

Міжнародний медико-філософський журнал

# ІНТЕГРАТИВНА АНТРОПОЛОГІЯ

INTEGRATIVE ANTHROPOLOGY  
International Medical and Philosophical Magazine



№ 1 (13)  
2009



Міжнародний медико-філософський журнал  
**ІНТЕГРАТИВНА  
АНТРОПОЛОГІЯ**  
INTEGRATIVE ANTHROPOLOGY  
International Medical and Philosophical Magazine

**Засновник**

**Одеський державний медичний університет**

**Головний редактор**

Академік АМН України,  
лауреат Державної премії України  
**В. М. ЗАПОРОЖАН**

**Редакційна колегія**

М. Л. Аряєв  
О. К. Асмолов  
Ю. І. Бажора (*заст. гол. редактора*)  
В. С. Бітенський  
Л. С. Годлевський  
Т. В. Дегтяренко  
І. В. Єршова-Бабенко  
Н. О. Каравацька (*відповідальний секретар*)  
В. Й. Кресюн  
О. О. Мардашко  
В. І. Подшивалкіна  
І. Й. Сейфуліна

**Редакційна рада**

Ольга Астаф'єва (*Росія*)  
Олена Вальдман (*Росія*)  
Юрій Вороненко (*Україна*)  
Микола Головенко (*Україна*)  
Ігор Гук (*Австрія*)  
Джуліано Ді Бернардо (*Італія*)  
Ірина Добронравова (*Україна*)  
Казимир Імієлінські (*Польща*)  
Віталій Кордюм (*Україна*)  
Сергій Максименко (*Україна*)  
Спірос Маркетос (*Греція*)  
Василь Пішак (*Україна*)  
Джеймс Сміт (*США*)  
Стефан Д. Трахтенберг (*США*)  
Деніс Уїтлі (*Велика Британія*)  
Рольф Цинкернагель (*Швейцарія*)  
Євген Чазов (*Росія*)  
Віктор Чупіна (*Румунія*)

---

---

*Зміст*

---

---

*Contents*

---

*Патологічні стани  
й сучасні технології*

---

*Pathological States  
and Modern Technologies*

Г. Ф. Генделека  
Застосування фізичного  
навантаження для лікування  
цукрового діабету 2 типу  
на засадах доказової медицини

G. F. Gendeleka  
The Application of  
Physical Activity for Treatment  
of Type II Diabetes Mellitus According  
to Principles of Evidence-Based Medicine

4

Г. Б. Щербина  
Вплив оперативного доступу  
при виконанні гістеректомії  
на психоемоційний стан пацієнток  
з передраковими захворюваннями  
і раком ендометрія ранніх стадій

G. B. Shcherbina  
The Influence of Operative Access  
in Hysterectomy on the Psychoemotional  
Status of Patients with  
Precancer Diseases and Early  
Endometrial Cancer

8

Р. Й. Лекан  
Повна корекція атрезії  
легеневої артерії з дефектом  
міжшлуночкової перегородки типу А:  
розгляд підходів у реконструкції  
вихідного тракту правого шлуночка

R. Y. Lekan  
Complete Correction  
of the Pulmonary Atresia  
with Ventricular Septal Defect Type A:  
Consideration of Approaches of Right Ventricular  
Outflow Tract Reconstruction

11

О. В. Коноваленко, В. Й. Кресюн  
Ефективність помпової  
інсулінотерапії з глюлізином  
у хворих на цукровий діабет

O. V. Konovalenko, V. Y. Kresyun  
Efficiency of Pump  
Insulin Therapy by Glulisine  
in Patients with Diabetes Mellitus

15

М. М. Матяш  
Застосування надвисоких частот  
електромагнітного випромінювання  
для лікування депресивних розладів  
у хворих на травматичну  
енцефалопатію

M. M. Matyash  
Use of Extremely High Frequency  
Electromagnetic Therapy  
in Treatment of Neurotic Disorders  
in Patients with Traumatic  
Encephalopathy

17



О. О. Старець, Н. В. Котова  
Комплексний мультидисциплінарний  
підхід як підгрунтя проведення  
профілактики передачі ВІЛ від матері  
до дитини та ведення  
ВІЛ-інфікованих дітей 22

O. O. Starets, N. V. Kotova  
Complex Multidisciplinary  
Approach as the Base of Prevention  
of Mother-to-Child Transmission  
of HIV and Management  
of HIV-Infected Children

