розпочинати підготовку сімейних лікарів на окремому факультеті сімейної медицини. До програми підготовки необхідно внести, крім перерахованих вище предметів, поглиблену підготовку із сімейної психології та гігієни сім'ї, психотерапії, паліативної та ХОСПІСної медицини [4, с. 142-148; 5, с. 16-13].

Існує необхідність підготовки сімейного лікаря до застосування в практичній діяльності соціально-психологічних методів впливу на оптимізацію сімейних стосунків, які можуть сприяти зменшенню виникнення поведінкових чинників ризику збільшення захворюваності населення, його інвалідизації та смертності.

Структурною основою організаційного управління профілактичною допомогою населенню виступають заклади первинної медичної допомоги, що працюють на засадах сімейної медицини. Основними напрямками постійного удосконалення медичного обслуговування населення є доступність профілактичних послуг, їх стандартизація та доказовість.

Реалізація заходів глобальної комплексної профілактики найпоширеніших захворювань є актуальною соціально-економічною проблемою країни. Вона дозволить істотно скоротити поширеність чинників ризику серед населення, реально зменшити їх вплив на здоров'я, поліпшити інтегральні показники громадського здоров'я, підвищити якість життя територіальних громад і окремих осіб, а також сприяти суспільному прогресу. Для цього слід кардинально змінити підготовку фахівців сімейної медицини як на додипломному, так і післядипломному етапах [3, с. 54-55].

Нами розроблено функціональну модель профілактичної діяльності сімейного лікаря в центрі первинної медичної допомоги, що ви-

Функціональна модель профілактичної спрямованості освіти та роботи сімейного лікаря



Рис. 1. Функціональна модель профілактичної спрямованості роботи сімейного лікаря

магає його компетентної підготовки шляхом застосування змін організаційного механізму державного регулювання цього процесу, де профілактична освіта спрямована на опанування методами формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей та первинної профілактики найпоширеніших у сучасному суспільстві хвороб (рис. 1).

Як показали аналізи глобальних проблем у медицині, в умовах переходу в середині ХХ століття від інфекційної до неінфекційної патології значення чинників ризику останньої значно зросло, що пов'язується з поведінковими, середовищними, генетичними чинниками, боротьба з якими вимагає довгострокового планування і дієвої профілактичної та валеологічної професійної діяльності сімейних лікарів. При цьому прогностичні розрахунки свідчать, що, якщо не приділити адекватної уваги цим чинникам ризику, їх негативний вплив ще сильніше проявлятиметься в майбутньому.

Важливе значення в профілактиці поширених неінфекційних хвороб сучасності має здоровий спосіб життя, у формуванні та дотриманні принципів якого відіграють суттєву роль лікарі сімейної медицини, що показано на прикладі їх роботи в Комунальній 5-й міській клінічній поліклініці (КМКП) м. Львова.

Компетентність майбутнього сімейного лікаря щодо запровадження принципів здорового способу життя як основи профілактики багатьох захворювань має формуватися з перших днів навчання студентів у вищому медичному навчальному закладі на різних кафедрах. Цього лише на післядипломному етапі підготовки зробити неможливо.

Сімейний лікар активно використовує для профілактики захворювань у окремих членів сім'ї, які мають поведінкові чинники ризику, позитивний вплив інших членів сім'ї. Тому йому необхідні знання у сферах соціології, сімейної психології та психотерапії, що дозволяє створити партнерські стосунки із сім'єю. А це відкриває широкі можливості для втілення в практику профілактичної концепції, застосування механізмів державного регулювання як індивідуального здоров'я окремих осіб, так і громадського здоров'я територіальних громад на рівні сімейно-територіальних дільниць.

Майбутні сімейні лікарі ще на додипломному етапі освіти повинні вивчати основні механізми державного регулювання здоров'я громадян України. Адже лише фундаментально підготовлений лікар системи охорони здоров'я здатний компетентно управляти здоров'ям населення в ринкових умовах.

Чинники ризику виникнення неінфекційних захворювань тісно пов'язані зі способом життя,

а можливість реалізації профілактичних технологій переважно визначається ефективністю консультації сімейного лікаря з використанням сучасних інформаційних технологій, адже сучасний інформаційний супровід поліпшує якість і доступність медичної допомоги громадянам країни.

Особливо доказово можна продемонструвати певні успіхи щодо якості та ефективності профілактичної й валеологічної роботи сімейних лікарів цієї поліклініки, якщо порівняти показники реєстрів здоров'я тієї ж територіальної громади за 2016 і 2013 роки. З порівняння видно, що здорових дітей віком до 3 років у 2013 році було 26,9%, 3-6 років — 29,5%, 7-14 років — 33%, 15-18 років — 24,7%. Ці показники стали значно вищими у 2016 році, коли впродовж трьох років сімейні лікарі разом із сім'ями й територіальною громадою активно попрацювали над запровадженням профілактичного стилю і способу життя жителів цього району.

Наочніше зміни у відсотковому відношенні груп здорових людей різних вікових груп протягом чотирьох років (2013-2016 рр.) наведено на рис. 2. При цьому було враховано середні показники здорових людей у 2016 році без поділу на підгрупи за статтю. Отже, протягом 2013-2016 років кількість здорових дітей у територіальній громаді значно збільшилась (на 3,8%). Це відбулося за рахунок групи практично здорових. До таких дітей належали ті діти, які протягом року хворіли декілька разів на гострі захворювання або мали два та більше чинників ризику виникнення нових захворювань. Намітилася тенденція і до зменшення кількості хворих дітей із компенсованим перебігом захворювань.

Серед людей працездатного віку відзначено збільшення здорових із 16,0 до 18,5%. Серед пенсіонерів частка здорових також мала тенденцію до збільшення (див. рис. 2). У територіаль-

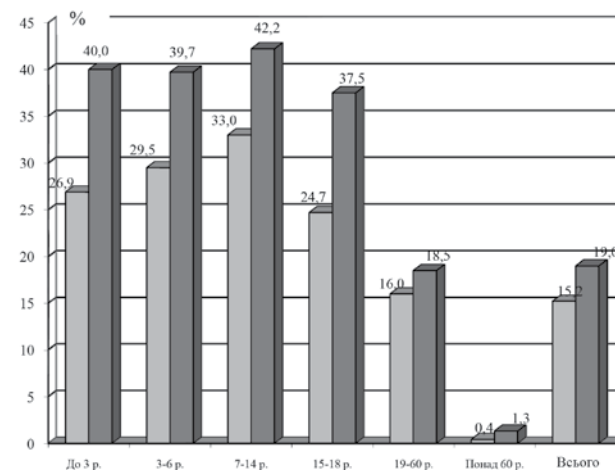


Рис. 2. Динаміка здорових людей Залізничного району м. Львова за 2013-2016 рр.

ній громаді кількість здорових людей збільшилася протягом 2013-2016 років із 15,2 до 19,0%, практично здорових зменшилася — з 30,5 до 30,0% при розрахунку без урахування поділу за статтю у 2016 році. Кількість хворих із компенсованим перебігом захворювань зменшилася з 46,1 до 41,0%. Навпаки, кількість хворих із субкомпенсованим перебігом захворювань (інвалідів III групи) збільшилася з 4,3 до 5,0%, із декомпенсованим перебігом захворювань (інвалідів II і I груп) — із 4 до 5%.

Останні дві групи хворих особливо збільшилися серед людей похилого і працездатного віку: з 8,5 до 10,1% і з 9,6 до 11,1%; із 3,8 до 4,5% і з 3,3 до 4,3% відповідно.

На підставі аналізу реєстрів здоров'я 85,3 тис. мешканців територіальної громади Залізничного району м. Львова за 2013 і 2016 роки можна зробити висновок, що 70 сімейних лікарів і 99 медичних сестер загальної практики, які надавали первинну медико-санітарну допомогу на 59 сімейних територіальних дільницях цим жителям міста, об'єднаних у центр ПМСД у закладі Комунальної 5-ї міської клінічної поліклініки, в якій створено також консультативний лікувально-діагностичний центр і центр стаціонарної допомоги, досягли певних успіхів у сфері медичної валеології та профілактичної медицини, збільшивши відсоток здорових і зменшивши кількість хворих із компенсованим перебігом захворювань. При цьому слід відзначити, що збільшення здорових дітей було статистично вірогідним у всіх вікових групах, у тому числі й у групі підлітків.

Захворюваність населення, за статистичними звітними даними, знизилася з 773,28 у 2013 році до 634,98 у 2016 р. на 1000 населення, а хворобливість зменшилася з 1748,36 у 2008 р. до 1535,53 у 2011 р. на 1000 населення Залізничного району міста. Кількість відвідувань населенням сімейних лікарів із профілактичною метою протягом 2008-2011 років була досить високою: 2008 р. — 53,9%, 2009 р. — 42,16%, 2010 р. — 43,78%, 2011 р. — 43,9%.

На нашу думку, сімейний лікар — це саме той фахівець, який реалізує механізми управління здоров'ям суспільства на мікрорівні, виконує надзвичайно важливі функції держави в щоденній своїй професійній діяльності.

Сімейний лікар, добре знаючи сім'ю і генеалогічне дерево конкретної людини, з урахуванням наявних некерованих чинників ризику певних захворювань може зменшити вплив керованих чинників ризику, що дозволить попередити виникнення тієї чи іншої патології.

Принциповою відмінністю сімейного лікаря від вузького фахівця, який працює в системі охорони здоров'я, є те, що сімейний лікар про-

водить динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнта та його сім'ї з урахуванням внутрішньосімейних стосунків і особливостей генотипу.

Профілактична спрямованість детермінована і завданнями, які покладаються на первинну медико-санітарну допомогу: сприяння раціональному харчуванню і достатньому забезпеченню доброякісною водою; проведення основних санітарно-гігієнічних заходів; охорона здоров'я матері і дитини, планування сім'ї; вакцинація проти основних інфекційних захворювань; профілактика місцевих ендемічних захворювань і боротьба з ними; санітарна освіта з актуальних проблем охорони здоров'я і способу їх вирішення.

На відміну від вторинної профілактики неінфекційних захворювань, що спрямована на попередження загострень і ускладнень наявних у людини хвороб, первинна профілактика спрямована на боротьбу з комплексом чинників ризику, що сприяють виникненню патології та нерідко є складовими способу життя конкретної людини (куріння, гіподинамія, ожирінні тощо).

На стан здоров'я сучасного населення впливають різні біологічні та соціальні чинники. Однак найбільший вплив на формування, збереження і зміцнення здоров'я мають такі соціальні чинники, як навколишнє середовище та спосіб життя кожного пацієнта.

Інструменти управління здоровим способом життя для населення залежать від віку, статі, професії та характеру праці, місця проживання, природних умов тощо. Тому комплекс методів та інструментів щодо управління здоровим способом життя потрібно активно формувати та дотримуватися, пристосовувати їх до конкретних умов навколишнього середовища, що динамічно змінюються.

Подальший розвиток та удосконалення управління превентивною медициною у закладах ПМСД значною мірою залежить від успішності проведення диспансеризації, що виступає інструментом методу управління профілактичною спрямованістю в роботі сімейного лікаря організаційного механізму державного управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Ураховуючи те, що у вітчизняній системі охорони здоров'я передбачено запровадження обов'язкового державного медичного страхування, управління якістю медичної допомоги через такий інструмент управління, яким є диспансеризація, сприятиме постійному підвищенню якості первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Профілактичні заходи щодо найпоширеніших захворювань сучасного суспільства спря-

мовуються правовим механізмом державного управління за участю центральних органів законодавчої та виконавчої влади, політичних партій та громадських організацій, що передбачає розширення наукових досліджень, спрямованих на попередження і зниження захворюваності; формування, збереження та зміцнення громадського здоров'я.

Діяльність закладів первинної медико-санітарної допомоги в процесі реалізації диспансерного методу надання медичної допомоги

об'єднаним територіальним громадам носить комплексний характер. При цьому на локальному рівні використовуються політичний, організаційний, мотиваційний, правовий та економічний механізми державного управління щодо попередження і раннього виявлення найпоширеніших захворювань, первинної та вторинної профілактики захворювань, динамічного спостереження за станом здоров'я мешканців територіальної громади з метою зниження захворюваності, інвалідизації та смертності населення.

Список використаної літератури

1. Апанасенко Г.Л. Семейная медицина и валеология / Г.Л. Апанасенко // Международный медицинский журнал. — 2005. — С. 160-161.
2. Брехман И.И. Введение в валеологию — науку о здоровье / И.И. Брехман. — Л.: Наука, 1987. — 125 с.
3. Викладання дисципліни «Загальна практика — сімейна медицина» для студентів 6-го курсу з використанням дистанційного навчання / С.В. Білецький, Л.П. Сидорчук, Т.В. Казанцева [та ін.] // Сімейна медицина. — 2011. — № 3. — С. 54-55.
4. Грицко Р.Ю. Государственное управление паллиативной помощью больным в централизованном домашнем стационаре поликлиники / Р.Ю. Грицко // Вестник государственного и муниципального управления: Сб. науч. раб. ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ». — 2013. — № 3. — С. 142-148.
5. Губський Ю.І. Розвиток паліативної та ХОСПІсної медицини як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю.І. Губський // Сімейна медицина. — 2011. — № 3. — С. 16-18.
6. Заремба Є.Х. Освітні медичні програми для населення — невід'ємна частина реалізації стратегії профілактики / Є.Х. Заремба, Т.М. Соломенчук // Міжнародний медичний журнал. — 2005. — С. 164.
7. Москаленко В.Ф. Формування глобальної комплексної інтегральної міжсекторальної системи профілактики — інноваційний підхід до вирішення сучасних проблем громадського здоров'я (огляд літератури) / В.Ф. Москаленко // Журнал АМН України. — Т. 15, № 3. — С. 516-542.
8. Толстанов О.К. Профілактичний напрямок роботи сімейних лікарів Житомирського обласного медичного центру / О.К. Толстанов, В.І. Хренов, Т.Л. Кальчук // Міжнародний медичний журнал. — 2005. — С. 169.
9. <http://www.informationisbeautiful.net/visualizations/20th-century-death/>
10. WHO. State of the worlds vaccines and immunization.

Надійшла до редакції 11.12.2017

BASIC WORK OF SPECIALISTS OF FAMILY MEDICINE — PROPHYLAXIS

Ye.Kh. Zaremba, R.Y. Hrytsko, J.G. Kyryak, B.B. Lemishko, O.V. Zaremba-Fedchyshyn, O.V. Zaremba

Abstract

The expounded main directions of prevention of infectious and non-infectious diseases in the practice of family doctors.

As analyzes of global problems in medicine, in the conditions of transition inwardly XX of century from infectious and non-infectious pathology, the significance of the risk factors of the last factors grew considerably, which is associated with behavioral, environmental and genetic factors, the fight against which requires long-term planning and effective preventive and valeological professional activity of domestic doctors. At the same time, predictive calculations show that if they do not pay adequate attention to these risk factors, their negative impact will be even more pronounced in the future.

The functional model of the preventive activity of the family doctor in the center of primary medical aid is developed, which requires its competent training by applying changes in the organizational mechanism of state regulation of this process, where preventive education is aimed at mastering the methods of formation, preservation and strengthening of health of healthy people and primary prevention of the most common in modern society of diseases.

An important value in the prophylaxis of widespread uninfected illnesses of contemporaneity has a healthy way of life, in the formation and observance of the principles of which the doctors of family medicine play a significant role, as shown by the example of their work in the polyclinic of the city of Lviv.

Keywords: family medicine, infectious and non-infectious diseases, primary and secondary prevention, prophylactic orientation.

А.Ф. Гуменюк¹, О.Р. Ліндюк²

¹ Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова

² Центр первинної медико-
санітарної допомоги № 3
м. Вінниця

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ В УМОВАХ РЕОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Резюме

У статті узагальнено досвід сімейних лікарів у спостереженні за хворими з негоспітальною пневмонією: проаналізовано варіанти перебігу захворювання, своєчасність діагностики та раціональність підбору антибактеріальної терапії. Результати аналізу свідчать як про покращення рівня діагностики, так і проблеми в лікуванні цих хворих на догоспітальному етапі. Основним реальним шляхом, який дозволить уникнути або принаймні мінімізувати помилки ведення хворих із негоспітальною пневмонією, залишається суворе дотримання клінічних настанов, що ґрунтуються на результатах доказових досліджень.

Ключові слова

Негоспітальна пневмонія, методи діагностики, помилки лікування.

Пневмонія є одним із найпоширеніших захворювань, що часто трапляється в практиці сімейного лікаря і дотепер залишається потенційно летальним. Високі показники захворюваності і смертності, велика частка госпіталізацій, тривалий койко-день і значний період зниженої активності пацієнтів, які перенесли пневмонію, становлять соціальну і медичну проблему, що пов'язана з діагностикою та лікуванням цього захворювання [12, 13].

Еволюція узгоджених рекомендацій із діагностики та лікування пневмонії, які є найкращим орієнтиром у повсякденній практиці лікаря, відбувається на основі принципів доказової медицини. Невиконання цих рекомендацій, зведених у ранг стандартів, само по собі вважається помилкою. Є переконливі дані про те, що, якщо лікар виконує клінічні рекомендації, частка неефективної терапії пневмонії зменшується на 35-40%, а ймовірність летального результату — на 45% [9]. Реальна практика показує, що

клінічні настанови з діагностики та лікування пневмонії, засновані на принципах доказової медицини, розроблені в нашій країні, часто залишаються нереалізованими, і лікарі припускаються чимало помилок як у діагностиці, так і в лікуванні даного захворювання [6].

Негоспітальна пневмонія (НП) — гостре захворювання, що виникає в позалікарняних умовах і супроводжується симптомами інфекції нижніх дихальних шляхів (лихоманка, кашель, виділення мокротиння, біль у грудях, задишка) і рентгенологічними ознаками нових вогнищево-інфільтративних змін у легенях за відсутності очевидної діагностичної альтернативи [4, 5]. Діагноз НП встановлюється за наявності у хворого рентгенологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації й не менше ніж двох клінічних проявів із перерахованих нижче:

- гострий початок захворювання з температурою тіла вище ніж 38 °С;
- кашель із виділенням мокротиння;

© А.Ф. Гуменюк, О.Р. Ліндюк

- фізикальні ознаки (притуплення перкуторного звуку, ослаблене або жорстке бронхіальне дихання, хрипи або крепітація);
- лейкоцитоз більше ніж $10 \times 10^9/\text{л}$ та/або паличкоядерний зсув більше ніж 10%.

За неможливості проведення рентгенологічного дослідження діагноз НП є неточним, але підтверджується рентгенологічно лише у 22% випадків [1]. Складності під час діагностики пневмонії часто виникають в осіб літнього віку. При об'єктивному обстеженні такі характерні ознаки, як притуплення перкуторного звуку, крепітація, не завжди чітко виражені, оскільки наявна в літніх хворих дегідратація, зумовлена різними причинами (вживання рідини в невеликих кількостях, лікування діуретиками), обмежує процеси ексудації в альвеоли, у зв'язку з чим порушується утворення легеневого інфільтрату. Слід враховувати, що притуплення перкуторного звуку та наявність хрипів у літніх людей може бути пов'язано із супутньою серцево-судинною патологією з ознаками серцевої недостатності [7, 14].

Літніх хворих часто супроводжують хронічні обструктивні захворювання легень, які також ускладнюють трактування ознак, виявлених при перкусії та аускультатії [3]. Перкуторно тупість при пневмонії важко відрізнити від ателектазу, бронхіальне дихання з наявністю хрипів може бути наслідком наявності пневмосклеротичної ділянки, вологі хрипи можуть вислуховуватися за наявності лівошлуночкової недостатності. У похилому віці помилкова інтерпретація аускультативних даних найчастіше призводить до гіпердіагностики пневмонії.

Кашель у літніх людей може бути відсутній на тлі загальної слабкості, при цьому навіть за наявності вологих хрипів у легенях хворий може зовсім не кашляти. З іншого боку, кашель може супроводжувати супутню гостроезофагеальну рефлюксну хворобу або приймання ІАПФ. Достатньо чутливим симптомом пневмонії може виявитись наявність і посилення задишки. Якщо на тлі стандартного лікування ІХС і серцевої недостатності у хворого з підозрою на пневмонію зростають прояви задишки, слабкості, то слід схилитися до діагностики пневмонії [7, 14].

Рішення лікаря про лікування хворого амбулаторно або госпіталізацію до стаціонару базується на класифікації пневмоній за ступенем тяжкості [8, 11]. Виділяють пневмонії легкого, середньотяжкого й тяжкого перебігу. Про тяжкий перебіг пневмонії і високу ймовірність летального наслідку свідчить наявність у хворого не менше ніж двох «малих» або одного «великого» критерію. Важкий перебіг пневмонії — по-

казання до негайної госпіталізації у відділення інтенсивної терапії.

«Малі» критерії тяжкого перебігу:

- частота дихання ≥ 30 за 1 хв;
- порушення свідомості, сатурація кисню $< 92\%$ (за даними пульсоксиметрії), $pO_2 < 60$ мм рт. ст.;
- систолічний артеріальний тиск < 90 мм рт. ст.;
- двобічне або багаточасткове ураження легень, ознаки розпаду, плевральний випіт.

«Великі» критерії тяжкого перебігу пневмоній:

- потреба в штучній вентиляції легенів;
- швидке прогресування вогнищево-склеротичних змін у легенях: збільшення розмірів інфільтрації більше ніж на 50% за 2 дні;
- септичний шок або необхідність введення вазопресорних препаратів протягом 4 годин і більше;
- гостра ниркова недостатність (кількість сечі менше ніж 80 мл за 4 години або рівень креатиніну плазми вище ніж 180 мкмоль/л).

Спектр складнощів, які виникають у сімейного лікаря на поліклінічному етапі в разі підбору антибіотикотерапії пацієнту з НП, є надзвичайно великим [6, 9].

Оскільки пневмонія є інфекційним захворюванням, тому етіотропна терапія повинна базуватися на знанні збудника, його чутливості до різних груп антибіотиків, даних про антибіотикорезистентність [10, 15].

Для встановлення збудника використовують бактеріологічне дослідження мокротиння. Але в реальних клінічних умовах це надзвичайно складно втілювати в практику. Вірогідність мікробіологічного дослідження збільшується, якщо терміни від відділення мокротиння до його посіву на середовище не перевищують двох годин і попередньо прополоскана порожнина рота, що зменшує контамінацію мокротиння флорою верхніх дихальних шляхів [9]. Результати бактеріологічного дослідження можуть бути знівельовані попередньою антибактеріальною терапією, яку пацієнти нерідко починають самостійно в разі підвищення температури тіла й появи кашлю [7].

Цьому сприяє можливість вільного доступу до придбання антибіотиків в аптечній мережі. Згідно із сучасними вимогами, перша доза антибіотиків повинна бути введена в перші 4 години від моменту встановлення діагнозу, а результати бактеріологічного дослідження стають відомими не раніше ніж на 3-4-й день.

Варто пам'ятати й те, що навіть при використанні всіх бактеріологічних методів встановити етіологію пневмонії вдається лише в половини хворих, причому нерідко це відбувається ретро-

спективно, а не на ранніх стадіях хвороби. Всі ці складнощі зумовлюють емпіричний вибір антибіотика першого ряду [1, 16].

Критеріями ефективності антибактеріальної терапії пневмонії є нормалізація температури тіла на 2-4-й день, усунення респіраторної крепітації (або вологих хрипів) упродовж першого тижня, позитивна рентгенологічна динаміка (впродовж 4 тижнів), покращення загального стану хворого, зменшення задишки, контроль симптомів серцевої недостатності стандартною терапією [11, 17].

Тривалість терапії НП:

1. При пневмоніях із нетяжким перебігом антибактеріальна терапія може бути завершена на 3-5-й день після нормалізації температури. У таких випадках тривалість лікування становить 7-10 днів.
2. Якщо клінічні або епідеміологічні дані свідчать про «атипову» пневмонію (мікоплазменну або хламідійну), антибактеріальна терапія повинна тривати 10-14 днів.
3. У літніх людей при важкому перебігу захворювання на тлі супутньої патології тривалість антибіотикотерапії може бути подовжена до 21 дня.

Мета дослідження — проаналізувати варіанти перебігу НП, якість надання медичної допомоги та практики призначення системної антибактеріальної терапії згідно із сучасними вимогами у хворих на НП у ЦПМС м. Вінниці.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз 128 амбулаторних карток хворих, які спостерігались сімейними лікарями з приводу НП у ЦПМСД № 3 м. Вінниці (5 амбулаторій) за період із 2014 по 2016 рік, серед них — 82 чоловіки та 46 жінок. Вік дорослих хворих коливався від 18 до 73 років. Під спостереженням також перебувало троє дітей віком 3, 8 та 12 років. 65 хворих було включено до першої клінічної групи, 33 — до другої. 35 пацієнтів продовжили лікування в умовах стаціонару (2-а й 3-я клінічна група). Хворих із НП 2-ї клінічної групи було госпіталізовано в період епідемії грипу згідно з наказом обласного Департаменту охорони здоров'я. Правобічна локалізація мала місце в 75% випадків, лівобічна — відповідно в 16,6%. У 8,3% випадків діагностовано двобічну локалізацію процесу. У 9,5% хворих пневмонія ускладнилась ексудативним плевритом.

Госпіталізовано безпосередньо з прийому 13 осіб, 10 — госпіталізовано на 3-5-у добу через негативну динаміку процесу на тлі проведеного лікування, 8 — доставлено до стаціонару

каретами ШМД у неробочі дні. Госпіталізовані хворі переважно перебували в спеціалізованому пульмонологічному відділенні. Дев'ять пацієнтів із НП лікувались в умовах денного стаціонару. Усіх дітей із пневмонією 1-ї клінічної групи госпіталізовано до Центру матері та дитини. Троє хворих відмовились від госпіталізації.

Результати та їх обговорення

Аналіз клінічних симптомів на догоспітальному етапі дозволяє припустити, що в 35% хворих провокуючим чинником розвитку НП було ГРЗ. Діагноз НП у 87,5% випадків сформульовано згідно з вимогами Наказу № 128 МОЗ України від 2007 року: вказано локалізацію, клінічну групу, ускладнення. У 12,5% випадків не було вказано клінічну групу.

У 95% випадків діагноз НП було підтверджено рентгенологічно. У 42% випадків, які спостерігались амбулаторно, було здійснено контрольне рентгенологічне обстеження на 7-10-й день спостереження. Загальний аналіз крові та сечі проведено в 91% випадків. Аналіз мокротиння зроблено у 8% випадків амбулаторного спостереження. Спірографічне обстеження здійснювалось тільки в пацієнтів із супутньою бронхолегеневою патологією.

У хворих 2-ї клінічної групи НП розвинулась на тлі фонових захворювань: гіпертонічної хвороби — 22% випадків, ІХС — 18%, ХОЗЛ — 10%, цукрового діабету — 7%, інших захворювань — 5% відповідно.

Сімейними лікарями амбулаторій діагноз НП у перші три доби було встановлено в 75,4% випадків. Більш пізні терміни діагностики захворювання зумовлено насамперед відсутністю в початковому періоді його типових симптомів і несвоєчасним зверненням хворих по медичну допомогу, внаслідок чого рентгенологічне обстеження легень проведено в більш пізні терміни.

У 40% випадків в амбулаторних картках не було відображено антибактеріальний анамнез.

Стартова антибактеріальна терапія в 68,9% хворих відповідала чинним національним рекомендаціям щодо ведення хворих на НП та надалі не потребувала корекції. У деяких хворих вибір стартової антибактеріальної терапії формально був правильним, однак проводився без урахування тяжкості захворювання, наявності ускладнень і супутньої патології, у зв'язку з чим у 22,3% хворих виникла необхідність у зміні антибіотика.

У 31,1% випадків мало місце хибне призначення антибактеріальних препаратів, а при їх зміні — у 29,8%. У 25% зафіксовано поліпрагмацію.

Поступову антибактеріальну терапію призначали в 15% випадків, переважно хворим із легким перебігом захворювання без ускладнень. Комбіновану антибактеріальну терапію, двох-і трьохкомпонентну, отримували 56 пацієнтів.

Серед допущених помилок у лікуванні слід вказати, що у 24 хворих 1-2-ї клінічної групи стартову терапію розпочинали з парентерального введення бета-лактамного антибактеріального препарату (цефтріаксон). У 10 пацієнтів на початковому етапі застосовувались фторхінолони, в тому числі в комбінації з іншими антибактеріальними препаратами (5 пацієнтів). Така комбінація вважається надмірною і не є раціональною, тому що макроліди та респіраторні фторхінолони однаковою мірою діють на атипову флору, а ефективність бета-лактамів і респіраторних фторхінолонів щодо «типових» етіопатогенів порівнянна [10].

Спостерігались стартові комбінації: амоксив-клав+макролід (кларитроміцин), цефатоксим+макролід (азитроміцин), сульбактам+макролід (кларитроміцин) за відсутності необхідності в комбінованій терапії.

Серед зафіксованих побічних дій антибактеріальної терапії в 10% хворих мала місце антибіотик-асоційована діарея, у 12% хворих зафіксовано прояви прокінетичної дії макролідів. На тлі приймання фторхінолонів у 15% випадків зафіксовано явища шлункової диспепсії, в 5% — прояви з боку ЦНС (безсоння, внутрішнє занепокоєння, збудження), в 1 хворого — явища геморагічного васкуліту.

Слід зазначити, що серед лікарів вкоренилася помилкова думка про необхідність призначення хворим із НП поряд з антибіотиками різних лікарських засобів (нестероїдні протизапальні засоби, імуномодулятори, антигістамінні, вітаміни, протигрибкові препарати тощо). Подібна поліпрагмація не має достатньої доказової бази, а тільки здорожчує лікування

і підвищує ризик розвитку побічних ефектів препаратів [2].

Проведений ретроспективний аналіз показав, що в первинній медичній документації недостатньо відображалась динаміка стану хворих у результаті лікування. Рекомендації щодо подальшого лікування, реабілітації, стилю життя в амбулаторних картках були відсутні або надані не в повному обсязі.

Висновки

На підставі наведеного вище можна зробити такі висновки:

1. Діагноз НП у перші три доби встановлюється сімейними лікарями в 75,4% випадків, що свідчить про високий рівень правильної діагностики захворювання на початковому етапі. Несвоєчасні терміни діагностики НП та рентгенологічного обстеження легень пов'язано з відсутністю характерних симптомів на початку захворювання й пізнім зверненням хворих по медичну допомогу.
2. Частою помилкою при амбулаторному лікуванні НП був неадекватний вибір препарату як для стартової антибактеріальної терапії (31,1%), так і після його зміни (29,8%). У деяких випадках вибір стартової антибактеріальної терапії проводився без урахування тяжкості захворювання, наявності ускладнень і супутньої патології, у зв'язку з чим у 22,3% хворих виникла необхідність у заміні антибіотика.
3. Інші помилки на догоспітальному етапі лікування НП (необґрунтовано тривала антибактеріальна терапія, помилки дозування) траплялися рідко.
4. Основним реальним шляхом, який дозволить уникнути або принаймні мінімізувати помилки ведення хворих із НП на амбулаторному етапі, залишається суворе дотримання клінічних рекомендацій, що ґрунтуються на результатах доказових досліджень.

Список використаної літератури

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Р.С. Козлов та ін. — М., 2010. — 106 с.
2. Дворецкий Л.И. Ошибки ведения больных внебольничной пневмонией. Можно ли их избежать? // Газета «Новини медицини та фармації». Антимікробна терапія (тематический номер). — 2010. — № 343.
3. Мостовой Ю.М. Диалог лікаря загальної практики і пацієнта з ХОЗЛ / Ю.М. Мостовой та ін. // Український пульмонологічний журнал. — 2016. — № 2. — С. 54-55.
4. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». — К.: ТОВ «Велес», 2007. — 148 с.

5. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія та профілактика. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Уніфікований протокол надання медичної допомоги дорослим хворим на негоспітальну пневмонію / Ю.І. Фещенко, К.О. Белослудцева, О.А. Голубовська та ін. — К., 2016. — С. 111.
6. Ноников В.Е. Ошибки в диагностике и антибактериальной терапии внебольничных пневмоний / В.Е. Ноников // Медицина невідкладних станів. — 2011. — № 5 (36). — С. 95-98.
7. Приходько В.Ю. Негоспітальна пневмонія в літніх людей у практиці сімейного лікаря / В.Ю. Приходько // Практикуючий лікар. — 2016. — № 1. — С. 45-54.
8. Рачина С.А. Оценка адекватности медицинской помощи при внебольничной пневмонии в стационарах различных регионов РФ: опыт использования индикаторов качества / С.А. Рачина, Р.С. Козлов, Е.П. Шаль и др. // Пульмонология. — 2009. — № 3. — С. 5-13.
9. Синопальников А.И. Барьеры на пути внедрения клинических рекомендаций по лечению внебольничной пневмонии: незнание, упрямство или беспечность? / А.И. Синопальников // Здоровье Украины. — 2007. — № 7. — С. 49.
10. Страчунский Л.С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов / Под ред. Л.С. Страчунского. — Смоленск: МАКМАН, 2007. — 464 с.
11. Фещенко Ю.І. Пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія: навч. посібник / Ю.І. Фещенко. — К., 2013. — 171 с.
12. Фуштей И.М. Ошибки диагностики и лечения внебольничной пневмонии в стационарных условиях / И.М. Фуштей, О.А. Савченко, С.Л. Подсевакина, О.В. Ткаченко // Світ медицини та біології. — 2015. — № 1 (48). — С. 85-88.
13. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (Пособие для врачей) // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2010. — Т. 12, № 3. — С. 186-226.
14. Юдина Л.В. Антибактериальная пневмония при внебольничной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста: акценты на главном / Л.В. Юдина // Therapia. — 2012. — № 2 (66). — С. 69-72.
15. Ikegame S.A. Retrospective Analysis of 111 Cases of Pneumococcal Pneumonia: Clinical Features and Prognostic Factors / Satoshi Ikegame, Kentaro Wakamatsu, Hiroyuki Kumazoe // Intern. Med. — 2012. — № 51. — P. 37-43.
16. Woodhead M. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections — Summary / M. Woodhead, F. Blasi, S. Wigg et al. // Clin. Microbiol. Infect. — 2011. — № 17 (6). — P. 1-24.
17. Yealy D.M. Effect of increasing the intensity of implementing pneumonia guidelines: a randomized, controlled trial / D.M. Yealy, T.E. Auble, R.A. Stone et al. // Ann. Intern. Med. — 2005. — Vol. 143 (12). — P. 881-894.

Надійшла до редакції 17.11.2017

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE PROVIDED TO PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT THE OUTPATIENT STAGE IN CONDITIONS OF REORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE WORK

A. Gumeniuk, O. Lyndiuk

Abstract

The work summarizes the experience of family doctors in observing patients with community-acquired pneumonia: analyzed the course of the disease, the timeliness of diagnosis and the rationality of the selection of antibiotic therapy. The results of the analysis indicate both the improvement of the diagnostic level and the problems in the treatment of data in the patients at the prehospital stage. The main real way that will avoid or at least minimize mistakes in the management of patients with community-acquired pneumonia remains strict adherence to clinical recommendations based on the results of evidence-based studies.

Keywords: community-acquired pneumonia, diagnostic methods, treatment errors.

А.С. Свінціцький¹, І.В. Бірюченко¹,
Н.М. Корендович²

¹ Національний
медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ
² КУ «Обласна клінічна лікарня
Житомирської обласної ради»,
м. Житомир

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ

Резюме

У статті проаналізовано особливості клінічної картини функціональної диспепсії. Встановлено, що сукупність диспепсичних скарг може відрізнятися при різних клінічних варіантах захворювання: постпрандіальному дистрес-синдромі та епігастральному больовому синдромі.

Ключові слова

Функціональна диспепсія, епігастральний больовий синдром, постпрандіальний дистрес-синдром.

Результатом комплексної незбалансованої дії надмірних біологічних, психологічних і соціальних подразників на шлунково-кишковий тракт (ШКТ) за наявності генетичної схильності є виникнення так званих функціональних розладів (ФР), які проявляються низкою симптомів (болем, нудотою, блюванням, здуттям живота, діареєю, закрепом, утрудненням проходження їжі або фекалій) та гірше піддаються лікуванню [1, 2]. На сьогодні функціональна диспепсія (ФД) розглядається як біопсихосоціальний розлад. Серед її можливих механізмів розвитку різні автори виділяють сповільнену евакуацію шлунка, порушення шлункової акомодатії до їжі, підвищену чутливість до розтягнення шлунка, підвищену чутливість дванадцятипалої кишки до ліпідів або соляної кислоти, порушення моторики кишки та дисфункцію центральної нервової системи [3].

У щоденній клінічній практиці виникають певні обмеження у використанні «шаблонних симптомів» при віднесенні пацієнта до тієї чи іншої підгрупи ФД, оскільки існує:

- 1) різне сприйняття одного і того ж симптому різними особами,
- 2) наявність «перехресту» між симптомами,
- 3) симптоми диспепсії не є постійними та можуть змінюватись протягом часу [4].

Мета дослідження — з'ясувати особливості клінічної картини різних варіантів ФД — постпрандіального дистрес-синдрому та епігастрального больового синдрому.

Матеріали та методи

Дослідження проводилося на двох клінічних базах кафедри внутрішньої медицини № 3 (з 01.09.2017 р. — кафедра внутрішніх хвороб стоматологічного факультету) Національного медичного університету імені О.О. Богомольця: ДЗ «Республіканська клінічна лікарня МОЗ України» та МЦ «Універсальна клініка «Оберіг». У ньому брали участь пацієнти з ФД (відповідно до Римських критеріїв III) віком від 18 до 65 років. Критеріями незалучення до дослідження були «симптоми тривоги», задокументоване органічне захворювання стравоходу (езофагіт, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, стравохід Барретта, аденокарцинома) або шлунка (ерозивні зміни, пептична виразка, рак), вживання нестероїдних протизапальних препаратів, наркотичних речовин та алкоголю у великій кількості протягом останнього року, стан після оперативного втручання на органах ШКТ (наприклад, холецистектомія, резекція шлунка), супутні ендокринопатії, великі депресивні розлади та використання антидепресантів в анамнезі.

Усього було обстежено 122 пацієнти з ФД, які протягом останніх трьох місяців до моменту залучення до дослідження скаржилися виключно на постпрандіальну тяжкість або епігастральний біль та не мали накладання («перехресту») цих симптомів. Залежно від наявного клінічного варіанта захворювання їх було розділено на 2 групи: I групу становили 62 хворих із постпрандіальним дистрес-синдромом (ПДС), II групу —

60 осіб з епігастральним больовим синдромом (ЕБС). Вагомих розбіжностей за віком та статтю між досліджуваними групами не виявлено.

Статистичне опрацювання отриманих даних проводили за допомогою ліцензійного програмного забезпечення Stata 11 та Statistica 6.0. Для порівняння частотних характеристик використовували критерій χ^2 та точний критерій Фішера. Статистична значущість відмінностей оцінювалася на рівні не нижче ніж 95% ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення

Клінічна картина ФД у пацієнтів обох груп характеризувалася наявністю великої кількості скарг. Окрім ключових клінічних проявів ФД (постпрандіальна тяжкість / епігастральний біль), у більшості обстежених нерідко мали місце й інші диспепсичні симптоми (табл. 1).

Так, відчуття раннього насичення статистично значуще частіше реєструвалося серед пацієнтів із ПДС (I група — 91,9%, II група — 76,7%; $p=0,02$), так само як і наявність закрепів (I група — 35,5%, II група — 18,3%; $p=0,03$). Однак послаблення стільця (I група — 9,7%, II група — 28,4%; $p=0,01$) та відчуття утруднення при ковтанні та (або) проходженні їжі по стравоходу (I група — 41,9%, II група — 61,7%; $p=0,03$) вагомо переважали серед хворих з ЕБС.

Досить часто також спостерігалися нудота (I група — 45,1%, II група — 33,3%; $p=0,18$), відрижка повітрям або їжею (I група — 30,6%, II група — 21,6%; $p=0,26$), здуття (I група — 43,5%, II група — 31,6%; $p=0,17$), бурчання (I група — 38,7%, II група — 55,0%; $p=0,07$) та зниження апетиту як наслідок наявних симптомів (I група — 72,6%, II група — 56,7%; $p=0,06$), але статистично значущої різниці між пацієнтами досліджуваних груп виявлено не було ($p>0,05$).

Оскільки наявність постпрандіальної тяжкості було критерієм залучення до I групи, даний симптом був зареєстрований у всіх 62 її представників: переважно — незначної (70,9%), проте надокучливої, рідше — середньої інтенсивності (29,1%). Пацієнти з ПДС взагалі не скаржилися на больові відчуття, більше на дискомфорт, але при детальному тривалому розпитуванні третина обстежених все ж описувала свої відчуття як тривалий, невизначений, малоінтенсивний, постійний біль, без певної локалізації. Цікавим є той факт, що 45,1% хворих I групи відмічали початок свого захворювання з появи одно- або дворазового інтенсивного больового синдрому в епігастрії або навколупупковій ділянці, після чого больовий синдром не турбував, а натомість виникало відчуття постпрандіальної тяжкості (її детальну характеристику серед пацієнтів I групи наведено в табл. 2).

Таблиця 1. Характеристика диспепсичних скарг у пацієнтів досліджуваних груп

Симптоми	ПДС (n=62)	ЕБС (n=60)	p
Біль / постпрандіальна тяжкість в епігастрії, n (%)	62 (100,0)	60 (100,0)	0,98
Відчуття раннього насичення, n (%)	57 (91,9)	46 (76,7)	0,02
Відчуття утруднення при ковтанні та (або) проходженні їжі по стравоходу, n (%)	26 (41,9)	37 (61,7)	0,03
Нудота, n (%)	28 (45,1)	20 (33,3)	0,18
Відрижка повітрям або їжею, n (%)	19 (30,6)	13 (21,6)	0,26
Закрепи, n (%)	22 (35,5)	11 (18,3)	0,03
Послаблення стільця, n (%)	6 (9,7)	17 (28,4)	0,01
Здуття живота, n (%)	27 (43,5)	19 (31,6)	0,17
Бурчання в животі, n (%)	24 (38,7)	33 (55,0)	0,07
Зниження апетиту, n (%)	45 (72,6)	34 (56,7)	0,06

Таблиця 2. Характеристика постпрандіальної тяжкості серед пацієнтів I групи

Характеристика	Частота
<i>Інтенсивність</i>	
Незначна, n (%)	44 (70,9)
Середня, n (%)	18 (29,1)
Виражена, n (%)	0
<i>Відчуття тяжкості зменшується</i>	
Самостійно, n (%)	28 (45,2)
Після приймання лікарських засобів, n (%)	34 (54,8)

Під час проведення опитування пацієнти з ЕБС частіше описували біль як гострий нападоподібний (33,3%), спастичний пароксизмальний (41,7%), що в більшості випадків супроводжувався іншими вегетативними ознаками (підвищеною пітливістю, серцебиттям, частим сечовипусканням). У хворих цієї групи біль локалізувався частіше в епігастральній ділянці (71,7%). Інша локалізація болю спостерігалась значно рідше: в пілородуоденальній зоні — 13,3%, у правому підребер'ї — 8,3%. У 6,7% пацієнтів біль мав мігровальний характер. У більшості хворих II групи спостерігався «голодний» біль (76,6%); 13,3% пацієнтів відмітили появу больового синдрому переважно через 1 годину після приймання їжі, а в 10,0% — біль не залежав від приймання їжі. За інтенсивністю відчуттів пацієнти характеризували біль як виражений (53,3%) та помірний (46,7%). Загальну характеристику больового синдрому у хворих II групи наведено в табл. 3.

Під час порівняння пацієнтів двох досліджуваних груп зменшення інтенсивності симптомів

Таблиця 3. Характеристика больового синдрому в пацієнтів II групи

Характеристика	Частота
<i>Характер</i>	
Гострий, n (%)	20 (33,3)
Пекучий, n (%)	7 (11,7)
Спастичний, n (%)	25 (41,7)
Тупий, ниючий, n (%)	8 (13,3)
<i>Локалізація</i>	
Епігастральна ділянка, n (%)	43 (71,7)
Пілородуоденальна зона, n (%)	8 (13,3)
Праве підребер'я, n (%)	5 (8,3)
Ліве підребер'я, n (%)	0
Мігрувальний, n (%)	4 (6,7)
<i>Біль виникає</i>	
До приймання їжі, n (%)	46 (76,7)
Через 1 год після приймання їжі, n (%)	8 (13,3)
Не залежить від приймання їжі, n (%)	6 (10,0)
<i>Інтенсивність</i>	
Слабкий, n (%)	0
Помірний, n (%)	28 (46,7)
Виразений, n (%)	32 (53,3)
<i>Біль зменшується</i>	
Після приймання їжі або лікарських засобів, n (%)	53 (88,3)
Самостійно, n (%)	7 (11,7)

диспепсії після приймання їжі або медикаментів статистично значуще частіше було зареєстровано у хворих з ЕБС (I група — 54,8%, II група — 88,3%; $p < 0,0001$). Самостійно диспепсія вірогідно частіше минала серед пацієнтів із ПДС: 45,2% проти 11,7%; $p < 0,0001$.

Варто відзначити, що в Римських критеріях III ФД не виділяється як об'єкт для проведення досліджень через гетерогенність симптомів. Замість цього комітет з вивчення шлунка та дванадцятипалої кишки рекомендував використовувати загальний термін — «симптомокомплекс диспепсії» — який поділяється на дві підгрупи (варіанти), що можуть взаємо накладатися: ПДС і ЕБС. Хоча відмічається деяка схожість із невиразковою та дискінетичною диспепсією Римських критеріїв II, було додано кілька доповнень на підставі факторного аналізу та фізіологічного підходу [5].