В. Г. Шутурмінський  
Визначення стоматологічного статусу  
хворих, які користуються частковими  
знімними протезами з різних пластмас  
із використанням комплексного  
інтеграційного індексу 26

V. G. Shuturminskiy  
The Determination of Dental Status  
of the Patients who Use Partial  
Removable Protheses Made  
of Different Plastics with the Use  
of the Complex Integrated Index

---

### *Соціальні та екологічні аспекти існування людини*

---

### *Social and Ecological Aspects of Human's Existence*

С. К. Кулішов,  
Н. Г. Третяк, Т. І. Шевченко,  
С. І. Сорокіна, І. П. Кудря  
Впровадження світового досвіду  
навчання, креативного мислення  
як засіб боротьби за ринки збуту  
навчальних послуг  
із внутрішньої медицини 30

S. K. Kulishov,  
N. G. Tretyak, T. I. Shevchenko,  
S. I. Sorokina, I. P. Kudrya  
Introduction of World's Skill  
of Education, Creative Thinking  
as a Method of Struggle  
for Students' Commodity Markets  
of Educational Services in Internal Medicine

О. Г. Юшковська  
Фізичне виховання студентської молоді.  
Проблеми та перспективи 34

O. G. Yushkovska  
Physical Education of Students.  
Problems and Prospects

Ф. Д. Євчев, В. В. Гаєвський  
Вплив техногенних факторів  
на збільшення захворюваності  
на рак верхніх дихальних шляхів  
в Одеській області. Повідомлення 1 39

F. D. Yevchev, V. V. Gayevsky  
Influence of Technogenic  
Factors on Increase of Morbidity  
of Upper Airways Cancer  
in the Odesa Region. Report 1

Л. Г. Засипка, Ю. М. Ворохта  
Позитивістська парадигма  
в еколого-гігієнічних  
дослідженнях 42

L. G. Zasyпка, Yu. M. Vorokhta  
Positivistic Paradigm in  
Ecological and Hygienic  
Researches

---

### *Людина і суспільство*

---

### *Person and Society*

І. В. Голубович  
Біографія як соціокультурний  
феномен: методологія аналізу  
в гуманітарному знанні 47

I. V. Golubovich  
Biography as a Social  
and Cultural Phenomenon: Methodology  
of Analyzes on Humanities

Ю. К. Васильєв  
Із історії створення  
Одеської бактеріологічної станції  
(до 150-річчя з дня народження  
М. Ф. Гамалєї) 54

Yu. K. Vasilyev  
Extracts from the History of Foundation  
of the Odesa Bacteriologic Station  
(to the 150th Anniversary  
of M. F. Gamaleya)

О. І. Білявський, О. Л. Холодкова  
Микола Іванович Пирогов  
в Одесі 57

O. I. Bilyavskiy, O. L. Kholodkova  
Mykola Ivanovych Pyrogov  
in Odesa



М. М. Пустовойт  
Особливості «життєвої кривої»  
жінок з психічними розладами  
в інволюції

М. М. Pustovoyt  
Specifications of the "Life Curve"  
of Women with the Mental Disorders  
in the Involution

64

Друкується за рішенням Вченої ради Одеського державного медичного університету  
Протокол № 4 від 18.12.2008 р.

**До відома авторів!**

Постановою Президії ВАК України № 2–05/5 від 08 червня 2005 р. журнал «Інтегративна антропологія» включено до переліку видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт з медицини.

© Інтегративна Антропологія, 2009

<p><b>Адреса редакції:</b> 65082, Україна, Одеса, Валіховський пров., 2</p> <p><b>Телефони:</b> (048) 728-54-32 (048) 723-54-58 (048) 723-29-63 (048) 723-49-59</p>	<p>Редактор випуску <b>В. М. Попов</b></p> <p>Літературні редактори і коректори <b>Т. М. Ананьєва, А. А. Гречанова, Р. В. Мерешко, О. В. Титова, О. М. Фащевська, К. М. Цвигун</b></p> <p>Художній редактор <b>О. А. Шамшуріна</b></p> <p>Комп'ютерний дизайн, оригінал-макет <b>В. М. Попов, О. А. Шамшуріна, А. В. Попов</b></p> <p>Поліграфічні роботи <b>І. К. Каневський</b></p>
<p>Журнал зареєстровано у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України. Свідоцтво про реєстрацію <b>КВ № 4802</b>. Передплатний індекс 08210.</p> <p>Підписано до друку 03.06.2009. Формат 60x84/8. Папір письмовий. Обл.-вид. арк. 13,0. Тираж 150. Зам. 1252. Видано і надруковано Одеським державним медичним університетом. 65082, Одеса, Валіховський пров., 2. Свідоцтво ДК № 668 від 13.11.2001.</p>	