Диспепсія часто в широкому сенсі визначається як біль або дискомфорт, що локалізується в центрі верхньої частини живота. Вона може

включати в себе різні симптоми, зокрема біль в епігастрії, відчуття переповнення після приймання їжі, раннє насичення, анорексію, відрижку, нудоту і блювоту, здуття живота, відчуття печіння або ж регургітацію. Симптоми ФД мають переривчастий характер навіть під час маніфестації. Вона зазвичай полісимптомна, 99% пацієнтів повідомляють про наявність двох та більше симптомів одночасно, 80% — про п'ять та більше симптомів, менше ніж 0,1% — про один симптом [6]. У ретроспективному аналізі симптомів і патофізіологічних порушень при ФД S. Kindt et al. повідомили, що ЕБС визначався в 53% хворих, ПДС — у 84% пацієнтів, із них у 47% було зафіксовано накладання цих симптомів [7]. У багатьох хворих симптоми диспепсії досить часто «перехрещуються» із симптомами інших ФР, зокрема синдрому подразненої кишки (СПК) та неерозивної рефлюксної хвороби. Підтвердження двох окремих діагнозів вимагає проведення (досить часто паралельно) лабораторно-інструментального обстеження та лікування. На жаль, це призводить до призначення зайвих аналізів, дублювання діагностичних досліджень, збільшує частоту відвідувань вузьких спеціалістів та збільшує ризик поліпрагмазії [8].

Всупереч поширеним переконанням, вживання певних продуктів (спецій, кави, алкоголю) або надмірної кількості їжі не є доведеною причиною диспепсії [9], хоча потрапляння їжі в ШКТ часто посилює диспепсичні явища. Дослідження показали, що введення капсаїцину (алкалоїду стручкового перцю) викликало появу диспепсичних явищ як у здорових осіб, так і у хворих на ФД, із більшою інтенсивністю в останній групі [10].

Встановлені нами особливості клінічної картини ФД доповнюють наявні дані літератури. ФД включає в себе різні типи пацієнтів із гетерогенними скаргами та, можливо, різними патофізіологічними механізмами розвитку розладу. Встановлення діагнозу ФД ускладнює також той факт, що симптоми не є постійними та можуть змінюватися протягом часу [4]. Причини різноманітності клінічної картини вивчалися багатьма авторами, проте єдина думка з цього питання досі відсутня. Факторний аналіз пацієнтів із ФД показав, що в більшості випадків синдром диспепсії включав у себе 3-4 симптоми [11, 12]. Факторний аналіз пацієнтів на третинній ланці надання медичної допомоги також заперечив існування ФД як моносимптомного стану [13]. «Перехрест» між ФД та СПК також спостерігається досить часто [14]. Наявність супутнього СПК не виключає ФД, оскільки не доведено вплив кишкового розладу на патогенез і симптоми ФД [15, 16].

Як рухові, так і сенсорні механізми контролюють функціонування шлунка, тому їх порушення

може пояснити патофізіологію зміни функції шлунка. Шлунок має фазичну і тонічну м'язову активність. Шлунковий тонус прямо пропорційний об'єму шлункового вмісту. Від нього залежать як шлункова акомодация під час приймання їжі (завдяки частковій релаксації), так і випорожнення шлунка (за механізмом прогресивної констрикції). Перцепторні та рефлекторні аферентні шляхи шлунка активуються окремо залежно від конкретних стимулів. Це дозволяє зробити припущення, що термінальні нервові закінчення виконують роль спеціалізованих рецепторів. Дослідження вказують на зв'язок перцепції зі стимуляцією рецепторів тиску шлунка, тоді як існування рецепторів об'єму є невизначеним [17]. Вимірювання перцепції та рефлекторної активності шлунка в експериментальних і клінічних умовах сприяли виявленню патологічних реакцій у хворих із ФД.

Вважалося, що шлунок відіграє основну роль у виникненні симптомів, але останні дані відзначають, що дванадцятипала кишка також може бути долучена до патогенезу ФД. Дослідження, проведене O. van Voxel et al., продемонструвало, що абдомінальний дискомфорт, нудота та відчуття переповнення розвивалися лише в пацієнтів із ФД у відповідь на інфузію ліпідів у дванадцятипалу кишку. Після введення ліпідів середня концентрація холецистокініну в слизовій оболонці шлунка була нижчою у хворих на ФД порівняно з контрольною групою без симптомів диспепсії ($p < 0,0001$). Плазмові концентрації холецистокініну були однакові в пацієнтів двох груп. Результати дозволили припустити, що надмірне місцеве вивільнення холецистокініну у дванадцятипалу кишку у відповідь на ліпіди, ймовірно, викликає збільшену стимуляцію аферентів блукаючого нерва, тим самим індукуючи появу диспепсичних симптомів. Однак отримані дані потребують подальшого вивчення [18].

Група вчених під керівництвом J. Task дослідила роль шлунка та тонкої кишки у виникненні диспепсичних явищ. Так, було показано, що відчуття переповнення, здуття живота і відрижка зменшуються при просуванні харчової маси зі шлунка в тонку кишку, що вказує на вирішальну роль шлунка в генерації цих симптомів. На противагу цьому, тяжкість таких симптомів, як печіння та біль в епігастральній ділянці, не змінювалася з просуванням їжі в тонку кишку [19].

Відповідно до визначення Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP) [20], біль — це «неприємне сенсорне та емоційне переживання, що пов'язане з істинним чи потенційним пошкодженням тканини, або таке, що описується в термінах такого пошкодження». Тобто біль, як правило, не лише сенсорне відчуття, оскільки зазвичай має емоційне забарвлення, тому характеристика больового відчуття значною мірою також залежить від психоемоційного стану особистості на момент його появи. Також досі невідомо, чи існують окремі шляхи для проведення імпульсів вісцерального болю, чи відчуття болю виникає через більш інтенсивну стимуляцію тих шляхів, що за інших умов відповідають за відчуття дискомфорту [21]. Враховуючи вищевказане різноманіття скарг, можна припустити, що в цьому і полягає причина різниці в сприйнятті симптомів за наявності одного розладу.

Висновки

Оцінювання клінічних особливостей ФД показало, що диспепсичні скарги можуть відрізнятися залежно від наявного постпрандіального чи епігастрального больового синдрому. Також було встановлено, що серед пацієнтів із ПДС явища диспепсії частіше можуть зменшуватися чи зникати самотійно, на відміну від групи хворих з ЕБС, які в більшості випадків потребують медикаментозного лікування або приймання їжі.

Список використаної літератури

1. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process / D.A. Drossman // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130. — P. 1377-1390.
2. Корендович І.В. Функціональні розлади у дисфункціональному світі / І.В. Корендович, А.С. Свінцицький, К.М. Ревенко // *Український науково-медичний молодіжний журнал*. — 2012. — № 2. — С. 91-95.
3. Evidence for neuronal and structural changes in submucous ganglia of patients with functional dyspepsia / C. Cirillo, T. Bessissow, A. Desmet [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2015. — Vol. 110. — P. 1205-1215.
4. Rome III: the functional gastrointestinal disorders / senior ed. D.A. Drossman. — 3rd ed. — McLean: Degnon Associates, 2006. — 1048 p.

5. Current issues in functional dyspepsia / J.K. Park, K.C. Huh, C.M. Shin [et al.] // *Korean J. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 64. — P. 133-141.
6. The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian Adult Dyspepsia Empiric Treatment — Prompt Endoscopy (CADET-PE) study / A.B. Thomson, A.N. Barkun, D. Armstrong [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2003. — Vol. 17. — P. 1481-1491.
7. Symptoms underlying decrease in quality of life in functional dyspepsia assessed using the Pagi-QOL and Pagi sym questionnaires / S. Kindt, D. Dubois, J. Arts [et al.] // *Gastroenterology.* — 2005. — Vol. 128, Suppl. 2. — P. A123.
8. Goswami B.D. Clinical features of functional dyspepsia / B.D. Goswami, C. Phukan // *J. Assoc. Physicians India.* — 2012. — Vol. 60, Suppl. — P. 21-22.
9. Akhondi-Meybodi M. The role of diet in the management of non-ulcer dyspepsia / M. Akhondi-Meybodi, M.A. Aghaei, Z. Hashemian // *Middle East J. Dig. Dis.* — 2015. — Vol. 7. — P. 19-24.
10. Hypersensitivity for capsaicin in patients with functional dyspepsia / J. Hammer, M. Führer, L. Pipal, J. Matiassek // *Neurogastroenterol. Motil.* — 2008. — Vol. 20. — P. 125-133.
11. Dyspeptic symptoms in the general population: a factor and cluster analysis of symptom groupings / H. Piessevaux, B. De Winter, E. Louis [et al.] // *Neurogastroenterol. Motil.* — 2009. — Vol. 21. — P. 378-388.
12. Brun R. Functional dyspepsia / R. Brun, B. Kuo // *Therap. Adv. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 3. — P. 145-164.
13. Oshima T. Epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Japan and in the world / T. Oshima, H. Miwa // *World J. Neurogastroenterol. Motil.* — 2015. — Vol. 21. — P. 306-316.
14. Heterogeneity of symptom pattern, psychosocial factors, and pathophysiological mechanisms in severe functional dyspepsia / B. Fischler, J. Tack, V. De Gucht [et al.] // *Gastroenterology.* — 2003. — Vol. 124. — P. 903-910.
15. Park H. Functional gastrointestinal disorders and overlap syndrome in Korea / H. Park // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2011. — Vol. 26, Suppl. 3. — P. 12-14.
16. The relationship between irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, chronic fatigue and overactive bladder syndrome: a controlled study 6 years after acute gastrointestinal infection / R. Person, K. Wensaas, K. Hanevic [et al.] // *BMC Gastroenterol.* — 2015. — Vol. 15. — ID66.
17. Gastric sensitivity and reflexes: basic mechanisms underlying clinical problems / F. Azpiroz, C. Feinle-Bisset, D. Grundy, J. Tack // *J. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 49. — P. 206-218.
18. Functional dyspepsia patients have lower mucosal cholecystokinin concentrations in response to duodenal lipid / O.S. van Boxel, J.J. Ter Linde, J. Oors [et al.] // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2014. — Vol. 26. — P. 205-212.
19. Postprandial symptoms originating from the stomach in functional dyspepsia / H. Vanheel, T. Vanuytsel, L. van Oudenhove [et al.] // *Neurogastroenterol. Motil.* — 2013. — Vol. 25. — P. 911-e703.
20. Bonica J.J. The need of a taxonomy / J.J. Bonica // *Pain.* — 1979. — Vol. 6. — P. 247-248.
21. Farmer A.D. Mechanisms and management of functional abdominal pain / A.D. Farmer, Q. Aziz // *J.R. Soc. Med.* — 2014. — Vol. 107. — P. 347-354.

Надійшла до редакції 08.12.2017

CLINICAL FEATURES OF DIFFERENT SUBGROUPS OF FUNCTIONAL DYSPESIA

A.S. Svintsitsky, I.V. Biriuchenko, N.M. Korendovych

Abstract

The article analyzes the clinical features of functional dyspepsia. It was revealed that the complex of dyspeptic complaints may differ depending on the presence of postprandial distress or epigastric pain syndromes.

Keywords: functional dyspepsia, epigastric pain syndrome, postprandial distress syndrome.

І.П. Катеренчук

ВДНЗУ «Українська медична
стоматологічна академія»,
м. Полтава

КОРЕКЦІЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ЗМЕНШЕННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ: ПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ АРГІНІНУ

Резюме

У статті наведено результати досліджень, які свідчать про те, що дисфункція ендотелію є однією з найважливіших складових кардіоваскулярного ризику розвитку й прогресування найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи. Проведено аналіз результатів рандомізованих клінічних досліджень із вивчення ефективності L-аргініну при артеріальній гіпертензії та ішемічній хворобі серця. Наведено результати проведених досліджень із вивчення ефективності кардіоаргініну в профілактиці й лікуванні захворювань, зумовлених дисфункцією ендотелію.

Ключові слова

Ендотеліальна дисфункція, кардіоваскулярний ризик, L-аргінін, кардіоаргінін.

Ендотелій судин, згідно із сучасними уявленнями, розглядають як своєрідний ендокринний орган та активну систему, що:

- забезпечує регуляцію тонуусу судин та їх анатомічну цілісність;
- регулює судинний гемостаз і місцеве запалення;
- забезпечує захисну функцію і регулює хемотаксичні і репаративні процеси у відповідь на локальне пошкодження [3].

Для забезпечення вищезазначених функцій ендотеліальні клітини продукують значну кількість вазоактивних речовин (табл. 1).

Завдяки специфічним особливостям розташування та граничному положенню ендотелію, його клітини постійно піддаються несприятливим впливам як гуморальних, так і механічних чинників.

За умови нормального функціонування ендотелію він забезпечує вазодилатуючу, антикоагулянтну та протизапальну дію, а при порушенні функціонування виникає дисбаланс між релаксуючими і констрикторними чинниками, між анти- і прокоагулянтними медіаторами або факторами росту та їх інгібіторами, що значною мірою визначається особливостями синтезу й секреції оксиду азоту (NO) [28].

Існує безліч доказів про ключову роль ендотелію в підтримці судинного тонуусу й структури судинної стінки.

Таблиця 1. Ендотеліальні вазоактивні речовини

Групи вазоактивних речовин	Основні представники
Вазодилататори	Адреномодулін, брадікінін, гістамін, натрійуретичний пептид С-типу, оксид азоту, простагліцин, ендотеліозалежний фактор гіперполяризації
Вазоконстриктори	Ангіотензин II, простагландин H ₂ , супероксиданіон, тромбосан A ₂ , ендоперекиси, ендотелін
Модулятори росту	Ендотеліальний фактор росту, гепариноподібний інгібітор росту, фактор росту фібробластів
Молекули адгезії	Е-селектин (ELAM-1), внутрішньоклітинна молекула адгезії (ICAM-1), судинноклітинна молекула адгезії (VCAM-1)
Регулятори гомеостазу й активатори тромбозу	Фактор Віллебранда, тканинний активатор плазміногену, інгібітор тканинного активатора плазміногену, тромбомодулін

Ендотеліальна дисфункція (ЕД) виявляється в пацієнтів і без клінічної маніфестації серцево-судинних захворювань, але які мають чинники ризику їх розвитку. Таким чином, ЕД відіграє прогностичну роль [18].

Серцево-судинні захворювання є основною причиною інвалідності та смертності у ХХІ ст. в усьому світі [13].

Результати значної кількості досліджень, проведених останніми роками, переконливо свідчать, що ЕД відіграє провідну роль у розвитку серцево-судинних захворювань і станів, зокрема таких, як артеріальна гіпертензія, атеросклероз,

© І.П. Катеренчук

ішемічна хвороба серця, хронічна серцева недостатність, а також цукровий діабет та хронічна хвороба нирок [25, 38, 42, 43].

Причинами ЕД є всі основні чинники ризику серцево-судинних захворювань, такі як куріння, гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет [18]. До чинників ризику розвитку ЕД також належать похилий вік, чоловіча стать, надлишкова маса тіла, підвищений рівень ліпопротеїнів низької щільності й тригліцеридів у крові. Під час обстеження пацієнтів із наявністю цих чинників ризику виявляються порушення потікзалежної дилатації (flow mediated dilatation — FMD). FMD відображає здатність артерії розширюватися у відповідь на індуковану ішемією гіперемію і свідчить про місцеву біодоступність оксиду азоту (NO) в умовах фізіологічної стимуляції [6, 13].

Причинами ендотеліальної дисфункції також можуть бути різноманітні чинники: ішемія і гіпоксія тканин, вікові зміни, вільнорадикальне пошкодження, дисліпопротеїнемія, дія цитокінів, гіпергомоцистемія, ендогенна інтоксикація (ниркова, печінкова недостатність), екзогенна інтоксикація (куріння), гіперкаліємія, артеріальна гіпертензія [24, 37].

Одним із найбільш значущих показників нормального функціонування ендотелію є безперервна базальна продукція оксиду азоту — основного ендотеліального фактора релаксації гладеньких м'язів судин.

Функції оксиду азоту багатогранні — він відіграє важливу роль у регуляції тону судинної стінки та скоротливої активності міокарда, згортанні крові й клітинній проліферації.

Одним з основних вазоактивних донаторів синтезу NO в неушкодженому ендотелії є амінокислота аргінін, оскільки оксид азоту синтезується з L-аргініну за допомогою сімейства ферментів NO-синтаз у низці тканин [17].

Одним із механізмів, що пояснює розвиток ендотеліальної дисфункції, є підвищення в крові рівня асиметричного диметиларгініну — ADMA (asymmetric dimethylarginine), що інгібує синтез NO.

Наявність ADMA як ендогенного інгібітора індуцибельної NO-синтази (eNOS) в плазмі крові і сечі в людей уперше описано в 1992 р. З того часу увага до ролі цієї молекули в регуляції eNOS неухильно зростає. ADMA в концентраціях, що виявляються в пацієнтів із судинними захворюваннями, пригнічує синтез NO в судинному ендотелії. При внутрішньоартеріальному введенні ADMA викликає місцеву вазоконстрикцію, а також підвищує системний судинний опір і порушує функцію нирок. Існуючі експериментальні та клінічні докази вказують, що навіть невелика зміна рівня ADMA істотно впливає на продукцію NO, судинний тонус і системний судинний опір. Підвищений рі-

вень ADMA широко поширений при гіперхолестеринемії, гіпергомоцистемії, цукровому діабеті, облітеруючих захворюваннях периферичних артерій, артеріальній гіпертензії, хронічній серцевій недостатності, ішемічній хворобі серця, гестаційній гіпертензії та прееклампсії, еректильній дисфункції та інших клінічних станах.

І хоча нормальний рівень L-аргініну в крові відзначається при більшості клінічних станів, асоційованих з ендотеліальною дисфункцією, клінічні та експериментальні докази свідчать, що підвищення рівня ADMA може призвести до відносної недостатності L-аргініну навіть у разі нормальної концентрації цієї амінокислоти. Додаткове надходження з їжею L-аргініну може допомогти у відновленні фізіологічного статусу за рахунок нормалізації співвідношення L-аргінін/ADMA (норма — 50-100:1). Співвідношення L-аргінін/ADMA вважається найбільш точним способом визначення доступності субстрату для eNOS. Це співвідношення збільшується під час приймання L-аргініну незалежно від початкової концентрації ADMA. У пацієнтів, які не мають порушеного балансу L-аргінін/ADMA, ефект приймання L-аргініну менш виражений.

Позитивний ефект L-аргініну на судинну функцію в пацієнтів з її порушенням встановлено в різних дослідженнях при незначному ефекті або його відсутності в групі контролю в здорових учасників. Це пояснюється тим, що L-аргінін відновлює ендотеліальний синтез NO до нормального рівня, сприяючи відновленню судинної функції. У разі постачання eNOS її природному субстрату (L-аргініну) не відзначається надлишкового вазодилаторного ефекту за межами фізіологічного діапазону. Таким чином, приймання L-аргініну не повинно викликати розвиток надлишкового гіпотензивного ефекту, ортостатичної дисрегуляції або несприятливих серцевих подій унаслідок рефлекторної тахікардії. На противагу цьому, екзогенні донори NO, такі як органічні нітрати, що вивільняють NO під впливом ферментів, відмінних від eNOS, асоційовані з розвитком звикання і впливом оксидативного стресу на артеріальну стінку. Виходячи з цього, L-аргінін розглядається як безпечний і корисний субстрат.

Корекція ендотеліальної дисфункції є сучасним перспективним напрямком у кардіології. Вплив на різні ланки патогенезу робить можливим суттєве підвищення ефективності лікування пацієнтів кардіологічного профілю.

Немедикаментозні методи лікування і профілактики спрямовані на усунення пошкоджуючого чинника. Зокрема, зниження маси тіла при ожирінні, обмеження вживання кухонної солі, припинення куріння і зловживання алкоголем, усунення різноманітних інтоксикацій, у тому числі інфекційного генезу, збільшення фізичної активності приводять до покращення функціонального стану ендотелію.

Фізичні навантаження покращують стан ендотелію в молодих чоловіків із чинниками ризику атеросклерозу й ендотеліальною дисфункцією [20]. У пацієнтів із цукровим діабетом покращення контролю глікемії само по собі є чинником усунення ендотеліальної дисфункції. Нормалізація ліпідного профілю при гіперхолестеринемії приводить до нормалізації функції ендотелію.

Оскільки патологічні зміни функції ендотелію є незалежним предиктором несприятливого прогнозу більшості серцево-судинних захворювань, ендотелій є ідеальною мішенню для превентивних втручань [13, 18].

Приклад такого терапевтичного втручання — застосування амінокислоти L-аргініну. В організмі людини в циркуляції наявні як L-, так і D-енантіомери аргініну, однак тільки L-аргінін є субстратом для продукції NO [22]. Перетворення L-аргініну в NO відіграє ключову роль у підтримці нормального функціонування ендотелію за рахунок вазодилатації [13].

Наявні дані вказують на те, що ефект L-аргініну залежить від його концентрації в плазмі крові. При пероральному застосуванні L-аргінін забезпечує ефект за рахунок селективного поліпшення ендотеліальної вазодилатації (ЕЗВД) у пацієнтів із порушеною функцією ендотелію, знижує агрегацію тромбоцитів і зменшує ендотеліальну адгезію моноцитів. При підвищенні концентрації L-аргініну в плазмі крові, що досягається при внутрішньовенному або внутрішньоартеріальному

введенні, з'являються ефекти, не пов'язані безпосередньо з продукцією NO (стимуляція секреції інсуліну, соматостатину); високий рівень L-аргініну в плазмі крові веде до неспецифічної вазодилатації (за рахунок осмотичного/pH ефекту) [16].

L-аргінін покращує судинну функцію за рахунок нейтралізації несприятливих ефектів ADMA, нового чинника ризику серцево-судинних захворювань [16].

Тобто, результати значної кількості експериментальних і клінічних досліджень свідчили на користь вивчення ефективності аргініну при захворюваннях серцево-судинної системи і передусім при найбільш поширених із них — артеріальній гіпертензії та ішемічній хворобі серця.

Нижче наведено результати рандомізованих клінічних досліджень (РКД), у яких містяться докази ефективності аргініну при найбільш поширених захворюваннях серцево-судинної системи.

Дані про ефективність аргініну при артеріальній гіпертензії представлено в табл. 2.

ЕД є початковим етапом у патогенезі атеросклерозу. *In vitro* встановлено зниження продукції NO в клітинах ендотелію при гіперхолестеринемії. Недостатній синтез NO сприяє вільнорадикальному пошкодженню клітинних мембран. Окислені ліпопротеїди низької щільності посилюють експресію молекул адгезії на поверхні ендотеліальних клітин, сприяючи моноцитарній інфільтрації субендотелію. У свою чергу, адекватний синтез NO пригнічує атеросклеротичне ушкодження завдяки впливу на агрегацію тромбоцитів, адгезію

Таблиця 2. Ефективність аргініну при артеріальній гіпертензії за результатами клінічних досліджень

Артеріальна гіпертензія		
Джерело інформації	Характер дослідження	Результати
Pezza V. et al. [34]	Контрольоване дослідження	Пацієнти з артеріальною гіпертензією, рефрактерні до еналаприлу та гідрохлоротиазиду, показали позитивну відповідь при додаванні до терапії перорально 6 г/добу L-аргініну.
Lekakis J.P. et al. [26]	Проспективне подвійне сліпе РКД	Встановлено значне поліпшення FMD (із 1,7±3,4 до 5,9±5,4%; p=0,008) у 18 пацієнтів з есенціальною гіпертензією на тлі приймання 6 г/добу L-аргініну.
West S.G. et al. [40]	Плацебо-контрольоване перехресне РКД	При застосуванні 12 г/добу L-аргініну в пацієнтів знизилися рівні діастолічного АТ (на 1,9 мм рт. ст.), гомоцистеїну в плазмі крові (на 2,0 мкмоль/л), збільшився період напруги шлуночків (на 3,4 мс).
Pallosi A. et al. [32]	Ініціативне дослідження	У 13 пацієнтів із мікросудинною стенокардією та артеріальною гіпертензією пероральне приймання 6 г/добу L-аргініну суттєво поліпшило клас стенокардії, систолічний артеріальний тиск (САТ) у спокої та якість життя. Збільшився максимальний кровотік у передпліччі, співвідношення L-аргінін/ADMA і рівень циклічного ГМФ (цГМФ).

Таблиця 3. Ефективність аргініну при гіперхолестеринемії за результатами клінічних досліджень

Гіперхолестеринемія		
Джерело інформації	Характер дослідження	Результати
Clarkson P. et al. [21]	Проспективне плацебо-контрольоване РКД	У 27 пацієнтів (середній вік — 19-40 років) із гіперхолестеринемією показало поліпшення FMD на 3,9% (із 1,7±1,3 до 5,6±3,0%; p<0,001) на тлі приймання 21 г/добу L-аргініну протягом 4 тижнів.
Maxwell A.I. et al. [29]	Подвійне сліпе плацебо-контрольоване дослідження	У 43 пацієнтів із гіперхолестеринемією (середній вік — 57±10 років) FMD збільшилася з 6,5±3 до 10±5% (p=0,02).
Wolf A. et al. [41]	Подвійне сліпе плацебо-контрольоване РКД	У пацієнтів із гіперхолестеринемією пероральне приймання протягом 2 тижнів 8,4 г/добу L-аргініну привело до зниження реактивності тромбоцитів (із 68,6 до 52,6%). Ефект зберігався протягом 2 тижнів після закінчення терапії.
Theilmeier G. et al. [36]	Проспективне плацебо-контрольоване подвійне сліпе РКД	Застосування протягом 2 тижнів 8,4 г/добу L-аргініну у 20 пацієнтів (вік — 51±2 роки) з гіперхолестеринемією зумовило зниження адгезивності моноцитів зі 160±11 до 104±5%.

і міграцію моноцитів, проліферацію клітин гладких м'язів судин і вазоконстрикцію.

Дані про ефективність аргініну при гіперхолестеринемії за результатами клінічних досліджень представлено в табл. 3.

У низці досліджень доведено ефективність

L-аргініну в пацієнтів з ішемічною хворобою серця (табл. 4) та її клінічним варіантом — стенокардією (табл. 5).

Переконливо доведено ефективність L-аргініну в пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) (табл. 6).

Таблиця 4. Ефективність аргініну при ішемічній хворобі серця за результатами клінічних досліджень

Ішемічна хвороба серця		
Джерело інформації	Характер дослідження	Результати
Adams M.R. et al. [12]	Проспективне подвійне сліпе перехресне плацебо-контрольоване РКД	У 10 пацієнтів (середній вік — 41 ± 2 роки) з ішемічною хворобою серця застосування 21 г/добу L-аргініну протягом 3 днів привело до збільшення FMD (з $1,8 \pm 0,7$ до $4,7 \pm 1,1\%$; $p < 0,04$) і значного зниження адгезивності моноцитів до ендотелію (з 50 ± 1 до $42 \pm 2\%$; $p < 0,01$).
Lerman A. et al. [27]	Проспективне плацебо-контрольоване РКД	у 13 пацієнтів з ІХС (діаметр стенозу коронарних судин $< 40\%$) приймання 9 г/добу L-аргініну протягом 6 міс. сприяло збільшенню коронарного кровотоку у відповідь на ацетилхолін ($149 \pm 20\%$ порівняно з $6 \pm 9\%$ у групі плацебо; $p < 0,05$).
Bednarsz B. et al. [14]	Подвійне сліпе перехресне РКД	За участю 25 пацієнтів зі стабільною ІХС приймання протягом 3 днів 6 г/добу L-аргініну значно підвищило толерантність до навантаження, збільшивши час виконання навантаження з 604 ± 146 до 647 ± 159 с ($p < 0,03$).
Yin W.H. et al. [44]	Перехресне РКД	За участю 31 пацієнта зі стабільною ІХС встановлено, що пероральне приймання протягом 4 тижнів 10 г/добу L-аргініну суттєво збільшило FMD плечової артерії (на $4,87\%$ від початкового; $p < 0,0001$) і зменшило окислення ЛПНЩ.

Таблиця 5. Ефективність аргініну при стенокардії за результатами клінічних досліджень

Стенокардія		
Джерело інформації	Характер дослідження	Результати
Ceremuzynski L. et al. [19]	Подвійне сліпе плацебо-контрольоване РКД	У 22 пацієнтів зі стабільною стенокардією пероральне приймання 6 г/добу L-аргініну протягом 3 днів зумовило виражене збільшення максимально досягнутого навантаження з $6,4 \pm 2$ до $7,4 \pm 3$ MET* ($p < 0,006$).
Parker J.O. et al. [33]	Плацебо-контрольоване перехресне дослідження	У пацієнтів зі стабільною стенокардією додавання до постійного приймання нітрогліцерину 2,8 г/добу L-аргініну привело до збільшення часу безболісної ходьби.
Maxwell A.J. [30]	Подвійне сліпе плацебо-контрольоване перехресне РКД	Терапія L-аргініном 6,6 г/добу протягом 2 тижнів у поєднанні з прийманням антиоксидантів і комплексу вітамінів групи В у пацієнтів зі стенокардією II-III функціонального класу (ФК) привела до істотного збільшення загального часу виконання навантаження на тредмілі (на 16% , тоді як у групі плацебо відбулося зниження на 4% ; $p = 0,05$); поліпшення якості життя (68 ± 13 балів порівняно з 63 ± 21 бал; $p = 0,04$ згідно із Сіетльським опитувальником для стенокардії — Seattle Angina Questionnaire) і збільшення FMD з $5,5 \pm 4,5$ до $8,0 \pm 4,9\%$ ($p = 0,004$).
Blum A. et al. [15]	Неконтрольоване пілотне дослідження	Застосування протягом > 3 міс. 9 г/добу L-аргініну в чоловіків із важкою стенокардією (IV ФК) асоціювалося з вираженим клінічним поліпшенням у 7 з 10 пацієнтів. Однак після припинення терапії у всіх хворих відзначено повернення до вихідного ФК. У пацієнтів із вираженою клінічною відповіддю на застосування L-аргініну також виявлено зниження в сироватці крові рівня маркерів клітинної адгезії і прозапальних цитокінів, включаючи Р-селектин, інтерлейкін (ІЛ) — 1β , ІЛ-6, ICAM (intercellular cell adhesion molecule — молекула міжклітинної адгезії). У пацієнтів без клінічної відповіді на L-аргінін рівень цих маркерів залишився незмінним.

Примітка. * — MET — метаболічна одиниця або метаболічний еквівалент (metabolic equivalents — METs) — один MET дорівнює $3,5$ мл/кг/хв, що відповідає споживанню кисню чоловіком масою тіла 70 кг у положенні сидячи в стані спокою.

Таблиця 6. Ефективність аргініну при хронічній серцевій недостатності за результатами клінічних досліджень

Хронічна серцева недостатність		
Джерело інформації	Характер дослідження	Результати
Watanabe G. et al. [39]	Сліпе перехресне РКД	За участю 17 пацієнтів (вік — 56 ± 12 років) із застійною ХСН (II-III функціональний клас (ФК) за NYHA) при пероральному прийманні 15 г/добу L-аргініну встановлено збільшення добової екскреції із сечею гуанозинмонофосфату з $0,8 \pm 0,5$ до $1,4 \pm 1,1$ мкмоль/добу ($p < 0,01$), кліренсу креатиніну — зі 125 ± 42 до 150 ± 43 мл/хв ($p < 0,05$) і зниження рівня ендотеліну в плазмі крові — з $3,1 \pm 0,8$ до $2,5 \pm 0,6$ пг/мл ($p < 0,05$). Відносно підвищення рівня екскреції натрію (на $47 \pm 12\%$ порівняно з $34 \pm 9\%$ у групі плацебо; $p < 0,05$) і швидкості гломерулярної фільтрації (на 44 ± 31 і $22 \pm 29\%$ відповідно; $p < 0,05$) також було більш значимим після терапії L-аргініном.
Bednarsz B. et al. [14]	Подвійне сліпе перехресне РКД	За участю 21 пацієнта зі стабільною ХСН (II-III ФК за NYHA) відзначено збільшення часу виконання навантаження із 70 ± 99 до 99 ± 60 с ($p < 0,05$) під час приймання 9 г/добу L-аргініну протягом 1 тижня.
Rector T.S. et al. [35]	Подвійне сліпе перехресне РКД	У 15 пацієнтів із помірною та важкою ХСН під час перорального приймання 5,6-12,6 г/добу L-аргініну протягом 6 тижнів встановлено збільшення кровотоку в передпліччя при виконанні вправ із $5,1 \pm 2,8$ до $6,6 \pm 3,4$ мл/хв·дл ($p < 0,05$). Функціональний статус також значно покращився — відзначалося збільшення дистанції, пройденої при виконанні 6-хвилинного тесту (з 390 ± 91 до 422 ± 86 м; $p < 0,05$), зменшення кількості балів за опитувальником Living With Heart Failure («Життя із серцевою недостатністю») (42 ± 26 порівняно з 55 ± 2 ; $p < 0,05$). Також спостерігалось збільшення артеріальної податливості (arterial compliance) — з $1,99 \pm 0,38$ до $2,36 \pm 0,30$ мл/мм рт. ст. ($p < 0,001$) і зниження рівня ендотеліну в крові з $1,9 \pm 1,1$ до $1,5 \pm 1,1$ пмоль/л ($p < 0,05$).
Hambrecht R. et al. [23]	Проспективне РКД	У 20 пацієнтів із тяжкою ХСН приймання 8 г/добу L-аргініну протягом 4 тижнів покращило ацетилхолінзалежну вазодилатацію променевої артерії на $8,8 \pm 0,9\%$.

Таким чином, застосування L-аргініну має суттєве значення в профілактиці і терапії серцево-судинних порушень. Результати проведених досліджень свідчать про ефективність застосування аргініну при таких станах, як стенокардія, атеросклероз, ішемічна хвороба серця, ХСН тощо. Окрім того, пероральне застосування аргініну впливає на функцію ендотелію в здорових людей похилого віку і курців молодого віку [13].

В Україні проводяться дослідження з вивчення клінічних ефектів аргініну й використання лікарських препаратів, до складу яких входить аргінін, у клінічній практиці [1, 2, 6-9].

Проведено дослідження оригінального комбінованого препарату аргініну — Кардіоаргініну-Здоров'я. Особливістю складу цього препарату є вдале поєднання диаргініну сукцинату, аргініну аспарагінату, калію аспарагінату і магнію аспарагінату. Таке поєднання зумовлено позитивними клінічними ефектами препарату, які полягають у зниженні артеріального тиску й усуненні ішемії міокарда, ендотеліальної дисфункції й ішемії міокарда, покращенні коронарного кровообігу і запобіганні пошкодженню серцевого м'яза. Одночасно препарат має антигіпоксичні, мембраностабілізуючі та антиоксидантні властивості.

За результатами II фази клінічного дослідження, проведеного під керівництвом академіка АМН України Г.В. Дзяка, встановлено високу ефективність, добру переносимість і високий профіль безпеки препарату Кардіоаргінін-Здоров'я, що дало підстави дослідникам рекомендувати цей медика-

ментозний засіб у складі базисної терапії ішемічної хвороби серця, стабільної стенокардії II-III функціонального класу [3]. Аналогічні результати були одержані під час проведених нами досліджень у пацієнтів з ішемічною хворобою серця, асоційованою із цукровим діабетом 2-го типу. [5]. Доведено ефективність застосування Кардіоаргініну-Здоров'я в пацієнтів похилого віку як засобу зменшення кардіоваскулярного ризику [4].

Висновки

На підставі наведеного вище можна зробити такі висновки:

1. Ендотеліальна дисфункція є важливою складовою кардіоваскулярного ризику найбільш поширених захворювань серцево-судинної системи, а провідною ланкою розвитку ендотеліальної дисфункції є дефіцит і порушення обміну амінокислоти аргініну.
2. Включення аргініну в комплексну терапію найбільш поширених захворювань серцево-судинної системи, за результатами рандомізованих клінічних досліджень, усуває прояви ендотеліальної дисфункції, забезпечуючи профілактику кардіоваскулярних ускладнень.
3. Застосування Кардіоаргініну-Здоров'я має велике значення в профілактиці і терапії серцево-судинних захворювань, а отже, розглядати його необхідно як важливий і перспективний кардіо- та ендотеліопротектор, який доцільно включати в схеми терапії найбільш поширених кардіологічних захворювань.

Список використаної літератури

1. Бабушкина А.В. L-аргинин с точки зрения доказательной медицины // Украинский медицинский часопис. — 2009. — Т. 6, № 11-12. — С. 1-6.
2. Барна О.М., Катеренчук І.П., Погребняк О.О. Багатогранні ефекти L-аргініну у хворих на ішемічну хворобу серця з цукровим діабетом 2 типу. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. — Харків, 2015. — С. 19-20.
3. Бувальцев В.И. Дисфункция эндотелия как новая концепция профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний // Международный медицинский журнал. — 2001. — № 3. — С. 202-209.
4. Грабарь Н. Кардиоаргинин Здоровье — новая оригинальная разработка ООО «Фармацевтическая компания «Здоровье» // Мистецтво лікування. — 2011. — № 4. — С. 62-66.
5. Дмитренко Н.П., Кишко Т.О., Шандренко С.Г. Аргинин: биологическое действие, влияние на синтез азота // Украинский терапевтический журнал. — 2008. — № 1-2. — С. 137-141.
6. Ельский В.Н., Ватутин Н.Т., Калинин Н.В., Салахова А.М. Роль дисфункции эндотелия в генезе сердечно-сосудистых заболеваний // Журн. АМН Украины. — 2008. — Т. 14. — С. 51-62.
7. Катеренчук И.П. Кардиальные эффекты аргинина и эффективность кардиоаргинина при сердечно-сосудистой патологии // Кардиология: от науки к практике. — 2012. — № 2. — С. 20-26.
8. Катеренчук И.П., Циганенко І.В. Ендотеліальна дисфункція та кардіоваскулярний ризик: причини, механізми розвитку, клінічні прояви, лікування та профілактика. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2017. — 256 с.
9. Катеренчук І.П., Погребняк О.О. Вплив комбінації L-аргініну з інозитом на показники ендотеліальної дисфункції та якості життя у хворих на ішемічну хворобу серця з цукровим діабетом 2 типу // Практикуючий лікар. — 2013. — № 2. — С. 14-16.
10. Степанов Ю.М., Кононов І.Н., Журбина А.І., Филиппова А.Ю. Аргинин в медицинской практике (обзор литературы) // Журн. АМН Украины. — 2004. — Т. 10, № 4. — С. 340-352.
11. Топчий И.И., Горбач Т.В., Бондарь Т.Н. и соавт. Система L-аргинин/оксид азота и показатели антиоксидантной системы у больных диабетической нефропатией с артериальной гипертензией в динамике лечения // Медицина сьогодні і завтра. — 2008. — № 4. — С. 69-75.
12. Adams M.R., McCredie R., Jessup W. et al. Oral L-arginine improves endothelium-dependent dilatation and reduces monocyte adhesion to endothelial cells in young men with coronary artery disease // Atherosclerosis. — 1997. — Vol. 129. — P. 261-269.
13. Bai Y., Sun L., Yang T. et al. Increase in fasting vascular endothelial function after short-term oral L-arginine is effective when baseline flow-mediated dilation is low: a meta-analysis of randomized controlled trials // Am. J. Clin. Nutr. — 2009. — Vol. 89. — P. 77-84.

14. Bednarz B., Jaxa-Chamiec T., Gebalska J. et al. L-Arginine supplementation prolongs exercise capacity in congestive heart failure // *Kardiol. Pol.* — 2004. — Vol. 60. — P. 348-353.
15. Blum A., Porat R., Rosenschein U. et al. Clinical and inflammatory effects of dietary L-arginine in patients with intractable angina pectoris // *Am. J. Cardiol.* — 1999. — Vol. 83. — P. 1488-1490.
16. Böger R.H., Ron E.S. L-Arginine improves vascular function by overcoming deleterious effects of ADMA, a novel cardiovascular risk factor // *Altern. Med. Rev.* — 2005. — Vol. 10. — P. 14-23.
17. Brett D.S. Endogenous nitric oxide synthesis: biological functions and pathophysiology // *Free Rad. Res.* — 1999. — Vol. 31. — P. 577-596.
18. Brown A.A., Hu F.B. Dietary modulation of endothelial function: implications for cardiovascular disease // *Am. J. Clin. Nutr.* — 2001. — Vol. 73. — P. 673-686.
19. Ceremuzynski L., Chamiec T., Herbaczynska-Cedro K. Effect of supplemental oral L-arginine on exercise capacity in patients with stable angina pectoris // *Am. J. Cardiol.* — 1997. — Vol. 80. — P. 331-333.
20. Chen Y., Wang Y., Li Y. et al. Effect of different interventional modalities on vascular endothelial dysfunction of obese rats // *Zhonghua Er Ke Za Zhi.* — 2006. — Vol. 44. — P. 607-610.
21. Clarkson P., Adams M.R., Powe A.J. et al. Oral L-arginine improves endothelium-dependent dilation in hypercholesterolemic young adults // *J. Clin. Invest.* — 1996. — Vol. 97. — P. 1989-1994.
22. Gornik H.L., Creager M.A. Arginine and endothelial and vascular health // *J. Nutr.* — 2004. — Vol. 134 (Suppl. 10). — P. 2880S-2887S.
23. Hambrecht R., Hilbrich L., Erbs S. et al. Correction of endothelial dysfunction in chronic heart failure: additional effects of exercise training and oral L-arginine supplementation // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2000. — Vol. 35. — P. 706-713.
24. Hansson G.K. Immunology of Atherosclerosis: 14th Int. Congress of Clin. Chem. Lab. Med. — Prague: Euromedlab, 2001. — P. 2514.
25. Kinlay S., Libbi P., Ganz P. Endothelial function and coronary artery disease // *Curr. Opin. Lipidol.* — 2001. — Vol. 12. — P. 383-389.
26. Lekakis J.P., Papathanassiou S., Papaioannou T.G. et al. Oral L-arginine improves endothelial dysfunction in patients with essential hypertension // *Int. J. Cardiol.* — 2002. — Vol. 86. — P. 317-332.
27. Lerman A., Burnett J.C., Higano S.T. et al. Long-term L-arginine supplementation improves small vessel coronary endothelial function in humans // *Circulation.* — 1998. — Vol. 97. — P. 2123-2128.
28. Li H., Forstermann U. Nitric oxide in the pathogenesis of vascular disease // *J. Pathol.* — 2000. — Vol. 190. — P. 244-254.
29. Maxwell A.J., Anderson B., Zapien M.P., Cooke J.P. Endothelial dysfunction in hypercholesterolemia is reversed by nutritional duraproduct designed to enhance nitric oxide activity // *Cardiovasc. Drugs Ther.* — 2000. — Vol. 14. — P. 309-316.
30. Maxwell A.J., Anderson B.E., Cooke J.P. Nutritional therapy for peripheral arterial disease: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial of HeartBar // *Vasc. Med.* — 2000. — Vol. 5. — P. 11-19.
31. Maxwell A.J., Zapien M.P., Pearce G.L. et al. Randomized trial of a medical food for the dietary management of chronic, stable angina // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2002. — Vol. 39. — P. 37-45.
32. Pallosi A., Fragasso G., Piatti P. et al. Effect of oral L-arginine on blood pressure and symptoms and endothelial function in patients with systemic hypertension, positive exercise tests, and normal coronary arteries // *Am. J. Cardiol.* — 2004. — Vol. 93. — P. 933-935.
33. Parker J.O., Parker J.D., Caldwell R.W. et al. The effect of supplemental L-arginine on tolerance development during continuous transdermal nitroglycerin therapy // *J. Am. Coll. Cardiol.* — Vol. 39. — P. 1199-1203.
34. Pezza V., Bernardini F., Pezza E. et al. Study of supplemental oral L-arginine in hypertensives treated with enalapril + hydrochlorothiazide // *Am. J. Hypertens.* — 1998. — Vol. 11. — P. 1267-1270.
35. Rector T.S., Bank A., Mullen K.A. et al. Randomized, double-blind, placebo controlled study of supplemental oral L-arginine in patients with heart failure // *Circulation.* — 1996. — Vol. 93. — P. 2135-2141.
36. Theilmeier G., Chan J.R., Zalpour C. et al. Adhesiveness of mononuclear cells in hypercholesterolemic humans is normalized by dietary L-arginine // *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* — 1997. — Vol. 17. — P. 3557-3564.
37. Tsai W.C., Lin C.C., Li Y.H. et al. Effect of smoking on serum antioxidant and endothelial dysfunction after a high-fat meal // *J. Hypertens.* — 2003. — Vol. 21 (Suppl. 4). — P. 161.
38. Versari D., Daghini E., Viridis A. et al. Endothelial dysfunction as a target for prevention of cardiovascular disease // *Diabetes Care.* — 2009. — Vol. 32. — P. 5314-5321.
39. Watanabe G., Tomiyama H., Doba N. Effects of oral administration of L-arginine on renal function in patients with heart failure // *J. Hypertens.* — 2000. — Vol. 18. — P. 229-234.
40. West S.G., Likos-Krick A., Brown P., Mariotti F. Oral L-arginine improves hemodynamic responses to stress and reduces plasma homocysteine in hypercholesterolemic men // *J. Nutr.* — 2005. — Vol. 135. — P. 212-217.
41. Wolf A., Zalpour C., Theilmeier G. et al. Dietary L-arginine supplementation normalizes platelet aggregation in hypercholesterolemic humans // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 1997. — Vol. 29. — P. 479-485.
42. Xie L., Yan Y., Li P. et al. Vasodilatation function in elder hypertensives with and without diabetes mellitus // *J. Hypertens.* — 2003. — Vol. 21 (Suppl. 4). — P. 162.
43. Xydakis D., Papadogannakis A., Sfakanaki M. et al. Endothelial dysfunction in patients with nephrotic syndrome // *J. Hypertens.* — 2003. — Vol. 21 (Suppl. 4). — P. 3.
44. Yin W.H., Chen J.W., Tsai C. et al. L-arginine improves endothelial function and reduces LDL oxidation in patients with stable coronary artery disease // *Clin. Nutr.* — 2005. — Vol. 24. — P. 988-997.

Надійшла до редакції 23.11.2017

THE CORRECTION OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AS AN IMPORTANT COMPONENT OF CARDIOVASCULAR RISK REDUCTION STRATEGY: FOCUS ON THE PROTECTIVE EFFECTS OF ARGININE

I.P. Katerenchuk

Abstract

The article presents scientific information that testifies about endothelial dysfunction as one of the most important component of cardiovascular risk that conduces occurrence and progression of the most wide-spread cardiovascular diseases. The results of randomized clinical trials devoted to the evaluation of L-arginine efficacy in arterial hypertension and coronary arteries disease were analyzed. The efficacy of cardioarginine that was estimated in multiple clinical trials for prophylaxy and treatment of endothelial dysfunction-related diseases are described.

Keywords: endothelial dysfunction, cardiovascular risk, L-arginine, cardioarginine.