УДК 616.379-008.64-08.357

Г. Ф. Генделека, д-р мед. наук, проф.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 616.379-008.64-08.357

Г. Ф. Генделека

### **ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ПРИНЦИПАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

Во многих рандомизированных контролируемых исследованиях отмечена позитивная роль физической нагрузки в рамках модификации образа жизни при лечении сахарного диабета (СД) 2 типа. Рекомендации Американской диабетической ассоциации по использованию длительных нагрузок свидетельствуют: минимальная потребность в нагрузке составляет 150 мин/нед. — из расчета три дня занятий в неделю, два дня — перерыв. Пропаганда увеличения физических нагрузок в рамках модификации образа жизни должна проводиться постоянно, а повышение физической активности вместе с гипокалорийной диетой — неотъемлемая составляющая лечения СД 2 типа.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, физическая нагрузка, доказательная медицина.

UDC 616.379-008.64-08.357

G. F. Gendeleka

### **THE APPLICATION OF PHYSICAL ACTIVITY FOR TREATMENT OF TYPE II DIABETES MELLITUS ACCORDING TO PRINCIPLES OF EVIDENCE-BASED MEDICINE**

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

A number of randomized controlled researches underline a positive role of physical activity in order to modify the life style in treatment of type II diabetes mellitus.

The American Diabetic Association recommends to use the long-term loadings as follows: a minimal need in the loading is 150 min/week — three days of exercises a week, two days are free. Popularization of increasing in physical activity in order to modify the life style should be carried out constantly and intensification of physical activity along with hypocaloric diet is an integral part of treatment of type II DM.

**Key words:** type II diabetes mellitus, physical exercise, evidence-based medicine.

### **Вступ**

Кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу в сучасних цивілізованих країнах стрімко зростає. Тимчасом як поширеність ЦД серед населення у 50-ті роки минулого століття становила менше 0,5 %, сьогодні вона досягає 5 % і більше. Цукровий діабет 2 типу належить до хвороб благополучних і ситих країн, яким притаманні гіперкалорійне харчування і значна гіподинамія, що призводять до ожиріння.

Сучасні рекомендації національних і міжнародних професійних товариств із модифікації способу життя при ЦД 2 типу включають як поради зміни харчових звичок, так і пропаганду активізації фізичного навантаження при лікуванні та профілактиці цього захворювання. Спорт і фізичні навантаження визнані позитив-

ними чинниками збереження здоров'я населення та запобігання хронічним захворюванням. Проте лише 46 % західних і 30 % східних німців у віці 18–19 років дотримуються такого способу життя. Вже після 50-річного віку частка прихильників зменшується як на заході, так і на сході країни нижче 20 %. Особливо значного зменшення зазнає частка фізично активних жінок — вона ледь сягає 10 % [10]. Великі контрольовані дослідження останніх років переконливо засвідчують позитивний вплив модифікації способу життя, а саме: збільшення фізичної активності та зміни харчових звичок — для запобігання ЦД 2 типу. Актуальний метааналіз чітко підтвердив значення фізичного навантаження як одного із найбільш ефективних інтервенційних втручань для лікування і профілактики ЦД 2 типу.

## Патофізіологія периферичної інсулінорезистентності

Епідеміологічні дані переконливо доводять, що розвиток ЦД 2 типу тісно пов'язаний з надмірною масою тіла й ожирінням. З одного боку, близько 90 % хворих на ЦД 2 типу страждають на ожиріння, а з другого — тільки у 20–25 % усіх огрядних осіб розвиваються ЦД 2 типу та інсулінорезистентність (ІР). Отже, ожиріння не є єдиною патогенетичною причиною. Уже давно відомо, що важливу роль відіграє характер розподілу жирової тканини в організмі, тобто тип ожиріння. У виникненні ІР і ЦД 2 типу особливе значення належить метаболічно активній інтраабдомінальній жировій тканині. Це проявляється зменшенням диференціювання абдомінальних адипоцитів, що призводить до зниження ємності адипоцитів і збільшення ліполізу, тобто пришвидшенню процесу мобілізації жиру [1; 2]. Цей процес супроводжується посиленням синтезу у печінці ліпопротеїдів дуже низької щільності, їх секрецією у кров, а також збільшенням вмісту у плазмі крові тригліцеридів і вільних жирних кислот. Внаслідок зниження здатності абдомінальних адипоцитів акумулювати жирні кислоти для синтезу тригліцеридів як депо, жир посилено нагромаджується поза жировими депо в інших органах і тканинах.

За допомогою біопсії та магнітно-резонансної спектроскопії однозначно встановлено, що збільшення внутрішньоклітинного нагромадження тригліцеридів у хворих з ІР і ЦД 2 типу призводить до ослаблення інсулінопосередкованої сигнальної трансдукції з відповідним зменшенням транслокації ГЛЮТ-4 до сарколеми. Наслідком цього процесу є зменшення асиміляції глюкози і, відповідно, нагромадження глікогену. Оскільки скелетна мускулатура є основним місцем асиміляції глюкози (60–70 %), то порушення її поглинання м'язами найбільшою мірою впливає на розвиток ІР. Посилене внутрішньом'язове нагромадження тригліцеридів призводить до того, що зменшується утилізація жирних кислот мітохондріями. Наслідком усіх цих процесів є редукція активності ферментів циклу трикарбонових кислот у м'язах хворих на ЦД 2 типу [4; 7]. Також встановлено, що окиснення жиру при ЦД 2 типу помітно зменшується, а обмін речовин у м'язових клітинах при ЦД 2 типу спрямований на нагромадження та рестерифікацію жирних вільних кислот замість окиснювального фосфорулювання [6].

Клінічне значення нагромадження внутрішньом'язового жиру переконливо доведено у пацієнтів, хворих на ЦД 2 типу [11; 16]. Уже в юнацькому віці у цих осіб відзначається 30 % зниження чутливості до інсуліну. Водночас відзначено підвищення концентрації жирних кислот більш ніж на 80 %. Порівняно з контрольною групою

осіб без сімейного анамнезу за ЦД 2 типу, на ранній стадії не встановлено підвищення концентрації так званих адипокінів, а саме ІЛ-6, ФНП- $\alpha$  чи адипонектину. Навпаки, виявлено чітке порушення регуляції внутрішньоклітинного обміну жиру в напрямку зниження його мітохондріального окиснювального фосфорулювання [11]. Все вищенаведене свідчить про те, що внутрішньом'язова акумуляція жиру (тобто тригліцеридів) фактично є тригерним механізмом розвитку ІР.

### Фізична активність та інсулінорезистентність

За допомогою фізичного навантаження шляхом різних метаболічних і структурних адаптаційних механізмів саме на ранніх стадіях можна значно зменшити ІР. Тривале фізичне навантаження підвищує редуковану потужність окиснення жирів у хворих на ЦД 2 типу. Посилення окиснення жирів встановлено у більшості досліджень як у післяабсорбційній фазі у стані спокою, так і впродовж власне фізичного навантаження. Після тривалого фізичного навантаження у хворих на ЦД 2 типу збільшуються витривалість і максимальне споживання кисню.

У метааналізі, виконаному N. Boule et al. (2001), встановлено вірогідну кореляцію між збільшенням споживання кисню і зниженням глікозильованого гемоглобіну ( $R=0,71$ ) [3]. На клітинному рівні також відзначалося збільшення потужності мітохондріальної окисної системи та потужності трансмембранних і внутрішньоклітинних білків-транспортерів жирних кислот.

За допомогою цих процесів відбувається як включення в обмін речовин жирних кислот плазми крові, так і збільшення утилізації тригліцеридів, нагромаджених всередині мускулатури. Відповідно до результатів багатьох досліджень, встановлено зменшення внутрішньом'язового пулу тригліцеридів й асоційоване з цим збільшення поглинання глюкози м'язами [5].