Г.О. Палагнюк, Ю.П. Пашкова,
Л.М. Сурсаєва, В.М. Жебель

Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова

ДЕРМАТОГЛІФИ ЯК СКРИНІНГОВИЙ МЕТОД ДІАГНОСТИКИ НОСІЙСТВА ПОЛІМОРФНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНІВ, ЩО КОДУЮТЬ СУЧАСНІ БІОМАРКЕРИ, ЕНДОТЕЛІН-1 ТА МОЗКОВИЙ НАТРІЙУРЕТИЧНИЙ ПЕПТИД

Резюме

Дактилоскопічне дослідження малюнків пальців кистей чоловіків дало можливість із застосуванням методу дискримінантного аналізу розробити математичні моделі, що дозволяють індивідуалізовано, з високою чутливістю та специфічністю визначати носійство поліморфного варіанта гена ET-1 та гена МНП, враховуючи дерматогліфічні показники. Це, у свою чергу, дає можливість прогнозувати інформативність біомаркерів у клінічній практиці.

Ключові слова

Ген ендотеліну-1, ген мозкового натрійуретичного пептиду, поліморфізм, гіпертонічна хвороба, дерматогліфи.

Генетика як наука має велику кількість технологій дослідження, завдяки яким вона досягла на сьогодні значних вершин. Одним із перших методів стало визначення візерунків шкіри кистей, які не змінюються протягом життя людини. Шкірні покриви людини містять різноманітну інформацію, яка до недавнього часу була недоступна широкій аудиторії. Однак сьогодні успішно існує і розвивається ціла наука, присвячена вивченню гребінцевих візерунків на поверхнях долонь і підшвах ніг, яка отримала назву «дерматогліфіка» (derma — шкіра, glyphe — гравірувати).

Історія дерматогліфіки бере свій початок ще з XVII століття, коли англійський лікар Грю в 1684 році презентував королівському науковому товариству ілюстрований звіт про спостереження над шкірним рельєфом пальців і долонь. У 1685 році голландський анатом Бідл опублікував книгу з анатомії людини, в якій під час опису шкіри розглядав також будову візерунків пальців. У 1686 році з'явився короткий опис малюнків долонь і пальців, виконаний професором анатомії Болонського університету Марчело Мальпігі. Згадки про візерунки пальців та

опис шкірного рельєфу трапляються в багатьох анатомічних працях XVIII і XIX століть. Серед них виділяється ґрунтовністю праця чеського лікаря Яна Пуркіньє. У книзі «До питання про фізіологію шкірного покриву людини», опублікованій у 1823 році, одну з глав він присвятив візерункам на долонях і пальцях. У цій книзі, вперше в Європі, була також подана класифікація малюнків пальців [1]. На сьогодні останнє міжнародне керівництво з дерматогліфіки опубліковано у 2016 році [2].

Основна увага в дерматогліфіці приділяється папілярним візерункам (унікальним малюнкам, утвореним рельєфними лініями на поверхні шкіри) долонь і стоп людини. Як правило, особливо виділяються візерунки, розташовані на подушечках пальців рук, до них належать такі описові поняття (рис.):

- трирадіус або дельта — місце сходження трьох груп паралельних папілярних ліній;
- гребінцевий рахунок (ГР) — кількість папілярних ліній від центру візерунка пальців до трирадіуса;
- загальний ГР — сума ГР на 5 пальцях однієї кисті;
- сумарний ГР — сума ГР 10 пальців;

© Г.О. Палагнюк, Ю.П. Пашкова, Л.М. Сурсаєва, В.М. Жебель

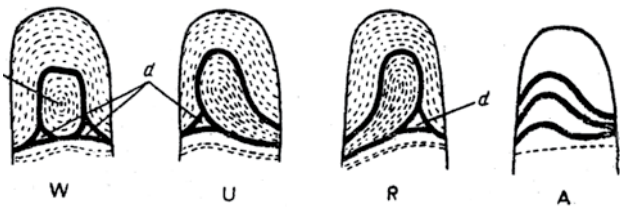


Рис. Типи основних малюнків пальців людини: W — завиток, U — ульнарна петля, R — радіальна петля, A — дуга, d — дельта візерунка, o — центр візерунка (адаптовано за Т.Д. Гладковою, 2002)

- види візерунків пальців: дуга (A), радіальна петля (R) (якщо своїм відкритим кінцем петля спрямована в бік великого пальця), ульнарна петля (U) (якщо своїм відкритим кінцем петля спрямована в бік мізинця), завиток (W); дузі відповідає відсутність трирадіуса у візерунку, петлі — один трирадіус, завитку — два трирадіуса.

Окрім цього, цінність інформації, яку несуть дерматогліфи, зростає і за рахунок того, що саме в період гребенеутворення та формування типів папілярних малюнків закладаються нервова та серцево-судинна системи, формується мікроциркуляторне русло, отже, малюнки пальців тісно пов'язані з останніми [3]. Поняття норми і патології гребневих ділянок шкіри дозволяють лікарям з упевненістю прогнозувати:

- імовірність спадкових захворювань майбутнього потомства;
- можливі відхилення в розвитку;
- різні генні мутації;
- вроджені дефекти розвитку;
- гендерні аномалії;
- летальні випадки;
- хромосомні захворювання (в т.ч. патології головного мозку) тощо [1].

Тому дерматогліфи можуть бути використані як прості та швидкі генетичні маркери для оцінки схильності до серцево-судинних захворювань (ССЗ), зокрема до гіпертонічної хвороби (ГХ).

Дослідниками усього світу показано, що дерматогліфічні показники є генетично детермінованими носіями спадкової інформації, а тому можуть відрізнятися між практично здоровими представниками та пацієнтами, що мають ССЗ [4-7]. Так, у дослідженні індійської популяції різної статі отримано такі результати — не виявлено вірогідної різниці в частоті завитків і ульнарних петель між групою практично здорових осіб та пацієнтами з ГХ. Однак у хворих, що мають ГХ, частота радіальних петель вірогідно нижча, а частота дуг вірогідно вища, ніж у практично здорових осіб [7].

У дослідженні, що проводилося з метою визначення характеру дерматогліфічних змін,

пов'язаних із ГХ, серед туземців штату Ріверс у Нігерії було показано, що відсоток частоти завитків у чоловічій і жіночій групі з есенціальною артеріальною гіпертензією (АГ) був вищий, ніж у практично здорових представників обох статей. У 67% пацієнтів із ГХ визначався завиток, а у 28% переважали ульнарні петлі. До того ж завитки на 1-му пальці правої руки були тісно пов'язані з есенціальною АГ у чоловіків і жінок (100 і 80,77% відповідно) [8].

Під час вивчення дерматогліфів населення Південно-Західної Індії виявлено, що в пацієнтів обох статей із ГХ рівень гребінцевого рахунку на 1-му і 4-му пальцях правої руки був вірогідно більший, ніж у пацієнтів, що входили до групи контролю. При цьому в чоловіків із ГХ на 1-му і 4-му пальцях правої руки вірогідно частіше спостерігались завитки, дуги і петлі, ніж у практично здорових осіб. На 1, 3 та 5-му пальцях правої руки ГР був вірогідно вищий, ніж у чоловіків із групи контролю [9].

У населення Махачкали (Росія) дерматогліфічними предикторами розвитку інфаркту міокарда (ІМ) у хворих на ГХ є ульнарно-завитковий візерунок на правій руці. Виявлено асоціацію між переважанням ульнарних петель на 4-му пальці лівої руки з розвитком ІМ у хворих на ГХ. Протективним чинником щодо ризику розвитку ІМ у хворих на ГХ є ульнарний візерунок на правій руці і завитковий візерунок на 4-му пальці лівої руки [10].

На території України на тепер існує дуже мало досліджень дерматогліфів — як маркерів при кардіологічній патології взагалі та при ГХ зокрема. У праці І.В. Погорілої та співавт. при порівнянні частот волярних візерунків на окремих пальцях залежно від поліморфного варіанта гена рецептора ангіотензину II 1-го типу в пацієнтів без ССЗ з'ясовано: в підгрупі з генотипом AA на 1, 2 та 3-му пальцях обох рук частіше трапляються ульнарні петлі, на всіх пальцях обох рук частіше спостерігаються дуги, ніж у групі з генотипами AC та CC; на 4-х пальцях обох рук, 1-му пальці правої руки, 5-му пальці лівої руки трапляються радіальні петлі, тоді як вони відсутні в групі з генним поліморфізмом (генотипи AC, CC). У підгрупі з генотипами AC та CC на 1-му, 4-му пальцях лівої руки частіше спостерігаються завитки, на 5-му пальці правої руки наявні радіальні петлі порівняно з групою з генотипом AA [5].

Визначення особливостей дерматогліфічних показників у хворих з ІХС було виконано в Полтаві, де доведено, що в пацієнтів з ІХС типовим є збільшення частоти петель та/або завитків на 2-му та 4-му пальцях рук. Однак у практично здорових осіб частіше спостерігали дуги [11].

У праці О.Ф. Дзвіняцької (м. Івано-Франківськ) доведено, що інформативною ознакою АГ для чоловіків є переважання завитків на 1-му та 2-му пальцях правої руки [12].

Серед харківської популяції в чоловіків із ГХ характерними були частіші випадки (порівняно з контрольною групою) на правій руці — дуги на 4-му та 5-му пальцях, на лівій руці — складних типів малюнків на 3-му та 4-му пальцях. Для жінок були властиві дерматогліфічні візерунки, що асоціювались із ГХ: більша частота дуги на 5-му пальці правої та лівої рук [13].

Як зазначалося вище, значну роль у розвитку ГХ відіграє спадкова схильність, а пошук простих у використанні методів діагностики генетичної зумовленості цього захворювання є актуальним питанням. У такому разі дерматогліфічні малюнки можуть слугувати скринінговим методом щодо встановлення варіанта носійства генотипів різних генів в осіб із ГХ.

За даними глобального геному людини (Проект «Геном людини» Європейської спільноти, 2017), у регуляції артеріального тиску бере участь 61 ген, а серед них ген ендотеліну-1 (ET-1) і ген мозкового натрійуретичного пептиду (МНП).

На сьогодні вважають, що ET-1 може бути маркером стадії та наслідків ГХ, хронічної серцевої недостатності (ХСН), ішемічної хвороби серця, зокрема гострого ІМ, порушень ритму серця, легеневої гіпертензії, атеросклеротичного пошкодження судин [14]. Ген ET-1, що кодує ET-1, знаходиться на хромосомі 6p23-24. Вивчався вплив однонуклеотидного поліморфізму цього гена, що призводить до заміни амінокислоти лізину (Lys) на аспарагін (Asn) у положенні 198 поліпептидного ланцюга (G → T), на розвиток ГХ [15].

Ген МНП людини розташований на першій хромосомі, визначений та вивчений найбільш фізіологічно значущий поліморфізм гена МНП — заміна тиміну на цитозин у 381 положенні (T-381C), (SNPrs 198389) [16]. На сьогодні відомо, що рівень МНП зростає на ранніх етапах дисфункції лівого шлуночка (ЛШ), прямо корелює з рівнем кінцевого діастолічного тиску в ЛШ, зростає в пацієнтів із гіпертрофією ЛШ, пов'язаний із вираженістю ХСН, дозволяє відрізнити задишку кардіального генезу від задишки при патології дихальної системи, дає можливість прогнозувати перебіг ХСН [17, 18].

Згідно з даними, що отримані на кафедрі внутрішньої медицини медичного факультету № 2 ВНМУ імені М.І. Пирогова, плазмовий рівень ET-1, як і МНП, залежить від носійства поліморфного варіанта відповідних генів. У цьому випадку дерматогліфи є скринінговим методом визначення генотипу гена ET-1 або гена МНП, носієм якого є пацієнт, що дасть можливість

у подальшому підвищити діагностичну цінність і коректність трактування плазмових рівнів згаданих вище біомаркерів у чоловіків із ГХ різної стадії [19, 20].

Отже, питання використання дерматогліфічних малюнків на пальцях кистей для швидкої та недорогого вартісної діагностики носійства поліморфних варіантів гена ET-1 та гена МНП у пацієнтів із ГХ залишається взагалі невивченим, а тому потребує подальших досліджень.

Мета дослідження — розробити методику орієнтовного визначення носійства поліморфних варіантів гена ET-1 (Lys198Asn) і гена МНП (T381C) за допомогою дерматогліфів пальців кистей у чоловіків із гіпертонічною хворобою.

Матеріали та методи

У дослідженні взяв участь 141 чоловік, усі мешканці Подільського регіону, віком 40-60 років, із них 79 осіб становили контрольну групу, а 62 пацієнти — групу ГХ II стадії.

Усі особи, які увійшли до контрольної групи, як і пацієнти з ГХ, були досліджені відповідно до карти обстеження після підписання інформованих згод про участь у науковому дослідженні, а також на проведення дактилоскопії та обробку персональних даних.

До контрольної групи дослідження увійшло 79 чоловіків, середній вік яких становив $(49,01 \pm 0,73)$ року. До цієї групи було включено осіб, результати об'єктивного та загальноклінічного обстеження яких не виявили патологічних змін у серцево-судинній системі.

Середній вік пацієнтів, що мали ознаки ГХ II стадії, становив $(49,19 \pm 0,66)$ року і вірогідно не відрізнявся від віку чоловіків групи контролю. Критеріями включення до групи з ГХ були: верифікований діагноз ГХ з обов'язковим включенням симптоматичної АГ, наявність гіпертрофії ЛШ, відсутність в анамнезі та за медичною документацією даних про перенесені ускладнення ГХ, такі як ІМ, гостре порушення мозкового кровообігу, а також наявність симптомів та анамнестичних указівок на ішемічну хворобу серця, розвиток якої передував виникненню ГХ. Діагноз ГХ встановлювали згідно з Наказом МОЗ України від 24.05.2012 № 384 та клінічними рекомендаціями з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESC) 2013 року [21, 22].

Під час відбору чоловіків до контрольної групи та пацієнтів із ГХ II стадії обов'язково враховували такі критерії виключення з подальшого дослідження, як наявність хронічного обструктивного захворювання легень, новоутворень, порушень функції нирок, печінки, ендокринних захворювань, хвороб системи крові.

Генотипування поліморфної ділянки Lys198Asn гена ET-1 і поліморфної ділянки (T381C) гена МНП виконували методом полімеразної ланцюгової реакції.

Концентрацію ET-1 у плазмі крові обстежуваних визначали методом імуноферментного аналізу (ІФА) за допомогою набору реактивів фірми DRG (США) та апарата для проведення ІФА Humareader single (Німеччина).

Для визначення концентрації МНП у плазмі крові обстежуваних використовували метод ІФА з використанням стандартного набору фірми Peninsula laboratories Inc. (США) та апарата для проведення ІФА Humareader single (Німеччина).

Усім пацієнтам, які увійшли до групи контролю, та пацієнтам із ГХ проводили дерматогліфічне обстеження пальців обох кистей за допомогою сучасного електронного портативного прокатного сканера Futronic FS50 (Корея). Трактуювання і розшифрування дерматогліфічних малюнків проводились за методикою Т.Д. Гладкової [3].

Математична обробка виконувалась на персональному комп'ютері з використанням стандартного статистичного пакета STATISTICA 6,0.

Результати та їх обговорення

У чоловіків групи контролю частота візерунків пальців на обох кистях у порядку зменшення була такою: $U>W>A>R$ (430; 301; 36; 23 відповідно), на правій кисті (ПК) — $U>W>A>R$ (199; 160; 18; 18 відповідно), на лівій кисті (ЛК) — $U>W>A>R$ (231; 141; 18; 5 відповідно), ($p<0,0001$). Отже, як на ЛК, так і на ПК вірогідно частіше спостерігається малюнок ульнарна петля. Однак слід відзначити відсутність вірогідної різниці в частоті випадків усіх дерматогліфічних малюнків між ПК та ЛК ($p>0,05$).

За допомогою дискримінантного аналізу було розраховано формулу вірогідного носійства поліморфного варіанта гена ET-1 у осіб чоловічої статі, що не мають ССЗ. Формула має такий вигляд:

1) Носії генотипу Lys/Lys = $-7,72+10,87*5S+2,21*3S$.

2) Носії алелі Asn = $-10,84+12,56*5S+2,57*3S$, де 5S — малюнок на 5-му пальці ЛК, 3S — малюнок на 3-му пальці ЛК.

Якщо на будь-якому з указаних пальців був наявний дерматогліфічний малюнок типу ульнарна петля, то підставляємо замість комплексу 3S, 5S — 1, якщо завиток — 2, радіальна петля — 3, дуга — 4.

Якщо сума більша у формулі 1, це свідчить про те, що цей чоловік з імовірністю 94,2% є носієм генотипу Lys/Lys гена ET-1. Якщо сума більша у формулі 2, обстежуваний з імовірністю 82,2% є носієм алелі Asn (генотипи Lys/Asn, Asn/

Asn). Ця формула дасть можливість визначити носіїв алелі Asn гена ET-1, які потребуватимуть заходів первинної профілактики щодо розвитку ГХ та її ускладнень, адже носії саме цієї алелі мають гірший прогноз щодо перебігу даного захворювання.

Модель прогнозу носійства поліморфного варіанта гена МНП у представників контрольної групи 40-60 років, мешканців Подільського регіону України, має такий вигляд:

1) Носії генотипу T381T = $-12,01+0,64*S3+1,61*D2W+7,42*D1U+2,50*S2W+0,66*D3R$.

2) Носії алелі C = $-13,00+1,67*S3U+0,83*D2W+8,73*D1U+2,93*S2W+0,06*D3R$, де S3U — якщо на 3-му пальці ЛК (S3) наявний дерматогліфічний малюнок U, то використовуємо замість комплексу S3U — 1; якщо R, W або A — використовуємо — 0; D2W — якщо на 2-му пальці ПК (D2) наявний дерматогліфічний малюнок — W, то використовуємо замість комплексу D2W — 1; якщо R, A або U — використовуємо — 0; D1U — якщо на 1-му пальці ПК (D1) наявний дерматогліфічний малюнок — U, то використовуємо замість комплексу D1U — 1; якщо R, A або W — використовуємо — 0; S2W — якщо на 2-му пальці ЛК (S2) наявний дерматогліфічний малюнок — W, то використовуємо замість комплексу S2W — 1; якщо R, U або A — використовуємо — 0; D3R — якщо на 3-му пальці ПК (D3) наявний дерматогліфічний малюнок — R, то використовуємо замість комплексу D3R — 1; якщо U, W або A — використовуємо — 0.

Чутливість методу становить 82,55%, специфічність — 96,29%. Якщо отримане числове значення буде більшим у формулі 1, це свідчить про те, що пацієнт з імовірністю 82,55% є носієм генотипу T381T гена МНП. Якщо числове значення буде більшим у формулі 2, обстежуваний з імовірністю 96,29% є носієм алелі C гена МНП.

У чоловіків із ГХ II стадії частота малюнків пальців на обох кистях мала такий вигляд: $U>W>A>R$ (357; 193; 40; 30 випадків) ($p_{W-U}<0,0001$; $p_{A-U}<0,0001$; $p_{R-U}<0,0001$; $p_{A-W}<0,0001$; $p_{R-W}<0,0001$; $p_{R-A}>0,05$). У чоловіків із ГХ різної стадії, як і в представників контрольної групи, вірогідно частіше спостерігається малюнок типу ульнарна петля. У чоловіків із ГХ II стадії частота виявлення малюнків на пальцях ПК становить $U>W>A>R$ (відповідно 170; 110; 19; 18 випадків) ($p_{W-U}<0,001$; $p_{A-U}<0,0001$; $p_{R-U}<0,0001$; $p_{A-W}<0,01$; $p_{R-W}<0,01$; $p_{R-A}>0,05$). Частота малюнків у чоловіків із ГХ II стадії на ЛК становить $U>W>A>R$ (відповідно 187; 83; 21; 22 випадків) ($p_{W-U}<0,0001$; $p_{A-U}<0,0001$; $p_{R-U}<0,0001$; $p_{A-W}<0,05$; $p_{R-W}<0,05$; $p_{R-A}>0,05$).

Для розрахунку ймовірного носійства поліморфного варіанта гена ET-1 в осіб чоловічої статі, що мають ГХ II ст., було розроблено такі формули:

1) Носії генотипу $Lys/Lys = -7,01 + 3,96 \cdot 1D - 0,27 \cdot 5S + 1,09 \cdot 3S + 2,90 \cdot 5D + 0,51 \cdot 4S$.

2) Носії алелі $Asn = -6,16 + 3,13 \cdot 1D + 1,74 \cdot 5S + 0,17 \cdot 3S + 1,47 \cdot 5D + 1,07 \cdot 4S$, де: 1D — малюнок на 1-му пальці ПК, 5S — малюнок на 5-му пальці ЛК, 3S — малюнок на 3-му пальці ЛК, 5D — малюнок на 5-му пальці ПК, 4S — малюнок на 4-му пальці ЛК.

Якщо на будь-якому з указаних пальців наявний дерматогліфічний малюнок типу ульнарна петля, то замість комплексу 1D, 5D, 3S, 4S, 5S використовуємо — 1, якщо завиток — 2, радіальна петля — 3, дуга — 4.

Якщо сума більша у формулі 1, це свідчить про те, що пацієнт з імовірністю 80,0% є носієм генотипу Lys/Lys гена ET-1. Якщо у формулі 2 — обстежуваний з імовірністю 85,5% є носієм алелі Asn (генотипи Lys/Asn і Asn/Asn) гена ET-1.

Модель прогнозу носійства поліморфного варіанта гена МНП у чоловіків із ГХ II стадії 40-60 років, мешканців Подільського регіону України, має такий вигляд:

1) Носії генотипу $T381T = -8,22 + 0,09 \cdot S3U - 0,27 \cdot S1U + 1,45 \cdot S2W + 4,96 \cdot D1U + 1,39 \cdot D2W$.

2) Носії алелі $C = -7,80 + 0,90 \cdot S3U + 0,79 \cdot S1U + 0,74 \cdot S2W + 3,89 \cdot D1U + 1,76 \cdot D2W$, де $S3U$ — якщо на 3-му пальці ЛК ($S3$) наявний дерматогліфічний малюнок — U , то використовуємо замість комплексу $S3U$ — 1; якщо R , W або A — використовуємо — 0; $S1U$ — якщо на 1-му пальці ЛК ($S1$) наявний дерматогліфічний малюнок — U , то використовуємо замість комплексу $S1U$ — 1; якщо R , A або W — використовуємо — 0; $S2W$ — якщо на 2-му пальці ЛК ($S2$) наявний дерматогліфічний малюнок — W , то використовуємо замість комплексу $S2W$ — 1; якщо R , U або A — використовуємо — 0; $D1U$ — якщо на 1-му пальці ПК ($D1$) наявний дерматогліфічний малюнок — U , то використовуємо замість комплексу $D1U$ — 1; якщо R , A або W — використовуємо — 0; $D2W$ — якщо на 2-му пальці ПК ($D2$) наявний дерматогліфічний малюнок — W , то використовуємо замість комплексу $D2W$ — 1; якщо R , A або U — використовуємо — 0.

Чутливість методу становить 84,31%, специфічність — 93,37%. Якщо отримане числове значення буде більшим у формулі 1, це свідчить про те, що пацієнт з імовірністю 84,31% є носієм генотипу $T381T$ гена МНП. Якщо числове значення буде більшим у формулі 2, обстежуваний з імовірністю 93,37% є носієм алелі C гена МНП.

Уперше для скринінгової діагностики носійства поліморфного варіанта гена ET-1 та гена МНП в осіб чоловічої статі, які хворіють на ГХ, було розроблено формули, що враховують малюнки на певних пальцях ПК та ЛК. Ці формули є високочутливими та високоспецифічними, що дасть змогу лікарям попередньо визначати носійство варіанта гена ET-1 і МНП, зокрема, в разі неможливості виконання генотипування згаданих вище генів методом ПЛР. Слід наголосити й на тому, що носійство певного генотипу генів ET-1 і МНП є одним із чинників, які впливають на плазмову концентрацію відповідних біомаркерів, що слід враховувати під час трактування отриманих результатів. Подібних результатів на цей час у літературі не віднайдено.

Висновки

Розроблені моделі дають можливість на підставі дерматогліфічних малюнків віднести чоловіків без серцево-судинної патології до носіїв генотипу Lys/Lys із вірогідністю 94,2%, до носіїв алелі Asn гена ET-1 (генотипи Lys/Asn та Asn/Asn) із вірогідністю 82,2%, осіб із ГХ II стадії до носіїв генотипу Lys/Lys з імовірністю 80,0%, до носіїв алелі Asn гена ET-1 (генотипи Lys/Asn і Asn/Asn) з імовірністю 85,5%.

Створена математична модель прогнозу носійства поліморфного варіанта гена МНП в осіб без ССЗ, яка з вірогідністю 82,55% може віднести осіб до носіїв генотипу $T381T$ або з імовірністю 96,29% — до носіїв алелі C . Подібна модель розрахована й для чоловіків із ГХ II стадії, коли пацієнта з вірогідністю 84,31% можна віднести до носіїв генотипу $T381T$ та з імовірністю 93,37% — до носіїв алелі C гена МНП.

Список використаної літератури

1. История возникновения дерматоглифики [Электронный ресурс] / Л. Тезако. — 2016. — Режим доступа: <http://www.datest.ru/articles/2016-04-13/istoriya-vozniknoveniya-dermatoglifyki>
2. Cummins H. Finger prints, palms, and soles: an introduction to dermatoglyphics / H. Cummins, C. Midlo. — Delhi: Facsimile publisher, 2016. — P. 341.
3. Гладкова Т.Д. Явление симметрии и асимметрии у человека в свете изучения дерматоглифики // Вопр. антропологии. — Вып. 10. — М.: Медицина, 2002. — 64 с.
4. Пат. 67486 Україна, МПК G01N33/48 (2006.01). Спосіб діагностики хронічної серцевої недостатності у жінок після менопаузального віку, хворих на гіпертонічну хворобу / В.М. Жебель, О.О. Сакович, Г.В. Вільчинський, О.О. Сінгх; Заявник і власник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. — № u201108789; заявл. 12.07.11; опубл. 27.02.12, Бюл. № 4.

5. Погоріла І.В. Нові підходи до формування груп ризику відносно виникнення гіпертонічної хвороби шляхом орієнтовного визначення генотипу рецепторів до ангіотензину II першого типу за допомогою індивідуальних пальцевих візерунків / І.В. Погоріла, В.М. Жебель // *Biomedical and Biosocial Anthropology*. — 2006. — № 6. — С. 14-17.
6. Пашкова Ю.П. Методологія дерматогліфіки як сучасний підхід до діагностики есенціальної гіпертензії у чоловіків / Ю.П. Пашкова, В.М. Жебель, Г.О. Вуколова, О.О. Сакович, В.О. Ружанська, Н.В. Жебель // *Матеріали XV Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (міжнародна публікація)*. — Чернівці, 16-18 жовтня 2014. — С. 125-126.
7. Lahiri A. Study on relationship between dermatoglyphics and hypertension / A. Lahiri, B. Soumyajyoti, A. Shouvanik [et al.] // *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*. — 2013. — Vol. 7 (6). — P. 62-65.
8. Oladipo G.S. Palmar Dermatoglyphics in Essential Hypertension Amongst Rivers Indigene / G.S. Oladipo, I.G. Osogba, I.B. Bobmanuel [et al.] // *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*. — 2010. — Vol. 4 (12). — P. 6300-6305.
9. Deera G. Study Of Palmar Dermatoglyphics In Essential Hypertension / G. Deera // *NJIRM*. — 2013. — Vol. 4 (3). — P. 61-65.
10. Айсаяева Х.М. Дерматоглифические особенности у больных гипертонической болезнью с осложненным и неосложненным течением / Х.М. Айсаяева, С.Ш. Ахмедханов // *Успехи современного естествознания*. — 2008. — № 8. — С. 50.
11. Кулішов С.К. Застосування дерматогліфіки для діагностики ішемічної хвороби серця / С.К. Кулішов, І.П. Кудря, В.С. Буцький [та ін.] // *Вісник проблем біології і медицини*. — 2015. — № 2 (3). — С. 157-159.
12. Дзвіняцька О.Ф. Клініко-діагностичні маркери формування та перебігу артеріальної гіпертензії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.02 / О.Ф. Дзвіняцька. — Івано-Франківськ, 2000. — 16 с.
13. Штандель С.А. Особенности дерматоглифики при гипертонической болезни / С.А. Штандель, С.Н. Коваль, Ю.И. Караченцев [и др.] // *Проблемы эндокринной патологии: Мед. наук. практ. журн.* — 2005. — № 2. — С. 46-55.
14. Ватутин Н.Т. Эндотелины и сердечно-сосудистая патология / Н.Т. Ватутин, Н.В. Калинкина, А.Л. Демидова // *Укр. кардіол. журн.* — 2006. — № 1. — С. 101-106.
15. Зарубина Е.Г. Роль генетической предрасположенности в развитии сердечно-сосудистой патологии у лиц молодого возраста с нарушением режима труда и отдыха / Е.Г. Зарубина, Е.В. Асеева // *Фундаментальные исследования*. — 2013. — № 11. — С. 51-55.
16. Nishikimi T. Current biochemistry, molecular biology, and clinical relevance of natriuretic peptides / T. Nishikimi, K. Kuwahara, K. Nakao // *Journal of Cardiology*. — 2011. — Vol. 57. — P. 131-140.
17. Бесага Є.М. Визначення вмісту натрійуретичних пептидів в плазмі крові як діагностичний та прогностичний маркер при серцевій недостатності / Є.М. Бесага // *Серцева недостатність*. — 2009. — № 1. — С. 12-17.
18. Eroglu S. Diagnostic value of BNP in diastolic heart failure / S. Eroglu, H. Bozbas, H. Muderrisoglu // *Biochemia Medica*. — 2008. — Vol. 18 (2). — P. 183-192.
19. Палагнюк Г.О. Діагностичне і прогностичне значення поліморфізму гена ендотеліну-1, рівнів вазоактивних пептидів та відповідних дерматогліфічних показників у чоловіків, хворих на гіпертонічну хворобу: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.11 / Г.О. Палагнюк. — Харків, 2017. — 18 с.
20. Пашкова Ю.П. Поліморфізм гена мозкового натрійуретичного пептиду та плазмові концентрації М- та С-натрійуретичних пептидів у чоловіків з гіпертонічною хворобою, ускладненою хронічною серцевою недостатністю. Клінічне значення: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.11 / Ю.П. Пашкова. — К., 2017. — 19 с.
21. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension / Committee for Practice Guidelines To improve the quality of clinical practice and patient care in Europe // *European Heart Journal*. — 2013. — Vol. 34. — P. 2159-2219.
22. Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії». — 71 с.

Надійшла до редакції 08.12.2017

DERMATOGLYPHICS AS A SCREENING METHOD OF THE DIAGNOSIS OF POLYMORPHIC VARIANTS OF THE GENES WHICH ENCODE MODERN BIOMARKERS ENDOTELIN-1 AND BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE

H.O. Palahniuk, I.P. Pashkova, L.M. Sursaeva, V.M. Zhebel

Abstract

Dactyloscopic examination of fingertips of men made it possible using the discriminant analysis method to develop mathematical models that allow with high sensitivity and specificity to determine the carrier of the polymorphic variant of the ET-1 gene and the BNP gene, taking into account dermatoglyphic indices. What makes it possible to predict the biomarker's informativeness in clinical practice.

Keywords

Endothelin-1 gene, brain natriuretic peptide gene, polymorphism, hypertension, dermatoglyphs.

А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко,
Р.І. Ісаков

ВДНЗУ «Українська медична
стоматологічна академія»,
м. Полтава

ЖІНКА ТА ПЕРИНАТАЛЬНА ВТРАТА

Резюме

У статті розглянуто й систематизовано стан вивчення проблематики, пов'язаної з психологічними переживаннями жінок після перинатальної втрати. Проаналізовано психологічні та психіатричні аспекти проблеми, досвід реабілітаційних практик. Увага акцентується на індивідуальних та ситуаційних аспектах переривання вагітності, що визначають характер психологічного реагування.

Ключові слова

Жінка, вагітність, перинатальна втрата, реабілітаційні практики.

Вагітність, пологи, материнство — етапи особистісного росту жінки, а роль матері — вершина цього шляху, унікальне явище, що виникає внаслідок трансформації цінностей, уявлень про себе й оточуючих, змін стереотипів поведінки. На кожному з цих етапів виникає складна гамма психологічних проблем, зумовлених стрімкими біологічно-соціальними перетвореннями, що відбуваються на шляху до материнства. Але психологічно найскладнішою для жінки є ситуація перинатальної втрати.

До перинатальних втрат зараховують усі випадки позаматкової вагітності, невиношування, антенатальну та інтранатальну загибель плода, а також смерть немовлят протягом перших 28 днів життя після народження. У деяких країнах до цього переліку додають ще й некурабельне безпліддя. Проте головною за поширеністю й значущістю є проблема передчасного переривання вагітності.

Втрата навіть ненародженої дитини призводить до руйнування частини особистості жінки, пов'язаної з материнством. Для кожної потенційної матері, незалежно від її віку та виховання, така подія є психотравмою, що зачіпає цілу низку як інстинктивних процесів, так і моральних аспектів психічної діяльності. Але індивідуальна картина психологічних наслідків перинатальної втрати суттєво залежить від причин, що, власне, її й викликали. Серед них виділяють три головні [1]:

1. Рішення жінки про суб'єктивно зумовлене небажання народжувати дитину.
2. Медичні показання щодо аномалій плода, неможливості виносити й народити дитину.
3. Спонтанний викидень як наслідок патологічних процесів.

© А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков

Причини й передумови медичних абортів.

Серед причин штучного переривання вагітності можна виділити як соціально-економічні чинники, так і психологічні проблеми, що призводять до труднощів соціальної адаптації, невміння гармонійно планувати власне статеве життя.

Існує небезпечна ілюзія щодо того, начебто аборт — універсальний засіб швидкого вирішення проблеми «небажаної вагітності», завдяки якому можна повернути назад той час, коли зачаття ще не відбулося. Це інфантильне уявлення про проблему. Насправді непланова і небажана вагітність ставить жінку в ситуацію, з якої немає виходу, що передбачав би швидке і безболісне вирішення усіх існуючих проблем. Тому потрібно чітко і ретельно зважувати всі аргументи перед прийняттям остаточного рішення як про зачаття, так і про можливе переривання вагітності.

Іноді причиною абортів є психологічна незрілість жінки, що не дозволяє подолати труднощі. Первинне бажання стати матір'ю не завжди базується на чіткому розумінні проблем, з якими доведеться зіткнутися в процесі виношування і пологів. Перші психофізіологічні трансформації на ранніх етапах вагітності викликають депресивні та тривожно-депресивні реакції, для яких характерні: дискомфорт, страх, тривога, песимізм, апатія, пригніченість, відчуття безпорадності [2].

Під впливом цієї симптоматики виникає свого роду «тимчасова зашореність свідомості», яка не дозволяє спокійно і зважено проаналізувати ситуацію. Мислення і поведінка стають ірраціональними, сторонні спостерігачі порівнюють таку поведінку з діями «загнаного і зацькованого звірятка», який не знаходить виходу з обставин, що склалися.

Перебуваючи в такому стані, вагітні жінки відзначаються підвищеною сугестивністю, стають надміру вразливими до думки третіх осіб. Дуже важливо, аби лікарі в такі кризові моменти діяли зважено і відповідально. На жаль, гінекологи часто йдуть шляхом найменшого спротиву і рекомендують перервати вагітність, на що отримують швидку згоду від тих жінок, які наперед внутрішньо готові до саме такого розвитку подій.

Інфантильно-поверхова оцінка реальності з їх боку сприяє легкості прийняття подібних рішень. Аби захистити себе від неприємних думок, вони вдаються до постановки питання «народжувати чи ні» замість вирішення реальної дилеми «робити аборт чи ні». З тією ж метою активно витісняються із свідомості думки про характер можливого оперативного втручання і його наслідки для здоров'я загалом та репродуктивної функції зокрема. Насправді найкращим варіантом подолання інфантильних установок щодо материнства в подібних випадках є психотерапевтично підтримана виношена вагітність і повноцінні пологи. Думка лікаря часто стає вирішальним чинником, і грамотному спеціалістові іноді достатньо просто аргументовано відмовити жінку від швидкого необачного кроку.

Завжди потрібно пам'ятати, що думки про аборт можуть мати тимчасовий характер, адже вагітність розвивається протягом тривалого часу і супроводжується значними трансформаціями соматичного і психічного стану майбутньої матері. Досить поширеною є ситуація, коли жінка багато разів змінює думку і не може твердо визначитись щодо того, чи бажаною для неї є уже зачата дитина. Але в сприятливих психологічних та побутових умовах страх і амбівалентність, характерні для першого триместру вагітності, з часом нівелюються. Зокрема, відомо, що абсолютна більшість потенційних мам, які так чи інакше роздумували над доцільністю переривання вагітності, відчувши перше ворухіння плода, приймають тверде рішення народжувати дитину [3].

У подальшому, після народження «незапланованої» дитини, вони переймаються до неї щирою любов'ю й ніжністю та починають цінувати радість материнства, яка переважає гіркоту проблем і тяжкість зміни життєвих планів. Таким чином, психологічна травма, пов'язана з «небажаною вагітністю», долається дуже швидко і безслідно, нічим про себе в подальшому не нагадуючи. Якщо чоловік у цій ситуації займає конструктивну позицію, демонструючи готовність прийняти рішення жінки й надати їй свою підтримку, то надалі це сприяє зростанню його авторитету в сімейному колі. Він сприймається як відповідальний і зважений голова сімейства,

який, незважаючи на певні ризики та незручності, застеріг дружину від необачного кроку.

На практиці більшість жінок переривають вагітність за так званими «соціальними показаннями», і значна частина з них роблять це проти своєї волі, опинившись під соціальним тиском. Родичі, чоловіки та сексуальні партнери, ігноруючи потенційні тяжкі наслідки, змушують їх «заради загального блага» відмовитись від материнства. Згідно зі статистикою, близько половини жінок, які відчували психічні ускладнення після абортів, стверджують потім, що зважились на переривання вагітності під тиском оточуючих. Цілком очевидно, що переважна їх більшість не зробили би цього, якби хоч хтось був готовий розділити з ними повноту відповідальності за долю дитини.

Перинатальна втрата після штучного переривання вагітності. Загалом, поширеність гострих афективних реакцій одразу після штучного абортів є меншою, ніж у випадку спонтанного переривання вагітності [4]. Підвищують імовірність таких реакцій позитивне сприйняття власної вагітності, соціальна незахищеність, наявність в анамнезі психічних захворювань і консервативні погляди на аборт.

Психологічно надзвичайно складною є ситуація, коли після повідомлення про факт внутрішньоутробної смерті плода на жінку ще очікують пологи вже неживою дитиною. Як правило, пологова діяльність у таких випадках перебігає слабо, з численними ускладненнями.

Непростою також є ситуація, коли медичному аборті передують антенатальна діагностика тяжких вад розвитку ще живого плода. Подібна звістка тяжко травмує психіку обох батьків і запускає процес переживання горя ще до виконання хірургічних маніпуляцій. Почуття скорботи може поєднуватися з роздумами про власну відповідальність за стан дитини і звинуваченнями себе за легковажне ставлення до ситуації зачаття і виношування. Якщо остаточне рішення про переривання вагітності з огляду на виявлену патологію плода приймають самі батьки, то в подальшому багато з них, навіть раціонально розуміючи правильність свого рішення, амбівалентно відчують докори сумління і страждають через гнітючі сумніви. З одного боку, вони відчують полегшення від того, що вдалося уникнути народження дитини з тяжкою патологією, а з іншого — не можуть позбавитись почуття провини за прийняте рішення.

Іще більш частим клінічним проявом є почуття провини, що виникає у всіх причетних до прийняття рішення про медичний аборт за соціальними показаннями. Тяжкість цих переживань може бути настільки нестерпною, що жінка в пошуках власного виправдання намагається пере-

кинути відповідальність на батька дитини або власних батьків, при цьому виникають сімейні конфлікти, що часто призводять до руйнування стосунків і розлучення. Почуття провини може посилюватись на тлі безпліддя, викиднів як наслідку перенесених абортів. І навпаки, послабити його може народження наступних дітей.

Відсутність розуміння з боку близьких людей значно ускладнює реабілітацію жінок, які пережили медичний аборт. Тема втрати вагітності, як правило, оминається ними в процесі спілкування з огляду на болісність спогадів про це. Ще більш травматичний вплив може справляти споглядання вагітних жінок чи ситуацій спілкування мам із новонародженими дітьми. Уникання усіх цих ситуацій робить жінку ще більш ізольованою, іноді ускладнюючи навіть спілкування з друзями, знайомими та власною родиною.

Вагомий вплив досвід абортів справляє на сімейні стосунки, особливо якщо на прийняття рішення про доцільність переривання вагітності активно впливав потенційний батько. У результаті пережитого дружина втрачає повагу до чоловіка як людини, здатної її зрозуміти, захистити і підтримати в складній ситуації. Часто це стає початком загального руйнування стосунків.

Якщо на аборт зважається досвідчена жінка, яка вже має дитину, то це часто підштовхує її до ролі «радіолокаційної мами», яка демонструє надміру авторитарність і надокучливість, схильна до гіперопіки, пригнічує індивідуальні свободи дітей [5]. Як наслідок такого стилю виховання — вони виростають залежними, примхливими, інфантильними і малоініціативними. Але й після дорослішання «радіолокаційний» настрій мами (свекрухи або тещі) справляє суттєвий деструктивний вплив на подружнє життя, типовим проявом чого є емоційний терор, спрямований на кохану людину своєї дитини.

Поширеним наслідком переривання вагітності є емоційна відгородженість — звуження спектра емоційних реакцій або формування моделей поведінки, що зводять до мінімуму будь-які контакти, здатні так чи інакше нагадати про обставини, пов'язані з психологічною травмою. Тенденції до емоційної ізоляції можуть виходити далеко за межі власне ситуації абортів і торкатись загалом відмови від сексуальних стосунків, взаємин із чоловіками, спілкування з дітьми. Такі жінки мають не тільки труднощі з встановленням почуттів любові та ніжності, але й з комунікативними навичками загалом, що посилює їх самотність і залишає наодинці з психотравматичними переживаннями.

Образ за прийняте помилкове рішення іноді породжує агресію з боку жінок щодо тих, на кого вони покладають провину за втрачену

можливість народити дитину. Як правило, насамперед це стосується сексуального партнера, який здійснював психологічний тиск і намовляв на аборт. Іноді вагітність переривають без його відома, але це свідчить лише про відсутність довіри в стосунках або ж про наявність страху, наприклад, після попередніх абортів, здійснених під тиском.

За даними статистичних досліджень, близько 80% випадків переривання вагітності до заміжжя під тиском статевих партнерів закінчуються розривом стосунків без укладання шлюбу [6]. До того ж активна роль чоловіка в процесі прийняття рішення про аборт часто робить жінку фригідною, а іноді й підштовхує до зміни статевої орієнтації на лесбійську.

Іншою мішенню агресивних тенденцій з боку жінки, яка перервала вагітність, може стати лікар. Після звичайних операцій зазвичай до нього почувають вдячність, але ситуація абортів має кардинальні відмінності. Ідучи до лікаря за консультацією, переважна більшість жінок уже схильються до вибору, але не мають твердого переконання, підсвідомо сподіваючись почути «ні». По суті, жінка приходить до гінеколога з депресією, а не з проблемою вагітності. Направлення на аборт має вигляд радикального рішення, але насправді жодним чином не вирішує основну проблему.

Перинатальна втрата після спонтанного переривання вагітності. Із точки зору психології, стан батьків, які втратили бажану для себе дитину через незалежні від них обставини, характеризується як реакція тяжкої втрати і горя. Неспеціалісти терміни «горе» і «втрата» використовують зазвичай як синоніми, але психологи та психіатри визначають більш вузькі рамки цих понять [7].

Втрата — це людський досвід, пов'язаний із позбавленням чогось значущого й афективно забарвленого, цінного з точки зору відчуття індивідом своєї цілісності та стабільності існування.

Окрім смерті близьких людей, до категорії втрат належать звільнення з роботи, зміна соціального статусу, інвалідизація, втрата фізичної привабливості, матеріальних цінностей, а також розлучення, смерть домашньої тварини або публічної особи тощо.

Подібні ситуації диференціюють, виділяючи фізичні та символічні аспекти.

Фізична втрата — позбавлення матеріального об'єкта, що є очевидним і зрозумілим для оточуючих.

Символічна втрата — це зникнення чогось невлучного, але символічно значущого для людини, що часто взагалі не визнається оточуючими за втрату. Це може бути вихід на пенсію, розвиток хронічного захворювання, крах надій.

Ситуація спонтанного абортів або смерті дитини в перинатальному періоді є надзвичайно складним біопсихосоціальним феноменом, що поєднує в собі фізичні та символічні елементи.

Біологічний аспект полягає в різкому руйнуванні діадної системи нейрогуморальних процесів у організмі жінки. Фізіологічні показники відновлюються поступово, і навіть після переривання гестації вона може протягом певного часу продовжувати переживати фізіологічні симптоми вагітності, що, як правило, сприймаються обтяжливо та психотравмуюче.

З іншого боку, народження першої дитини допомагає подружжю здобути статус батьків, що на рівні символізму асоціюється з більшою успішністю та вищим соціальним статусом. А жінка в стані вагітності ще і здобуває особливу увагу суспільства до себе, що є приємним бонусом до перспективи материнства. Окрім того, ще до народження немовляти батьки несвідомо сприймають його як символ продовження власного життя і подолання смерті. Усі ці символічні перспективи і сподівання руйнуються у випадку смерті дитини.

Таке поєднання комплексу різнопланових психотравмуючих впливів перетворює перинатальні втрати на тяжкий стрес не тільки для жінок, але й для чоловіків, які відповідально ставляться до батьківства. Виникає екзистенційна криза, суть якої можна висловити таким чином: коли помирають батьки, людина втрачає своє минуле, а коли помирає дитя — втрачається майбутнє.

Символічна втрата вищезгаданих образів і проєкцій, навіть якщо вона відбувається до фактичного народження дитини, інтенсивно переживається і має бути так само символічно відрахована.

Горе — розтягнутий у часі процес суб'єктивного комплексного (психічного, соматичного, поведінкового, соціального) реагування на втрату значущого об'єкта, частини власної ідентичності або очікуваного майбутнього.

Соціально цей стан може проявлятися трауром чи скорботою.