Проте в деяких дослідженнях це не дістало підтвердження. Протилежна гіпотеза проголошує, що значне фізичне навантаження призводить до збільшення внутрішньом'язового жиру у вигляді тригліцеридів. На підтвердження цього наводиться той факт, що у спортсменів внутрішньом'язовий пул тригліцеридів відіграє роль активного акумулятора енергії, який постійно бере участь в обміні речовин як енергоносіє. За допомогою електронної мікроскопії вдалося визначити, що жирове депо у тренуваних спортсменів розташовується прямо біля «цільових органел», тобто мітохондрій, тимчасом як при ЦД 2 типу акумульований пул тригліцеридів знаходиться на периферії клітин. Енергетичне значення внутрішньом'язового нагромадження жиру у спортсменів і при ЦД 2 типу підтверджує також структура м'язових волокон. У тренуваних спортсме-

нів відзначається більш висока пропорція м'язових волокон I типу порівняно з нетренованими особами та хворими на ЦД 2 типу. При тривалих тренуваннях внутрішньом'язова акумуляція жиру відбувається в м'язових волокнах I типу, які орієнтовані на обмін ліпідів, а при ЦД 2 типу встановлено домінування м'язових волокон II типу [15]. Це свідчить, що внутрішньом'язова акумуляція жиру та його метаболічна функція суттєво відрізняються у спортсменів та осіб з ІР. Нагромадження жирних кислот у метаболічно неактивних ділянках клітин призводить до збільшення окиснення ліпідів і підвищення вмісту вільних радикалів, що, у свою чергу, підсилює ІР [5].

Важливе значення у зниженні ІР має зменшення співвідношення АМФ/АТФ, яке відбувається у процесі посилення транспорту глюкози під впливом скорочення м'язів. Як відомо, важливу роль у транслокації Glut-4 до мембрани клітини відіграє активація АМФ-протеїнкінази. Збільшення експресії останньої призводить до інсулінозалежного зростання транслокації Glut-4 до мембран м'язової клітини і, відповідно, до підвищення поглинання глюкози. Цей механізм є основною причиною зниження ІР, яка притаманна фізичному навантаженню. Окрім того, у літературі дискутуються інші механізми, а саме: вихід внутрішньоклітинного кальцію, оксиду азоту, брадикініну, які збільшують транслокацію Glut-4, отже, сприяють зниженню ІР [9]. Оскільки центральне місце у патогенезі ІР посідає скорочення диференціювання інтраабдомінальної жирової тканини, то завдяки зменшенню жирового депо за допомогою фізичного навантаження відновлюється її метаболічна компетентність, що призводить до підвищення чутливості до інсуліну [12; 13].

### **Фізичне навантаження і його використання для лікування та профілактики ЦД 2 типу**

У рекомендаціях Американської діабетичної асоціації (ADA) наголошується особлива роль фізичного навантаження для профілактики ЦД 2 типу [14]. Нижче наведено короткий аналіз результатів контрольованих досліджень, деяких метааналізів і рекомендацій з використання фізичного навантаження з терапевтичною метою.

#### *Аеробні фізичні навантаження та глікемічний контроль*

Базуючись на результатах чисельних досліджень, ADA встановила вищий ступінь доказовості — А щодо впливу тривалого фізичного навантаження на контроль глікемії. У метааналізі, який проводили N. Boule et al. (2001), узагальнено досвід 14 досліджень, присвячених впливу фізичного навантаження на стан компенсації об-

міну речовин при ЦД 2 типу. Тільки у двох дослідженнях додатково модифікувалося харчування, а у решті 12 єдиним втручанням було фізичне навантаження. Насамкінець у дослідження було включено 300 хворих у віці 55 років, середня тривалість фізичного навантаження становила 18 тиж. (при  $VO_{2\max} = 50-70\%$ . Середнє зниження глікозильованого гемоглобіну дорівнювало 0,66 % (7,65 % проти 8,31 % (95%-й довірчий інтервал)).

Цей ефект відповідає такому при монотерапії пероральними цукрознижувальними препаратами і, як встановлено у дослідженні UKPDS, вірогідно впливає на клінічні кінцеві точки, асоційовані з ЦД [8].

Поліпшення контролю глікемії не було пов'язано зі зменшенням індексу маси тіла (ІМТ). Це, з одного боку, свідчить що ІМТ недостатньо віддзеркалює зміну складу тіла в межах активізації фізичного навантаження, оскільки не призводить до динаміки коефіцієнта м'язи/жирова тканина, а з другого — збільшення навантаження на м'язи саме по собі спричинює підвищення транслокації Glut-4 і, відповідно, зменшення ІР незалежно від динаміки ІМТ.