Скорбота включає в себе весь комплекс емоційних, соматичних і соціальних процесів, викликаних тяжкою втратою. У певному сенсі можна сказати, що процес скорботи полягає в повільному послабленні зв'язку з померлим, який таким чином перестає поставати в свідомості як фізичний об'єкт і поступово інтегрується до внутрішнього світу уявлень минулого.

Траур — це культурально зумовлена публічна демонстрація горя шляхом виконання традиційних у даному соціумі ритуалів. Багатьом людям цей процес допомагає успішно подолати кризові психологічні явища, структурувати й завершити цикл горювання.

У деяких джерелах можна знайти згадку про нормальну тривалість циклу горя внаслідок смерті дитини до п'яти років і більше. Але все ж більшість дослідників визначають два роки як максимальну тривалість неускладненого циклу переживання перинатальної втрати. Більш тривале горювання, як правило, свідчить про реагування в рамках патологічного сценарію [8].

Стадійність переживання горя з приводу перинатальної втрати відображає специфічність цього психічного процесу, що розвивається згідно зі своїми, багато в чому усталеними, канонами. Деякі дослідники виділяють до 12 стадій або етапів розвитку цього явища. Але найпростішим є поділ на гостре та інтегроване горе [9].

Гостре горе — виникає одразу після факту події і проявляється сумом, плачем, дисфорією, роздумами про свою провину, нейровегетативними розладами, апатією.

Інтегроване горе — етап зниження інтенсивності психопатологічної симптоматики після інтеграції втрати до автобіографічної пам'яті. Це дозволяє повернутися до повноцінного життя, оскільки думки й спогади більше не поглинають усю увагу і не позбавляють працездатності.

Зручною для практичного застосування є класифікація, запропонована J. Bowlby (1994). Автор виділяє 4 стадії реагування на втрату: шок, туга, дезорганізація і реорганізація.

1-а стадія. Емоційний шок, заціпеніння, «скам'янілість» або протест — пікові переживання горя, що тривають від декількох годин до двох тижнів. Дізнавшись про фатальний кінець вагітності, деякі потенційні батьки поринають у стан шоку. Особливо великою є ймовірність подібних тяжких переживань у жінок на пізніх етапах вагітності, коли ця інформація сприймається на тлі ще свіжих вражень від спілкування з плодом або немовлям. Іноді вони вперто відмовляються вірити в незворотність втрати, впадають у захисний стан ступору, заціпеніння, зовні нагадуючи сонну людину. Будучи не здатними повноцінно концентрувати увагу, вони губляться в часі та, відповідно, не можуть адекватно оцінити наявну ситуацію, прийняти рішення про свої подальші дії. На цьому тлі загальної загальмованості можливі короткочасні емоційні сплески з агресивними тенденціями. Гнів переважно спрямовується на лікарів, які не зуміли запобігти смерті дитини. У подальшому схожа симптоматика може загострюватися під час ключових річниць втрати, наприклад у день орієнтовного терміну пологів.

2-а стадія. Туга, пошук і бажання повернути втрачене — період болісного домінування в свідомості думок про загиблу дитину, що триває в середньому від двох тижнів до трьох місяців. Типові переживання жінки в цей час від-

буваються навколо почуття провини («не змогла зачати здорову дитину», «не змогла виносити»), самотності, відчаю, порожнечі і безглуздості існування. Подружжя, що пережило перинатальну втрату, стає конфліктним, його все дратує, злість і гнів спрямовуються на близьке оточення. Деякі люди в цей час активно звертаються до релігії. Інші, раніше віруючі, навпаки, можуть відчувати протест і розчарування, в них з'являються хульні думки антирелігійного змісту. Досить поширеною реакцією на переживання втрати в цьому періоді є потужне нав'язливе бажання жінки якомога швидше завагітніти знову. Рідше виникає протилежне, різко негативне ставлення до материнства, бажання ніколи більше не вагітніти і не народжувати після того, що сталося. Чинниками дестабілізації психічного стану є речі та іграшки дітей раннього віку, коляски, що трапляються на вулиці, розмови з людьми, які не знають про трагедію або, навпаки, настирливо і недоречно висловлюють співчуття.

Подібні переживання супроводжуються безсонням, різкою соматичною симптоматикою: втратою апетиту, коливаннями ваги, головними болями, знесиленням, тахікардією. Горюючи, людина часто зітхає, плаче, має скорботний вираз обличчя. Жінка, яка втратила дитину, нерідко відчуває дискомфорт у руках, неусвідомлено бере до рук і носить предмети, що відповідають вазі та розмірам немовляти. Після переривання вагітності в другому або третьому триместрах деякі жінки відчувають фантомні ворухіння плода, переживають афектогенні обмани сприйняття: чують плач дитини, відчувають її присутність у будинку.

Спогади і переживання цього періоду є досить болісними, але й необхідними для повноцінного відреагування та гармонійного переходу на наступну стадію природного переживання горя. Тому зовсім не слід закликати жінку «не думати» про втрату, тим більше що це і неможливо.

3-я стадія. Дезорганізація і відчай — етап усвідомлення реальності та незворотності того, що відбулось. Настає зазвичай приблизно між п'ятим і дев'ятим місяцями після втрати, може тривати рік і більше. Супроводжується загостренням почуття провини, власної неповноцінності, неспроможності, наслідком чого може бути прагнення соціальної ізоляції, «втеча» в хворобу. Можуть виникати нав'язливі страхи «божевілля». На тлі пригніченого настрою, втрати апетиту і безсоння ще більше порушується здатність концентрувати увагу, погіршується пам'ять, працездатність, настає загальне психофізіологічне виснаження.

4-а стадія. Реорганізація (дозвіл) — поступове тамування симптоматики, що у випадку надання жінці своєчасної адекватної психологіч-

ної допомоги та сприятливої сімейної ситуації настає приблизно між вісімнадцятим і двадцятим четвертим місяцями після пережитої втрати.

Жінка прощається з минулим, вчиться зберігати пам'ять про нього, але жити актуальним сьогоденням. Ознаками настання фінального етапу горювання є гармонізація соціального та емоційного контакту з навколишнім світом, повернення здатності адекватно оцінювати ситуацію, бачити перспективи і будувати реальні плани на найближче і віддалене майбутнє. Зникає ангедонія, відновлюється здатність спонтанно посміхатися і радіти, життя знову наповнюється барвами. Для жінок яскравою ознакою завершення циклу горювання є те, що вони знову починають стежити за своєю зовнішністю. На суб'єктивному рівні все це супроводжується поліпшенням самопочуття, налагодженням сну й апетиту, стабілізацією вегетативних реакцій.

Згадані вище варіанти класифікації подаються у вигляді стадій, що в хронологічному порядку змінюють одна одну, проте на практиці стрижнева симптоматика, як правило, певною мірою спостерігається протягом усього циклу переживання горя.

Оскільки різноманітні варіанти перебігу реагування на перинатальну втрату значно різняться за інтенсивністю та тривалістю, то деякі фахівці критикують запропоновані спроби класифікації, вважаючи їх складною і, за великим рахунком, марною працею. Цілком можливо, що чітких меж між стадіями переживання горя просто не існує, до того ж досить частими є періодичні рецидиви хворобливого стану, коли гостре горе актуалізується і пацієнт повертається на вже минулу, напевно успішно подолану стадію.

Значними є також індивідуальні особливості реагування на перинатальну втрату, адже об'єктивність ситуації втрати завжди супроводжується суб'єктивною переробкою отриманої трагічної інформації, і це накладає свій відбиток на патоморфоз. Індивідуальні особливості проявів і перебігу процесу переживання горя залежать від характеру втрати, сімейної ситуації, індивідуальних особистісних рис людини, що горює, її етнічної та релігійної приналежності, схильності до афективних розладів, сімейного стану, соціального статусу, побутових умов тощо.

Здатність жінки справлятися із ситуацією на першому тижні після втрати є предиктором того, як вона буде переживати її надалі.

Ризик виникнення віддалених емоційних реакцій збільшується за наявності низки несприятливих чинників, серед яких можна виділити особливе ставлення до вагітності, зокрема, якщо вона була довгоочікуваною, їй передувало тривале очікування або спонтанні аборти. Особливо тяжким виявляється перший рік після пе-

режитого для літніх жінок, які скептично оцінюють свої шанси завагітніти знову.

У ситуації спонтанного абортів на ранньому терміні вагітності особливо психотравмуючим може виявитися поєднання гостроти, раптовості погіршення стану і неясності діагнозу. Деякі жінки, переконавшись, що вагітні, одразу сприймають пренейта як сформовану дитину, уявляють його зовнішність, стать і навіть характер. Їм важко примирити в свідомості факт загибелі дитини і відсутність тіла, яке можна було б поховати.

При цьому навіть якщо суб'єктивно жінка сприймає переривання вагітності як полегшення і вирішення проблеми, на психофізіологічному рівні це стає для неї гормональним стресом, що супроводжується яскравим афективним відображенням.

Але більшість вагітних жінок все ж вважають новоутворений організм частиною власного тіла, якої в разі потреби можна позбутися, як, наприклад, апендиксу. Вони переживають факт перинатальної втрати значно легше.

У релігійних людей описані вище переживання перебігають, як правило, значно легше, оскільки, згідно зі своїми світоглядними установками, вони сприймають настання смерті як неминучу подію. До того ж перед ними завжди існує перспектива прожити життя на цьому світі згідно з релігійними канонами і возз'єднатись із дорогою людиною після смерті. Ці очікування в жодному разі не повинні піддаватись критиці з боку психотерапевта, оскільки вони є елементом стратегії подолання кризової ситуації.

Певною мірою перинатальна втрата є перебіркою гармонійності сімейних стосунків. Якщо вони внутрішньо міцні, то горе об'єднує і подружжя спільно намагається впоратися з труднощами. Якщо ж стосунки дисфункціональні, то на тлі смерті дитини стосунки різко погіршуються, на перший план виходять взаємні звинувачення і претензії, що іноді приймають форму відвертої ненависті. Згідно зі статистикою, невдовзі після пережитої перинатальної втрати близько 12% подружніх пар приймають рішення про розлучення.

Список використаної літератури

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. — М.: Амадеус, 2004. — 350 с.
2. Wu J., Viguera A., Riley L. et al. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2002. — P. 52-61.
3. Райгородский Д.Я. Психология и психоанализ беременности. Учебное пособие по психологии материнства. — Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2003. — 784 с.
4. Sexton P.R., Stephen S.B. Postpartum mothers' perceptions of nursing interventions for perinatal grief // *Neonatal. Netw.* — 1991. — 94 p.
5. Raphael-Leff J. *Psychological Processes of Childbearing. Fourth Edition.* — London: The Anna Freud Centre, 2005. — 198 p.
6. Janssen H.J. et al. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss // *American Journal of Psychiatry.* — 1996. — Vol. 153 (2). — P. 55-64.
7. Schindler S., Zimprich H. *Ekologie der Perinatalzeit.* — Stuttgart: Hippocrates, 1983. — 411 p.
8. Kumar R., Robson K. A prospective study of emotional disorders in childbearing women / R. Kumar // *Br. J. Psychiatry.* — 1984. — Vol. 288, № 144. — P. 41-48.
9. Dyer E.D. Parenthood as crisis: A restudy // *Marriage and Family Living.* — 1963. — Vol. 25. — P. 341-350.
10. Bowlby J. *Child care and the growth of love.* — London, 1987. — 452 p.

Надійшла до редакції 22.11.2017

WOMAN AND PERINATAL LOSS

A.M. Skrypnikov, L.O. Herasymenko, R.I. Isakov

Abstract

The article examines and systematizes the state of studying the problems related to the psychological experiences of women after perinatal loss. The psychological and psychiatric aspects of the problem, experience of rehabilitation practices are analyzed.

The emphasis is on the individual and situational aspects of abortion that determine the nature of psychological response.

Keywords: woman, pregnancy, perinatal loss, rehabilitation practices.

Є.Х. Заремба, М.М. Вірна, Л.Б. Ших,
І.В. Буковецька, О.А. Кобзаренко

Львівський національний
медичний університет ім. Данила
Галицького

СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК (клінічний випадок)

Резюме

У статті описано клінічний перебіг системного червоного вовчака, сучасні методи його діагностики та лікування.

Ключові слова

Системний червоний вовчак, клінічний перебіг, діагностика, лікування.

Системний червоний вовчак (СЧВ) — системне автоімунне захворювання невідомої етіології, що характеризується гіперпродукцією автоантитіл до різних компонентів клітинного ядра з розвитком імунізапального ушкодження тканин і внутрішніх органів. Інфекції, захворювання серцево-судинної системи, нирок і ЦНС є найбільш частими причинами смерті хворих. За останні 60 років 5-річне виживання хворих на СЧВ зросло з 50 до 91-97%, проте залишається невизначеним, наскільки це покращення пов'язано з ефективністю лікування, а наскільки — з вчасною діагностикою та раннім початком терапії.

Хвора О, 1969 р.н., звернулася на консультацію 15.09.2017 р. зі скаргами на болі, припухлість та обмеження рухів у лівому променево-зап'ястному суглобі. Вважає себе хворою протягом 1 року. У вересні 2016 р. відмітила коливання температури тіла від 37,6 до 39,8 °С протягом 4 тижнів. Лікувалася стаціонарно в терапевтичному відділенні з діагнозом «хронічний двобічний пієлонефрит у стадії загострення, 2-й ступінь активності». У лабораторних обстеженнях крові: ШОЕ — 35 мм/год, лейкоцити — $6,5 \times 10^9/\text{л}$, гострофазові показники в межах норми, в загальному аналізі сечі: білок — 0,033 г/л, лейкоцити — 8-16 у п. з., перехідний епітелій — 1-2 в п. з. Після проведеного антибактеріального лікування хвора відмітила покращення загального стану, температура тіла нормалізувалася.

Протягом січня 2017 р. з'явилися болі, припухлість та скованість у лівому променево-зап'ястному суглобі. Консультувана ревматологом та проведена рентгенографія лівої кисті (27.12.2016): порушення цілісності кісток не виявлено, суглобові щілини без змін, структури кісток без змін. Висновок: артрит суглобів кистей.

© Є.Х. Заремба, М.М. Вірна, Л.Б. Ших, І.В. Буковецька, О.А. Кобзаренко

тей. Хворій призначено нестероїдні протизапальні препарати (олфен, афлутон), після застосування яких відмітила покращення.

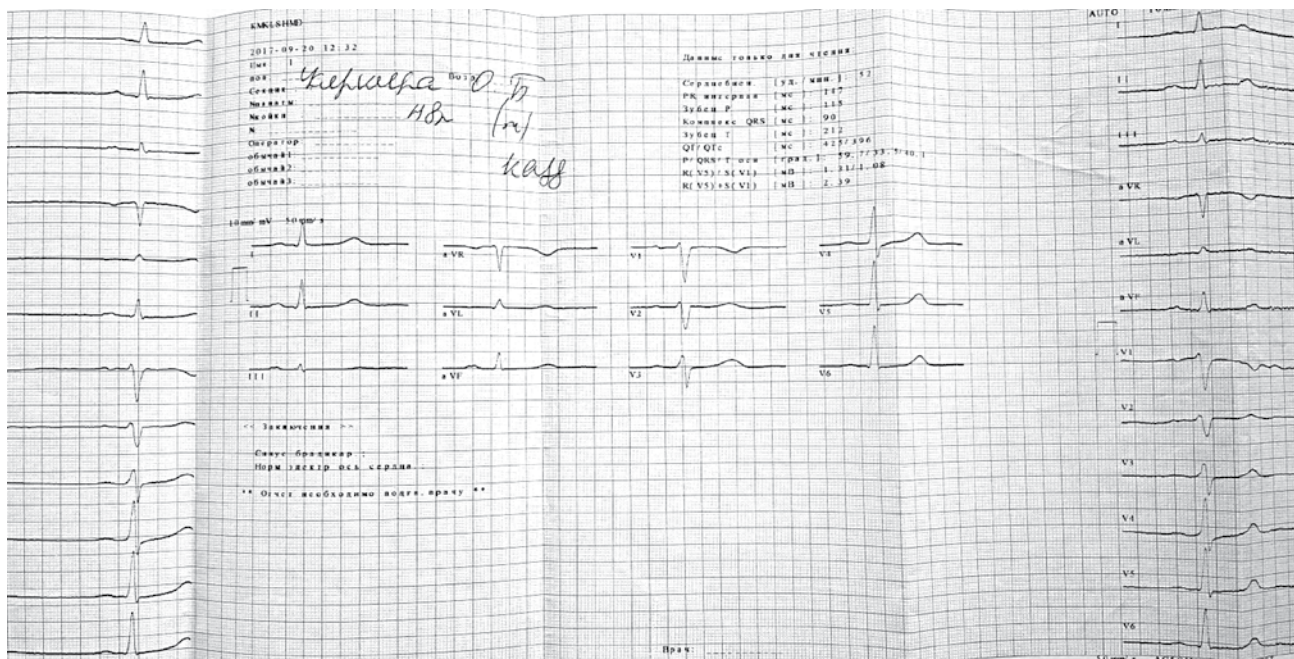
Наприкінці березня 2017 р. болі в лівому променево-зап'ястному суглобі збільшилися, кисть набрякла, відмітила на обличчі висипку з тенденцією до поширення на назолабіальні складки. Хворій призначено олфен та метипред 8 мг. На деякий час хворій було краще. Протягом липня симптоми запалення зросли знову. У лабораторних обстеженнях крові виявлено: ШОЕ — 37 мм/год, лейкоцити — $13,4 \times 10^9/\text{л}$, СРБ — 12 мг/л, РФ — 10 МО/мл, АСЛО — 400 МО/мл. Хворій призначено метипред 8 мг зранку та олфен 100 мг, після лікування відмітила покращення. Протягом вересня біль у суглобі збільшився, хвора відзначала виражену скутість у суглобі, обмеження рухів, у зв'язку з чим була направлена на консультацію для уточнення діагнозу.

Зростала та розвивалась у задовільних умовах. З анамнезу життя стало відомо, що бабуся хворіла на поліартрит. Перенесені захворювання: хронічний пієлонефрит, артрит колінних суглобів, гепатит (1996 р.), операція з приводу дифузного токсичного зоба (тагеморідектомія).

Під час об'єктивного огляду стан хворої середньої важкості. Свідомість ясна. Положення в ліжку активне. Будова тіла правильна, конституція нормостенічна. Шкірні покриви бліді, на обличчі еритематозна висипка з тенденцією до поширення на назолабіальні складки у вигляді «метелика». Видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті, вологі. Підшкірно-жирова тканина розвинена достатньо.

Кістково-суглобова система — лівий променево-зап'ястний суглоб набряклий, об'єм рухів обмежений, болючий при пальпації.

Набряки на нижніх кінцівках відсутні. Температура тіла 36,6 °С. Дихання носом вільне. Оби-



дві половини грудної клітки симетричні, рівномірно беруть участь в акті дихання. При пальпації грудна клітка неbolюча. Голосове тремтіння проводиться з обох боків. Перкуторно над легеннями ясний, легеневиий звук. Аускультативно дихання везикулярне, хрипи відсутні. ЧД — 20/хв.

Ділянка серця без деформації. Паталогічної пульсації судин шиї не виявлено. Верхівковий поштовх пальпується в 5-му міжребер'ї на 1,5 см уліво від середньоключичної лінії. Межі відносної серцевої тупості: права по правому краю груднини, ліва — на 1,5 см від лівої середньоключичної лінії, верхня — рівень 3-го ребра. Аускультативно тони серця ритмічні, дещо ослаблені. Частота серцевих скорочень — 78 уд/хв, пульс задовільного наповнення та напруження. Артеріальний тиск — 130/80 мм рт. ст.

Язик вологий, чистий. Слизова рота блідо-рожева. Живіт дещо збільшений у розмірах за рахунок підшкірно-жирової клітковини, доступний поверхневий та глибокий пальпації, неbolючий. При аускультативній вислуховуються перистальтичні шуми. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги. Селезінка не збільшена. Стілець без патології.

Ділянка нирок не змінена, при пальпації нирки неbolючі. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Сечовипускання вільне, діурез достатній.

Проведено лабораторне дослідження крові (15.09.2017): загальний аналіз та біохімічні показники крові (функції печінки та нирок) — в межах норми. У гострофазових показниках виявлено підвищення СРБ — 36 (норма — до 6 мг/мл), АСЛО — 200 (норма — до 200 МО/мл), ревмофактор — від'ємний (норма — до 12 МО/мл), сечомукоід — 0,395 (норма — 0,100-0,200 ум. од).

Проведено імунологічне дослідження крові, в якому виявлено підвищення рівня антинуклеарних антитіл — 1:320 (норма <1:100), двоспіральна ДНК (ANA-Screen) антитіла IgG — 1 МО/мл (норма < 4,0 — негативний результат). У бактеріологічному дослідженні мазка із зів'я (20.09.2017) виявлено *Str. Viridans* — 10^5 , антибіотикограма чутлива до всіх антибіотиків, слабчутлива до еритроміцину. Проведено аналіз сечі за Аддісом-Каковським (18.09.2017): лейкоцити — 1 633 333 (норма — до 2 000 000), еритроцити — 1 666 666 (норма — 1 000 000), циліндри — 0 (норма — до 20 000).

При ехоКГ виявлено: розміри камер серця і товщина стінок лівого шлуночка — в межах норми. Аорта ущільнена. Скоротливість міокарда задовільна. Фракція викиду — 70%. Аномальна хорда в лівому шлуночку. Злипнення листків перикарда. Рідина в плевральній порожнині не візуалізується.

ЕКГ (15.09.2017): ритм синусовий, правильний. ЧСС — 80/хв, електрична вісь не відхилена. Перехідна зона у V4. Ознаки гіпертрофії ЛШ.

Під час УЗ-обстеження внутрішніх органів (15.09.2017): печінка не збільшена — 125 мм, структура дещо зерниста, середня ехогенність, жовчні протоки не розширені, судини не розширені, об'ємні утвори не виявлені. Хоledох не розширений. Жовчний міхур — конкременти не виявлено. Підшлункова залоза — розміри в межах норми. Контур чіткий, рівний, структура дещо зерниста, ехогенність незначно підвищена. Нирки розміщені типово. Права нирка — розміри нормальні, кірковий шар не потовщений, ЧМС не розширена, без затримки сечі в мисці, ехогенність середня, конкременти — солі. Ліва нирка — розміри нормальні, кірковий шар не

потовщений, ЧМС не розширена, без затримки сечі в мисці, ехогенність середня, конкременти — солі. Селезінка в нормі. Щитоподібна залоза — перешийок — 2,7 мм, права частка — 16×12×33, V=3,2 см³, ліва частка — 7×7×15, V=0,4 см³. Структура неоднорідна. Ехогенність знижена. Васкуляризація значно підвищена. Висновок — прооперований дифузно-токсичний зоб.

Під час рентгенографії кистей спостерігали звуження суглобових щілин лівого променево-зап'ястного суглоба.

Під час огляду офтальмолога ДЗН блідо-рожеві, межі чіткі, артерії сітківки звужені з тен-



денцією до випрямлення > OS, вени без особливостей. Висновок: ангіопатія сітківки.

Встановлено клінічний діагноз: Системний червоний вовчак, гострий перебіг, активна фаза, активність II, з переважним ураженням лівого променево-зап'ястного суглоба (ФНС II), шкіри обличчя (у вигляді «метелика»), нирок (хронічний пієлонефрит).

Проведено лікування: Sol. Corvitini 0,5+sol. NaCl 0,9% 50,0 ml в/в крап. 2 рази на день № 10, sol. Glucosae 5% 200,0+sol. Insulini 4 ОД+sol. Ryboxini 10,0+sol. Panangini 10,0 в/в крап. № 10, sol. Ampicillini 1,0 в/м 4 рази на день, sol. Vitamini B₆ 1,0 в/м, sol. Vitamini B₁₂ 1,0 в/м, sol. Acidi ascorbinici 2,0 в/м, tab. Olfeni 100 mg 1 раз на день, tab. Suprastini по 1 таб. 3 рази на день, tab. Rosulip 10 мг 1 раз на день, sol. Prednisoloni 30 mg о 8-й годині ранку в/м, tab. Metipred 8 mg, sol. Нерамерси 10,0 в/в крап.

Після проведеного лікування загальний стан хворої з позитивною динамікою: болі в променево-зап'ястному суглобі не турбують, зменшився набряк суглоба. Хвора з покращенням виписана додому. Перебуває під наглядом ревматолога.

Надійшла до редакції 11.12.2017

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (medical case)

Ye.Kh. Zaremba, M.M. Virna, L.B. Shykh, I.V. Bukovetska, O.A. Kobzareno

Abstract

The article describes the clinical course of systemic lupus erythematosus, modern methods of its diagnosis and treatment.

Keywords: systemic lupus erythematosus, clinical course, diagnosis, treatment.

**<http://moz.gov.ua/article/news/algoritm-avtonomizacii-medzakladu>*

АЛГОРИТМ АВТОНОМІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ*

Автономізація передбачає реорганізацію (перетворення) закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) — бюджетної установи на ЗОЗ-комунальне підприємство. У матеріалі коротко викладаємо алгоритм цього процесу.

Процедура автономізації медзакладу передбачає такі дії:

1. Місцева рада приймає рішення про:
 - а) припинення ЗОЗ-бюджетної установи шляхом перетворення в ЗОЗ-комунальне некомерційне підприємство;
 - б) призначення комісії з реорганізації ЗОЗ-установи, голови комісії;
 - в) встановлення порядку і строку заявлення кредитором своїх вимог до ЗОЗ-установи, що припиняється.
2. Державному реєстратору подаються документи для реєстрації рішення про припинення юридичної особи шляхом реорганізації, після чого вноситься запис до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань.
3. Комісія з реорганізації розглядає вимоги кредиторів ЗОЗ, а також проводить інвентаризацію¹.
4. Комісія розробляє передавальний акт, який має містити положення про правонаступництво щодо всіх зобов'язань установи, передачу прав та зобов'язань за формою бухгалтерського обліку.
5. Фінансове управління власника розробляє зміни до бюджетних програм з урахуванням процедури реорганізації ЗОЗ.
6. Рішенням місцевої ради:

а) затверджується передавальний акт²;

б) приймається рішення про створення ЗОЗ шляхом реорганізації;

в) затверджується статут.

7. Пакет документів про створення ЗОЗ-комунального некомерційного підприємства та припинення ЗОЗ-бюджетної установи подають державному реєстратору. Якщо все зроблено правильно, протягом 24 годин з отримання документів державний реєстратор має внести відповідні записи до ЄДР.
8. За необхідності власник приводить у відповідність систему фінансування закладу.
9. До трудових книжок працівників ЗОЗ вноситься запис про зміну найменування роботодавця у зв'язку з реорганізацією.
10. ЗОЗ-комунальне підприємство оформлює та реєструє право користування об'єктами нерухомості та земельними ділянками, відкриває рахунки в банку та переоформлює рахунки в казначействі.
11. До МОЗ подається заява про оформлення ліцензії на здійснення господарської діяльності з медичної практики та наркотичними речовинами, прекурсорами (за необхідності).
 - Кредитори державних та комунальних закладів охорони здоров'я, що реорганізуються, не в праві вимагати від них виконання незабезпечених зобов'язань, припинення або дострокового виконання зобов'язання або забезпечення виконання зобов'язання. Згода кредитора на заміну боржника в зобов'язанні в такому разі не потрібна;
 - Обов'язкова оцінка майна не застосовується.

Більше інформації ви можете знайти в методичних рекомендаціях МОЗ (див. «ПЛ» № 2 за 2017 рік).

² Акт також може затверджувати уповноважений виконавчий орган.

¹ Відповідно до закону про автономізацію (див. «ПЛ» № 2-3 за 2017 рік), до 31 грудня 2018 року.

** Матеріал підготовлено у співпраці з проектом USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії». Розгорнуті відповіді на питання про автономізацію ви можете знайти в офіційних методичних рекомендаціях МОЗ.*

АВТОНОМІЗАЦІЯ ЛІКАРЕНЬ: ПРОЦЕДУРА ТА ПЕРЕВАГИ (В ЗАПИТАННЯХ І ВІДПОВІДЯХ)*

6 листопада вступив у дію закон про автономізацію лікарень. Що таке автономізація, як і коли вона відбуватиметься, які переваги надасть медустановам та якими будуть юридичні наслідки — відповіді в нашій статті.

ДЛЯ ЧОГО ПОТРІБНА АВТОНОМІЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Що таке автономізація лікарень і для чого вона потрібна?

Автономізація передбачає, що лікарні можуть набувати статусу некомерційного комунального підприємства. Наразі лікарні працюють як бюджетні установи за бюджетним законодавством та з вертикальним управлінням. Їх керівники не мають свободи рішень і керуються наказами згори.

Перетворення лікарень на комунальні підприємства дозволить розширити права медичних закладів до рівня всіх інших суб'єктів господарювання.

Які переваги дає медичному закладу статус некомерційного комунального підприємства?

Перетворення (реорганізація) медустанов у комунальні некомерційні підприємства сприятиме збільшенню їх самостійності в господарських і управлінських справах, стимулюватиме до поліпшення якості медичних послуг і підвищення економічної ефективності використання активів.

Головні переваги реорганізації такі:

- керівник підприємства отримує значно більшу, ніж керівник бюджетної установи, свободу в розпорядженні активами й фінансами, у формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;
- керівник підприємства може самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці персоналу, що допускаються законодавством;
- фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на підставі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами;

- медзаклади мають право мати власний рахунок у будь-якому банку;
- медзаклади мають право утворювати об'єднання з іншими закладами, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів;
- медзаклади мають можливість наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб — підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Чи може заклад після реорганізації бути приватизованим?

Ні, пряма заборона на приватизацію зазначена в ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Чи має некомерційне комунальне підприємство самостійно заробляти на своє існування?

Із введенням медреформи в дію медзаклади первинної ланки отримуватимуть фінансування від Національної служби здоров'я згідно з тарифом надання первинної медичної допомоги за кожного пацієнта, який підпише декларацію з лікарем цього закладу. Під час перехідного періоду також буде надаватися фінансування на пацієнтів, які були раніше приписані до лікаря, але ще не уклали з ним декларацію.

Із 2020 року медзаклади вторинної і третинної ланки переходитимуть на нову модель фінансування. Лікарні почнуть отримувати фінансування залежно від обсягу наданих послуг згідно з договором, який вони укладатимуть із НСЗУ. Вартість послуг буде визначатися відповідно до тарифу надання медичних послуг.

Чи має таке підприємство право отримувати прибуток і на власний розсуд ним розпоряджатися?

Медзаклади у формі комунальних підприємств є неприбутковими та некомерційними. Мета їх діяльності не пов'язана з отриманням прибутку. Надлишкові кошти медзаклади мають спрямовувати на свій розвиток відповідно до фінансового плану.

Чи буде автономізація примусовою?

Закон про автономізацію медичних закладів не ставить жорсткої вимоги по термінах. Але пільговий режим автономізації буде діяти тільки до кінця 2018 року.

АВТОНОМІЗАЦІЯ ЛІКАРЕНЬ: ПОДАТКИ, ПІЛЬГИ І КОНТРОЛЬ ДІЯЛЬНОСТІ КЕРІВНИЦТВА

Чи змінюються податкові зобов'язання медзакладу після його реорганізації?

Процес перетворення лікарні на некомерційне комунальне підприємство не призводить до виникнення негативних податкових наслідків у вигляді нових пов'язаних із перетворенням податкових зобов'язань. Заклад не буде платником податку на прибуток й податку на нерухомість.

Хто розпоряджатиметься майном і коштами лікарні?

Під час автономізації майно передається закладам на правах оперативного управління. Розпоряджається майном закладу його власник — територіальна громада через уповноважені органи. Керівник медзакладу може розпоряджатися майном у межах, які будуть визначені статутом цього закладу.

Хто відповідатиме за фінансову і податкову звітність у некомерційних підприємствах?

Питання ефективного керування адміністративними функціями автономного закладу вирішується самим закладом.

Чи будуть медзаклади в статусі некомерційних підприємств отримувати пільги на оплату комунальних послуг, на оренду землі?

Щодо орендної плати, то це питання вирішують власники майна: органи місцевого само-

врядування. Питання надання пільг на оплату комунальних послуг — в стадії опрацювання.

Як громада зможе контролювати діяльність керівництва лікарні?

Для цього створюються спеціальні органи, спостережні або наглядові ради. Наразі відповідне положення про спостережні ради затверджується Кабміном.

Такі ради є обов'язковими для медустанов вторинної і третинної ланки. До них входять представники власника закладу, органів місцевого самоврядування, місцеві депутати, а також представники громадських організацій.

При закладах також можуть створюватися опікунські ради. До їх складу можуть входити меценати, представники громадськості, благодійних, релігійних організацій, органів місцевого самоврядування, засобів масової інформації, волонтери.

Хто приймає рішення про перепрофілювання?

Власник. Зазвичай це відповідна місцева рада.

Чи будуть звільняти працівників?

Трудові відносини з працівниками реорганізованого закладу продовжуються, а звільнення під час реорганізації можливе лише в разі скорочення штату. У процесі реорганізації окремі працівники можуть бути переведені на інші посади, переміщені в інші структурні підрозділи в разі потреби.

Чи можливо повернути заклад у статус бюджетного підприємства?

Місцева рада має право прийняти і таке рішення. Водночас повернеться тарифна сітка та всі інші норми, які регулюють діяльність закладів бюджетної сфери.

4 грудня 2017 року
Публікація МОЗ України

АВТОНОМІЗАЦІЯ: ВІДПОВІДІ НА ПОШИРЕНІ ПИТАННЯ

Питання — відповіді щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства.

1. Якщо припиняється ЗОЗ і утворюється новий, то певний час буде відсутня ліцензія на медичну практику та роботу з прекурсорами та наркотичними препаратами. Як бути без ліцензії?

Ліцензія на медичну практику, ліцензія на роботу з наркотичними речовинами та прекурсорами має бути отримана наново протягом трьох місяців із моменту реєстрації нової юридичної особи внаслідок реорганізації.

Протягом цього строку стара ліцензія зберігає свою силу.

(Пункт 4 статті 15 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності»)

Готуються зміни до Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики». Проектом спрощується процедура отримання ліцензії у випадку зміни організаційно-правової форми ліцензіата.

2. Якщо припиняється ЗОЗ і утворюється новий, то перша акредитація можлива лише через 2 роки, тому до цього часу висновки судово-медичних і наркологічних експертиз будуть вважатися недійсними.

Акредитація проводиться через 2 роки після створення нового суб'єкта.

У разі наявності вимоги щодо зазначення акредитаційного сертифіката у певних формах документації, необхідно зазначати, що ліцензія на здійснення медичної практики отримана менше ніж два роки тому, а тому акредитація ЗОЗ не проводилась.

Відсутність акредитаційного сертифіката може обмежити заклад у здійсненні певних видів діяльності, де безпосередньо передбачено наявність окремої категорії закладу, зокрема в проведенні медичних оглядів працівників певних категорій.

Обмеження для надання висновків судово-медичних і наркологічних експертиз у разі відсутності акредитаційного сертифіката в нормативних актах, які регламентують надання вказаних висновків, — відсутні.

Відповідно до проекту закону № 6327 «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» заклади охорони здоров'я можуть добровільно проходити акредитацію в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

3. Передавальний акт. Хто кому передає майно? У більшості прийнятих обласною радою рішень не визначено, хто буде керівником новостворених підприємств, тому невідомо, хто буде приймати майно та документи згідно з передавальним актом.

Передавальний акт є формальним етапом здійснення реорганізації та засвідчує, яке майно передається до правонаступника.

Акт має скласти комісія з припинення, а затвердити Власник. Новоствореним суб'єктом акт не підписується.

(Частина 3 статті 107 Цивільного кодексу України)

4. За якими КЕКВ має фінансуватися КНП?

Комунальні некомерційні підприємства фінансуються за КЕКВ:

- 2282 «Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку»;
- 3210 «Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)».

(Наказ Міністерства фінансів від 14.02.2017 № 135)

5. Який має бути розмір статутного капіталу?

Обмежень щодо розміру статутного капіталу для КНП не встановлено. Власник, який створює ЗОЗ, визначає його на власний розсуд.

(Частина 4 статті 78 Господарського кодексу України)

6. Є ризики з переукладення договорів та введення процедур згідно із Законом України «Про публічні закупівлі» у зв'язку з утворенням нового суб'єкта — правонаступника.

Новостворене підприємство є правонаступником установи щодо всіх прав та зобов'язань (у тому числі й договори), а тому користується тими самими правами та обов'язками, як і перетворена установа.

Відповідно ризики відсутні в разі належного оформлення правонаступництва, в тому числі під час проведення процедур закупівлі комунальним закладом у межах Закону України «Про публічні закупівлі».

Проте з метою впорядкування правовідносин рекомендується укласти додаткові угоди до договорів з метою зазначення правильного найменування суб'єкта.

(Роз'яснення Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 16.03.2017 на запит 388/2017)

7. За яким КОПФГ має реєструватися новостворене підприємство?

За загальним правилом, суб'єкт має реєструватися за кодом 150 КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО, оскільки КНП є видом комунального підприємства.

Проте, у зв'язку з технічними складнощами в роботі реєстру неприбуткових організацій, установ, виникають проблеми із внесенням відповідних підприємств до реєстру.

А тому до усунення технічних прогалин необхідно застосовувати код 430 (КОМУНАЛЬНА ОРГАНІЗАЦІЯ (УСТАНОВА, ЗАКЛАД)) з тих мотивів, що Комунальне підприємство є ЗОЗ.

8. Можливість отримання медичної субвенції після зміни статусу з КУ в КНП (Зміна з розпорядника на отримувача бюджетних коштів). Як буде фінансуватися в поточному році і як буде фінансуватися після 01.01.2018?

Отримання медичної субвенції можливе та здійснюється через місцевий бюджет за відповідними напрямками видатків за програмно-цільовим методом.

У 2018 році передбачається можливість (закон не набрав сили) оплати медичних послуг населенню централізовано через новоутворений орган — Національну службу здоров'я України за принципом капітації.

Водночас не забороняється здійснення фінансування з місцевих бюджетів за програмно-цільовим методом з метою реалізації певних місцевих програм.

9. Чи потрібно вносити в статут пункти про створення Спостережної ради та її повноваження?

Пункти вносяться за рішенням Власника. Імперативна вимога щодо створення відповідного органу відсутня.

(Стаття 24 Закону України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» в редакції станом на 06.11.2017)

10. Чи зберезуться кошти в КНП після зміни форми з КУ за наявності коштів на спецрахунок?

Кошти зберігаються залежно від положень статуту Комунальної установи, яка перетворюється (залежно, чи передбачена передача грошових коштів неприбутковому підприємству).

Водночас можливі альтернативні варіанти. Наприклад, формування статутного капіталу КНП у розмірі спеціального фонду КУ після переведення коштів спеціального фонду в дохід бюджету Власника.

11. На момент попередження трудового колективу КУ не зареєстровано нову установу КНП, до якої трудовий колектив буде переведено.

У разі реорганізації дія трудових договорів зберігає свою силу за згодою працівника.

До трудової книжки лише вноситься запис про правонаступництво новоствореної юридичної особи.

(Стаття 36 Кодексу законів про працю України)

12. Заробітна плата після зміни з КУ в КНП буде вважатися незахищеною статтею?

Захищеними видатками бюджету визнаються видатки загального фонду бюджету, обсяг яких не може змінюватися в разі здійснення скорочення затверджених бюджетних призначень.

До захищених видатків Державного бюджету України належать видатки загального фонду на оплату праці працівників бюджетних установ.

Комунальні підприємства не входять до даного переліку.

13. Наказ МОЗ України № 33 скасовано. Чим керуватися під час розрахунку штатного розпису підрозділів закладу з урахуванням вимог колективного договору та тісного зв'язку навантаження на співробітника з ціною тарифу на послугу?

Наразі відсутній нормативний акт, який би регламентував кількість штату в лікарні. Штатний розпис формується самостійно відповідними департаментами охорони здоров'я та медичними закладами (залежно від розподілу компетенції), виходячи з потреб населення в отриманні медичної допомоги, відповідного навантаження на лікарів і бюджету.

14. Питання фінансування клінічного закладу: чи статус клінічного закладу передбачає фінансування видатків клінічного закладу за рахунок коштів місцевого бюджету, а статус

комунального некомерційного підприємства передбачає отримання бюджетних коштів, які можуть витрачатися ним тільки за договорами про медичне обслуговування населення, укладеними з відповідним розпорядником бюджетних коштів, та не можуть витрачатися на інші цілі?

У положеннях чинного законодавства відсутні норми, які б встановлювали, що комунальне некомерційне підприємство може отримувати бюджетні кошти лише за договорами про медичне обслуговування. Комунальне некомерційне підприємство може бути одержувачем бюджетних коштів місцевого бюджету і забезпечувати фінансування клінічного закладу.

Таким чином, підстав щодо зміни статусу клінічного закладу немає.

15. У частини керівників закладів охорони здоров'я закінчується контракт у листопаді 2017 року. Проте наразі відсутній порядок проведення конкурсу для керівників ЗОЗ. Як призначати керівника?

Порядок призначення керівників ЗОЗ наразі

не визначено, проте проходить формальну процедуру затвердження.

До моменту прийняття відповідного регулювання доцільно призначати директорів ЗОЗ у статусі, що тимчасово виконують обов'язки, до встановлення процедури конкурсу.

Окрім того, рекомендуємо звернути увагу, що листом Міністерства юстиції України від 30.01.2009 № Н-35267-18 вказано на можливість застосування аналогії в разі наявності прогалин у правовому регулюванні певних суспільних відносин.

16. Чи потрібно вносити в статут пункти про створення Спостережної ради та їх повноваження?

Власник наразі має право (але не зобов'язаний) вносити положення до статуту про створення Спостережної ради, врахувавши, що типові положення про Спостережну раду буде прийняте пізніше, або внести відповідні зміни до статуту щодо створення Спостережної ради після набуття чинності законом 06.11.2017.

М.І. Дземан

Науково-виробничий центр
ТОВ «ЕРБІС», ПП «Лабораторія
ЕРБІС», м. Київ

ОБРАЗЦОВ ВАСИЛЬ ПАРМЕНОВИЧ І ДРАГОМИРОВ МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ: МІФИ ТА РЕАЛЬНІСТЬ (частина 1)

Резюме

У статті наведено матеріали історичної розвідки щодо доленосного опікування київського, волинського та подільського генерал-губернатора М.І. Драгомирова створенням в Університеті св. Володимира належних умов для розквіту наукового та клінічного таланту одного з корифеїв і засновників Київської школи терапевтів Василя Парменовича Образцова.

Ключові слова

Університет св. Володимира, Київська школа внутрішньої медицини, В.П. Образцов, М.І. Драгомиров.

*Народився я в серці Малоросії — Чернігівському Конотопі, — тож не може раптом з мене ви-
йти якийсь там тамбовець, могильовець чи калужанин, ба навіть бердичівець — кожному своє.
М.І. Драгомиров*

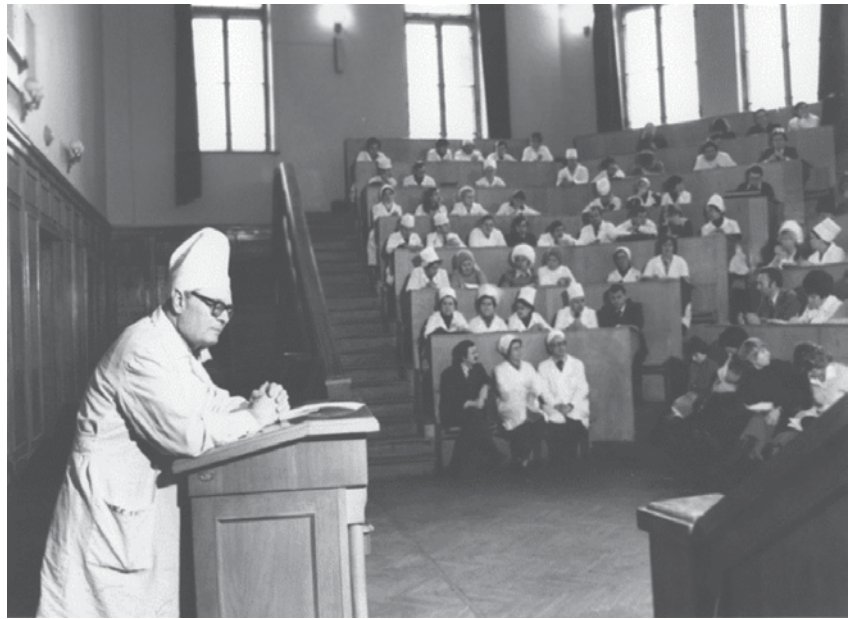
Серед широкого розмаїття київських легенд і бувальщин мене особливо вразила оповідь про відомого київського професора-терапевта, корифея світової медицини, одного із засновників Київської школи терапевтів Василя Парменовича Образцова та бойового генерала, визначного державного діяча, «таємного Никодима українства» Михайла Івановича Драгомирова. Уперше я її почув у 1993 році на одному з показових занять зі слухачами курсів ФПК із внутрішньої медицини, яке феєрично провів професор А.П. Пелешук. Корінний киянин, Анатолій Петрович, був закоханим у своє рідне місто та його історію. Великий патріот Київської терапевтичної школи та своєї alma mater, Національного медичного університету, він надавав виключно важливого значення дослідженню та популяризації іс-



Генерал Михайло Іванович Драгомиров і Василь Парменович Образцов — київський професор-терапевт, корифей світової медицини, один із засновників Київської школи терапевтів

торії української медицини. Все своє життя він це робив «і словом, і ділом». Тож після блискучого клінічного розбору та результативного консилиуму Анатолій Петрович розпочав змістовно гортати сторінки минувшини київської медицини. Тоді,

© М.І. Дземан

**Професор А.П. Пелешук****Лекція професора А.П. Пелешука**

незважаючи на поважний вік (80 років!), він жваво та захоплююче й розповів історію про доленосне опікування київського, волинського та подільського генерал-губернатора М.І. Драгомирова створенням в Університеті св. Володимира належних умов для розквіту наукового та клінічного таланту одного з корифеїв та засновників Київської школи терапевтів В.П. Образцова.

Атмосфера спілкування була фантастичною. Усі присутні усвідомлювали, що мають унікальну можливість безпосереднього спілкування з патріархом вітчизняної терапії¹. Тож ніхто серед курсантів ФПК, які зазвичай під час підвищення в столиці квалі-

фікації свого фаху намагаються вирішити якомога більше різних приватних питань, вже нікуди не поспішив. Заняття відбувалось серед спеціально відкритих на цей час меморіальних експозицій, присвячених академіку В.М. Іванову.

Тут потрібно сказати, що професор А.П. Пелешук свято беріг пам'ять про свого Вчителя акаде-

¹ *Анатолій Петрович Пелешук — яскравий представник плеяди фундаторів вітчизняної медицини другої половини ХХ сторіччя, професор, доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки УРСР (1971), лауреат Державної премії УРСР (1980), лауреат премій імені М.Д. Стражеска (1992) та імені Ф.Г. Яновського (1997) НАН України. Він майже три десятиріччя завідував однією з базових клінічних кафедр Національного медичного університету, а в 1965 році створив і очолив (за сумісництвом) відділ терапевтичної нефрології Інституту урології та нефрології АМН України. Науково-педагогічний досвід професора А.П. Пелешука узагальнено в понад 350 наукових працях, серед яких більше ніж два десятки монографій, посібників та підручників. Його нагороджено орденами «Знак пошани», Вітчизняної війни 2-го ступеня, Богдана Хмельницького та багатьма медалями. Але найбільше Анатолій Петрович пишався тим, що йому вдалося створити в стінах рідного Київського медичного інституту популярну в Україні та далеко за її межами наукову терапевтичну школу. У науково-педагогічній школі професора А.П. Пелешука виховано 6 докторів і 32 кандидати медичних наук, серед яких відомі та шановані вчені: академік Л.А. Пиріг, професори Т.Д. Никула, П.М. Боднар, А.С. Свінціцький, А.Д. Тодоренко та багато інших. Неймовірно, але факт: обіймаючи керівні посади та беручи активну участь у громадській діяльності, Анатолій Петрович не був членом КПРС. І ніхто ніколи не чув від нього в пострадянські часи з приводу цього коментарів із кон'юнктурними мотивами.*



міка Вадима Миколайовича Іванова — засновника терапевтичної клініки кафедри на базі Київської центральної басейнової клінічної лікарні МОЗ України (від 2011 р. — Республіканська клінічна лікарня МОЗ України). За його ініціативи та безпосередньої участі на базі цього лікувального закладу було засновано терапевтичну клініку ім. академіка В.М. Іванова (Постанова № 212 Ради Міністрів УРСР від 28 лютого 1962 р.). Під безпосереднім керівництвом Анатолія Петровича в його кабінеті загальними стараннями співробітників кафедри, учнів та родичів Вадима Миколайовича було встановлено експозиції, присвячені Вчителю. Згодом наполегливий Анатолій Петрович домігся й організації меморіальної кімнати академіка В.М. Іванова та заснованої ним академічної клінічної школи внутрішньої медицини. У меморіальній кімнаті кафедрою проводились значущі наукові форуми. Професор А.П. Пелешук любив особисто показувати курсантам, інтернам, студентам та гостям кафедри дорогі та рідні його серцю експозиції та супроводжував їх неймовірно цікавими поясненнями. І тоді час втрачав владу над київським професором медицини. Зрештою така плідна форма комунікації з легкої руки Анатолія Петровича стала доброю традицією кафедри. З часом особливої популярності набули саме форуми молодих учених-інтернів у меморіальній кімнаті кафедри. Ця плідна традиція, незважаючи на чергову зміну профілю кафедри (з внутрішньої медицини медичного факультету на таку стоматологічного) і сьогодні не тільки збережена, але й продовжена. Стараннями вже учня та наступника Анатолія Петровича по завідуванню кафедрою професора А.С. Свінціцького в меморіальній кімнаті встановлено експозицію, присвячену й професору Пелешуку А.П. Під керівництвом Анатолія Стані-

лавовича започатковані й наукові читання пам'яті професора А.П. Пелешука. Вони стали традиційними — вже відбулися IV наукові читання.

А тоді майстерно вплетена професором А.П. Пелешуком у сторінки минувшини київської медицини історія про Василя Парменовича Образцова та Драгомирова Михайла Івановича справила на присутніх неабияке враження й викликала чималий інтерес. Подив викликала оповідь про те, як командуючий Київським військовим округом і київський, волинський та подільський генерал-губернатор у святкові дні, одягнувши вишивану сорочку, залюбки спілкувався з киянами про насущні проблеми громади. Зацікавлено була сприйнята й розповідь про товариські «пампушкові посиденьки» в генерал-губернатора Михайла Драгомирова із цвітом київської інтелігенції — В.Б. Антоновичем, П.Г. Житецьким, М.В. Лисенком, М.К. Пимоненком та багатьма іншими. Із реакції всіх присутніх викладачів медичних вишів я зрозумів, що факт про сприяння М.І. Драгомирова в кар'єрі київського професора В.П. Образцова є інкогніто й для них. На їх запитання: «А де ж можна ознайомитись у літературі із цією історією?» Анатолій Петрович на мить спохмурнів та зауважив, що, на жаль, багато подій із життя київської спільноти через кон'юнктурні упередження, м'яко кажучи, не вітались. Та згодом Анатолій Петрович, властиво для нього злегка примружившись, скромно промовив: «Ця відома серед київських лікарів історія передається з покоління в покоління спадкоємно». Згодом, хвилю помовчавши, якось умить просвітлівши, з оптимізмом сказав: «Я вірю, що в майбутньому вона буде належним чином досліджена й, цілком можливо, описана». І вже насамкінець він ще раз виразно наголосив на доленосній значущості опіки М.І. Драгомирова «лекарем Васи́лем Образцовим» для розквіту таланту цього корифея Київської школи внутрішньої медицини.

Зрозуміло, що сприяння М.І. Драгомирова, який одночасно обіймав посади командувача Київського військового округу та київського, волинського та подільського генерал-губернатора, було конструктивним (щоб не сказати визначальним) у створенні належних передумов для розквіту в Університеті св. Володимира наукового та клінічного таланту одного із засновників Київської школи терапевтів професора В.П. Образцова. Але що ж все-таки було визначальним для логіки подій цієї київської бувальщини? У наших візаві істотно значущою була різниця у віці (21 рік) та в соціальному положенні. Життєвий шлях, інтереси й уподобання засновника військової педагогіки, видатного військового теоретика, знаного публіциста та філософа, генерал-ад'ютанта, генерала від інфантерії, професора тактики й військової історії, талановитого військового та цивільного ад-



Професор Свінціцький А.С. біля експозиції, присвяченої Анатолію Петровичу Пелешуку, під час занять із курсантами ФПК

міністратора, що обіймав посади начальника Академії Генерального штабу, командувача багатьма військовими з'єднаннями, зрештою генерал-губернатора М.І. Драгомирова, та «лекаря» В.П. Образцова мають дуже мало спільного. Зазначимо, що загалом банальна ситуація, коли можновладці мали особистого «придворного» лікаря для тодішнього (як, зрештою, й сучасного) суспільства, є досить звичною. Пригадаємо з київських бувальщин хоча б історію з особистими лікарями київського генерал-губернатора Д.Г. Бібікова (який у 1812 році в Бородінській битві втратив руку). Власне, Дмитро Гаврилович у 1837 році привіз із Петербурга до Києва Августа-Фрідріха Мерінга (старшого брата відомого київського професора Ф.Ф. Мерінга). Зрозуміло, що за високої протекції кар'єра Августа-Фрідріха в Україні була блискучою. У 1841 році А.-Ф. Мерінг прийняв присягу на вірність Російській імперії, а в 1842-му отримав дворянство. Його герб було занесено в гербовник дворян Російської імперії. У 1842 році йому за протекції генерал-губернатора навіть було запропоновано посаду директора університетської терапевтичної клініки та очільника першої кафедри внутрішньої медицини в Університеті св. Володимира. На момент пропозиції А.-Ф. Мерінгу виповнилось 37 років. До честі Августа-Фрідріха він категорично відмовився від цієї відповідальної посади. Будучи досвідченим лікарем-практиком старої школи, він розважливо вирішив, що не зможе гідно виконувати обов'язки очільника університетської клініки. Він резонно вважав, що на зламі становлення клінічної медицини недостатньо володіє знаннями щодо нового клініко-анатомічного напрямку в терапії. У 1843 році Август-Фрідріх придбав власний маєток у селі Ковраї Золотоніського повіту тоді Полтавської губернії та залишив лікарську практику в Києві. Незважаючи на такий гідний для наслідування вчинок Августа Фрідріховича, мусимо визнати, що недолуга традиція вирішення кадрових та організаційних питань медичної галузі можновладцями та лікарями, що їх курують, виходячи з власних, а не загально-суспільних інтересів, збереглась і натеper. А тоді сімейним лікарем Д.Г. Бібікова став популярний на той час у Києві професор М.І. Козлов. І вже Михайло Іванович поїхав до Петербурга з Д.Г. Бібіковим, якого було призначено міністром внутрішніх справ імперії. Там за високої протекції Дмитра Гавриловича професор М.І. Козлов спочатку обійняв посаду віце-директора медичного департаменту МВС, а потім і начальника Медико-хірургічної академії Санкт-Петербурга. Та от тільки повідана професором Пелешуком А.П. слухачам курсів ФПК історія про В.П. Образцова та М.І. Драгомирова зовсім не мала найменших ознак кон'юнктурного підходу чи їх суто прагматичних особистих зацікавлень. А Анатолій Петрович був тонким пси-

хологом і мав особливе відчуття щодо характеру людських взаємин.

Після тієї пам'ятної оповіді вже минуло майже 25 років. У нашому суспільному житті відбулись кардинальні зміни. Вони не тільки збудили особливий інтерес до багатьох визначних подій та особистостей, але й зробили можливим доступ і вивчення багатьох архівних документів. Факти — вперта річ, і їх ретельне вивчення та неупереджений аналіз можуть дати правильне розуміння. На щастя, сьогодні маємо неабиякий поступ у встановленні фактажу життєвого шляху й наших героїв. Вже з позицій сьогодиншнього дня всебічно оцінено наукову спадщину, систематизовано біографічні дані й навіть встановлено нові факти з життя корифея світової внутрішньої медицини київського професора-терапевта В.П. Образцова [1-12]. Зрештою завдяки успішно здійсненому В.Г. Передерієм та В.П. Шипуліним (очільники кафедри внутрішньої медицини, яку протягом 11 років свого часу очолював і професор В.П. Образцов) аналізу точно встановлено саму дату народження Василя Парменовича — 1 січня 1851 року (за старим стилем) [2]. Бо, як відомо, в публікаціях про В.П. Образцова трапляються різні дати його народження — 1849, 1850, 1851 роки.

Тішить і те, що натеper ми все ж спромоглися повернути добре ім'я визначного державного діяча Михайла Івановича Драгомирова [13-21]. Київській інтелігенції цей високопоставлений чиновник царської адміністрації добре знаний як «таємний Никодим українства» останніх десятиріч XIX століття. Цим шанобливим найменуванням Михайло Іванович завдячує одному з корифеїв українського театру М.К. Садовському (справжнє прізвище Тобілевич). Микола Карпович у книжці «Мої театральні згадки» [22] відверто зазначив: «...на місце графа Ігнат'єва, після приїзду царя до Києва, був призначений на Київського генерал-губернатора М.І. Драгомиров. Це був, може сказати, таємний Никодим українства. За його влади ми зітхнули вільніше, і, незважаючи на всі доноси жандармерії в особі генерала Новицького, який писав, що Драгомиров українофільствує, він такий був сильний у двірських сферах, що утримався на своїм посту до самої своєї смерті». До цього часу ця постать була відома досить вузькому колу фахівців-військовиків та істориків. Мені особисто розповідав шановний Салюк Микола Михайлович² (співробітник Музею-садиби генерала М.І. Драгомирова) соромливу історію про візит у 1977 році до Конотопа делегації представників громадськості болгарського міста-побратима Мездріх. Приїзд було приурочено до сторіч-

² Автор висловлює щире вдячність Миколі Михайловичу Салюку — співробітнику Музею-садиби генерала М.І. Драгомирова — за його допомогу та консультації в підготовці матеріалів до друкування.

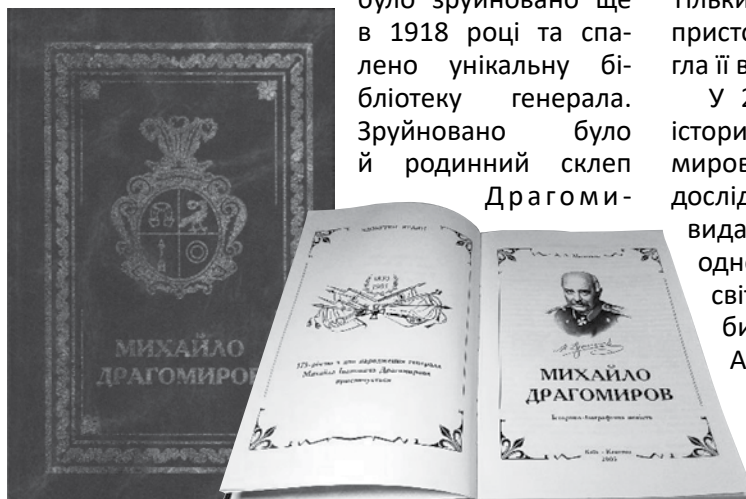
чя звільнення Болгарії від османсько-турецької навали. Тож вдячні болгари неодмінно бажали віддати честь і вклонитись могилі визначного уродженця Конотопщини, славного українця, генерала Михайла Івановича Драгомирова. Вони ж бо пам'ятали, що в 1877 році саме він командував успішною військовою операцією з форсування російськими військами Дунаю. Сьогодні в Болгарії, у Великотирновській і Пернікській областях, є два містечка, названі на честь Михайла Драгомирова. Але родинну садибу Драгомирових у Конотопі

було зруйновано ще в 1918 році та спалено унікальну бібліотеку генерала. Зруйновано було й родинний склеп Драгоми-

рових. Та болгарська делегація вважала своїм священним обов'язком здійснити покладання на могилу героя Російсько-турецької війни генерала М.І. Драгомирова вінок із живих квітів, що були вирощені в Болгарії. Переляканий Конотопський міський комітет КПУ приймає вимушене рішення негайно, хоча б символічно, відновити могилу славного земляка. Два дні болгарську делегацію возили з вінком живих квітів по Конотопу (то до пам'ятника Леніну, то на вагоноремонтний завод). Тим часом поспіхом «відновили могилу». Тільки після того, як «символічна могила» набула пристойного вигляду, болгарська делегація змогла її відвідати.

У 2005 році побачила світ фундаментальна історико-біографічна повість «Михайло Драгомиров» авторства невтомного сподвижника та дослідника Андрія Андрійовича Матвієнка. Це видання є результатом здійснених протягом не одного десятиріччя досліджень, розкиданих по світах унікальних архівних документів та особистих історико-краєзнавчих пошуків Андрія Андрійовича.

Між іншим, це в Україні з 1916 року перше окреме видання, присвячене Михайлу Івановичу. На відміну від виданої тоді В. Різниченком невеликої брошури



Музей-садиба генерала Михайла Івановича Драгомирова



(в 16 сторінок) сьогодні вже маємо всебічне та глибоке дослідження життєвого шляху Драгомирова М.І. у поважному та гарно проілюстрованому об'ємному виданні (в 416 сторінок). У 2007 році в місті Конотопі в колишньому родовому будинку та затишній садибі засновано історико-меморіальний Музей-садибу генерала М.І. Драгомирова. У цьому ж 2007 році сподвижниками-краєзнавцями віднайдено родинний склеп Драгомирових і відновлено справжню могилу генерала-героя. Сьогодні в Печерському районі Києва на честь Михайла Івановича Драгомирова названо вулицю (вона пролягає від вулиці професора Підвисоцького до вулиці Салтикова-Щедрина). У його рідному Конотопі на вулиці Драгомирова встановлено пам'ятник-погруддя генералу-герою.

Відтак натеper систематизовані біографічні дані легендарних киян професора-терапевта В.П. Образцова й обдарованого військового педагога, талановитого військового та цивільного адміністратора М.І. Драгомирова дають можливість неупереджено визначити характер та логіку їх взаємин.

Хронологія біографічних дат Михайла Івановича Драгомирова

У родовому хуторі Драгомирівський, що поблизу сотенного козацького містечка Конотоп (нині районний центр Сумської області), у дружнього подружжя дрібних дворян Драгомирових (Івана Івановича та Галини Романівни) 9 листопада 1830 року знайшовся довгожданний первісток — синочок Михась. У дитинстві його так із любов'ю називали, очевидно, віддаючи належне батьковому родоводу, що походив із Галичини. Відомо, що його прадід, Антон Драгомирецький, походив із містечка Єзупіль біля Станіславова (сьогодні Івано-Франківська), які були тоді під владою Польщі. Гордий галичанин Антон Драгомирецький не хотів миритися з колонізацією свого краю. У 1734 році він переїхав на Лівобережну Україну, а через п'ять років одружився з дочкою українського козака Матвія Моцкевича й оселився в селі Рябці, що адміністративно входило до Стародубського полку. Дід Михайла Драгомирова, Іван Антонович, рано залишився без батька й виховувався в сім'ї козака Моцкевича, діда по матері. У 1761 році він під прізвиськом Моцкевич вступив на військову службу до армії Московської держави, а за 15 років вийшов у відставку у званні капітана. Одружившись, він оселився в маєтку своєї дружини під Конотопом. У 1786 році його як капітана під прізвиськом Драгомирецький-Моцкевич було вписано до дворянства. Через два роки він звернувся в Новгород-Сіверське депутатське зібрання з проханням змінити своє прізвище на русифіковане Драгомиров. Батько Михайла Драгомирова, Іван Іванович Драгомиров, у 1804 році розпочав

військову службу в кавалерії, в 1825 році в чині майора пішов у відставку й повернувся до батьківського хутора Драгомирівський. Тут, власне, й народився Михайло Драгомиров та провів свої дитячі роки (його мати — Ганна Романівна Балака). Очевидно, військове минуле пращурів Михайла Драгомирова й визначило його життєву стезю. Після закінчення Конотопського училища в 1846 році батько везе Михайла до Петербурга. Після клопотання його було зараховано до Дворянського полку. З того часу й розпочинається військова служба Михайла Драгомирова.

Після Дворянського полку Михайло Іванович пройшов зразковий вишкіл у Військовій академії (Миколаївській академії генерального штабу). Був залишений служити в генеральному штабі. Став професором тактики у Військовій академії. У ході Австро-пруської війни 1866 року був представником Росії при прусській військовій ставці. У 1869-1873 роках — начальник штабу Київської військової округи зі збереженням посади професора у Військовій академії. У Російсько-турецьку війну 1877-1878 років М.І. Драгомиров командував 14-ю піхотною дивізією, яка на початку серпня 1877 року першою переправилася через Дунай біля міста Систова під вогнем турків. За блискучі дії при переправі його нагороджено орденом святого Георгія 3-го ступеня. Тоді ж, 12 серпня 1877 року, під час оборони Шипки, був небезпечно поранений у ногу та змушений залишити діючу армію.

У 1878 році його було призначено начальником Миколаївської академії генерального штабу з присвоєнням звання генерал-ад'ютанта. У 1879 році видав свою головну працю «Учебник тактики». Відомий як принциповий противник швидкострільної зброї.

У 1889 році призначено командувачем військами Київського військового округу. Саме на передодні після скасування 1888 року Харківської військової округи до нього, крім Київської, Волинської та Подільської, долучилися Чернігівська, Курська, Харківська та Полтавська губернії. У 1897-1903 роках Михайло Драгомиров обійняв ще й посади київського, волинського та подільського генерал-губернатора. У 1901 році Михайла Івановича Драгомирова нагороджено найвищим російським орденом — святого Андрія Первозванного.

У 1903 році призначено членом Державної ради. Улітку цього ж року, коли роки та здоров'я почали вимагати свого, генерал Драгомиров подав у відставку, а вже в жовтні переїхав до Конотопа, оселившись у будинку по вулиці, яка нині носить його ім'я.

У 1905 році Михайло Драгомиров відхилив пропозицію зайняти пост головнокомандувача російською армією на Далекому Сході під

час Російсько-японської війни. Уночі 15 жовтня 1905 року Михайла Івановича Драгомирова не стало. 17 жовтня 1905 року відбулося винесення тіла генерала з будинку до парафіяльної Вознесенської церкви. Скорботну процесію, що повільно рухалася, супроводжувало багато людей, які запрудили конопольські вулиці. Наступного дня (18 жовтня) відбулося поховання Михайла Драгомирова. На могилі М.І. Драгомирова, над склепом, було встановлено великого дубового хреста з нішею, де були прилаштовані ікона св. Михайла та лампадка, а місце поховання огородили металевою огорожею. Після жовтневих подій 1917 року могилу було зруйновано. Завдяки піклуванню громадськості міста було встановлено надмогильну плиту та огорожу над «могилою Драгомирова», але не на місці родового склепу Драгомирових, а трохи на віддалі.

Хронологія біографічних дат Василя Парменовича Образцова

Василь Парменович народився 1 січня 1851 року (за старим стилем) у селі Грязовці Хреновської волості Вологодської губернії в родині священика. Після закінчення курсу духовної семінарії в 1870 році вступив до Медико-хірургічної академії в Санкт-Петербурзі. Закінчивши академію, отримав диплом лікаря і в 1875 році вступив на службу земським лікарем. Майже півтора року (в 1875-1877 рр.) працював у Великому Устюзі Вологодської губернії.

У 1877 році, з початком Російсько-турецької війни, Образцова В.П. було призначено в 42-й піхотний резервний батальйон, де з 11 листопада 1877 року по 18 листопада 1878 року служив молодшим лікарем у піхотному батальйоні, який входив до складу Ольтеніцько-Каларашського з'єднання. У 1879 році Василь Парменович повертається з війни зі світло-бронзовою медаллю на Андріївській-Георгіївській стрічці. Після виходу у відставку він відправився для удосконалення фахових знань у Німеччину, яка була одним із центрів науково-медичної думки. Молодий лікар мріяв стати хірургом. Однак незнання німецької мови завадило потрапити йому в хірургічну клініку професора р. Фолькмана та пройти вишкіл на кафедрі патологоанатома Рудольфа Вірхова. Усіма правдами й неправдами В.П. Образцов все ж зміг влаштуватись на «робоче місце» в Бреслау (нині місто Вроцлав у Польщі) до відомого патологоанатома того часу Еміля Понфіка. У його лабораторії Василь Парменович здійснив свою першу наукову розвідку — дослідження морфології крові та кістково-мозкового кровотворення.

У 1879 році В.П. Образцов успішно склав докторський іспит, а в 1880 році під керівництвом професора Н.Ф. Заварикіна закінчив виконання на кафедрі гістології Медико-хірургічної академії

докторської дисертації «До морфології утворення крові в кістковому мозку в ссавців». Після її захисту він обійняв посаду ординатора Київського військового шпиталю.

Однозначно судити про те, як проходила служба В.П. Образцова в госпіталі, сьогодні складно. Проте можемо стверджувати, що саме в Київському військовому шпиталі — базі медичного факультету Університету св. Володимира — він отримав змогу пройти належний клінічний вишкіл у клініці внутрішніх захворювань. Зрештою Василь Парменович про це щиро і сам стверджує, описуючи факт знаменитого прижиттєвого встановлення діагнозу тромбозу вінцевих судин професором Мерінгом Ф.Ф. Але, отримавши в 1885 році неочікуване призначення в Мінський військовий шпиталь, він приймає рішення вийти у відставку. Зі служби в Київському військовому госпіталі В.П. Образцова було звільнено 9 липня 1885 року.

Від 1854 року по 1886 рік Василь Парменович займався приватною практикою. У 1886 році його було призначено ординатором, а в 1888 році — завідувачем терапевтичного відділення Київської Олександрівської лікарні.

У 1891 році В.П. Образцова було обрано приват-доцентом, а в 1893 році — професором Київського університету по кафедрі приватної патології й терапії. Окрім того, в 1903-1918 роках був директором факультетської терапевтичної клініки (будинок № 17 по бульвару Шевченка), яка пізніше, вже як складова міської лікарні № 22, була названа його ім'ям.

В.П. Образцов був головою Київського фізико-медичного товариства, Київського товариства лікарів, є засновником Київської терапевтичної школи.

Окрім дисертації, надрукував низку робіт, переважно з діагностики. Розробив методи глибокої ковзної пальпації органів черевної порожнини (1887), вистукування грудної клітки безпосередньо одним пальцем (1910). У 1909 році став першим у світі з тих, хто докладно описав клінічну картину тромбозу (у співавторстві зі своїм учнем М.Д. Стражеском), в 1910 році описав клінічну картину інфаркту міокарда.

Помер у Києві 14 грудня 1920 року. Похований на Лук'янівському кладовищі.

Ретельний аналіз хронологічних даних біографії визначних громадян київської спільноти М.І. Драгомирова та В.П. Образцова дає нам змогу простежити їх життєвий шлях, порівняти конкретні події їхнього життя та спробувати зрозуміти сутність взаємин. Як бачимо з викладеної хронології дат біографій, до 1877 року їх перебування в часових інтервалах і географічних просторових територіях зовсім не збігаються. Дати їх народження свідчать про те, що вони належали до різних по-

колінь. Дитинство та становлення наших героїв як особистостей відбувалось у родинах і громадах із різними традиціями. Хоча, зрозуміло, вони були дітьми свого часу й жили в реаліях російської імперської дійсності. Але при цьому Михайло Драгомиров добре пам'ятав про своє походження і до того ж досконало знав свій козацький родовід. «Народився я в серці Малоросії — Чернігівському Конотопі, — тож не може раптом з мене вийти якийсь там тамбовець, могильовець чи калужанин, ба навіть бердичівець — кожному своє», — не криючись, відверто говорив він [13]. А якось у 1884 році, після закінчення одного із засідань Управи військово-санітарного товариства, головою якої було обрано генерала М.І. Драгомирова, в нього відбувся цікавий діалог зі своїм підлеглим, тоді ще полковником Володимиром Олександровичем Сухомлиновим (згодом генерал від кавалерії, військовий міністр Російської імперії в 1909-1915 роках). «А ви знаєте, Михайле Івановичу, моє прізвище ... зазнало ... змін. Мій дід походив з українського роду Сухомлинів. Батько також мав прізвище Сухомлин. Та при переселенні до Сибірської губернії наприкінці XVIII сторіччя воно перетворилося на Сухомлинов», — поділився з шефом сокровенним Володимир Олександрович. І у відповідь на це зізнання він почув: «До 1788 року наш рід мав прізвище Драгомирецькі-Моцкевичі. Але того ж таки року, на клопотання мого діда Івана Антоновича ми перетворилися на Драгомирових. Так і зникло козацьке прізвище ... у нашої гілці родоводу...» [13]. А Василь Парменович був вихідцем із родини сільського священнослужителя з російської глибинки — Вологодської губернії. Тож, бажаючи з'ясувати істинну дату його народження, В.Г. Передерій та В.П. Шипулін звернулися з відповідним запитом до Державного архіву Вологодської області, за місцем його народження. В отриманій ними архівній довідці чітко зазначено, що Василь Образцов народився і зареєстрований у метричній книзі Василівської управи Вологодського повіту. Там же зазначено його батьків: тато — Пармен Іванович Образцов і мати — Євгенія Дмитрівна й місце народження село Попівка, що біля містечка Грязовець Хреновської волості Вологодської губернії [2]. А от вищу освіту і Михайло Іванович, і Василь Парменович здобували в столичному середовищі Петербурга в елітарних вищих закладах військового відомства імперії. Правда, в Михайла Драгомирова це елітарний Дворянський полк із відмінним здобуттям початкової військової освіти (курс фельдфе-

белів) і закінчена із золотою медаллю в 1856 році Миколаївська академія Генерального штабу з жорсткою муштрою, але й належним матеріальним забезпеченням та зрозумілою перспективою кар'єри військовика. А Василь Парменович, навчаючись в Імператорській медико-хірургічній академії, перебував у скрутному матеріальному становищі [1]. Давав він собі раду дякуючи мізерним заробіткам у церковному хорі. Студент В. Образцов між заробітком і революційною діяльністю старанно бігав на лекції вже відомого тоді хірурга М.В. Скліфосовського, з жадібністю слухав професора С.П. Боткіна [3]. Захопленість хірургією та клінічними дослідженнями залишилася в нього на все життя. Як свідчить хронологія біографій наших героїв, вони навчалися у Петербурзі в різний час, отже, і не могли зустрічатись.

Потрібно розуміти, що за викладеною вище сухою хронологією біографій ховається сповнене пригод життя обдарованих особистостей, творча й невтомна праця яких і зробила з них геніїв. Обидва вони навчалися успішно й були кращими серед кращих. Їх доля під час навчання склалася по-різному. Відтак і після здобуття фахової освіти умови їх становлення й традиції громад, серед яких воно відбувалось, залишалися суттєво відмінними.

Михайло Драгомиров після навчання в Дворянському полку прапорщиком лейб-гвардії Семеновського полку бере участь в Угорському поході в 1848-1849 роках [20]. 25 серпня 1854 року в чині поручика він вступив до Імператорської військової академії (з 1855 року Миколаївська академія Генерального штабу). Після успішного її закінчення (був другим випускником в її історії, удостоєним медалі, за успіхи його прізвище внесено на мармурову дошку кращих випускників) був зарахований до Генерального штабу [19, 20]. Уже в 1857 році Михайло Іванович опублікував свою першу друковану працю «Про висадки



в стародавні та новітні часи» [19]. Це видання до початку XX сторіччя було найпопулярнішим історичним дослідженням про військові десантні операції [13]. Праця починається дослідженням десантувань у стародавні часи доби розвитку грецького військового мистецтва аж від спорядження військової експедиції проти Трої. Далі розглядається опис десантів у середньовіччя (експедиції норманів у Північному і Балтійському морях та Італії, підкорення Вільгельмом Завойовником Англії, походи Олега та Святослава до Греції, експедиції доби хрестових походів і низка морських експедицій Туреччини для підкорення східних островів Середземного моря) з подальшою оцінкою десантних експедицій шведів до Німеччини (1630) і Данії (1700). Доведено, що саме Швеції належить першість в організації десантів під прикриттям. Подано опис невдалої трирічної експедиції Наполеона Бонапарта до Єгипту (1798) та спільного десанту англійських і російських військ у Голландії в 1799 році. Але особливо важливе місце в дослідженні посідає ретельний аналіз чинників успіху об'єднаного англо-французького десанту в Криму в 1854 році. Зазначимо й те, що молодий учений-військовик серед багатьох чинників чітко визначив і новизну, якою відзначалася ця операція, — розвиток пароплавання. Можна з певністю говорити про те, що чітке визначення М. Драгомировим на тлі історичної аналітики військових чинників успіху десантування звернуло на себе увагу прибічників докорінних військових реформ. А необхідність їх здійснення після дошкульної поразки Російської імперії в Кримській війні 1853-1856 років була очевидною. За відмінні успіхи в науках йому в 1857 році було присвоєно звання штабс-капітана [20]. Для вивчення військової справи в 1858 році Михайло Іванович був відряджений за кордон [20].

У Франції, Бельгії та Англії М. Драгомиров взято займається збиранням відомостей із військових наук, особливо цікавиться питаннями тактики. Його звіти вражають глибокою аналітикою та вмінням логічно, а не на віру й без практичного підтвердження, сприймати розрекламовані теорії або явища. У листопаді 1858 року штабс-капітан Драгомиров М.І. їде до Італії, де його й застає війна Франції та Італії проти Австрії. Через військові дії йому продовжують термін відрядження ще на рік. І Михайло Іванович як спостерігач при штабі сардинської армії взяв участь в Австро-італо-французькій війні 1859 року [13]. Повернувшись із Сардинії до Росії, він видав «Нариси австро-італо-французької війни 1859 року» [19]. Вражає серйозне ставлення й гуманізм, з якими 28-річний бойовий офіцер у звітах описує стан військової медицини в європейських арміях. Тож процитуємо дані, які щодо цього наводить у своєму фунда-

ментальному дослідженні [13] Андрій Андрійович Матвієнко.

«Неабияку увагу приділив Драгомиров і студіям організації чужоземних шпиталів і догляду за хворими в них. У його рапортах із цього питання викладений багатий і цікавий матеріал, де докладно описується облаштування шпиталів в Англії, Бельгії та Франції. Зокрема, в рапорті від 21 жовтня 1858 року при описі Гринвічського шпиталю він зупиняється й на питаннях утримування таких закладів (питання, чиїм коштом утримується шпиталь, як на ті часи, річ неабиякої ваги), облаштування палат, кількості медичних відділень. Як позитивне явище відзначає, що палати здебільшого на 4, щонайбільше на 8 ліжок. Повз його увагу не пройшли: способи вентиляції палат, опорядження ліжка (дзвоник для виклику сестри, шнур для вставання, солом'яник із трьох частин), догляд за хворими, число обслуги, розклад чергування, час прибирання в палатах тощо.

Він описав також турботу про потреби хворих. Молодша обслуга свої обов'язки виконує ревно. Він відзначає, що до хворого йдуть на перший поклик. Пильнувати за сигналами викликів настановлено спеціальну людину. Секрет тут у тім, що посаду добре оплачують і охочих завжди вдосталь. З іншого боку, найменша неуважність служника до хворого карається втраченою місця. Тим часом, окрім зарплатні, простий служник чи доглядальниця шпиталю одержували житло, стіл і кілька пар усялякого одягу! Тож такий служник зацікавлений у виконанні своїх обов'язків — на шальках терезів його власні гарзди. Драгомиров відзначає й те, що організація догляду за хворими дає їм змогу вільно скаржитися на поганий догляд обслуги, не боячись заслужити репутації неспокійного чи примхливого хворого. З утіхою Драгомиров констатує, що «чистота скрізь дивовижна». Його цікавить також продовольче забезпечення хворих, їхній раціон тощо.

Відвідавши англійський шпиталь Королівської колегії, Драгомиров пише про візрцевий догляд за хворими в ньому. Тут читаються лекції, даються безкоштовні консультації й практикується безкоштовне забезпечення ліками хворих. Через певний час праці в шпиталі, після опанування навичок догляду за хворими, доглядачці видають спеціальний диплом. Оскільки такий диплом цінувався і в інших медичних закладах, доглядачки ретельно виконували свої обов'язки.

Потім Драгомиров пише, що організація та стан шпитальної справи в Бельгії гірші, ніж в Англії. Дається взнаки французький вплив на організацію цієї справи.

У Брюсселі Драгомиров відвідав два шпитали й дав їхній докладний опис. Як негативне яви-

ще в брюссельських шпиталях Драгомиров наводить заведену в них зміну шпитальних лікарів — щоп'ять років їх переобирають, і те, що подальше їхнє настановлення залежить цілком від адміністрації, створеної з людей, часто не обізнаних із медициною. «Нерідко у це вплутується економічний бік справи. Якщо настійні вимоги лікаря, націлені на поліпшення лікування хворих, пов'язані з додатковими витратами, стосунки між ним та адміністрацією шпиталю загострюються, і він ризикує втратити місце. Декого таке становище змушує йти на компроміс із сумлінням, і він перетворюється на ремісника від медицини, аби тільки зберегти місце та догодити адміністрації. Звідси й обмежений прийом хворих, і передчасна випуска. Лікарі не мають перед адміністрацією права голосу».

Перебуваючи у Франції, Драгомиров також уважно ознайомився зі станом справ у лікувальних закладах. «Перше, що вражає в загальній організації цієї доброчинної галузі громадської діяльності, це величезні ресурси, призначувані для полегшення мук немаєтних членів суспільства, та нагромадження тих ресурсів переважно коштом приватних пожертв. Адже в паризьких громадських шпиталях і старечих домах налічувалося 14 516 місць, і за бюджетом на 1859 рік розмір громадської допомоги становив 21 620 000 франків (5 403 000 крб) сріблом. Деякі із цих закладів захоплюють своєю величчю й чудовою організацією», — із захватом пише він.

У Парижі Драгомиров відвідав усі найголовніші шпиталі й докладно їх описав, додавши плани розміщення приміщень і світлини.

Згадуючи про низьку оплату праці няньок (15 ф. на місяць попри те, що одна нянечка обслуговує десять хворих), Драгомиров писав: «Взагалі-то на цю частину служби, судячи з усього, не слід шкодувати витрат: будь-яка економія тут негайно відобразиться на гараздах хворих. У військових шпиталях, де прислужують солдати, догляд за хворими в найжалюгіднішому стані».

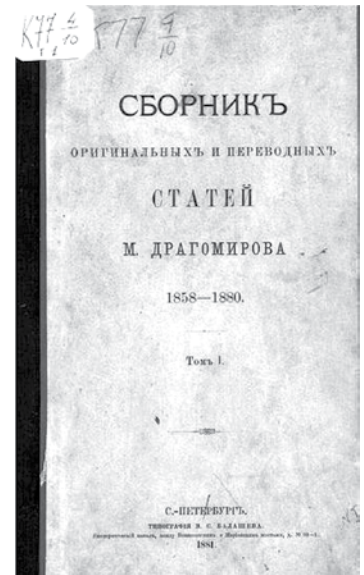
Пояснюючи, чому він зосереджує свою увагу на лікарнях та шпиталях за кордоном, Драгомиров пише, що ця ділянка є надто важливою і перебуває під «людським інтересом».

Цікавим є й те, що пильний у своїх спостереженнях молодий дослідник військової справи звертає увагу на значення «національного характеру» військовослужбовців. У цьому ж рапорті М. Драгомиров говорить про такий важливий чинник успішного навчання бельгійських солдатів, як їхній «національний характер», що перевершує французький наполегливістю та позитивними якостями. Михайло Іванович вже тоді розумів вагу національних особливостей характеру солдата та вважав, що їх неодмінно треба враховувати. Для

військових з'єднань Російської імперії це було особливо актуальним. Зрештою бачимо, що після повного знищення та переформатування царатом у XVIII сторіччі українських козацьких військових формувань (полки Гетьманської української держави, Запорізька Січ, Слобожанські полки, козацькі) військові негаразди та дошкульні поразки в першій половині

XIX століття постійно супроводжують Російську імперію. Козацька військова традиція була знищена, а у створених на основі козацьких формувань з'єднаннях гусарів і драгунів нова засновувалась непросто. Тож уже в перших своїх працях молодий військовий учений М.І. Драгомиров надає великого значення моральному фактору на війні та ратує проти муштри й парадоманії, якими були заражені російські війська в миколаївську епоху, що зрештою й призвело до поразки в Кримській війні 1853-1856 років. Одразу після повернення в 1859 році до Росії М.І. Драгомиров був підвищений до звання капітана й отримав призначення ад'юнкт-професора в Миколаївській академії Генерального штабу по кафедрі тактики [19, 20].

Важко сказати, як би склалась професійна кар'єра молодого прогресивного вченого-військового Михайла Івановича Драгомирова, якщо б уся його викладацька та наукова діяльність в академії не збіглася в часі із здійсненням докорінних військових реформ — складника буржуазних реформ у Російській імперії. Скасування кріпацької залежності, судова та земська реформи зробили неминучим перетворення російської армії на масову армію буржуазного типу. У зв'язку з розпочатими реформами в армії, запровадженням нових видів озброєння виникла й необхідність докорінно змінити тактичну підготовку військ. І одним із військових діячів, який не тільки це зрозумів, а й щонайактивніше йшов назустріч вимогам часу в теоретичних розробках і на практиці, був ад'юнкт-професор Драгомиров М.І. Військові реформи здійснювались командою військового міністра Д.О. Мілютіна. У цій команді реформаторів доробок Михайла Івановича Драгомирова як новатора у військовій педагогіці та розробці новітніх підходів у тактиці посідає важливе місце. До речі, визначне місце



в цій команді щодо реформування військової медицини посідав і родоначальник Київської школи внутрішньої медицини директор медичного департаменту військового відомства імперії професор-терапевт Ф.С. Цицурін.

Для того щоб зрозуміти логіку рішень і дій визначного військового та цивільного адміністратора Михайла Івановича Драгомирова, потрібно хоча б коротко розглянути ідеологію команди реформаторів і визначити характер їх відносин з іншими владними структурами імперії. Реформи, що їх провадила команда Д.О. Мілютіна, як це часто бувало в таких випадках у Росії, з одного боку, викликали схвалення й підтримку, а з іншого — наражалися на потужну протидію. Новації Д. Мілютіна та його сподвижників зустріли шалений опір реакційних кіл, стали об'єктом їхніх агресивних випадів. Зрештою інакше й бути не могло. Дворянство та поміщики не переставали дивитися на розкріпачених селян як на свою власність і бойкотували призов останніх до війська, бо це позбавляло їх дешевих робочих рук, а отже, й прибутків. Деякі друковані органи почали активну й неприховану кампанію проти мілютінських реформ, а водночас і проти М. Драгомирова як одного з вірних прибічників міністра. Цю кампанію очолили шеф жандармів граф П. Шувалов і голова міністерства народної освіти відомий реакціонер граф Д. Толстой. Йдучи на прямі провокації, не без відома жандармського III відділку, на Д. Мілютіна намагаються начепити личку небезпечної для російської держави людини. У своєму «Щоденнику» Дмитро Олексійович зазначив: «Недарма цареві вже давно доповідали, що я ліберал, демократ, червоний і взагалі людина небезпечна». Піддаючи критиці миколаївські порядки, феодально-кріпосницьку систему, будучи прибічником буржуазних реформ та перебудов суспільного життя, Д.О. Мілютін водночас із засторогою ставився до революційно-демократичного руху, вважаючи, що істотних змін у суспільному житті можна досягти й ліберальними заходами, себто шляхом «революції спокійної». Якось під час зустрічі з М.І. Драгомировим Дмитро Олексійович після ознайомлення з черговою редакційною статтею в «Московських відомостях» зауважив: «Я розумію один вид корисних революцій: це ті, що відбуваються спокійно, обмірковані в головах людей, здатних дати істинну користь для народу; революція ж, що дихає фанатизмом, революція насильницька, так звана народна, не призводить до поліпшення суспільства, бо тільки руйнує, нічого натомість не створюючи. Де сліпий фанатизм і сила безглузлого натовпу, там нема розсудливості, а без розсудливості навряд чи можна досягти успіху в громадському впорядкуванні» [13].

Із 1861 року М.І. Драгомиров починає активно співпрацювати з російськими військовими журналами. Власне, у 60-х роках з'являється багато його праць, на які звертають увагу військові фахівці. Він видає зі своїми коментарями Суворовську «Науку перемагати». Лекції, що їх читав ад'юнкт-професор Драгомиров М.І. в ті роки в академії, також зажили слави найкращих у стінах закладу. У 1861-1863 рр. його слухачем за курсом тактики був спадкоємець-цесаревич — майбутній імператор Олександр III. У грудні 1863 року Михайла Івановича було призначено професором академії по кафедрі тактики. У квітні 1864 року М.І. Драгомирову присвоюють звання полковника з призначенням начальником штабу 2-ї гвардійської кавалерійської дивізії. Одноразово з виконанням нових обов'язків він продовжував професорську діяльність в академії. У червні 1866 року Михайла Івановича було відряджено військовим агентом у пруську армію на час Австро-прусської війни 1866 року. Звіти його відряджень із театрів військових дій в Європі були змістовними, мали важливе практичне значення для вироблення тактики реформування російських військ і викликали особливий інтерес. Після повернення з театру бойових дій він продовжив службу в академії, поєднуючи викладацьку діяльність із членством у дорадчому комітеті Головного управління Генерального штабу. У тому ж 1866 році він видав «Записки тактики для військових училищ», а в 1868 році публікує докладний нарис «Розбір роману «Війна і мир» Л.Н. Толстого з військової точки зору» (праця вийде окремим виданням у Києві в 1895 році). У 1868 р. М.І. Драгомиров отримує звання генерал-майора [13, 19, 20].

У 1869-1873 рр. Михайла Івановича було призначено начальником штабу Київського військового округу зі збереженням посади професора у Військовій академії. Щодо призначення генерал-майора Драгомирова М.І. начальником штабу Київського військового округу є дві протилежних версії. За однією [13] причина полягала в складній ситуації в окрузі та в крайній потребі негайно її виправити. За іншою [18] — талановитий професор став жертвою інтриг проти військового міністра. Консерватори в оточенні Олександра II прагнули показати, що військові реформи Д.О. Мілютіна розхитують підвалини Російської імперії. Зважаючи на те, що наприкінці 1868 року в підвідомчій військовому міністерству Медико-хірургічній академії почались заворушення, було визнано за необхідне взяти всі військово-навчальні заклади під більш жорсткий контроль. Прогресивного військового професора М.І. Драгомирова перевели в штаб Київського військового округу. На користь такої версії може свідчити й те, що після 1869 року праці Драгомирова довго не публікувалися. Очевидно, причиною цього стала немилість, в якій він перебував. Однак у 1872 році він знову став ба-

жаним автором для військових журналів і навіть увійшов до складу імператорської свити — мабуть, Олександр II змінив гнів на милість.

На посаді начальника штабу Київського військового округу генерал перебував близько чотирьох років. У Києві професор Драгомиров М.І. познайомився з членом Київської громади відомим українським істориком, археологом та етнографом, викладачем Київського університету св. Володимира — Володимиром Боніфатійовичем Антоновичем [13]. Михайло Іванович, якщо дозволяв йому час, любив відвідувати лекції на історичні теми, що їх читали члени Тимчасової комісії для розгляду стародавніх актів (наукова установа, створена в Києві в 1843 році при канцелярії київського, подільського і волинського генерал-губернатора). Наприкінці 1869 року на лекції про княжі часи в Україні, яку блискуче виголосив головний редактор цієї комісії Володимир Антонович, і відбулось їх знайомство. Згодом воно переросло в щирі багаторічну дружбу (і це незважаючи на те, що опальний київський учений-історик ще з 1857 року перебував під таємним наглядом поліції). З огляду на біографічні дані генерала Михайла Драгомирова можемо зауважити, що, власне, вчений-історик В.Б. Антонович, якого своїм учителем вважав сам М.С. Грушевський, розбудив у нього особливий інтерес до історії України. Хоча допитлива вдача Михайла Івановича ще під час служби в Петербурзі змушувала його турбувати земляка-конотопця, званого історика, джерелознавця та архівіста Олександра Лазаревського щодо історичних наукових праць (пам'ятаємо ж, що й перша друкована праця науковця-військового була історико-військовою). Надалі за бажання досягнути засади й духовні надбання минулих часів такий інтерес лише зростатиме і зростатиме. А нові знайомства цьому тільки сприятимуть.

14 березня 1873 року генерал-майор Драгомиров М.І. отримав призначення на посаду командувача 14-ї піхотної дивізії Одеського округу і покидає Київ [17]. І вже на цій посаді невтомний військовик-реформатор продовжує створювати свою школу з командирів різних рангів [13], які в навчанні підлеглих виходили з принципу підготовки солдата для самостійних дій у бою. Виключно важливу роль Михайло Іванович надавав військовій дисципліні, виступав за сувору законність всіх відносин в армії, обов'язкову для всіх військовослужбовців, незалежно від службового становища. Як військовик-науковець у цей період він багато працює над розвитком теорії тактики стрілецьких шеренг. Серед турбот щодо службових обов'язків командувача дивізії уваги вимагали й родинні справи. У дружній родині Драгомирових, починаючи з 1870 року, що не рік, то нове поповнення. 10 січня 1870 року в них народився син Іван, 8 серпня 1871 року — донька Софія, а 4 липня

1872 року — син Олександр. А віддаючи на навчання до Кишинівської чоловічої гімназії свого старшого сина Михайла, генерал знайомиться з нещодавно прибулим до міста вчителем цієї гімназії Іваном Семеновичем Левицьким (Нечуєм-Левицьким) [13]. Письменник викладав історію, а також російську мову. Іван Семенович був чудовим знавцем історичної науки, тож на цьому ґрунті в них і склалися добрі стосунки. Якось, перебуваючи в службових справах в Одесі, Михайло Іванович зацікавився з видатним діячем українського театру, драматургом М.Л. Кропивницьким [13]. Добрі, щирі стосунки вони підтримували до кінця життя. Очевидно, саме Марко Лукич і познайомив Драгомирова на одній із вистав в одеському театрі з професором університету, майбутнім лауреатом Нобелівської премії, біологом Іллею Мечниковим. Службові обов'язки вимагали від командира дивізії М.І. Драгомирова час від часу відвідувати Миколаїв, де розташовувався 54-й Мінський піхотний полк. Там він і заприятелював з начальником порту (який, між іншим, був і військовим губернатором Миколаєва) адміралом, генерал-ад'ютантом Миколою Андрійовичем Аркасом, батьком відомого українського історика й композитора Миколи Миколайовича Аркаса. Родина Аркасів імпонувала М.І. Драгомирову загальнодемократичними поглядами, а також високим почуттям офіцерської честі братів Миколи та Захара. До речі, старший брат адмірала Захар Андрійович Аркас заснував у Севастополі Морську бібліотеку, займався античною археологією Причорномор'я [13].

Таким чином, генерал-майор Драгомиров М.І. на початок Російсько-турецької війни був авторитетним військовиком із чималим не тільки фаховим, а й життєвим досвідом. Його фаховий рівень був високо поцінованим як у військах, так і в Генеральному штабі. Він як професор тактики Військової академії Генерального штабу мав особливий успіх у викладанні військової тактики членам імператорської родини. Через це його відносини з жандармським відомством були напруженими.

Інший візаві, за нашою версією, обдарований випускник Імператорської медико-хірургічної академії В.П. Образцов у 1875 році, після закінчення курсу навчання, повертається у Вологодську губернію й починає працювати у Великому Устюзі земським лікарем. Обставини цього повернення мали неабиякий вплив на його долю і є важливими для розуміння його стосунків із М.І. Дра-



Василь Образцов у молодості



Будівля колишньої земської лікарні, де в 1875-1877 рр. працював В.П. Образцов

гомировим. Більшість авторів [1, 23-28] стверджують, що Василь Парменович після успішного закінчення навчання в Імператорській медико-хірургічній академії отримав пропозицію залишитися в ній (для підготовки дисертації) на будь-якій теоретичній або клінічній кафедрі, й наголошують на тому, що саме відсутність засобів до існування змусила його відмовитись від такої привабливої перспективи. Тут потрібно мати на увазі ще й те, що студент Василь Образцов був стипендіатом Вологодського губернського земства і взагалі-то мав перед ним певні зобов'язання. Та, мабуть, це все ж не було визначальним. Головне ж було в тому, що Василь Парменович потрапив до списків жандармської охоранки як неблагонадійний [3, 24]. Він був членом студентського революційного гуртка та мав причетність до замаху на жандармського полковника Карагозова. Щодо цього, то його знаменитий учень і зять академік Микола Стражеско, посилаючись на особисто сказане йому професором В.П. Образцовим, у 1947 році згадував [24]: «Василь Парменович отримав завдання розіграти роль власника стайні та власника чудового рисака Варвара. У романі Степняка-Кравчинського «Андрей Кожухов» описано вбивство жандармського полковника Карагозова. Серед персонажів ви знайдете рудого, високого, сухотного молодого чоловіка, власника Варвара, на якому революціонер, що вбив на вулиці Карагозова, втік від переслідувача. Власника рисака потім розшукували по всьому Петербургу, але знайти не зуміли. А власником був не хто інший, як студент медико-хірургічної академії В.П. Образцов». Очевидно, що в умовах поліцейської держави саме неблагонадійність і стала визначальною в тому, що Василь Парменович не зміг продовжити навчання у військовій медико-хірургічній академії. Зрештою підтвердженням такої думки є всі ті проблеми з жандармською управою, що супроводжували лікаря Василя Образцова фактично протягом усього життя. Вони суттєво заважали йому у фахо-

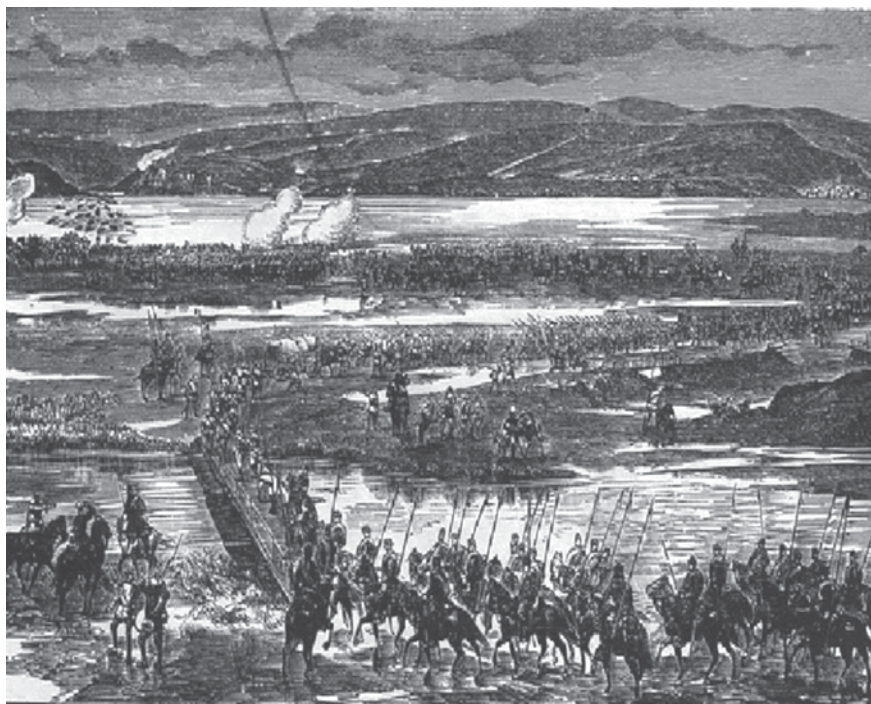
вій самореалізації. Отже, в 1875 році обдарований випускник Імператорської медико-хірургічної академії В. Образцов, незважаючи на пропозицію продовжити навчання для написання дисертації, розпочав свій тернистий шлях земського лікаря у Великому Устюзі Вологодської губернії. Там він самовіддано працює й створює вірцеву амбулаторію [3, 4]. І, зрештою, важко сказати, як би склалась подальша доля Василя Парменовича, але 17 вересня 1877 року йому вручають мобілізаційний припис військового лікаря. У збереженій особовій справі В.П. Образцова значиться: «...Перебуваючи Велико-Устюзьким земським лікарем, Найвищим наказом по військовому відомству про чини цивільні за № 44 призначений 17 вересня 1877 року в 42-й піхотний резервний батальйон молодшим лікарем» [1]. Тож у жовтні 1877 року В.П. Образцов у складі піхотного батальйону вирушає на Балкани на Російсько-турецьку війну.

На думку багатьох дослідників [1-4], там і могла доля подарувати йому доленосну зустріч із важко поранилим бойовим генералом, героєм переможної переправи через Дунай та штурму Шипки, командувачем 14-ї (Одеської) дивізії Михайлом Івановичем Драгомировим. Але події життя наших героїв у часовому та географічному вимірах розгортались тоді так.

Увечері 11 червня, після майже двомісячного очікування, на нараді в Турну-Мугареллі було визначено, що форсування Дунаю проводитиметься в районі Зимниця-Систово вночі проти 15 червня. Здійснення цієї операції покладалося на генерал-майора М.І. Драгомирова та його 14-у дивізію. Для Михайла Івановича ця операція була надважливою — вона мала на практиці підтвердити ефективність методів виховання та навчання військ тактичної злагодженості, запроваджених ним у 14-й піхотній дивізії. Переправа через Дунай стала суворою перевіркою для всієї дивізії, від командира до останнього солдата, і всі вони з честю витримали іспит. Вона однозначно підтвердила правильність запровадженої системи виховання й навчання та забезпечила повну злагодженість дій усіх підрозділів 14-ї піхотної дивізії.

Тож уранці 12 червня генерал Драгомиров зібрав начальників підлеглих йому частин і оголосив наказ про початок руху загону до Зимниці. Особливо наголошувалося на важливості дотримання всіх заходів щодо маскування, аби турки не виявили зосередження військ десанту. За його наказом полки 14-ї дивізії призначалися в десант рейсами за порядковими номерами. Першим мав відбутися 53-й Волинський, останнім (п'ятим) — 56-й Житомирський. Сам Драгомиров мав переправитися з третім рейсом.

Досвід форсування Дунаю в 1877 році став цінним внеском у розвиток не тільки російського військового мистецтва на терені форсування великих



Переправа через Дунай 14-15 червня 1877 року в районі Зимниці-Систово
[\[http://igor-grek.com/publ/hronos/1877rus_turk/8-1-0-1077\]](http://igor-grek.com/publ/hronos/1877rus_turk/8-1-0-1077)



На одному з понтонів видно фігуру Драгомирова в білому кителі. Художник Н.Д. Димитрієв-Оренбурзький [\[http://warspot.ru/4284-uchitel-ru\]](http://warspot.ru/4284-uchitel-ru)

річок. Цю операцію десантування, яка здивувала світ, згодом старанно вивчали, довго аналізували не лише російські, а й західні військові теоретики. Її визнавали однією з найвдаліших операцій у цій війні. Вона з часом увійде до підручників тактики як класичний приклад успішного подолання великої водяної перепони. Сам хід переправи російських військ через Дунай став певною реалізацією прогресивних на той час військово-педагогічних і тактичних засад генерала М.І. Драгомирова як військового теоретика.

О 14-й годині 15 червня 1877 року російські війська, підтримувані артилерією, вже зайняли Систовські висоти, а о 15-й — увійшли до міста. Не-

забаром сюди прибув і командарм М. Драгомиров: тут його захоплено вітало нечисленне болгарське населення (мирні турецькі жителі залишили місто разом із військами). Після зайняття Систово бій почав ущухати, хоча поодинокі перестрілки тривали ще до вечора. Невдовзі на правий берег переправився зі своїм почтом і цар Олександр II. Вдячно обнявши Драгомирова і трічі з ним почоломкавшись, цар зняв зі своєї шиї Георгіївського хреста III ступеня і почепив на ший Михайлові Івановичу. За заслуги у визволенні міста Систово генерала М.І. Драгомирова вдячні болгари обрали почесним громадянином цього міста.

Один з учасників війни турецький генерал Ізет-Фуад-Паша писав, що в них «...ніхто не міг пояснити, яким дивом операцію, яка мала б обійтися супротивникові дуже дорого, було виконано так щасливо для нього». Російські війська, які брали участь у форсуванні Дунаю вночі проти 15 червня, зазнали незначних утрат: було вбито і поранено 30 офіцерів та 782 солдати. І це, враховуючи важкі бої, що точилися за захоплення й розширення плацдарму на правому березі. Преса всього світу швидко рознесла звістку про цю операцію. Англійська газета «Дейлі Ньюз» писала, що переправа відбулася «несподівано, швидко, з дивовижною енергією та напрочуд мистецьки». Європейська преса, вражена подіями під час

форсування, не забарилася нагадати й обіцянку головнокомандувача турецьких військ Абдул-Керім-Паші «втопити в Дунаї всю російську армію». Незабаром після переходу російських військ через Дунай головнокомандувача турецької армії Абдул-Керим-Пашу було усунено з посади.

А 12 серпня 1877 року харизматичного командувача 14-ї Одеської піхотної дивізії генерал-майора Драгомирова під час боїв за Шипкінський перевал було важко поранено. Зважаючи на важкий стан після надання першої допомоги в Габрово, його було перевезено до медсанчастини у Фратешти. Тут його оглянув професор С.П. Боткін і вночі

14 серпня занотував: «Драгомирова рана досить важка — роздроблено колінний суглоб» [13]. Із Фратешти, після накладення на коліно гіпсової пов'язки, генерала М.І. Драгомирова вирядили до Кишинівського шпиталю. У Кишиневі санітарний потяг № 8, з яким прибув генерал М.І. Драгомиров, зустрічало багато людей, а головне — дружина з дітьми. Після консилиуму в шпиталі № 60 відомий хірург М.І. Пирогов, який свого часу врятував ногу Джузеппе Гарібальді від ампутації, тепер висловився за її проведення [29]. Місцеві ж лікарі мали іншу думку. Заручившись підтримкою лікаря Миколаївської інженерної академії Григоровича Абрама Платоновича (тестя Михайла Івановича) та старшого ординатора-хірурга військового тимчасового шпиталю № 60 Суботіна, вони консервативним лікуванням зберегли таки генералові ногу [13]. Поранення було аж надто серйозним, і лікарі довго не могли передбачити, чим завершиться одужання Драгомирова. У довідці про поранення, складеній у жовтні, шпитальні лікарі констатували: «Поранення генерал-лейтенанта Драгомирова наскрізне, правого колінного суглоба, вхідний отвір якого міститься зовні колінної чашки, а вихідний біля внутрішнього краю підколінної ямки з пошкодженням зв'язкового апарату та суглобових поверхонь кісток. Загоювання поранення відбувалося задовільно, і на цей момент рана повністю закрилась, залишивши запалення суглоба, наслідки якого нині з певністю передбачити неможливо: процес може завершитися або нерухомістю, або обмеженою рухомістю колінного суглоба; в будь-якому разі поранений буде спроможний послугуватися своєю кінцівкою досить задовільно, але лише через кілька місяців від сьогоднішнього дня».

Повільне загоювання рани, непевність у позитивних наслідках лікування, вимушена бездіяльність впливали на Михайла Драгомирова приголомшливо. Такі випробування, такі фізичні й моральні страждання він мусив перетерпіти, щоб лишитися в шерензі, щоб і далі з честю виконувати свій військово-патріотичний обов'язок, як він його розумів та усвідомлював. І Михайло Іванович не опускає рук, продовжує активне листування зі своїми армійськими товаришами. 27 вересня 1877 року він пише до командувача 8-го корпусу генерала Ф.Ф. Радецького лист із клопотанням призначити своїм наступником на посаді командувача 14-ю піхотною дивізією М.Ф. Петрушевського.

Після одужання Михайло Іванович трохи накульгував на праву ногу. Ця обставина не дозволила йому повернутися до діючої армії. Імператор Олександр II та імператриця ставилися до Михайла Івановича зворушливо і ласкаво, повсякчас цікавилися станом його здоров'я. Першого вересня «За відзнаку при захисті Шипкінського перевалу 12 серпня» йому присвоєно звання генерал-лейте-

нанта, а 8 жовтня Драгомирова відраховано з посади начальника 14-ї піхотної дивізії із залишенням на посаді у Генеральному штабі. 1 квітня 1878 року генерал-лейтенанта М. Драгомирова призначено начальником Академії Генерального штабу. 15 червня того ж року Михайлові Івановичу було присвоєно звання генерал-ад'ютанта. Виданий ним у 1879 році «Підручник тактики» служитиме понад 20 років основним посібником для навчання офіцерів мистецтву тактики.

В.П. Образцов перебував у зоні військових дій з 11 листопада 1877 по 18 листопада 1878 року. Він служив молодшим лікарем у піхотному батальйоні, який входив до складу Ольтеніцько-Каларашського загону й дислокувався в тилу військ діючої армії на території Румунського князівства [1, 3]. Це з'єднання було офіційним учасником бойових дій. Проте воно брало участь вже на завершальних етапах військових дій на лівому березі Дунаю проти фортеці Силистрії. Хоча Василь Парменович знаходився зі своїм батальйоном і на переправі через Дунай у місті Зимниця. От тільки це було вже в період з 27 січня по 28 серпня 1878 року, коли там були зосереджені основні військово-медичні сили: головні перев'язочні пункти, військово-тимчасові госпіталі та лазарети. Тобто, висловлюване багатьма дослідниками [1-4, 30] припущення щодо знайомства героя Російсько-турецької війни генерала М.І. Драгомирова з лікарем пересувного госпіталю Червоного Хреста В.П. Образовим викликає великі сумніви через хронологічні та географічні невідповідності подій.



Російсько-турецька війна 1877-1878 років.
Госпіталь для російських військовиків
[Джерело: <http://diaryrh.ru/historical-photos/russo-turkish-war-of-1877-1878/>]

- [illegible]

Надійшла до редакції 08.12.2017

VASYL P. OBRAZTSOV AND MYKHAILO I. DRAHOMYROV: MYTHS AND REALITY (PART 1)

M.I. Dzeman

Abstract

The article presents the materials of historical studies on the fateful role of the Kyiv, Volyn and Podillia Governor-General M.I. Drahomyrov in the creation of proper conditions for the developing of scientific and clinical talent of one of the leaders and founders of the Kyiv School of Physicians Vasyl P. Obratsov at the St. Volodymyr University of Kyiv.

Keywords: St. Volodymyr University of Kyiv, Kyiv School of Internal Medicine, V.P. Obratsov, M.I. Drahomyrov.

Н.В. Скрипник¹, В.І. Боцюрко¹,
О.М. Дідушко¹, І.О. Костіцька¹,
Т.С. Вацеба¹, О.В. Марусин¹, І.В. Чер-
нявська¹, Р.І. Делятинський²

¹ ДВНЗ «Івано-Франківський
національний медичний
університет»

² Івано-Франківський навчально-
науковий інститут менеджмен-
ту Тернопільського національного
економічного університету

СТОРІНКИ ІСТОРІЇ СТАНОВЛЕННЯ Й РОЗВИТКУ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОМУ НМУ (1967-2017)

Резюме

У статті розглянуто процес зародження та розвитку ендокринології на Прикарпатті, зумовлений потребами організації системи охорони здоров'я та еволюцією медичної науки, проведено періодизацію розвитку ендокринології в медичному університеті, виокремлено чотири етапи (експедиційних досліджень й організації ендокринологічної служби 1945-1953 рр., започаткування викладання дисципліни 1953-1967 рр., становлення самостійного курсу 1967-1997 рр., становлення й розвитку кафедри 1997-2017 рр.), проаналізовано роль професорів А.А. Гарагаш'яна, Г.П. Паращука, І.П. Ванджури, В.І. Боцюрка та Н.В. Скрипника у розвитку ендокринології як навчальної й наукової спеціальності та лікарської практики, з'ясовано персональний склад викладачів курсу, згодом — кафедри, висвітлено їх навчальну, виховну, науково-дослідну та лікувально-профілактичну роботу. Автори обстоюють думку про те, що зі створенням кафедри закладено організаційні основи для формування в перспективі наукової школи ендокринології в Івано-Франківському національному медичному університеті. Сьогодні ж основним завданням кафедри є удосконалення вимог до підготовки лікарів, підвищення педагогічної майстерності викладачів, розвиток наукових досліджень і формування високої професійної культури.

Ключові слова

Кафедра ендокринології, історія кафедри, завідувачі кафедри, перспективи розвитку.

Актуальність проблеми зумовлена теоретичним і практичним інтересом до ретроспективного аналізу історичного розвитку кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету (ІФНМУ). Відзначення ювілею 50-річчя ендокринології в медичному університеті спонукає проаналізувати як сучасний стан і рівень розвитку цієї галузі медичної науки, так і процес інституційного становлення однієї з кафедр ІФНМУ, врахувати внесок її співробітників у розвиток наукових досліджень, навчальний процес та лікувальну практику. Одним із завдань медичної реформи в Україні є підвищення якості професійної підготовки лікарів відповідно до міжнародних норм, і це спонукає колектив кафедри ендокринології ІФНМУ організувати навчальний процес і атестацію відповідно до сучасних стандартів вищої медичної освіти, сучасних протоколів лікування та стандартів діагностики [52, с. 9]. Перспективність розвитку ендокринології зумовлена загальною тенденцією зростання цього виду захворю-

вань в Україні: за офіційними даними, за 2005-2011 рр. кількість хворих із різними ендокринопатіями збільшилася з 3,48 до 3,82 млн, тобто на 9,85% [49], а частка хворих на цукровий діабет, «неінфекційну епідемію» XXI ст., становить 1,5 млн осіб, не враховуючи недіагностованих і латентних форм діабету [75, с. 221].

Огляд історіографії засвідчив, що проблеми розвитку ендокринології як науки в контексті історії медицини в Україні вже стали предметом уваги науковців-медиків (М.Д. Тронько, П.М. Боднар, Ю.І. Комісаренко та ін. [5, с. 17-30; 6, 75, с. 219-225; 76]). Започатковано дослідження центрів ендокринології в регіонах, зокрема в Чернівецькій області (Бойчук Т.М., Пешковська Н.В., Ляшук П.М., Леонова Л.О. [7]). Короткі історичні довідки про кафедри ендокринології розміщено на електронних ресурсах вищих навчальних медичних закладів у Києві, Львові, Чернівцях, Вінниці, Дніпропетровську, Полтаві тощо [36, 38-43]. Таку саму традицію «історіописання» свого часу було прийнято в Івано-Франківському національному медичному університеті [28, 29, 34, 35, 44-46], і кафе-

дра ендокринології ІФНМУ підготувала короткий нарис [37], що став основою для нашого дослідження.

Мета статті — формування об'єктивного погляду на передумови та процес становлення й інституціоналізації ендокринології в ІФНМУ, періодизація її історичного розвитку, оцінка внеску ендокринологів в організацію навчальної, виховної, науково-дослідної та лікувальної діяльності.

Процес зародження та становлення ендокринології на Прикарпатті впродовж XX ст. пов'язаний із розвитком медицини й організацією охорони здоров'я в Україні в цілому та, зокрема, з еволюцією ендокринології від органотерапії й експериментальних досліджень до лікарської спеціальності та спеціалізованого розділу в структурі медичних наук [6; 33, с. 9]. У процесі інституціоналізації ендокринології в Івано-Франківському національному медичному університеті можна умовно виокремити чотири етапи: експедиційних досліджень й організації ендокринологічної служби (1945-1953), започаткування викладання дисципліни (1953-1967), становлення самостійного курсу (1967-1997), становлення й розвитку кафедри (1997-2017).

Зародження наукового інтересу до проблем ендокринології на Прикарпатті зумовлене загальними тенденціями розвитку організації охорони здоров'я і соціальної медицини та вищої медичної освіти в західних областях України в умовах післявоєнної відбудови. У цей період державна влада запровадила нову систему організації охорони здоров'я, ініціювала збільшення кількості лікарських кадрів, створення мережі медичних закладів (амбулаторій, поліклінік, районних і обласних лікарень), покликаних ліквідувати масові епідемії інфекційних та інших хвороб, що поширювалися серед населення внаслідок війни та важких соціально-побутових умов. Протягом 1948 р. медичні заклади реорганізовано шляхом об'єднання лікарень та амбулаторно-поліклінічних закладів, запроваджено диспансерний метод і дільничний принцип обслуговування населення. Унаслідок цього 1949 р. у західних областях України діяло 1174 амбулаторно-поліклінічних заклади, 5765 лікарів та 16,1 тис. осіб середнього медичного персоналу, зокрема в Станіславській області — 157 закладів і 2219 осіб середнього медичного персоналу [72, с. 130].

З метою підготовки кваліфікованих лікарів для потреб Станіславської області рішенням Ради Народних Комісаріатів СРСР від 04.07.1945 та Постановою Ради Народних Комісарів УРСР від 17.07.1945 в Станіславі 6 жовтня 1945 р. засновано державний медичний інсти-

тут [72, с. 133]. Першим ректором Станіславського медичного інституту було призначено кандидата медичних наук, доцента Івана Володимировича Савицького (1911-1993), доти — завідувача обласного відділу охорони здоров'я (з 1939 р.) [65, с. 91-92]. У структурі медичного інституту створено 14 теоретичних та 2 клінічних кафедри, працювало 47 викладачів, серед них було лише декілька докторів і кандидатів наук, навчалося 395 студентів [30]. Більшість працівників медичного інституту були колишніми співробітниками одного з Харківських медичних інститутів, передислокованого на Прикарпаття та Буковину [65, с. 92]. У перші повоєнні роки на Прикарпатті окремі випадки допомоги хворим на ендокринну патологію надавалися терапевтичною службою [7, с. 80-81].

Уперше увагу до проблеми ендокринних захворювань звернули під час організації наукових експедицій з метою вивчення ендемічного зоба в західних областях України. Так, у період із червня по вересень 1947 року співробітниками Інституту експериментальної й клінічної терапії АМН СРСР за участю колективів Чернівецького та Станіславського державних медичних інститутів, практичних лікарів-терапевтів здійснено експедицію з вивчення ендемічного зоба в гірських районах Станіславської та Чернівецької областей під керівництвом старшого наукового співробітника М.Н. Фатєєвої [32, с. 10; 7, с. 80-81]. У результаті проведених обстежень і досліджень з'ясувалося, що патологія ендемічного зоба та кретинізму була чи не найтяжчою не тільки в Україні, але й у Європі, адже в деяких регіонах частка хворих на зоб становила від 49,6 до 59% населення [7, с. 81]. Під час експедиції в Станіславській області було обстежено всього 8093 особи. З урахуванням таких показників, як поширеність, збільшення щитоподібної залози I-V ст., частоти захворювань чоловіків і дітей, вузловаті зоби, випадки кретинізму, глухонімоти, вродженої мікседеми, науковці визнали, що в Станіславській області зобна ендемія відповідає середньому ступеню важкості [32, с. 10].

Результати медичних наукових досліджень спонукали до розробки практичних заходів щодо діагностики, лікування та профілактики ендемічного зоба та інших ендокринних захворювань у західних областях України [7, с. 81]. Протягом 1951 р. у Станіславі засновано обласний протизобний диспансер, а в системі закладів охорони здоров'я були виділені лікарі-спеціалісти вузького профілю — ендокринологи [32, с. 10; 7, с. 81].

Одним з ініціаторів створення протизобного диспансеру та його першим керівником став Ара Арменакович Гарагаш'ян (1902-1969),

учасник першої протизобної експедиції на Прикарпатті 1947 р., обраний, попри відсутність наукового ступеня, 1951 р. також завідувачем кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Станіславського медичного інституту (яку очолював до своєї смерті 1969 р.) [17, с. 2]. Уродженець м. Ерзерум у Вірменії, вимушений 1919 р. емігрувати в Україну, А.А. Гарагаш'ян 1928 р. здобув медичну освіту в Харкові, поступово відзначився як лікар й організатор системи охорони здоров'я в Харківській, Полтавській та Ізмаїльській областях, під час війни очолював фронтовий госпіталь, а з 1951 р. мешкав у Станіславі [17, с. 1-3; 12, 19, 37, 45, с. 303].

Зародження ендокринології як навчальної дисципліни на Прикарпатті відбулося 1953 р., коли завідувач кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я А.А. Гарагаш'ян розпочав викладати цей курс для студентів Станіславського державного медичного інституту [29, с. 110; 37]. З цього часу

можна розпочинати й історію кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. Водночас задля справедливості слід зауважити, що самостійні кафедри ендокринології в медичних вищих навчальних закладах України було засновано значно пізніше, в 70-х роках (наприклад, у Вінниці — 1977 р. [42], Львові — 1978 р. [38]), оскільки розвиток ендокринології як галузі медичної науки в 50-х роках тільки-но спирався на практичні спостереження та перші наукові дослідження.

Своєрідним підсумком проведеної за 5 років роботи протизобного диспансеру була друга наукова протизобна експедиція, організована відповідно до розпорядження Станіславського облвиконкому № 245/р від 19.05.1956 і спільного наказу облздороввідділу та медичного інституту № 340 від 03.07.1956 Керівником експедиції було призначено завідувача кафедри організації охорони здоров'я медінституту і головного лікаря обласного протизобного диспансеру доцента А.А. Гарагаш'яна. В експедиції взяли участь ліка-



Гарагаш'ян Ара Арменакович (1902-1969), д.м.н., професор, завідувач кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я (1951-1969), засновник ендокринологічної служби на Прикарпатті



Високогірська експедиція, зліва направо — професор Гарагаш'ян А.А., професор Бабенко Г.А., проф. Анісімов О.В., доц. Дринь М.М.

рі-ендокринологи, асистенти кафедри загальної гігієни і студенти 5-го курсу медичного інституту [32, с. 10]. Було встановлено, що захворюваність на зоб у гірських районах Прикарпаття зменшилась утричі, що засвідчувало про безперечну перемогу над цією недугою [17, с. 2-3].

А.А. Гарагаш'ян особисто був автором 70 наукових праць. 1960 р. він захистив докторську дисертацію «Ендемічна зобна хвороба в Станіславській області і боротьба за її ліквідацію» [20, 21]. Усі сили, енергія, талант і колосальна працездатність А.А. Гарагаш'яна були задіяні для досягнення благородної цілі. За період 1955-1968 рр. він підготував 14 кандидатів медичних наук [17, с. 3; 37, 45]. Враховуючи його високий авторитет науковця та лікаря, 1962 р. ректор Г.О. Бабенко призначив його проректором із навчальної та наукової роботи медичного інституту, і цю посаду Ара Арменакович обіймав до 1968 р. [3, 17, с. 5, 41, с. 3; 21, с. 34]. Ара Арменакович Гарагаш'ян відійшов у вічність 12 березня 1969 року [17, с. 3].

Новим етапом у становленні ендокринології як навчальної та наукової дисципліни, а водночас і майбутньої кафедри була організація в 1967 р. окремого курсу ендокринології. Його заснування означало організаційне відокремлення ендокринології в структурі медичного інституту, закладало передумови для заснування в перспективі спеціалізованої кафедри.

Першим завідувачем курсу ендокринології в Івано-Франківському державному медичному інституті 1967-1981 рр. була кандидат медичних наук, доцент Ганна Петрівна Паращак (1927-2013) [32, с. 1]. Випускниця з відзнакою лікувального факультету медичного інституту 1952 р. [34], Г.П. Паращак після закінчення клінічної ординатури з 1954 р. працювала асистенткою кафедри факультетської терапії, а з 1967 р. — доцентом цієї самої кафедри [3, с. 137]. Уже 1959 р. захистила кандидатську дисертацію «Основний обмін і коливання вмісту вітаміну С у плазмі



Паращак Ганна Петрівна (1927-2013), д.м.н., професор, завідувач курсу ендокринології (1967-1981)

крові у хворих на ендемічну зобну хворобу у віковому аспекті» [37, 60]. Докторську дисертацію, виконану 1969-1971 рр. під науковим керівництвом професора кафедри внутрішньої медицини П.М. Вакалюка [34], на тему «Роль мікроелементів у розвитку виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки» Г.П. Паращак успішно захистила в Київському медичному інституті ім. академіка О.О. Богомольця [61]. 1973 р. Г.П. Паращак затверджена у вченому званні професора [3, с. 137].

Очоливши 1967 р. курс ендокринології, Ганна Петрівна сформувала колектив курсу, організувала його навчально-виховну, науково-дослідну та лікувальну діяльність. Першими асистентами курсу ендокринології наприкінці 60-х — початку 70-х років були пізніше відомі лікарі та кандидати медичних наук І.Г. Купновицька, Л.О. Чернова, І.А. Козлова [32, с. 1; 37].

Купновицька Ірина Григорівна (1945 р.н.), випускниця медичного інституту 1967 р., 1971 р. закінчила аспірантуру на кафедрі фармакології, захистила дисертацію на тему «Вплив послідовних введення новокаїну і строфантину К на перебіг експериментальних ізадринових некрозів міокарда» й здобула науковий ступінь кандидата медичних наук за спеціальністю «фармакологія». Надалі І.Г. Купновицька працювала асистенткою кафедри факультетської і госпітальної терапії (1971-1987), доцентом кафедри госпітальної терапії (1987-1990), навчалась у докторантурі в Інституті кардіології імені М. Стражеска МОЗ України (1990-1993), захистила докторську дисертацію за спеціальністю «кардіологія» (1992), продовжила працювати в Івано-Франківському державному медичному інституті професором кафедри госпітальної терапії № 1, а з 2001 р. — завідувачем кафедри клінічної фармакології і фармакотерапії [44, 63].

Козлова Ірина Антонівна, випускниця медичного інституту, крім посади асистента курсу ендокринології, працювала над науково-дослідною темою на кафедрі фізіології [46]. 1971 р. І.А. Козлова захистила кандидатську дисерта-

цію на тему «Роль інтерорецепторів у регуляції рівня мікроелементів (міді, заліза і цинку) та пов'язаних із ними металоферментів» за спеціальністю «нормальна фізіологія» [47]. На початку 2000-х рр. І.А. Козлова — головний лікар санітарно-епідеміологічної станції Шевченківського району м. Києва, з 2011 р. — також головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України з питань загальної гігієни та епідеміології [77].

Поряд із навчальною роботою, курс ендокринології виконував роль своєрідного центру наукових досліджень. Загалом коло наукових інтересів та досліджень Г.П. Паращак, що знайшли відображення в понад 130 наукових працях, у тому числі 4 монографіях, охоплювали питання патології щитоподібної залози, виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки [37]. За період своєї роботи в медичному інституті Г.П. Паращак підготувала 4 кандидатів медичних наук [3; 32, с. 137, с. 19-20]. Перша кандидатська дисертація, виконана під її керівництвом, була захищена 1979 р. лікарем-лаборантом обласного ендокринологічного диспансеру М.А. Мазепою на тему «Клініко-імунологічна характеристика захворювань щитоподібної залози на Прикарпатті» [29, с. 111].



Експедиція з виявлення зоба в Надвірнянському районі 1970 р. Керівник — проф. Паращак Г.П. (п'ята зліва)



Експедиція з виявлення зоба в Надвірнянському районі 1970 р. Керівник — проф. Паращак Г.П. (у центрі)

Для науково-методичного забезпечення навчального процесу та діяльності гуртка 1982 р. вийшов методичний посібник «Захворювання щитоподібної залози», авторами якого були Г.П. Паращак, Л.О. Чернова та М.А. Мазепа [32, с. 5].

Протягом 70-х років професор Г.П. Паращак продовжила практику організації наукових експедицій у гірських районах Івано-Франківської області. Під її керівництвом у період із 20 вересня по 20 жовтня 1970 р. проведено третю наукову експедицію, до якої включено лікарів-ендокринологів (В.П. Шавлак, О.О. Савченко, Є.М. Гавриш), соціологів (доцент В.О. Дешко), гігієністів (доцент Н.В. Сорока) [32, с. 22]. У вересні 1979 р. проведено четверту експедицію в гірські райони області (Надвірнянський, Косівський, Верховинський) під керівництвом професора Г.П. Паращак і за участю доцента кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я В.О. Дешко та головного лікаря обласного диспансеру Н.П. Даніловської [32, с. 22].

Важливим результатом експедицій було продовження наукових досліджень ендокринних захворювань, що знайшли відображення в серії наукових статей, а також розробка лікувально-профілактичних заходів. У цей час Г.П. Паращак уперше на Прикарпатті застосувала методику визначення антитіл до тканин щитоподібної залози, що стало підґрунтям до розпізнавання автоімунних захворювань цього органа [37].

Функціонування самостійного курсу ендокринології в медичному інституті забезпечувало основу для проведення науково-дослідної та лікувально-профілактичної роботи на базі ендокринологічного диспансеру в Івано-Франківську [27]. Своєрідним визнанням внеску місцевих ендокринологів — науковців і практикуючих лікарів стало проведення 1979 р. на базі Івано-Франківського медичного інституту пленуму Республіканської проблемної комісії «Ендокринологія» та правління Республіканського товариства ендокринологів [32, с. 10].

Другим завідувачем курсу ендокринології Івано-Франківського державного медичного інституту протягом 1982-1985 рр. була



Ванджура Ірина Петрівна (1920-1997), д.м.н., професор, завідувач курсу ендокринології (1982-1985)

доктор медичних наук, професор Ірина Петрівна Ванджура (11.07.1920-21.07.1997) [32, с. 1; 37].

Випускниця Станіславського медичного інституту 1953 р., І.П. Ванджура залишилась працювати в альма-матер асистенткою кафедри факультетської терапії (1953-1972) і розпочала свої наукові дослідження з проблем ендокринології та кардіології [3, с. 29; 9]. 1961 р. Ірина Петрівна захистила кандидатську дисертацію «Азотовий обмін у хворих на ендемічну зобну хворобу» [3, с. 29]. Продовженням її наукових досліджень була стаття «Полипептиды в сыворотке крови у больных эндемической зобной болезнью», опублікована в журналі «Проблемы эндокринологии и гормонотерапии» за 1964 р. у Москві [37]. Наступними кроками в її науковій кар'єрі став захист 1971 р. докторської дисертації «Біохімічне і гістохімічне вивчення атеросклерозу в експерименті і клініці», а 1974 р. — присвоєння вченого звання професора [9]. Протягом 1973-1981 рр. І.П. Ванджура працювала на посаді професора кафедри факультетської терапії [3, с. 29]. Уже в ролі завідувача курсу ендокринології Ірина Петрівна організовує колектив одностудентів, розгортає його навчальну та наукову діяльність. Із 1982 року асистенткою курсу після закінчення клінічної ординатури й аспірантури стала Ірина Георгіївна Бабенко [32, с. 1; 37], яка, наслідуючи приклад батька, ректора медичного інституту й засновника школи мікроелементології [59], з 1976 р. пройшла інтернатуру та ординатуру лікаря-ендокринолога й 1979 р. була зарахована до аспірантури за спеціальністю «ендокринологія» при кафедрі факультетської терапії [2, с. 1, с. 29]. І.Г. Бабенко розпочала дослідження ролі мікроелементів у розвитку і перебігу цукрового діабету, що були викладені згодом у кандидатській дисертації, виконаній під керівництвом професора Г.П. Паращак. Цікаво, що за свідченнями колег, після закінчення аспірантури І.Г. Бабенко навіть хотіла стати хірургом, але «перемогла ендокринологія», і з 1982 р. вона присвятила їй все своє активне життя, ставши одночасно і педагогом, і лікарем-практиком [32, с. 1; 37, 57, 59].

Наступний етап розвитку курсу ендокринології в медичному інституті розпочався в середині 80-х років, коли 1985 р. завідувачем курсу було обрано кандидата медичних наук, доцента Володимира Івановича Боцюрка (нар. 25.01.1940 р., с. Маріямпіль Галицького району). Завдяки його зусиллям упродовж наступного десятиліття було закладено основи для реорганізації курсу в самостійну кафедру: сформовано колектив одностудентів, розвинуто клінічну базу та продовжено серію наукових досліджень у сфері ендокринології.

До свого призначення завідувачем курсу В.І. Боцюрко сформувався як лікар та науковець. Випускник Івано-Франківського медичного училища, після служби в армії, 1962 р. вступив до медичного інституту, який закінчив із відзнакою [25]. Із 1968 р. він працював спершу завідувачем клініко-діагностичної лабораторії медико-санітарної частини Бурштинської ТЕС Івано-Франківської області. 1972 р. перейшов працювати в Івано-Франківський державний медичний інститут на посаду асистента кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб і факультетської терапії. 1978 р. В.І. Боцюрко захистив кандидатську дисертацію «Обмін деяких мікроелементів і поєднаних із ними металоферментів при ревматизмі». 1982 р. В.І. Боцюрко — доцент кафедри факультетської терапії [8, с. 1; 67].

Організуючи протягом 1985-1996 рр. діяльність курсу ендокринології, В.І. Боцюрко звернув увагу на формування й науково-професійне зростання колективу курсу, навчально-виховну, науково-дослідну та лікувально-профілактичну роботу. З цього часу він



Боцюрко Володимир Іванович, д.м.н., професор, завідувач курсу ендокринології (1997-1997), завідувач кафедри ендокринології (1997-2014)

з асистенткою курсу І.Г. Бабенко координував діяльність студентського наукового гуртка з ендокринології [32, с. 20], що сприяв формуванню майбутніх лікарів-ендокринологів, організації наукових досліджень з питань діагностики, лікування і профілактики ендокринних захворювань. Спершу навчальною базою курсу ендокринології був обласний ендокринологічний диспансер, а з грудня 1987 р. — ендокринологічне відділення обласної клінічної лікарні (на 50 ліжок), першим завідувачем якого була Єва Михайлівна Гавриш (1987-1993), та диспансерне поліклінічне відділення [27; 32, с. 2].

З метою науково-методичного забезпечення навчального процесу В.І. Боцюрко 1986 р. видав довідковий посібник «Амбулаторний прийом терапевта», 1991 р. — методичний посібник «Радіойодтерапія дифузного токсичного зоба», 1995 р. — довідковий посібник «Немедикаментозное лечение в клинике внутренних болезней» [32, с. 5; 67].

Значну роль у формуванні колективу курсу ендокринології відіграли підготовка й захист дисертаційних робіт. 1989 р. асистентка курсу ендокринології Івано-Франківського медичного інституту І.Г. Бабенко в Київському інституті ендокринології та обміну речовин захистила кандидатську дисертацію на тему «Обмін хрому при цукровому діабеті за даними клінічних й експериментальних досліджень», і вже 18 квітня 1989 р. їй було присвоєно звання кандидата медичних наук за спеціальністю «ендокринологія». Наступним етапом в її науковій кар'єрі було обрання 1992 р. доцентом кафедри факультетської терапії з курсу ендокринології [2,



V з'їзд ендокринологів України 13-16 вересня 1994 р., м. Івано-Франківськ

с. 1]. Завідувач курсу ендокринології В.І. Боцюрко після багаторічної науково-дослідної праці під керівництвом наукових консультантів — професорів і член-кореспондентів АМН України М.Д. Тронька та Є.М. Нейка 1996 р. захистив у Київському інституті ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка докторську дисертацію «Віддалені сомато-генетичні ефекти інкорпорованого радіоактивного йоду в осіб із захворюваннями щитоподібної залози в умовах ендемічної місцевості» [8, с. 1; 10, 11]. Невдовзі 1997 р. В.І. Боцюрко здобув вчене звання професора [37].

Важливим досягненням колективу курсу ендокринології Івано-Франківського медичного інституту та ендокринологічного диспансеру за безпосередньою активною участю В.І. Боцюрка та головного лікаря Даніловської Н.П. стала організація та проведення в Івано-Франківську у вересні 1994 р., вперше за роки незалежності, П'ятого з'їзду ендокринологів України, що продовжував традицію, започатковану в Харкові (1965) та продовжену в Києві (1977), Вінниці (1977) та Львові (1987) [6; 8, с. 1; 25].

Організатори з'їзду підкреслили, що ендокринологія на Прикарпатті вже має свої традиції, пов'язані з діяльністю Українського лікарського товариства в довоєнний час, експедиціями в гірські райони під керівництвом професора А. Гарагаш'яна для ліквідації ендемічного зоба, відкриттям одного з перших в Україні протизобних диспансерів, діяльністю науковців та практичних лікарів у галузі ендокринології [32, с. 10].

Високий рівень підготовки наукових кадрів, активна наукова, навчальна та лікувально-профілактична робота колективу, наявність потужної клінічної бази, практичні потреби розвитку ендокринології дозволили ректорату Івано-Франківської державної медичної академії (створено в 1994 р. на базі державного медичного інституту [29, с. 11]) розглянути питання щодо реорганізації курсу ендокринології в самостійну кафедру.

Рішенням ректорату Івано-Франківської державної медичної академії в серпні 1997 р. шляхом реорганізації та об'єднання курсу ендокринології та курсу спортивної медицини і лікувальної фізкультури засновано кафедру ендокринології, яку очолив доктор медичних наук, професор В.І. Боцюрко [32, с. 1]. Заснування кафедри відкривало нові можливості розвитку ендокринології як наукової спеціалізації галузі медичних наук та практичної лікувальної справи, а водночас потребувало вирішення комплексу завдань, зокрема формування кадрів професорсько-викладацького колективу, нового рівня організації навчальної, виховної, науково-дослідної та лікувальної роботи співробітників

кафедри. З усіма цими завданнями успішно справлявся професор В.І. Боцюрко та колектив його кафедри.

Уже 1997 р. колектив кафедри ендокринології було сформовано в складі чотирьох осіб: завідувача кафедри — доктора медичних наук, професора В.І. Боцюрка, доцента кафедри — кандидата медичних наук І.Г. Бабенко, котрі представляли курс ендокринології, та асистентів кафедри — лікаря-рефлексотерапевта Р.Й. Гриневича й магістра курсу ендокринології Я.А. Орішка, які репрезентували курс спортивної медицини і лікувальної фізкультури [2, с. 1; 8, с. 1; 29, с. 110, 115; 32, с. 1; 37].

Такий пропорційний склад колективу на перших порах сприяв кадровому забезпеченню організації навчальної, виховної, організаційно-методичної та науково-дослідної роботи, що стояла перед кафедрою, але потребував поступового доповнення новими науковцями та практикуючими лікарями.

1998 р. колектив кафедри доповнила асистентка, кандидат медичних наук Надія Василівна Скрипник [32, с. 1; 37], випускниця 1982 р. Івано-Франківського медичного інституту, науковець і практикуючий лікар, спершу терапевт у Волинській обласній клінічній лікарні (1982-1984) і Стриганецькій номерній лікарні (1984-1985), згодом — ендокринолог Тисменицького району (1985-1990), Івано-Франківської міської клінічної лікарні (1990-1993) та ендокринологічного відділення Івано-Франківської обласної клінічної лікарні (1993-2002), з 1998 р. — лікар-ендокринолог вищої категорії [68, с. 1]. 1997 р. лікар-ендокринолог Н.В. Скрипник захистила кандидатську дисертацію на тему «Клініко-метаболичні зміни та їх корекція у хворих на інсулінонезалежний цукровий діабет із вторинною сульфаніламідорезистентністю похилого віку» за спеціальністю 14.01.02 «внутрішні хвороби», виконану під науковим керівництвом професора Г.А. Бабенка та професора М.А. Оринчака [32, с. 5; 68, с. 1; 69, 70]. 1998-2002 рр. Н.В. Скрипник ще продовжує поєднувати практичну роботу в обласній клінічній лікарні з викладацькою роботою в медичній академії, але з 2002 р. переходить на основну роботу на посаді асистента кафедри ендокринології Івано-Франківської державної медичної академії, а з 2003 року призначена на посаду доцента цієї ж кафедри. У грудні 2004 р. їй присвоєно вчене звання доцента [68, с. 1].

Упродовж 1999-2001 рр. на посаді асистента кафедри ендокринології працювала кандидат медичних наук В.П. Козак [32, с. 1]. Раніше В.П. Козак працювала асистенткою кафедри внутрішньої медицини № 2 та медсестринства медичної академії, захистила кандидатську

дисертацію на тему «Імунокоригуюча терапія інфекційно-запальних ускладнень у хворих на хронічний лімфолейкоз» [35].

На початку XXI ст. колектив кафедри ендокринології продовжує формуватися завдяки молодим науковцям, котрі починають спеціалізуватися в галузі ендокринології. Підготовка наукових кадрів на кафедрі, крім забезпечення наступності поколінь, створювала в найближчій перспективі умови для організації комплексних досліджень ендокринних захворювань та їх лікування і профілактики, а в подальшій перспективі — для формування наукової школи з ендокринології. Упродовж завідування кафедрою ендокринології професор В.І. Боцюрко підготував 4 кандидатів наук [8, с. 2], що зробили вагомий внесок у дослідження низки проблем ендокринології. Визнанням заслуг В.І. Боцюрка було обрання 2009 р. академіком Академії наук вищої школи України, а також нагороди медаллю «За доблесну працю», значками «Відмінник охорони здоров'я» і «Винахідник СРСР» [37].

2002 р. під керівництвом професора В.І. Боцюрка асистент кафедри Я.А. Оршко захистив кандидатську дисертацію «Клініко-експериментальні дослідження впливу малих доз радіації на щитоподібну залозу в ендемічній зоні Прикарпаття» [32, с. 4; 29, с. 110].

Із 2002 р. до колективу кафедри ендокринології приєдналась Оксана Миколаївна Дідушко, випускниця 2002 р. лікувального факультету медичної академії. 2003 р. вона закінчила магістратуру із захистом магістерської роботи на тему «Вплив біфтопу на функціональний стан печінки і кишковий біоценоз у хворих на цукровий діабет» і здобула кваліфікацію магістра медицини за спеціальністю «терапія». У період з грудня 2003 р. по січень 2006 р. Оксана Миколаївна навчалась в аспірантурі на кафедрі госпітальної терапії № 1. У грудні 2003 р. О.М. Дідушко під керівництвом професора Боцюрка В.І. запланувала кандидатську дисертацію на тему «Вплив біфтопу на функціональний стан печінки і кишковий мікробіоценоз у хворих на хронічний панкреатит та цукровий діабет», яку успішно захистила 2005 р. у спеціалізованій вченій раді Д 20.601.01 при Івано-Франківському державному медичному університеті. Із 28 травня 2009 р. О.М. Дідушко працює на посаді доцента кафедри ендокринології, а 2011 р. їй присвоєно вчене звання доцента, з 2017 року — звання професора кафедри.

Із липня 2004 р. на посаді асистента кафедри ендокринології розпочала роботу Ірина Олександрівна Костіцька [37], випускниця з відзнакою 2003 р. Івано-Франківської державної медичної академії за спеціальністю «лікувальна справа», лікар-інтерн за спеціальністю «тера-

пія» (2003–2004). У травні 2005 р. вона отримала в Київській медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика сертифікат лікаря за спеціальністю «ендокринологія». Того самого року І.О. Костіцька під керівництвом доктора медичних наук, професора В.І. Боцюрка запланувала кандидатську дисертацію «Клініко-патогенетичне обґрунтування використання біфтопу та епадолу в комплексному лікуванні хворих на цукровий діабет 2 типу», яку успішно захистила 2008 р. у спеціалізованій вченій раді Державної установи «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського АМН України» в м. Харкові. Із 2009 р. працює на посаді доцента кафедри ендокринології. У червні 2013 р. І.О. Костіцькій присвоєно першу кваліфікаційну категорію за спеціальністю «ендокринологія» [48, с. 1–2].

2013 р. під керівництвом професора В.І. Боцюрка асистентка кафедри ендокринології за сумісництвом Оксана Василівна Марусин виконала й захистила в спеціалізованій вченій раді ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» кандидат-



Колектив кафедри ендокринології, 2007 рік



Колектив кафедри ендокринології з курсом ЛФК і СМ, 2009 рік

ську дисертацію «Клініко-метаболичні особливості перебігу цукрового діабету 2 типу в осіб чоловічої статі та оптимізація лікування з урахуванням патогенетичних факторів» за спеціальністю 14.01.14 «ендокринологія» [32, с. 5; 53].

Розвиваючи традиції ендокринології в медичному університеті Івано-Франківська, доцент кафедри Н.В. Скрипник під керівництвом завідувача кафедри ендокринології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця доктора медичних наук, професора П.М. Боднара підготувала й успішно захистила 25 січня 2011 р. у спеціалізованій вченій раді ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» докторську дисертацію на тему «Роль йодного дефіциту та гіпотиреозу в розвитку метаболічного синдрому у хворих на цукровий діабет 2 типу» за спеціальністю 14.01.14 «ендокринологія». Уже в травні 2011 р., відповідно до рішення конкурсної комісії Івано-Франківського національного медичного університету, Н.В. Скрипник призначено на посаду професора кафедри ендокринології [68, с. 1-2].

Таким чином, на початку 2000-х рр. колектив кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету налічував двох докторів медичних наук, професорів і чотирьох кандидатів медичних наук, доцентів [порівн.: 32, с. 1, 4-5; 28, с. 58; 29, с. 110], котрі спеціалізувалися в галузі ендокринології. Цей показник переконливо засвідчував поступове зародження наукової школи ендокринології в Івано-Франківську.

Професорсько-викладацький колектив кафедри ендокринології впродовж 1997-2014 рр. забезпечував навчальний процес для студентів 4-го і 6-го курсів медичного факультету за спеціальностями «лікувальна справа» і «педіатрія» та слухачів факультету удосконалення лікарів [28, с. 58].

З метою науково-методичного забезпечення навчального процесу колективом кафедри підготовлено та опубліковано декілька навчальних посібників і методичних рекомендацій. Так, 1998 р. В.І. Боцюрко (у співавторстві з Є.М. Нейком) написав та видав навчальний посібник «Внутрішні хвороби» для студентів вищих навчальних медичних закладів III-IV рівнів акредитації, за який 1999 р. президія Академії медичних наук присудила автору академічну премію [1, 19, 28, с. 58; 29, 37, с. 111; 55, 67].

Наукова робота кафедри ендокринології 1997-2014 рр. охоплювала дослідження проблем впливу ендемічної місцевості на розвиток йододефіцитних захворювань, малих доз радіації на патологію щитоподібної залози, патогенетичні особливості формування метаболічно-

го синдрому, ранньої діагностики та лікування гіперпаратиреозу, вплив йододефіциту на інтелект дітей, роль стеатогепатозу в розвитку інсулінорезистентності, стан кишкового мікробіоценозу при цукровому діабеті 2-го типу [32, с. 5-9].

Із 2002 р. на кафедрі виконувалися комплексні науково-дослідні роботи з держбюджетним фінансуванням: «Розробка препарату з порошка топінамбура і пробіотика Біфідум коли для лікування хворих на цукровий діабет і кишковий дисбактеріоз» (№ 01020007362; термін виконання — 2002-2004 рр.) та «Метаболичний синдром. Вивчення патогенетичних особливостей, розробка диференційованих методів лікування» (№ 0107U000044; термін виконання — 2006-2011 рр.) [32, с. 21-22].

Упродовж 1997-2014 рр. співробітниками кафедри опубліковано понад 150 наукових праць, а також отримано 5 патентів на винаходи [32, с. 9-10, с. 21], підготовлено і видано 13 методичних рекомендацій [13; 23, с. 7].

Результати наукових досліджень співробітників кафедри ендокринології в першій декаді 2000-х рр. обговорювалися на наукових форумах різного рівня — від всеукраїнських і регіональних конференцій до міжнародних конгресів [32, с. 7]. Водночас значну увагу науковці кафедри приділяли запозиченню міжнародного досвіду та репрезентації досягнень вітчизняної медичної науки на міжнародній арені. Так, професор В.І. Боцюрко брав участь і доповідав на міжнародних наукових форумах у Берліні, Амстердамі, Відні, Празі, Римі, Флоренції, Лондоні, Стамбулі, Санкт-Петербурзі та Маямі [8, с. 1-2; 32, с. 7-8]. Професор Н.В. Скрипник була активною учасницею та доповідачкою на міжнародних наукових форумах, зокрема 2007 р. — на 17-му Конгресі Європейського товариства з артеріальної гіпертензії в Мілані, 2-му Міжнародному конгресі «Предіабет і метаболічний синдром. Епідеміологія, лікування і профілактика цукрового діабету і кардіоваскулярних захворювань» у Барселоні та Конгресі Європейського товариства кардіологів із серцевої недостатності в Гамбурзі; 2008 р. — на XXIII Конгресі Американського товариства з артеріальної гіпертензії (Нью-Орлеан, США); 2009 р. — на XIV Міжнародному Конгресі з реабілітації в медицині та імунореабілітації (Дубаї, ОАЕ), XXIV Конгресі Американського товариства з артеріальної гіпертензії (Сан-Франциско, США); 2011 р. — на Конгресі Американської асоціації з артеріальної гіпертензії (Нью-Йорк, США), Європейському конгресі кардіологів (Париж, Франція), Європейській асоціації з артеріальної гіпертензії (Лондон, Великобританія) [32, с. 17-19; 68, с. 2]. Доцент І.Г. Бабенко брала участь у міжнародних

та всеукраїнських з'їздах, конгресах і науково-практичних конференціях з питань ендокринології: 9-му Європейському конгресі з вивчення менопаузи та андропаузи (Афіни, 2012 р.); науково-практичній конференції до дня пам'яті академіка Нейка Є.М. (Івано-Франківськ, 2012 р.); I Конгресі Асоціації ендокринологів України (Київ, 2010); 92-й щорічний нараді ендокринологічного суспільства (Сан-Дієго, 2010 р.); XIII Конгресі Світової федерації українських лікарських товариств (Львів, 2010 р.), 4-му Міжнародному конгресі з вивчення предіабету і метаболічного синдрому (Мадрид, 2011 р.); Європейській асоціації з вивчення цукрового діабету (Київ, 2012 р.). 2013 р. Н.В. Скрипник, О.М. Дідушко та І.О. Костіцька взяли участь у засіданні Європейської асоціації з питань вивчення цукрового діабету «ENDO BRIDGE» в Туреччині [32, с. 17-18].

Вагомим наслідком участі співробітників кафедри в міжнародних наукових заходах стало налагодження наукових контактів із зарубіжними науковцями, набуття членства в міжнародних та вітчизняних наукових медичних організаціях. Так, професор Скрипник Н.В. — дійсний член багатьох ендокринологічних спільнот світу та України зокрема, член президії правління Асоціації ендокринологів України, голова Асоціації ендокринологів Івано-Франківської області, голова Асоціації превентивної та антиейджинг медицини в Івано-Франківській області, Дійсний член Української діабетичної асоціації, член Українського лікарського товариства, член Європейської асоціації з вивчення цукрового діабету (EASD), член Європейського товариства ендокринологів, відповідальний виконавець міжнародних багатоцентрових досліджень. Професор В.І. Боцюрко — член правління Асоціації ендокринологів України та член Європейського товариства ендокринологів, відповідальний виконавець міжнародних багатоцентрових досліджень із вивчення нових препаратів для лікування цукрового діабету 2-го типу [8, с. 1-2]. Доцент І.О. Костіцька — дійсний член багатьох ендокринологічних спільнот світу та України, зокрема ендокринологічного товариства США (The Endocrine Society, 2007 р.), Американської асоціації клінічних ендокринологів (AACE, 2011 р.), Європейської асоціації з вивчення цукрового діабету (EASD, 2014 р.), Європейського суспільства ендокринологів (ECE, 2013 р.), Асоціації ендокринологів України (2005 р.), Асоціації превентивної та антиейджинг медицини (2009 р.), Української діабетичної асоціації (УДА, 2011 р.), Українського лікарського товариства (2013 р.) [48, с. 2].

Наукові досягнення співробітників кафедри ендокринології знаходили практичне втілення в організації лікувально-профілактичної робо-

ти. Під керівництвом доцента І.Г. Бабенко та головного позаштатного ендокринолога області Л.Д. Непорадної в травні, жовтні 1999 р. і в травні 2000 р. проведено п'яту експедицію з виявлення зобної ендемії на Прикарпатті. Учасниками експедиції були також лікарі-ендокринологи обласної клінічної лікарні А.О. Вацеба, В.М. Гаврилук, В.М. Івасів, О.В. Дзьоник, обласний дитячий ендокринолог Н.В. Чорна, лікарі-ендокринологи районів [32, с. 22]. На підставі отриманих даних розроблено заходи щодо профілактики та лікування ендемічного зоба. Завдяки зусиллям професора В.І. Боцюрка в області було відкрито гормональну лабораторію, організовано кабінет з діагностики і лікування остеопорозу, одним із перших в Україні відкрито Центр росту [8, с. 2].

Працівники кафедри своєю працею активно та безпосередньо впливають на показники ефективності лікувально-діагностичного процесу базових відділень. Співробітники кафедри щорічно консультують у прикріпленому стаціонарі (ендокринологічне відділення ОКЛ на 50 ліжок), в інших відділеннях ОКЛ (судинна неврологія, загальна хірургія, торакальна хірургія, нефрологія, гастроентерологія, артрологія) та диспансерному ендокринологічному відділенні поліклініки ОКЛ та клініці ІФНМУ. Середнє навантаження на одного працівника кафедри — 1346,1 хворого на рік. Професорсько-викладацький склад забезпечує проведення клінічних обходів хворих із подальшим їх обговоренням, надає планову й ургентну консультативну допомогу населенню міста та області, організовує й проводить науково-практичні і клініко-патомічні конференції, бере участь у науковому товаристві ендокринологів, у європейських багатоцентрових дослідженнях препаратів, які застосовуються в ендокринологічній практиці [32, с. 2-3].

Із вересня 2014 р. кафедру ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету очолила доктор медичних наук, професор, лікар вищої кваліфікаційної категорії Надія Василівна Скрипник [37].

Перед другим завідувачем кафедри постала низка нових викликів і завдань, що потребувало вирішення в найближчій і по-



Скрипник Надія Василівна, д.м.н., професор, завідувач кафедри ендокринології з 2014 року

дальшій перспективі. Розвиток ендокринології як наукової спеціальності та лікарської практики на початку XXI ст., спрямований на пошук ефективної моделі «профілактики — діагностики — лікування» захворювань ендокринної системи, вимагав нових підходів до підготовки фахівців з ендокринології — лікарів і науковців. Звідси необхідність постійного формування колективу кафедри, підвищення вимог до його діяльності, забезпечення професійного зростання молодшого покоління, потреби більш ефективної організації навчально-виховного процесу на клінічних базах із використанням нових методик, розвитку та поєднання науково-дослідної, навчально-виховної та лікувально-профілактичної роботи.

Одним із першочергових завдань завідувача кафедри Н.В. Скрипник стало згуртування колективу кафедри навколо спільної ідеї — формування лікаря-фахівця. Якісний кадровий потенціал колективу кафедри 2014 р. був достатньо високим: два доктори медичних наук, професори, п'ять кандидатів медичних наук, доцентів, три асистенти з перспективою здобуття наукових ступенів; більшість із них мали значний науково-педагогічний та лікарський стаж і спеціалізувалися в галузі ендокринології. Водночас необхідно було підготувати нове покоління ендокринологів, забезпечити наступність професійного росту в колективі. З цією метою професор Н.В. Скрипник розпочала наукове керівництво дисертаційними дослідженнями в клінічній аспірантурі медичного університету за науковою спеціальністю 14.01.14 «ендокринологія» [37].

2015 р. на посаду кафедри ендокринології прийнята Тамара Сергіївна Вацеба, випускниця Костопільського медичного училища (1995) та Івано-Франківської державної медичної академії (2002), лікар-ендокринолог поліклінічного диспансерного ендокринологічного відділення обласної клінічної лікарні (2003-2008), лікар-ординатор стаціонарного ендокринологічного відділення Івано-Франківської ОКЛ (2008-2015 рр. у штаті, а з 2015 р. — за сумісництвом), аспірант заочної форми на кафедрі ендокринології (з 2012 р.), лікар вищої кваліфікаційної категорії за спеціальністю «ендокринологія». Уже 2016 р. асистент кафедри Т.С. Вацеба під керівництвом професора Н.В. Скрипник успішно захистила в ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» кандидатську дисертацію на тему «Корекція інсулінорезистентності у хворих із первинним гіпотиреозом в умовах йодної недостатності» [15, с. 1; 32, с. 5]. На сьогодні під керівництвом професора Н.В. Скрипник виконуються ще дві кандидатські дисертації за спеціальністю 14.01.14 «ендокринологія» [68, с. 2].

2017 р. доцент О.М. Дідушко під керівництвом професора В.І. Паньківа, завідувача відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, підготувала й захистила в спеціалізованій вченій раді Д 26.631.01 з ендокринології докторську дисертацію на тему «Патогенетичні особливості розвитку, рання діагностика та лікування порушень функції нирок у хворих на гіпотиреоз» [24, с. 1; 32, с. 5].

Доцент І.О. Костіцька 2013 р. запланувала і затвердила на проблемній комісії МОЗ та НАМН України (протокол № 107 від 09.09.2013) за спеціальністю 14.01.14 «ендокринологія» докторську дисертацію на тему «Діабетичний гастропарез: частота виникнення, фактори ризику, механізми розвитку, лікування» і зараз під керівництвом наукового консультанта професора Б.М. Маньковського, завідувача кафедри діабетології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, завершує її виконання [48, с. 1; 32, с. 5].

Асистент кафедри ендокринології І.В. Чернявська під керівництвом професора В.І. Паньківа, завідувача відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, завершує працю над кандидатською дисертацією на тему «Модифікуючий вплив воглібозу на показники вуглеводного обміну в осіб з порушенням толерантності до глюкози і високим серцево-судинним ризиком» [78, с. 1; 32, с. 5].

Отже, підготовка нових наукових кадрів кафедри ендокринології — кандидатів і докторів медичних наук — на сьогодні відбувається як у межах клінічної аспірантури Івано-Франківського національного медичного університету, так і в інших провідних наукових медичних закладах України.

На початку 2017 р. колектив кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету сформувався таким чином: завідувач кафедри доктор медичних наук, професор, лікар вищої кваліфікаційної категорії *Скрипник Надія Василівна*; доктор медичних наук, професор, лікар вищої кваліфікаційної категорії *Боцюрко Володимир Іванович*; доктор медичних наук, професор, лікар вищої кваліфікаційної категорії *Дідушко Оксана Миколаївна*; кандидат медичних наук, доцент, лікар вищої кваліфікаційної категорії *Ромаш Надія Іванівна*; кандидат медичних наук, доцент, лікар вищої кваліфікаційної категорії *Костіцька Ірина Олександрівна*; кандидат медичних наук, доцент, лікар вищої кваліфікаційної категорії *Марусин Оксана Василівна*; кандидат медичних наук, доцент, лікар вищої кваліфікацій-



Колектив кафедри ендокринології, 2017 рік (зліва направо — лаборант Соківка О.А., доцент Ромаш Н.І., асистент Осадчук В.П., доцент Вацеба Т.С., асистент Петровська І.Н., доцент Костіцька І.О., професор Боцюрко В.І., завідувач кафедри професор Скрипник Н.В., доцент Марусин О.В., асистент Чернявська І.В., професор Дідушко О.М., асистент Гудз І.В., робітник Тихонюк О.О.)

ної категорії Вацеба Тамара Сергіївна; асистент, лікар-ендокринолог спеціаліст Чернявська Ірина Василівна; асистент, лікар-ендокринолог спеціаліст Гудз Ірина Володимирівна [32, с. 1; 2, с. 1; 4, с. 1; 8, с. 1; 15, с. 1; 22, с. 1; 24, с. 1; 48, с. 1; 58, с. 1; 62, с. 1; 66, с. 1; 68, с. 1; 78, с. 1].

Основу клінічної та матеріально-технічної бази кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету на сьогодні становлять відділення ендокринології Обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківська (вул. Федьковича, 91), Університетська клініка ІФНМУ (вул. Короля Данила, 15), ендокринологічне відділення та консультативна поліклініка Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні (вул. Коновальця, 132), ДУ «ТМО МВС України по Івано-Франківській області» (вул. Академіка Сахарова, 11) [32, с. 1-2]. Для забезпечення навчального процесу кафедра ендокринології використовує стенди з усіх розділів клініки ендокринних захворювань — 7, мультимедійні презентації — 71, мультимедійний проектор — 1, ноутбук. У наявності є 5 комп'ютерів (у т.ч. 2016-2017 н. р. за кошти ІФНМУ отримано новий комп'ютер). Кожного викладача забезпечено персональним комп'ютером, є також ноутбук та 1 мультимедійний проектор для проведення мультимедійних презентацій. Для навчального процесу використовується комп'ютерний клас на базі кафедри внутрішньої медицини № 2 та медсестринства [32, с. 2-3].

Нині навчальний процес з ендокринології проводиться на 4-му і 6-му курсах медичного факультету за спеціальністю «лікувальна справа», «педіатрія» та на 4-му і 6-му курсах факультету

підготовки іноземних громадян за спеціальністю «лікувальна справа» відповідно до наскрізної навчальної програми для вітчизняних студентів вищих навчальних закладів МОЗ України напряму 1201 «Медицина» щодо підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» з дисципліни «Внутрішня медицина», яка прийнята 20.05.2015 за спеціальностями 7.12010001 «лікувальна справа», 7.12010002 «педіатрія», 7.12010003 «медико-профілактична справа». Окрім того, колективом кафедри ендокринології розпочато роботу щодо забезпечення навчально-методичної, наукової, організаційної, лікувальної, виховної та матеріально-технічної бази кафедри ендокринології відповідно до основних вимог міжнародного стандарту ISO 9001

«Системи управління якістю. Вимоги» в новій редакції 2015 р. [32, с. 2].

Для науково-методичного забезпечення навчального процесу колективом кафедри ендокринології розроблено та видано низку методичних рекомендацій: «Лікування коморбідного стану — артеріальної гіпертензії в поєднанні зі стабільною ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом» (2016 р., автори — Н.В. Скрипник, Н.М. Середюк, І.П. Вакалюк та ін.), «Вузлові захворювання щитоподібної залози в дорослих: діагностична концепція, лікування» (2017 р., автори — Н.В. Скрипник, І.О. Костіцька, О.М. Дідушко, О.В. Марусин, Т.С. Вацеба, І.В. Чернявська та ін.), «Дисфункція гіпоталамуса: етіологія, клініка, діагностика, лікування» (2017 р., автори — В.І. Боцюрко, О.М. Дідушко, І.О. Костіцька, О.В. Марусин, І.В. Чернявська). Окрім цього, завідувач кафедри професор Н.В. Скрипник є співавтором 3 національних підручників «Ендокринологія» (2015-2017) за редакцією професора П.М. Боднара, виданого з грифом Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров'я України, та 4 навчальних посібників для лікарів, студентів вищих навчальних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, 1 навчально-методичного посібника «Methodical principles in clinical pharmacology» для англomовних студентів стоматологічних факультетів із грифом Міністерства освіти і науки України [32, с. 5-6].

У плані виховної роботи співробітники кафедри ендокринології постійно дбають про високий рівень вимог щодо підготовки висококваліфікованих

лікарів та науково-педагогічної майстерності, удосконалюють методику проведення усіх видів навчальних занять; проводять організаційну та індивідуальну роботу з науково-педагогічними працівниками і студентами, спрямовану на їх активну участь у навчальному процесі, розвиток професійної культури, дотримання етичних норм, правил внутрішнього розпорядку Університету, забезпечення атмосфери вимогливості, доброзичливості та взаємної поваги в стосунках між працівниками, викладачами і студентами факультету. З метою виховання високорозвиненої особистості в душі українського патріотизму і поваги до Конституції країни в умовах розвитку української державності колектив кафедри ендокринології регулярно залучає студентів до участі в таких загальноуніверситетських заходах, як День науки, Шевченківські свята, День медика, Спартакіада медичних працівників тощо [32, с. 24].

Однією з новацій в організації навчального процесу є запровадження кафедрою ендокринології серії майстер-класів відкритих практичних (семінарських) занять та лекцій для студентів і лікарів практичної охорони здоров'я.

Орієнтація на формування практичних навичок у майбутніх лікарів, що є невід'ємною складовою навчального процесу, спонукала професорсько-викладацький колектив кафедри ендокринології до використання не тільки нових методик навчання, але й долучення інноваційних методів лікувальної діяльності. За сприяння ректорату ІФНМУ 2016 року закуплено обладнання, яке використовується на клінічних базах кафедри ендокринології, — апарат для постійного добового моніторингу глюкози крові «Апарат Ірго 2 Metronic». Доцентом, к.м.н. Вацебою Т.С. освоєно і впроваджено в практику застосування методики добового моніторингу рівня глікемії з використанням апарата ІРРО, Medtronic [15, 54].

Викладачі кафедри ендокринології постійно підвищують науково-педагогічну кваліфікацію. Так, завідувач кафедри професор Н.В. Скрипник 2014 р. пройшла стажування в Харківській медичній академії післядипломної освіти. На базі цього ж закладу стажування проходили професор В.І. Боцюрко (2012), доцент О.М. Дідушко (2017), доцент І.О. Костіцька (2011), доцент Н.І. Ромаш (2015). Асистент І.В. Чернявська в жовтні 2012 р. пройшла навчальний курс «Психолого-педагогічні основи вищої медичної освіти. Актуальні проблеми внутрішньої медицини» на факультеті підвищення кваліфікації викладачів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця [32, с. 4]. Асистент І.В. Гудз 2016 р. закінчила курси спеціалізації з ендокринології у Львівському національному медичному університеті ім. Данила Галицького [22, с. 1]. Асистент кафедри В.П. Осадчук

2017 р. пройшла стажування в Інституті клінічної та експериментальної медицини м. Праги (Чехія) [50]. Колектив кафедри ендокринології вивчає та запроваджує передовий досвід організації навчального процесу. Так, доцент О.В. Марусин 18-19 травня 2017 р. взяла участь у XIV Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні» (м. Тернопіль) [32, с. 4; 74].

На сучасному етапі основними напрямками наукових досліджень колективу кафедри ендокринології є вивчення впливу ендемічної місцевості на розвиток йододіфіцитних захворювань, малих доз радіації на патологію щитоподібної залози, патогенетичні особливості формування метаболічного синдрому, рання діагностика і лікування гіперпаратиреозу, патологія фізичного розвитку дітей, патологія цукрового діабету [32, с. 4].

Протягом 2013-2018 рр. на кафедрі ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету виконується науково-дослідна робота на тему «Розробка нових підходів до комплексного лікування гіпотиреозу» (номер державної реєстрації — 0113U005376; науковий керівник — доктор медичних наук, професор В.І. Боцюрко, відповідальний виконавець — доктор медичних наук, доцент О.М. Дідушко) [32, с. 9].

У результаті проведених 2014-2017 рр. досліджень співробітниками кафедри опубліковано 2 монографії з проблем діагностики й лікування метаболічного синдрому й гіпотиреозу (2016 р., Н.В. Скрипник, В.А. Гриб, Т.С. Вацеба [71]) та лікування поліневропатії у хворих на цукровий діабет 2-го типу (2015 р., В.А. Гриб, Н.В. Скрипник, Г.М. Ерстенюк, Р.Д. Герасимчук, О.О. Дорошенко, Л.Т. Максимчук [51]), отримано 8 патентів на винаходи [32, с. 6-7]. Отримані результати наукових досліджень, маючи безпосереднє прикладне значення для лікувально-профілактичної роботи, засвідчили про зародження на кафедрі ендокринології наукової школи.

Одним із напрямів наукової роботи кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету є участь у міжнародних багатоцентрих дослідженнях нових препаратів для лікування цукрового діабету. Співробітники кафедри за останні 10 років брали участь у 16 міжнародних багатоцентрих дослідженнях [32, с. 9-10].

Окрім прикладних досліджень, співробітники кафедри ендокринології 2015-2017 рр. є активними учасниками багатьох міжнародних, всеукраїнських та регіональних науково-практичних конференцій та інших наукових форумів із питань ендокринології. Так, активними учасниками і доповідачами на 10 міжнародних

форумах у Відні, Ванкувері, Вроцлаві, Дубаї, Мюнхені, Пекіні, Будапешті, Лісабоні були професори Н.В. Скрипник і В.І. Боцюрко, доценти О.М. Дідушко, І.О. Костицька й О.В. Марусин. Співробітники кафедри за цей час також взяли участь у 15 міжнародних, 16 всеукраїнських та 20 регіональних науково-практичних конференціях [32, с. 12-19].

Водночас кафедра ендокринології виступила організатором всеукраїнських науково-практичних конференцій «Актуальні питання захворювань щитоподібної залози та іншої ендокринної патології» (14-15 травня 2015 р., м. Яремче Івано-Франківської області), сумісно з кафедрою фізіології ІФНМУ проведено всеукраїнські конференції — «Сучасний мультидисциплінарний підхід до діагностики та лікування дисфункції гіпоталамуса» (20 травня 2016 р., м. Івано-Франківськ), «Вплив довкілля Прикарпаття на перебіг фізіологічних процесів» (6 квітня 2017 р., м. Івано-Франківськ) [32, с. 10-12].

Важливим напрямом діяльності колективу кафедри ендокринології є практична лікувальна, консультативна, діагностична та профілактична робота. Співробітники кафедри щорічно проводять консультації в стаціонарі ендокринологічного відділення та інших відділеннях обласної клінічної лікарні (судинна неврологія, загальна хірургія, торакальна хірургія, нефрологія, гастроентерологія, артрологія), в диспансерному ендокринологічному відділенні поліклініки ОКЛ та клініці ІФНМУ, забезпечують проведення клінічних обходів хворих, беруть участь у консилиумах важких хворих. Безпосередня активна праця працівників кафедри сприяє покращенню ефективності лікування пацієнтів базового відділення — зменшення ліжко-дня, збільшення обсягу додаткових методів обстеження. Наприклад, асистент кафедри І.В. Чернявська регулярно проводить заняття з пацієнтами в школі самоконтролю в ендокринологічному відділенні ОКЛ; огляд пацієнтів у кабінеті діабетичної нейропатії та в кабінеті діабетичної стопи в диспансерному поліклінічному відділенні ОКЛ [32, с. 22-23].

З метою організації ефективної роботи районних ендокринологів, налагодження постійної співпраці та підвищення їх професійного рівня з ініціативи кафедри ендокринології, Асоціації ендокринологів Івано-Франківської області та за сприяння департаменту охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації усіх районних ендокринологів протягом 2015 року забезпечено персональними комп'ютерами — ноутбуками. Завдяки інноваційним технологіям планується здійснення відеозв'язку з районними центрами та проведення науково-практичних конференцій у районах області [32, с. 23-24].

Професорсько-викладацький колектив кафедри ендокринології бере участь у роботі Асоціації ендокринологів України та області (професор Н.В. Скрипник — член президії правління Асоціації ендокринологів України, голова Асоціації ендокринологів Івано-Франківської області; професор В.І. Боцюрко — член правління Асоціації ендокринологів України), медичної секції Прикарпатського відділення Наукового товариства імені Т. Шевченка (професор В.І. Боцюрко, професор Н.В. Скрипник), Українського лікарського товариства, наукової комісії, лікувальної комісії, методичної комісії з терапевтичних дисциплін, методичної ради Навчально-наукового інституту післядипломної освіти університету. Професори і доценти кафедри ендокринології регулярно проводять передатестаційні цикли (ПАЦ) та тематичні удосконалення (ТУ) з ендокринології відповідно до затверджених графіків, беруть участь у роботі атестаційної комісії, організовують та забезпечують роботу кабінету «Школа росту» на базі Обласної дитячої клінічної лікарні, проводять консультації дітей із проблемами фізичного розвитку [32, с. 23]. Працівники кафедри ендокринології ІФНМУ професор Н.В. Скрипник і асистент Т.С. Вацеба з 2016 р. є співробітниками Лікувально-діагностичного центру Святого Луки Івано-Франківського Архієпархіального Управління УГКЦ [73].

На кафедрі ендокринології медичного університету з 2003 р. для лікарів-ендокринологів проводяться передатестаційні цикли за спеціальністю «ендокринологія» для підвищення рівня професійної категорії лікарів-слухачів. Слухачам, які успішно склали іспит, видається свідоцтво встановленого зразка з рекомендацією про присвоєння відповідної кваліфікаційної категорії за спеціальністю «ендокринологія». На базі кафедри ендокринології також проводяться чотири рази на рік заняття тематичного удосконалення лікарів «Вибрані питання ендокринології» для працівників медичного профілю. Із 2015 року розроблено програму для лікарів загальної практики — сімейної медицини: тематичне удосконалення «Питання ендокринології в практиці сімейного лікаря». Навчання на циклах післядипломної освіти проводиться згідно з навчальним планом та уніфікованою програмою передатестаційного циклу за спеціальністю «ендокринологія», затвердженою МОЗ України 17 квітня 2014 р. Із 2003 року на кафедрі ендокринології підвищили свій рівень професійної освіти 989 лікарів-слухачів [64].

Принцип єдності науково-дослідної та лікувально-профілактичної роботи в діяльності кафедри ендокринології знайшов відображення в окремих заходах. Так, у грудні 2015 р. професор Н.В. Скрипник провела презентацію

«Діабетичного атласу», 2016 р. — заявила про впровадження регіональної програми та локальних протоколів для Івано-Франківської області «Регіональний протокол надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вузлові захворювання щитоподібної залози в дорослих (вузловий зоб, рак щитоподібної залози)», а в січні 2017 р. — оголосила на обласній конференції терапевтів про введення в дію на обласному рівні уніфікованого клінічного протоколу первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу [32, с. 25]. Важливу роль у популяризації знань про ендокринні патології, їх лікування та профілактику відіграють організовані кафедрою ендокринології науково-популярні заходи та соціальні проекти: «Зрозуміти діабет та взяти над ним контроль» з нагоди Всесвітнього дня боротьби з цукровим діабетом (12-14 листопада 2015 р., м. Івано-Франківськ), «Університет третього віку для літніх іванофранківців» (1 лютого 2017 р.) та «Науковий пікнік» до Дня міста Івано-Франківська (7 травня 2017 р.) [32, с. 24].

Професорсько-викладацький колектив кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету бере діяльну участь у громадському житті міста та області. Так, професор Н.В. Скрипник є членом Жіночої громади міста, Союзу українок та Івано-Франківського осередку Наукового товариства імені Шевченка, а професор В.І. Боцюрко — голова громадської організації «Комітет з відродження Маріямполь», член правління міської організації ВО «Просвіта» та Івано-Франківського осередку Наукового товариства імені Шевченка [32, с. 25].

Ретроспективний аналіз розвитку кафедри ендокринології переконливо засвідчив наявність тривалої історичної традиції формування професорсько-викладацького колективу, фахової підготовки лікарів-ендокринологів, постійного взаємозв'язку та єдності науково-дослідної, навчально-виховної та практичної лікувальної роботи у формуванні цієї категорії спеціалістів.

Інституційне становлення кафедри ендокринології, формально започатковане заснуванням самостійного курсу 1967 р., було продиктоване передусім практичними потребами організації охорони здоров'я в 50-х рр. На сьогодні «хрестоматійними прикладами», що цитуються в підручниках з ендокринології, стали відомості про «внесок у боротьбу із зобною ендемією на Прикарпатті», йодну профілактику зоба, розробку проблем лікування цукрового діабету та патології щитоподібної залози таких авторитетних науковців та лікарів, як А.А. Гарагаш'ян,

Г.П. Паращак, І.В. Ванджура, В.І. Боцюрко, Н.В. Скрипник [5, с. 24, 28]. Загальноновизнаним є факт успішного розвитку кафедри ендокринології в Івано-Франківському національному медичному університеті, що розглядається нарівні з іншими подібними закладами в Україні [6].

Сучасна ендокринологія, як відзначають науковці, поділяється на цілу низку галузей, серед яких виділяються: молекулярна ендокринологія (вивчає біохімічні та імунологічні основи як нормальної життєдіяльності організму, так і виникнення різної патології); нейроендокринологія; радіаційна ендокринологія. Майбутнє ендокринології обґрунтовано пов'язують із подальшим прогресом вивчення молекулярних і генетичних механізмів розвитку ендокринних захворювань та застосуванням генно-інженерних технологій і генної терапії. Нині вчені інститутів ендокринології успішно вивчають патогенез і лікування цукрового діабету, патогенез і фармакотерапію порушень репродуктивної функції, біохімію гормонів і медіаторів, патологію щитоподібної залози, розробляють методи ендокринної хірургії, порушення функцій гіпоталамо-гіпофізарної системи; біосинтез, механізми дії гормонів в організмі та їх метаболізм; отримання аналогів гормонів та нових гормональних препаратів [26; 33, с. 9].

У цьому процесі постійного еволюційного розвитку ендокринології як спеціальної галузі медичної науки в Україні важливу роль може і повинна відіграти кафедра ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. Науковий потенціал колективу кафедри, що складається з 3 докторів і 5 кандидатів медичних наук, організована ним навчальна, науково-дослідна та лікувально-профілактична робота, дозволяють зробити такий оптимістичний прогноз. Водночас досягнення позитивної перспективи — становлення кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету як наукової школи й одного з провідних центрів розвитку медичної науки та практичної ендокринологічної служби в західному регіоні України — потребує розробки та реалізації комплексної програми розвитку.

На сьогодні варто окреслити декілька пропозицій щодо перспективного розвитку кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету.

Першочерговим завданням кафедри є підвищення рівня сучасних вимог до підготовки висококваліфікованих лікарів, підвищення методичної майстерності науково-педагогічних працівників кафедри; удосконалення організації та забезпечення навчально-виховного процесу; удосконалення методики підвищення ефективності та якості проведення усіх видів на-

вчальних занять; підготовка до захисту кандидатської і докторських дисертацій; проведення організаційної та індивідуальної роботи з науково-педагогічними працівниками, студентами, спрямованої на їх активну участь у навчальному процесі, розвиток професійної культури, дотримання етичних норм, правил внутрішнього розпорядку Університету, забезпечення атмосфери вимогливості, доброзичливості та взаємної поваги в стосунках між працівниками, викладачами і студентами факультету.

У процесі організації навчального процесу співробітникам кафедри необхідно удосконалити організацію клінічних практичних занять з ендокринології, вивчення невідкладних станів з дисципліни «Ендокринологія», розвиток клінічного мислення, займатися постійним тренінгом та вдосконаленням практичних навичок, прагнучи зробити студента учасником процесу надання медичної допомоги пацієнтам від моменту їх госпіталізації, обстеження, встановлення діагнозу, лікування до виписки зі стаціонару.

Особлива увага на кафедрі приділяється організації ефективної підготовки наукових кадрів через відділ клінічної аспірантури за спеціальністю 14.01.14 «ендокринологія», що сприятиме формуванню в перспективі наукової школи ендокринології. З цією метою необхідно забезпечити постійний контроль за виконанням дисертаційних робіт здобувачами, закріпленими за кафедрою, з метою вчасного виконання ними запланованих дисертаційних досліджень.

Одним з елементів підготовки наукових кадрів має бути постійна координація студентського наукового гуртка кафедри ендокринології, позитивні результати роботи якого за останнє десятиліття дали помітні результати; це дозволить сформувати нове покоління наукових кадрів, починаючи зі «студентської лавки», забезпечить наступність у процесі формуван-

ня науковця і лікаря. Перспективним напрямом розвитку наукової роботи є активізація роботи з налагодження міжнародної співпраці кафедри.

З метою покращення підготовки науково-педагогічних кадрів для читання лекцій та проведення занять англійською мовою професорсько-викладацькому складу кафедри продовжити навчання на курсах англійської мови для викладачів та скласти іспит FCE з англійської мови на сертифікат рівня B2.

Колективу кафедри необхідно ширше впроваджувати в навчально-методичний процес та клінічну практику інноваційні технології: застосування методики добового моніторингу рівня глікемії з використанням апарата iPRO та інсулінової помпи Medtronic; пункційну біопсію щитоподібної залози на базі диспансерного ендокринологічного відділення ОКЛ та в центрі пункційної біопсії щитоподібної залози в Івано-Франківському обласному клінічному онкологічному диспансері згідно з графіками роботи; оперативне лікування гормонально-активних пухлин надниркових залоз (феохромоміома, гіперальдостеронізм, синдром Іценка — Кушинга), підшлункової залози (інсулінома) та гіпофіза (акромегалія, хвороба Іценка — Кушинга) на базі ОКЛ; оптимізацію обстеження та лікування хворих на діабетичний гастропарез; діагностику та лікування остеопорозу в жінок у постменопаузальному періоді із цукровим діабетом 2-го типу.

Перспективним напрямком розвитку системи післядипломної освіти та підвищення професійної кваліфікації лікарів на кафедрі ендокринології є дистанційна (в тому числі в режимі on-line) форма навчання, завдяки якій підвищення професійної кваліфікації можливе без припинення робочого процесу, тобто є максимально доступним для кожного спеціаліста.

Список використаної літератури

1. Архів клінічної медицини: Науково-практичний журнал Івано-Франківського національного медичного університету: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://akm.ifnmu.edu.ua/ua/>
2. Бабенко Ірина Георгіївна: біографічна довідка (2017) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 1 с.
3. Біографічний словник професорів та завідувачів кафедр Івано-Франківської державної медичної академії (1945-1995) / За ред. Є.М. Нейка. — Івано-Франківськ, 1995. — 200 с.
4. Бобрикович Ольга Сергіївна: біографічна довідка (2017) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 1 с.
5. Боднар П.М. Історія розвитку ендокринології в Україні // Ендокринологія: підручник для вищих медичних навчальних закладів / П.М. Боднар, Г.М. Михальчишин, Ю.І. Комісаренко та ін.; за ред. проф. П.М. Боднара. — 3-є вид., перероб. і доп. — Вінниця: Нова Книга, 2013. — 480 с.

6. Боднар П.М., Михальчишин Г.П. Розвиток і становлення ендокринології в Україні // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2005. — № 1. — [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/2273> [зчитано: 08.10.2017].
7. Бойчук Т.М., Пешковська Н.В., Ляшук П.М., Леонова М.О. Історія розвитку ендокринології на Північній Буковині // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2013. — № 6 (54). — С. 80-86.
8. Боцюрко Володимир Іванович: біографічна довідка (2017 р.) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 2 с.
9. Боцюрко В.І. Ванджуря Ірина Петрівна // Енциклопедія сучасної України: [електронний ресурс] — режим доступу: http://esu.com.ua/search_articles.php?id=33073 [зчитано: 17.10. 2017].
10. Боцюрко В.І. Віддалені сомато-генетичні ефекти інкорпорованого радіоактивного йоду в осіб із захворюваннями щитовидної залози в умовах ендемічної місцевості [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.13 / Володимир Іванович Боцюрко; АМН України, Ін-т ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка. — К., 1995. — 42 с.
11. Боцюрко В.І. Віддалені сомато-генетичні ефекти інкорпорованого радіоактивного йоду в осіб із захворюваннями щитовидної залози в умовах ендемічної місцевості [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.13 / Володимир Іванович Боцюрко; Івано-Франківська медична академія. — Івано-Франківськ, 1995. — 322 с.
12. Боцюрко В.І. Гарагаш'ян Ара Арменакович (до 100-річчя з дня народження) / В.І. Боцюрко // Ендокринологія: Науково-практичний журнал. — 2002. — Том 7, № 2. — С. 303.
13. Боцюрко В.І. Ендокринологія в схемах і таблицях: Навч. посіб. / В.І. Боцюрко, П.М. Боднар, Г.П. Михальчишин. — Івано-Франківськ: ДВНЗ «ІФНМУ», 2012. — 120 с.
14. В ІФНМУ на кафедрі ендокринології для студентів провели майстер-клас (31.03. 2017 р., 18:24 год) // Фіртка ІФ: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://firtka.if.ua/?action=show&id=128599> [14.07. 2017].
15. Вацеба Тамара Сергіївна: біографічна довідка (2017) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 2 с.
16. Вацеба Тамара. Впровадження новітніх технологій кафедрою ендокринології // Івано-Франківський національний медичний університет: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.ifnmu.edu.ua/uk/strukturi-pidrozdzili-2/kafedry/kafedra-endokrynologhii> [12.07. 2017].
17. Вірменин за національністю, українець за духом (Ара Арменакович Гарагаш'ян): біографічний нарис // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 3 с.
18. Галицький лікарський вісник: Науково-практичний журнал Івано-Франківського національного медичного університету: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://glvisnyk.if.ua/ua/>.
19. Гарагаш'ян А.А. Розвиток охорони здоров'я на Ізмаїльщині: Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. — Ізмаїл — Станіслав, 1955. — 26 с.
20. Гарагаш'ян А.А. Ендемічна зобна хвороба в Станіславській області і боротьба за її ліквідацію: Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. — Харків, 1960. — 27 с.
21. Гарагаш'ян А.А., Парацц П.В. Розквіт охорони здоров'я на радянському Прикарпатті. — К.: Здоров'я, 1972. — 139 с.
22. Гудз Ірина Володимирівна: біографічна довідка (2017) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 1 с.
23. День кафедри ендокринології ІФНМУ: [мультимедійна презентація; Наукова бібліотека ІФНМУ]. — 39 с. // [електронний ресурс] — режим доступу: http://www.ifnmu.edu.ua/images/biblioteka/nashi_resursi/dni_kafedr/endokrinologiya.pdf [зчитано: 17.10. 2017].
24. Дідушко Оксана Миколаївна: біографічна довідка (2017) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 2 с.
25. До ювілею професора Володимира Івановича Боцюрка // Міжнародний ендокринологічний журнал: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/12276> [зчитано: 17.10. 2017].
26. Ендокринологія // Енциклопедія сучасної України: [електронний ресурс] — режим доступу: http://esu.com.ua/search_articles.php?id=17881 [зчитано: 08.10.2017].
27. Ендокринологія. Івано-Франківська обласна клінічна лікарня: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.okl.if.ua/structure/endokrinologiya> [зчитано: 17.10. 2017].
28. Івано-Франківський державний медичний університет / Відп. за вип. Є.М. Нейко; ред. В.І. Боцюрко. — Івано-Франківськ: ІФДМУ, 2005. — 168 с.
29. Івано-Франківський національний медичний університет. Історія. Звершення. Особистості. — К.: Світ Успіху, 2009. — 368 с.
30. Івано-Франківський національний медичний університет // Вікіпедія: [електронний ресурс] — режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/Івано-Франківський_національний_медичний_університет [14.07. 2017].
31. Івано-Франківський національний медичний університет [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.znaimo.com.ua/> [14.07. 2017].
32. Інформація про кафедру ендокринології ІФНМУ (завідувач кафедри Н.В. Скрипник, серпень — вересень 2017 р.) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 27 с.
33. Історія розвитку ендокринології як науки // Залози внутрішньої секреції та обмін речовин: Опорний конспект лекцій / Укладачі: С.Є. Швайко, В.С. Пикалюк, О.Р. Дмитроца, Т.Я. Шевчук, Т.Ф. Поручинська, А.І. Поручинський, Т.С. Комшук. — Луцьк, 2009. — 424 с. — [електронний ресурс] — режим доступу: <http://esuir.eenu.edu.ua/bitstream/123456789/1295/3/2490-1.pdf> [зчитано: 08.10.2017].
34. Кафедра внутрішньої медицини № 1, клінічної імунології та алергології ім. Є.М. Нейка [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.ifnmu.edu.ua/uk/strukturi-pidrozdzili-2/kafedry/kafedra-vnutrishnoi-medysyny-1-klinichnoi-imunologii-ta-alergologii-im-yem-neika> [зчитано: 08.10.2017].
35. Кафедра внутрішньої медицини № 2 та медсестринства. Історія кафедри // ІФНМУ: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.ifnmu.edu.ua/uk/strukturi-pidrozdzili-2/kafedry/kafedra-vnutrishnoi-medysyny-2-ta-medsestrynstva> [зчитано: 17.10. 2017].
36. Кафедра ендокринології: Історія кафедри // Дніпропетровська медична академія: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://406.dsma.dp.ua/home/kafedra/istoria-kafedri> [зчитано: 17.10. 2017].
37. Кафедра ендокринології. Історія кафедри // Івано-Франківський національний медичний університет: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.ifnmu.edu.ua/uk/strukturi-pidrozdzili-2/kafedry/kafedra-endokrynologhii> [зчитано: 12.07. 2017].
38. Кафедра ендокринології: Історія кафедри // Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького: [електронний ресурс] — режим доступу: http://www.meduniv.lviv.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=122&Itemid=159&lang=uk [зчитано: 17.10. 2017].
39. Кафедра ендокринології: Історична довідка // Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика: [електронний ресурс] — режим доступу: <https://nmapo.edu.ua/index.php/uk/terapevtichnij-fakultet/kafedra-endokrinologiji/649-istorichna-dovidka> [зчитано: 17.10. 2017].
40. Кафедра ендокринології: Історія кафедри // Національний медичний університет імені О.О. Богомольця: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://nmu.ua/zagalni-vidomosti/kafedri/kafedra-endokrynologyyi/istoriya-kafedry/> [зчитано: 17.10. 2017].

41. Кафедра ендокринології з дитячими інфекційними хворобами. Історія кафедри // ДВНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава // http://www.umsa.edu.ua/kafhome/endocrinology/kaf_endocrinology_history.html [зчитано: 17.10. 2017].
42. Кафедра ендокринології з курсом післядипломної освіти: Історія кафедри // Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.vnmtu.edu.ua/кафедра-ендокринології> [зчитано: 17.10. 2017].
43. Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології: Погляд у історію кафедри // Буковинський державний медичний університет: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://endos.bsmu.edu.ua/home/istoria-kursu-1> [зчитано: 17.10. 2017].
44. Кафедра клінічної фармакології і фармакотерапії. Історія кафедри // ІФНМУ: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.ifnmu.edu.ua/uk/strukturi-pidrozdzili-2/kafedry/kafedra-klinichnoi-farmakologii-i-farmakoterapii> [зчитано: 17.10. 2017].
45. Кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства // Івано-Франківський національний медичний університет: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.ifnmu.edu.ua/uk/strukturi-pidrozdzili-2/kafedry/kafedra-sotsialnoi-medycyny-orhanizatsii-okhorony-zdorovia-i-medychnoho-pravoznavstva> [зчитано: 08.10.2017].
46. Кафедра фізіології // Івано-Франківський національний медичний університет: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.ifnmu.edu.ua/uk/2-uncategorised?limit=10&start=70> [зчитано: 17.10. 2017].
47. Козлова І.А. Роль інтероцепторів в регуляції обміна мікроелементів (меди, железа и цинка) и сопряженных с ними металло-протеидов [Текст]: автореф. дис. на соиск. ученой степ. к.м.н.: спец. 766 «Нормальная физиология» / ИФГМИ МЗО УССР. — Ивано-Франковск, 1971. — 20 с.
48. Костицька Ірина Олександрівна: біографічна довідка (2017) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 2 с.
49. Ларін О.С., Паньків В.І., Селіваненко М.І., Грачова О.О. Аналіз діяльності ендокринологічної служби України у 2010 році та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2011. — 3 (35): [електронний ресурс] — режим доступу: http://www.mif-ua.com/archive/article_print/17756 [зчитано: 12.07. 2017].
50. Лікар-ендокринолог обласної клінічної лікарні Вікторія Осадчук проходила десятиденне стажування в клініці Інституту клінічної та експериментальної медицини м. Прага (опубл.: 31.08. 2017 р., 17:33 год) // Курс-ІФ: [електронний ресурс] — режим доступу: http://kurs.if.ua/news/frankivska_likarka_proyshla_desyatydenne_stazhuvannya_u_prazi_57364.html [зчитано: 17.10. 2017].
51. Лікування поліневропатії у хворих на цукровий діабет 2 типу / В.А. Гриб, Н.В. Скрипник, Г.М. Ерстенюк, Р.Д. Герасимчук, О.О. Дорошенко, Л.Т. Максимчук. — Івано-Франківськ: Петраш К.Т., 2015. — 384 с.
52. Лінчевський О.В., Черненко В.М., П'ятницький Ю.С., Булах І.Є. Шляхи реформування системи вищої медичної освіти в Україні в сучасних умовах // Медична освіта. — 2017. — № 3. — С. 6-9.
53. Марусин О.В. Клініко-метаболическі особливості перебігу цукрового діабету 2 типу в осіб чоловічої статі та оптимізація лікування з урахуванням патогенетичних факторів: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.04 / Оксана Василівна Марусин; Держ. установа «Ін-т ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України». — К., 2013. — 20 с.
54. На кафедрі ендокринології ІФНМУ впроваджують новітні технології. За матеріалами ІФНМУ (01 листопада 2016 р.) // Галичина: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.galychyna.if.ua/news-ivano-frankivsk/detail/na-kafedri-endokrinologiji-ifnmu-vprovadzhuut-novitni/> [зчитано: 12.07. 2017].
55. Нейко Є.М. Внутрішні хвороби: навч. посібник для студ. мед. вузів III-IV рівнів акредитації / Є.М. Нейко, В.І. Боцюрко. — К.: Здоров'я, 1998. — 527 с.
56. Ноздрюхін, Л.Р. Микроэлементы и атеросклероз [Текст] / Л.Р. Ноздрюхін, Е.М. Нейко, И.П. Ванджур; отв. ред. Л.Л. Орлов. — М.: Наука, 1985. — 223 с.
57. Оленюк Л. У франківському університеті попрощалися з викладачкою, яка померла після важкої хвороби (опубліковано: 05.10. 2017) // Галицький кореспондент: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://gk-press.if.ua/u-frankivskomu-universyteti-proshchalisya-z-vykladachkoju-yaka-pomerla-pislya-vazhkoji-hvoroby/> [зчитано: 17.10. 2017].
58. Осадчук Вікторія Петрівна: біографічна довідка (2017) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 1 с.
59. Пам'яті Ірини Георгіївни Бабенко (опубліковано 04 жовтня 2017) // ІФНМУ: [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.ifnmu.edu.ua/uk/830-ramiati-iryny-heorhiivny-babenko> [зчитано: 17.10. 2017].
60. Парацук А.П. Основний обмін і коливання вмісту вітаміну С в плазмі крові у хворих ендемічним зобом у віковому аспекті: Автореферат на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. — Станіслав, 1959. — 10 с.
61. Парацук А.П. Деякі біохімічні і гістохімічні показники обміну речовин при виразковій хворобі: Автореферат на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук; спеціальність 14.754 — внутрішні хвороби / Київський медичний інститут ім. О.О. Богомольця. — К., 1971. — 34 с.
62. Петровська Ірина Наумівна: біографічна довідка (2017) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 1 с.
63. Пиптюк О.В. Купновицька Ірина Григорівна // Енциклопедія сучасної України: [електронний ресурс] — режим доступу: http://esu.com.ua/search_articles.php?id=51685 [зчитано: 17.10. 2017].
64. Післядипломна освіта кафедри ендокринології // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 2 с.
65. Радиш Я.Ф., Сорока О.Я. Іван Савицький — перший ректор Станіславського медичного інституту (до проблеми державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття) / Я.Ф. Радиш, О.Я. Сорока // Інвестиції: практика та досвід. — 2012. — № 2. — С. 89-94.
66. Ромаш Надія Іванівна: біографічна довідка (2017) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 1 с.
67. Середюк Н.М. Боцюрко Володимир Іванович // Енциклопедія сучасної України: [електронний ресурс] — режим доступу: http://esu.com.ua/search_articles.php?id=37481 [зчитано: 08.10.2017].
68. Скрипник Надія Василівна: біографічна довідка (2017) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 2 с.
69. Скрипник Н.В. Клініко-метаболическі зміни та їх корекція у хворих на інсулінонезалежний цукровий діабет з вторинною сульфаміламідорезистентністю похилого віку: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.02 / Надія Василівна Скрипник; Івано-Франківська держ. медична академія. — Івано-Франківськ, 1997. — 18 с.
70. Скрипник Н.В. Клініко-метаболическі зміни та їх корекція у хворих на інсулінонезалежний цукровий діабет з вторинною сульфаміламідорезистентністю похилого віку [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.02 / Надія Василівна Скрипник; Івано-Франківська держ. медична академія. — Івано-Франківськ, 1997. — 179 с.
71. Скрипник Н.В. Метаболический синдром і гіпотиреоз: патогенетичні взаємозв'язки, діагностика, лікування / Н.В. Скрипник, В.А. Гриб, Т.С. Вацєба. — Івано-Франківськ: Супрун В.П., 2016. — 364 с.
72. Сорока О.Я. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття: дис. ... на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління. Спеціальність 25.00.01 — теорія та історія державного управління. — К., 2015. — 201 с.

73. Спеціалісти Лікувально-діагностичного центру Святого Луки Івано-Франківського Архієпархіального Управління УГКЦ [електронний ресурс] — режим доступу: <http://medcentr.if.ua/spetsialisty.html> [зчитано: 14.07. 2017].
74. Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку): матеріали XIV Всеукр. наук. — практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ (Тернопіль, 18-19 трав. 2017 р.): у 2 т. / Терноп. держ. мед. ун-т імені І.Я. Горбачевського. — Тернопіль: ТДМУ, 2017. — Т. 2. — 392 с.
75. Тронько М.Д., Бальон Я.Г., Самсон О.Я. Історичні аспекти розвитку ендокринології // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2017. — Т. 13, № 3. — С. 219-225.
76. Тронько М.Д., Боднар П.М., Комісаренко Ю.І. Історія розвитку ендокринології в Україні. — К.: Здоров'я, 2004. — 68 с.
77. Устінов О.В. У персональному складі головних позаштатних спеціалістів МОЗ України відбулися радикальні зміни [електронний ресурс] — режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/9363/u-personalnomu-skladi-golovnix-pozashtatnix-specialistiv-moz-ukraini-vidbulisya-radikalni-zmini> [зчитано: 17.10. 2017].
78. Чернявська Ірина Василівна: біографічна довідка (2017) // Архів кафедри ендокринології Івано-Франківського національного медичного університету. — 1 с.

Надійшла до редакції 27.11.2017

HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF ENDOCRINOLOGY AT THE IVANO-FRANKIVSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY FOR 50 YEARS (1967-2017)

N.V. Skrypnyk, V.I. Botsyrko, O.M. Didushko, I.O. Kostitska, T.S. Vatsaba, O.V. Marusyn, I.V. Cherniavska, R.I. Deliatynskyi

Abstract

During the 20th century, the process of origin and formation of endocrinology in Prykarpattia is linked to the development of medicine and organization of healthcare in Ukraine in general and in particular to an evolution of endocrinology from organotherapy and experimental studies up to medical specialty and specialized section in the structure of medical sciences. First steps for the organization of endocrinology service in Stanislav region were done during the first postwar decade (1945-1953) by results of expeditionary researches of endemic goiter in Prykarpattia. Next period (1953-1967) development of studies and medical practice were combined with introducing of endocrinology to the academic process of Stanislav Medical Institute. Origin of endocrinology as an academic discipline happened in Prykarpattia in 1953, when the head of the Chair of Social Hygiene and Healthcare Organization A.A. Harhashian started to teach this course for students of Stanislav State Medical Institute. Actually, the history of future Chair of Endocrinology of modern Ivano-Frankivsk National Medical University started from this. A.A. Harhashian was famous as a grounder of endocrinology service in Ivano-Frankivsk region. In 1951 he organized one of the first antigoiter dispensaries in Ukraine and introduced diagnostics and treatment of thyroid diseases with radioactive iodine. Furthermore, he was an excellent pedagogue, while working in Ivano-Frankivsk Medical Institute as a dean of medical faculty, and later as a vice-rector of educational work. A new stage in the development of endocrinology as an academic and scientific discipline and at the same time the future chair was the organization of a separate course of endocrinology in 1967. Its foundation meant organizational separation of endocrinology in the structure of the medical institute, laid the groundwork for a foundation of a specialized chair in perspective. The first supervisor, head of the course of endocrinology was in Ivano-Frankivsk State Medical Institute in 1967-1981 the Candidate of Medical Sciences, Docent Hanna P. Parashchak (1927-2013). Heading in 1967 the course of endocrinology, Ms. Parashchak formed a course collective, organized its educational, scientific and medical activity. Along with the educational work, the course of endocrinology played a role of a peculiar center for scientific studies of problems of endocrine diseases. In 1970th the head of the course of endocrinology Professor H.P. Parashchak continued the practice of scientific expeditions in mountain districts of Ivano-Frankivsk region. The second head of the course of endocrinology of Ivano-Frankivsk State Medical Institute was in 1982-1985 the Doctor of Medical Sciences, Professor Iryna P. Vandzhura.

A quite new stage in the development of the course of endocrinology in medical institute started in the middle of 1980th years, when in 1985 Volodymyr Botsyrko was elected as a head of the course. While organizing the work of the course of endocrinology in 1985-1996, V.I. Botsyrko focused attention on the formation and scientific and professional growth of the course collective, educational, scientific and medical and preventing activity. In 1997 a quite new stage starts in the development of endocrinology in Ivano-Frankivsk State Medical Academy, linked to a reorganization of the course into an independent chair. At the same time, it was laid on an organizational basis for the development of scientific studies, preparation of narrow specialized physicians and deployment of practical therapeutic and prophylactic work in endocrinology, and in perspective creation of a scientific school of endocrinologists in Ivano-Frankivsk National Medical University. Since September 2014 the Chair of Endocrinology of Ivano-Frankivsk National Medical University has been headed by the Doctor of Medical Sciences, Professor, doctor of higher qualification category Nadiya Skrypnyk. The second head of the chair got a line of new challenges and tasks that needed a solution in nearer and farther perspective. Nowadays collective of the Chair of Endocrinology of Ivano-Frankivsk National Medical University formed in such way: head of the chair, DMedSc Prof Nadiya Skrypnyk; DMedSc Prof Volodymyr Botsyrko; DMedSc Prof Oksana Didushko; CMedSc Docent Nadiia Romash; CMedSc Docent Iryna Kostitska; CMedSc Docent Oksana Marusyn; CMedSc Docent Tamara Vatsaba; Assistant Iryna Cherniavska, Assistant Iryna Hudz.

A top priority task of the modern Chair of Endocrinology is improving modern requirements level for preparation of highly skilled physicians, improving methodical skill of scientific and pedagogical employees of the chair; improvement of organization and providing of educational process; improvement of methodology in improvement of effectiveness and quality of all types of classes; preparation for defending of candidate and doctoral dissertations; providing of organizational and individual work with scientific and pedagogical employees, students, directed at their active participation in the academic process, development of professional culture, observation of ethical norms, rules of the University internal routine, providing an environment of discipline, benevolence and mutual respect in relations between employees, teachers and students of the faculty.

Keywords: Chair of Endocrinology, history of the chair, heads of the chair, development perspectives.

В.О. Мойсеєнко, І.П. Шостка,
Н.В. Тарченко

Національний
медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ

КНИГОЗБІРНІ — ОСНОВА НАШОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ ДУХОВНОСТІ

Резюме

У статті в історичному аспекті подано інформацію про збереження та відновлення співробітниками Національної наукової медичної бібліотеки України книжкових фондів, пошук шляхів поповнення їх новою медичною літературою, покращення умов праці, шлях до надання бібліотеці статусу національної.

Ключові слова

Історія, Національна наукова медична бібліотека України, родина Терещенків, відродження.

Бібліотеки (книгозбірні) — це простір для побудови культурного суспільства. У різні періоди в багатьох країнах світу бібліотеки (церковні та світські, приватні та публічні, університетські та земські) виконували важливу духовну місію — були дзеркалом і пам'яттю народу, основою національної духовності.

Медичні бібліотеки стали центрами бібліотечно-бібліографічного обслуговування медичних працівників. У підвальному приміщенні будівлі на вул. Толстого, 7 у місті Києві (нині — Національна наукова медична бібліотека України) в 1903-1911 рр. була контора мережі цукрових заводів. Після смерті Миколи Артемовича Терещенка керувати усіма справами головної контори почав його син — Олександр Миколайович (фото 1). Він був відомим меценатом. Олександр Миколайович Терещенко виділяв значні кошти на благодійні заходи різним товариствам, зокрема Київському товариству старожитностей та мистецтв, Київській безкоштовній лікарні для чорноробів. У маєтку часто збиралися заможні просвітителі, відомі вчені Університету св. Володимира. Вони матеріально допомагали талановитим студентам отримати вищу освіту, стати відомими вченими. За сприяння Олександра Терещенка на вул. Леонтовича, 3 була відкрита дешева їдальня для студентів.

Після жовтневого перевороту в 1918-1919 рр. майно родини було конфісковано, будинок націоналізовано. Членам сім'ї залишили тільки кімнати на другому поверсі. Нині збереглися сходи, які колись вели до житлових приміщень на другому поверсі (фото 2).



Фото 1. Олександр Миколайович Терещенко

У будівлі крадії ховали картини з розгромлених маєтків, навіть із зібрання О. Мурашка. Сюди заселяли квартиронаймачів, пізніше тут був Рентгенівський інститут, створений у Києві в 1920 р. на базі громадської організації «Рентгендопомога». 21 травня 1923 р. будинок було «закріплено за Губздравом». Із часом Рентгенінститут розмістився і в сусідньому маєтку (вул. Толстого, 9).

За рішенням Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР, 6 листопада 1930 р. була заснована Державна медична бібліотека. Упродовж багатьох років бібліотека не мала власного приміщення. Спочатку її розмістили в Будинку для вчених, директором призначили лікаря В.М. Когана. Працювало лише 2 бібліотекарі, які за рік обслуговували близько 200 медиків. Початковий фонд становив 1500 книг і журналів.



Фото 2. Хол для відпочинку. Сходи ведуть до житлових приміщень (2016 р.)

У 1934 р. бібліотека переміщується в будівлю університетської бібліотеки по вул. Володимирській, 58. Важливим моментом в історії цього закладу було те, що серед перших її читачів були видатні вчені-медики: О.О. Богомолець, М.Д. Стражеско, О.П. Кримов, І.М. Міщенко, Б.М. Маньківський, Д.М. Думбадзе, М.С. Спіров, В.Ю. Чаговець, Д.Ф. Чеботарьов, Я.П. Фрумкін, Н.В. Лауер (Бажан).

На той час тут працювала бібліографом-референтом і здійснювала письмові переклади медичної літератури рідна сестра Лесі Українки — Ольга Петрівна Косач-Кривинюк (псевдонім — Олеся Зірка) — українська письменниця, літературознавець, перекладач, бібліограф, етнограф, лікар за фахом, член катеринославської «Просвіти». Вона закінчила медичний інститут у Петербурзі і володіла шістьма європейськими мовами. Зберігала особисті речі сестер Косач у роки війни, потім передала їх до фонду музею Лесі Українки. Ранньої осені 1943 р. Косачі назавжди змушені були покинути Київ. У спогадах співробітників і читачів медичної бібліотеки Ольга Петрівна Косач-Кривинюк (фото 3) залишилася високоосвіченою, надзвичайно працювитою й відповідальною як працівник, дуже привабливою і доброзичливою жінкою.

У 1939 р. бібліотека стає Республіканським методичним центром бібліотек Правобережної України.

Друга світова війна перервала поступальний розвиток бібліотечної справи в країні. Велику кількість фондів було знищено, багато приміщень зруйновано. Майже 500 тис. примірників довід-



Фото 3. Ольга Петрівна Косач-Кривинюк (1877-1945 рр.)

ково-інформаційного фонду Київської державної медичної бібліотеки згоріло, було знищено каталоги, що мали 840 тис. бібліографічних описів. За п'ять місяців після визволення Києва діяльність закладу було відновлено.

19 серпня 1944 р. згідно з розпорядженням Ради Народних Комісарів УРСР Київська державна медична бібліотека отримала статус республіканської. Спочатку поновила свою діяльність у приміщенні Наркомздоров'я УРСР, потім їй надали 2 кімнати в Рентгенологічному НДІ по вул. Горького, 2.

Активну участь у відродженні бібліотеки в перші дні після визволення Києва брали колишні співробітники, лікарі, медичні установи, бібліотеки країни. Майже 11 тис. томів передав Київський державний університет. Вони дивним чином уціліли під час війни. Допомогала Харківська державна медична бібліотека, яка надіслала понад дві тисячі примірників. Книги і журнали передавали медичні установи Києва. Співробітники бібліотеки боролися за збереження і поповнення фондів, покращення умов для роботи. Значну допомогу надавали Національна бібліотека ім. В.І. Вернадського та Національна парламентська бібліотека. Завдяки цьому впродовж трьох років сформувався сотисячний фонд літератури (фото 4).

Видатними особистостями бібліотечної справи в 1948 р. були директор Республіканської наукової медичної бібліотеки Бурба Олексій Павлович та його заступник Воронова-Горяістова Софія Вікторів-



Фото 4. Зал для розміщення каталогів (2016 р.)

на. Вони працювали до 1955 р. У штаті бібліотеки на той час було 55 співробітників. Остаточне завершення становлення бібліотеки як центру бібліотечно-бібліографічного обслуговування медичних працівників і організаційно-методичного керівництва мережею медичних бібліотек УРСР припадає на другу половину 50-х років, коли установу очолили Ф.Л. Хмара і П.В. Коломієць. Професіонали найвищої кваліфікації, високоосвічені та віддані своїй справі, вони розробили стратегічний план розвитку бібліотеки і мережі медичних бібліотек нашої країни. Завдяки їм у стислий термін було створено ефективну систему методичної допомоги на місцях, організовано обмін досвідом роботи медичних бібліотек різних рівнів, активізовано контроль за їх діяльністю. Мережа охоплювала понад 800 медичних бібліотек УРСР і була найбільшою в колишньому СРСР. Наприкінці 60-х років довідково-інформаційні фонди бібліотеки вже нараховували близько 800 тис. друкованих одиниць, але сама бібліотека продовжувала існувати в непристосованому, напівпідвальному приміщенні житлового будинку по вул. Горького, 19/21. Під книгосховища орендували 13 підвалів у різних місцях Києва (по вулицях Саксаганського, Дарвіна, Заньковецької тощо).

З 1969 р. будівлю на вул. Толстого, 7, яка знаходилася тоді в напівзруйнованому після пожежі стані, було передано Державній науковій медичній бібліотеці УРСР. Кажуть, у той час вже було розроблено проект зведення на місці маєтку висотної адміністративної будівлі на 22 поверхи.



Фото 5. Сейф для зберігання цінностей (2016 р.)



Фото 6. На дверях сейфа збереглася торгова марка австрійської фірми, яка збудувала цей сейф (2016 р.)

Колективу бібліотеки довелося докласти величезних зусиль, аби врятувати від знищення цю перлину архітектури. У 1969-1971 рр. за проектом фахівців інституту «Укрпроектреставрація» було здійснено реставрацію будинку з відновленням його інтер'єрів. Співробітники бібліотеки відновлювали будинок в оригінальному вигляді за малюнками й світлинами, віднайденими в архівах. Вони дбайливо охороняли та продовжують обережно ставитися до апартаментів, меблів, шаф, столів, сейфів та інших предметів, які належали родині Терещенків, як до надзвичайно цінних скарбів (фото 5, 6).

Таким чином, бібліотеки як скарбниці знань та інформації активно впливають на процеси розвитку економіки, науки, освіти, культури. Доказом цього став Указ Президента України № 286/2006 від 03.04.2006 про надання бібліотеці статусу національної, але шлях до цього визнання був тривалим і тернистим.

LIBRARY AS A BASIS OF OUR NATIONAL SPIRITUALITY

V.O. Moyseyenko, I.P. Shostka, N.V. Tarchenko

Abstract

The article presents a historical perspective on the preservation and restoration of book collections by the staff of the National Scientific Medical Library of Ukraine. The ways to replenish the Library funds with new medical literature, the improvement of working conditions and the path of its recognition as the National Library are also discussed.

Keywords: history, National Scientific Medical Library of Ukraine, Tereshchenko family, revival.

<http://www.medkniga.kiev.ua>

GO

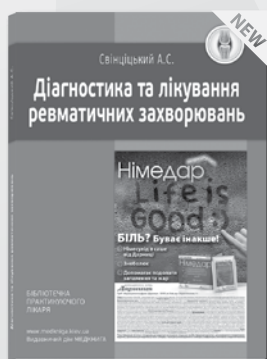
Свінціцький А.С.

Діагностика та лікування ревматичних захворювань

навчальний посібник

У навчальному посібнику представлено класичні та сучасні відомості про етіологію, патогенез, класифікацію, клінічну картину, алгоритми діагностики і лікування ревматичних захворювань.

Видання розраховане на терапевтів, лікарів загальної практики — сімейної медицини, ревматологів, ортопед-травматологів, слухачів курсів спеціалізації та передатестаційних циклів, лікарів-інтернів та студентів старших курсів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації.



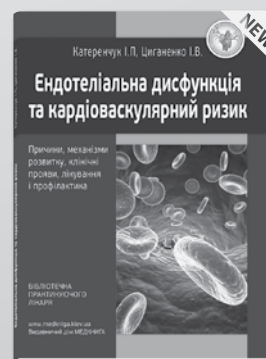
Катеренчук І.П., Циганенко І.В.

Ендотеліальна дисфункція та кардіоваскулярний ризик:

причини, механізми розвитку, клінічні прояви, лікування і профілактика

У монографії висвітлені новітні уявлення про функції ендотелію, процес синтезу ендотелієм біологічно активних речовин, біологічна роль оксиду азоту, проаналізовано фактори, які позитивно впливають на ендотелій.

Детально охарактеризовані умови, що є несприятливими для функціонування ендотелію, визначені провідні механізми розвитку та характеристики ендотеліальної дисфункції, її роль у розвитку кардіоваскулярного ризику.



Гострі та невідкладні стани в неврології: навчальний посібник. Погорелов О.В.	NEW
Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навчальний посібник. Свінціцький А.С.	NEW
Гиперчувствительность к лекарственным препаратам. Руководство для врачей. Кайдашев И.П.	NEW
Инфаркт миокарда — не вырок! Катеренчук И.П.	NEW
Сучасні технології та методи кардіореабілітації. Швед М.І., Левицька Л.В.	
Діагностичні алгоритми в неврології. Яворська Н.П., Гриб В.А., Смілевська В.В., Генік С.І.	
Антимікробна терапія в оториноларингології. Науменко О.М., Задорожня А.Г., Юрочко Ф.Б.	
Актуальна гінекологія: від лікаря до пацієнта. Ткачук Т.Є.	
Клінічне тлумачення і діагностичне значення лабораторних показників у клініці внутрішньої медицини. Катеренчук І.П.	
Краткое пособие к клиническому исследованию больного. Сокол М.С.	
Проблема боли в общеврачебной практике. Лысенко Г.И.	
Діагностика та лікування хвороб нирок. Свінціцький А.С., Мойсеєнко В.О.	
Діагностика та лікування поширених захворювань органів травлення. Свінціцький А.С.	
Избранные вопросы амбулаторной кардиологии. Корниенко С.И.	
Основні синдроми й методи обстеження в пульмонології та фізіотерапії. Тодоріко Л.Д., Бойко А.В.	

Как избежать сердечно-сосудистых катастроф. Коваленко В.В.	NEW
Этюды о природе человека. Мечников И.И.	
Цицурін Федір Степанович: погляд крізь сторіччя. Дземан М.І.	
Мое водолечение. Кнейп С.	
Анатомия стресса. Ганс Селье и его последователи	

Замовити книги можна за телефоном (044) 485-15-86, на сайті www.medkniga.kiev.ua або в книгарнях за адресами:

Вінниця	Магазин «Дім книги», вул. Інтернаціональна, 3/2. Тел. 0-432-65-65-99.
Житомир	Магазин «Світ книг», вул. Київська, 17/1. Тел. 0-412-47-27-52.
Запоріжжя	Книгарня «Медична книга», вул. Сталеварів, 31-Б (ЗДМУ). Тел. 0-612-220-72-27; 0-66-292-43-75.
Івано-Франківськ	Книгарня «Академія», пл. Ринок, 14. Тел. 0-342-77-86-25.
Кропивницький	Магазин «Книжковий світ», вул. Набережна, 11. Тел. 0-522-24-94-64.
Конотоп	Магазин «Книголюб», пл. Миру, 1. Тел. 0-5447-2-35-01.
Лебедин	Магазин «Книголюб», пл. Інтернаціональна, 4-А. Тел. 0-5445-2-12-36.
Луцьк	Магазин «Знання», пр. Волі, 41. Тел. 0-332-77-00-46.
Львів	Магазин «Медична книга», вул. Пекарська, 69-А (хол стоматологічного центру). Тел. 0-32-240-30-45, 0-97-994-78-23. Книгарня «Ноти», пр. Тараса Шевченка, 16. Тел. 0-32-261-19-64. Магазин «Дім книги», пл. Міцкевича, 8. Тел. 0-32-235-70-04.
Миколаїв	Магазин «Будинок книги», вул. Радянська, 3-А. Тел. 0-512-37-29-82. Магазин «Кобзарь», пр. Леніна, 122. Тел. 0-512-55-20-07.
Одеса	Магазин «Бібліомед», вул. Базарна, 61. Тел. 0-97-795-44-84.

Полтава	Книжковий кіоск, вул. Шевченка, 23 (УМКА). Тел. 050-857-97-37.
Рівне	Книгарня «Дружба», Майдан Незалежності, 5. Тел. 0-362-26-15-97.
Ромни	Магазин «Книголюб», вул. Соборна, 8-А. Тел. 0-5448-2-26-44.
Суми	Супермаркет «Книголюб», вул. Козацький Вал, 1. Тел. 0-542-22-53-00.
Тернопіль	Магазин «Дім книги», вул. Й. Сліпого, 1. Тел. 0-352-43-03-71. Магазин «Дім книги», вул. Коперніка, 19. Тел. 0-352-43-01-39.
Ужгород	Магазин «Книги», пр. Свободи, 3. Тел. 0-50-673-47-02.
Харків	Книжковий магазин, вул. Корчагинців, 58 (ХМАПО). Тел. 0-66-749-75-22. Магазин «Учбова книга», вул. Декабристів, 22. Тел. 0-552-22-26-10.
Херсон	Магазин «Учбова книга», вул. І. Кулика, 135. Тел. 0-552-34-22-90. Магазин «Учбова книга», вул. 40-річчя Жовтня, 27, 1-й поверх (ХДУ).
Хмельницький	Магазин «Книжковий світ», вул. Подільська, 25. Тел. 0-382-70-45-45.
Черкаси	Магазин «Дім книги», вул. Грушевського, 50. Тел. 0-382-70-40-04.
Чернівецький	Магазин «Світ», вул. Байди Вишневецького, 38. Тел. 0-472-36-03-37.
Чернівці	Магазин «Луцаферул», вул. Ольги Кобилянської, 39. Тел. 0-67-372-33-09.
Чернівці	Магазин «Підручники», вул. Воробського, 29. Тел. 0-462-61-40-21.
Шостка	Магазин «Книголюб», вул. Комуністична, 1. Тел. 0-5449-7-07-66.



Німецько-Український конгрес «ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ГІНЕКОЛОГІЇ»

Вищий пілотаж у гінекології.

- ✓ Єдиний конгрес без занудних тем.
- ✓ Працюючі інструменти.
- ✓ Досвід європейських та національних спікерів.

25-26 квітня 2018 року, м. Київ

- Уперше в Україні Німецько-Український конгрес «Інноваційні технології в гінекології» поєднає професіоналів медицини кращих клінік Німеччини та України.
- Челенджові технології чекають на тих, хто прагне чи створив власну клініку.

Як хедлайнери лекційних блоків та практичних сесій виступатимуть: віце-президент Європейської асоціації з гінекологічної онкології (ESGO), президент Австрійського товариства кольпоскопії, головний лікар Університетської гінекологічної клініки м. Фрайбурга, доктор медичних наук, професор Геральд Гітч та провідний онкомамолог Німеччини, доктор медичних наук, професор Талія Ербес.

Основні напрями конгресу:

1. Імплементация реконструктивних технологій у гінекології та естетичній медицині.
2. Міждисциплінарні питання хірургічної гінекології та інтимного здоров'я.
3. Створення власного бренду в медицині.
4. Сучасна мамологія: від основ до «HiTech».
5. Створення приватної гінекологічної клініки «під ключ». Поради експертів.

Під час Німецько-Українського конгресу «Інноваційні технології в гінекології»:

- ◆ Познайомитесь із тенденціями розвитку сучасної акушер-гінекологічної допомоги від Фрайбурзької університетської клініки, що започаткувала гінекологічні школи в усьому світі!
 - ◆ Дізнаєтесь про європейські інноваційні технології в реконструктивній гінекологічній хірургії.
 - ◆ Познайомитесь зі світовим досвідом лікування найвибагливіших пацієнтів (зірки естради, шейхи, світові політичні лідери).
 - ◆ Навчитесь створювати власний бренд для заохочення потенційних клієнтів, у тому числі VIP-сегмента.
 - ◆ Отримаєте прикладні інструменти для створення власної клініки з нуля.
 - ◆ Обміняєтесь досвідом та отримаєте можливість вільного спілкування зі світовими лідерами в сучасній гінекології.
- У програмі для учасників також передбачена учасників шоу-програма та лото преференцій.

З повагою,
Президент Конгресу
проф. М.В. Макаренко

Організатори
НМУ ім О.О. Богомольця
Фрайбурзька університетська клініка Promo Science Hunt&Get

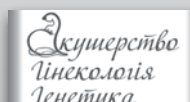
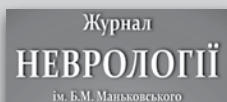
З питань участі в конгресі звертайтеся за номером телефону +380504643831 та e-mail yuriy@medcards.com.ua
www.gynestetic.com.ua

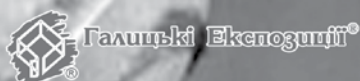
Безкоштовна передплата на електронну версію журналу

ШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Для того, щоб оформити БЕЗКОШТОВНУ передплату на електронну версію будь-якого журналу Видавничого дому «МЕДКНИГА», необхідно:

1. Надіслати свій e-mail на нашу електронну адресу med_peredplata@ukr.net
2. Вказати назву журналу, який би Ви хотіли отримувати:
 - «Практикуючий лікар»
 - «Акушерство. Гінекологія. Генетика»
 - «Ендокринологія»
 - «Журнал Неврології» ім. Б.М. Маньковського
3. Вказати Ваше прізвище, ім'я та спеціальність.
4. Вказати Ваш контактний номер телефону.





2018

ЛЬВІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

17-19 квітня

ПАЛАЦ МИСТЕЦТВ
(вул.Коперника, 17)



24

МЕДИЧНА ВИСТАВКА

«ГалMED»

ЗА ПАТРИМКИ:

- Міністерства охорони здоров'я України
- Департаменту охорони здоров'я ЛОДА

ОРГАНІЗАТОРИ НАУКОВИХ ЗАХОДІВ:

- Українська Асоціація по вивченню болю
- Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
- Українська Асоціація медичного туризму
- Львівська обласна Асоціація фізичної терапії
- Українське лікарське товариство у Львові
- Львівський державний університет фізичної культури
- Львівський обласний центр здоров'я

ПАРТНЕРИ ФОРУМУ:

ЮРІЯ·ФАРМ

ПАРТНЕР ВИСТАВКИ:



Генеральний інформаційний партнер:

УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Генеральний телепартнер:



Інформаційні партнери:



ОРГАНІЗАТОР ФОРУМУ:

Гал-ЕКСПО®

АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
тел.: (032) 2971369, 2970628

ТЕМАТИЧНІ РОЗДІЛИ:

- Лікувальне, діагностичне та реабілітаційне обладнання
- Лабораторна техніка медицина
- Медичні прилади та інструменти
- Засоби реабілітації та товари для людей з обмеженими можливостями
- Медичний туризм
- Фармацевтичні препарати
- Сучасна клініка та послуги
- Засоби санітарії та дезінфекції
- Лікувальна косметика

В рамках виставки:

- IV спеціалізована експозиція «Реабілітація»
- IV спеціалізована експозиція «Медичний туризм»

Наукові заходи Форуму:

- 17 квітня Науково-практична конференція «Сучасна онкологія в еру скринінгових програм»
- 18 квітня Науково-практична конференція «Сучасні аспекти в комплексному підході до фізичної реабілітації»
- 19 квітня Практичний майстер-клас по новітнім технологіям в галузі реабілітації

www.galexpo.com.ua/galmed
www.facebook.com/Lviv.Medical.Forum/

Міністерство охорони здоров'я України
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
ВГО «Українська Асоціація сімейної медицини»
ГО «Асоціація сімейних лікарів Тернопільської області»
Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики — сімейної медицини
Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА

**Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, РАЦІОНАЛЬНОЇ
ФАРМАКОТЕРАПІЇ, ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ
В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ»**

22-23 лютого 2018 року

м. Тернопіль

ВЕЛЬМИШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Оргкомітет науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання діагностики, лікування, раціональної фармакоterapiї, диспансеризації та реабілітації в практиці сімейного лікаря» має честь запросити Вас взяти участь у її роботі.

НАУКОВА ПРОГРАМА:

1. Актуальні питання роботи сімейного лікаря у світлі реформування первинної медико-санітарної допомоги.
2. Сучасні підходи до діагностики та лікування найбільш поширених захворювань внутрішніх органів у практиці сімейного лікаря.
3. Хірургічні, травматологічні, педіатричні та акушерсько-гінекологічні аспекти в сімейній медицині.
4. Нові напрямки в розробці та застосуванні медикаментозних і немедикаментозних методів лікування в сімейній медицині.
5. Форум молодих учених за фахом «загальна практика — сімейна медицина» (23.02.2017).

Форма участі: усна доповідь, стендова доповідь, вільний слухач

Матеріали конференції будуть надруковані на сторінках фахового науково-практичного журналу «Здобутки клінічної і експериментальної медицини».

Опублікувати матеріали на конференцію можна виключно через систему OPEN CONFERENCE SYSTEMS. <http://conference.tdmu.edu.ua>

Інструкція щодо подачі матеріалів та участі в науковій конференції https://docs.google.com/document/d/1CCV1c4-frOf9Fm8D5RbsLVB9YAR7p_QbnBX9BKcputM/edit

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ УЧАСНИКІВ:

Місце проведення конференції: ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», за адресою: адміністративний корпус медичного університету, майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001.

Контактні телефони:

+38(0352) 26-81-55 — кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики — сімейної медицини, E-mail: pmsd-ter@ukr.net
тел./факс: +38(0352) 52-04-79 — науковий відділ (організація наукових форумів), керівник — Оксана Шевчук, фахівець — Т.О. Бісовська, E-mail: petrishin_nt@tdmu.edu.ua
Відповідальний за друк матеріалів конференції
Рябоконь Світлана Степанівна — тел. +38(098) 881-55-45

Адреса оргкомітету:

«Актуальні питання діагностики, лікування, раціональної фармакоterapiї, диспансеризації та реабілітації в практиці сімейного лікаря»

Науковий відділ, майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна. WEB-САЙТ: www.tdmu.edu.ua



Міністерство охорони здоров'я України та ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» запрошують взяти участь у роботі **Сьомої щорічної науково-практичної конференції з міжнародною участю «СУЧАСНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ НЕВРОЛОГІЇ»**, що відбудеться 13-15 березня 2018 р. у с. Паляниця, Буковель (м. Яремче, Івано-Франківська область), відповідно до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій на 2018 р.

Запрошуємо взяти участь у конференції фахівців-неврологів, нейрохірургів, психіатрів і всіх бажаючих.

У рамках конференції будуть розглянуті такі питання:

1. Автоімунні захворювання та нейроінфекції.
2. Біль у неврології.
3. Судинні та дегенеративні захворювання нервової системи.
4. Захворювання периферичної нервової системи; диференціальна діагностика та лікувальна тактика.
5. Інтенсивна терапія в неврології.
6. Головний біль.
7. Пароксизмальні стани та епілепсія, діагностика та лікування.
8. Хвороба Паркінсона.

Під час конференції будуть заслухані доповіді провідних українських і зарубіжних експертів з питань неврології та нейрохірургії, відбудуться практичні майстер-класи, клінічні розбори й контраверсії.

Науково-практична конференція відбудеться в конференц-залі готельного комплексу Radisson Blue Resort, Bukovel (с. Паляниця, м. Яремче, Івано-Франківська область, Україна).

Довідки з питань наукової програми конференції, вимог до матеріалів для публікацій, електронної реєстрації, розміщення в готелях, організації подорожі можна одержати на сайті <http://armed.org.ua/bukovel2018>

або за телефонами:

з питань наукової програми, вимог до матеріалів для публікації:

(067) 676-71-17 — к.м.н., доцент Дорошенко Олександр Олександрович;

з питань реєстрації, розміщення в готелях, організації подорожі:

(097) 367-98-76 — директор ГО «АРМЕД» Громадська Марія Євгенівна.

(Див. також стор. 91)



ДО УВАГИ МОЛОДИХ УЧЕНИХ!!!

Запрошуємо Вас взяти участь у конкурсі на найкращу наукову роботу в галузі неврології та нейрохірургії.

Нагорода переможцю — безкоштовна реєстрація на XII світовий конгрес «Контроверсії в неврології», який відбудеться 22-25 березня 2018 року у Варшаві (Польща).

Переможця буде оголошено під час роботи **Сьомої науково-практичної конференції «СУЧАСНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ НЕВРОЛОГІЇ»**, яка проходитиме в Буковелі 13-15.03.2018 року (детальніше на: armed.org.ua).

Найкращі роботи друкуватимуться в «Журналі неврології ім. Б.М. Маньковського» та в журналі «Практикуючий лікар», планується також вихід додатків із тезами до цих журналів.

До конкурсу приймаються роботи молодих учених України віком до 35 років.

Вимоги до матеріалів:

- структура роботи: назва роботи, місце роботи авторів (ВНЗ, кафедра або лікувальний заклад, відділення, місто), актуальність, мета, матеріали й методи дослідження, висновки та перспектива подальших досліджень;
- оформлення: 14 кегль; жирним і курсивом не виділяти; поля: верх — 2 см, низ — 2 см, зліва — 3 см, справа — 1 см; відстань між рядками — 1 см; обсяг роботи — до 3 сторінок машинопису; УДК, ПІБ автора(-ів), адреса для листування (e-mail).

Роботи надсилайте до 15 лютого на адресу: e-mail nevrolog_iv@ukr.net

Бажаємо всім успіху!

Нехай переможе найкращий!

*Оргкомітет Сьомої науково-практичної конференції
«Сучасні аспекти клінічної неврології»*

www.iem.net.ua/association
www.fb.com/EndoSchool
www.lavconsult.com.ua
e-mail: endoschool@ukr.net
+38 044 33 77 951

Науково-освітній проект ШКОЛА ЕНДОКРИНОЛОГА

2018

Щорічний цикл регіональних заходів

НАУКОВІ ОРГАНІЗАТОРИ ПРОЕКТУ:

Асоціація ендокринологів України

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин

ім. В.П.Комісаренка НАМН України» (м.Київ)

Кафедра ендокринології НМАПО ім. П.Л.Шупика

ТЕХНІЧНИЙ ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ПАРТНЕР:

«LAV CONSULT»

ФОРМАТ:

інтерактивні лекції, розгляд
клінічних випадків, майстер-класи

ФАХ УЧАСНИКІВ:

ендокринологи, сімейні лікарі,
неврологи, хірурги

ШКОЛА ЕНДОКРИНОЛОГА-2018:

- лютий м. Київ
- квітень м. Ужгород
- червень м. Львів
- вересень м. Вінниця
- листопад м. Чернівці

EndoSchool