Поліпшення обміну вуглеводів при ЦД 2 типу, за даними проведених досліджень і рекомендацій ADA, настає тоді, коли фізичне навантаження становить мінімум 150 хв/тиж. при середній інтенсивності ( $VO_{2\max} = 40-60\%$ ). Більш інтенсивні тренування з урахуванням специфічних протипоказань при ЦД можуть становити 90хв/тиж. ( $VO_{2\max} > 60\%$ ). Фізичні навантаження потрібно проводити тричі на тиждень, і перерва між ними не повинна бути більше ніж 2 дні. Це правило базується на даних досліджень про те, що поліпшення обміну вуглеводів під впливом фізичного навантаження максимально зберігається впродовж 48 год.

#### *Силкові фізичні навантаження та контроль глікемії*

За аналогією з аеробними фізичними навантаженнями, у своїх рекомендаціях ADA високо оцінює вплив силових вправ на контроль глікемії (ступінь доказовості А). В огляді R. Sigal et al. (2004) наведено аналіз семи контрольованих досліджень, в яких вивчається вплив силових тренувань на рівень глюкози крові [14]. У середньому проводилося 3,5 тренування на тиждень впродовж 14 тиж. за умови 55%-го максимального навантаження. Кількість вправ для верхньої половини тіла становить 6, для нижніх кінцівок — 5. Усе це приводило до зниження  $HbA_{1c}$  на 0,83 % і, відповідно, було аналогічним з ефектом аеробних тренувань. Практичні рекомендації з використання силових вправ декларують: мінімальна кількість тренувань має становити 3 на тиждень із включенням у цей процес усіх великих м'язових груп. За відсутності протипоказань рекомендується поєднувати аеробні тренування з силовими



ми вправами. Оскільки у цьому разі йдеться про потенціювання окремих ефектів, то це потребує подальших досліджень.

### Висновки

Як аеробні фізичні навантаження, так і силові фізичні вправи позитивно впливають на патофізіологічні механізми зниження периферичної інсулінорезистентності, в основному, з боку мускулатури. Американська діабетична асоціація, базуючись на результатах проведення контрольованих досліджень і даних метааналізу, високо оцінює вплив фізичних навантажень на контроль глікемії у хворих на ЦД 2 типу (рівень доказовості А). Рекомендації ADA з використання фізичних вправ проголошують: мінімальне навантаження має становити 150 хв/тиж. при  $VO_{2max} = 40-60\%$  чи 90 хв/тиж. при  $VO_{2max} > 60\%$ . Тренування потрібно проводити не рідше 3 разів на тиждень, а перерва між ними не має становити більше 48 год. Фізичні навантаження позитивно впливають на серцево-судинні захворювання, тому є доцільним збільшувати їх об'єм та інтенсивність.

Рекомендації ADA з використання силових вправ пропонують: мінімум три навантаження на тиждень із включенням усіх великих груп м'язів. У більшості досліджень відзначалося поліпшення контролю глікемії, незважаючи на відсутність зменшення маси тіла. Це свідчить, що скорочення м'язів *per se* є стимулом для зниження інсулінорезистентності з боку скелетної мускулатури.

Оскільки зниження маси тіла, передусім інтраабдомінального жиру, приводить до зменшення як інсулінорезистентності, так і серцево-судинної захворюваності та смертності, то модифікація харчових звичок з обмеженням калоражу також повинна бути невід'ємною складовою лікування ЦД 2 типу.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Bergman R. Central role of the adipocyte insulin resistance / R. Bergman, S. Mittelman // *J. Physiol. Pharmacol.* — 1998. — P. 205-221.
2. Boden G. Free fatty acids insulin resistance and type 2 diabetes mellitus / G. Boden // *Proc. Ass. Fm. Phys.* — 1999. — Vol. III. — P. 241-248.
3. Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in Type 2 diabetes mellitus / N. Baule, G. Kenny, E. Haddad, R. Sigal // *Diabetology.* — 2003. — Vol. 46. — P. 1071-1081.
4. Muscle oxidative capacity is better predictor of insulin sensitivity than lipid status / C. Bruce, M. Andersen, D. Newman [et al.] // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2003. — Vol. 88. — P. 5444-5451.
5. Bruce C. Intramuscular heat shock protein 72 and home oxygenase-1 m-RNA are reduced in patients with type 2 diabetes: evidence that insulin resistance is associated with a disturbed antioxidant defense mechanism / C. Bruce, A. Carey, J. Hawley // *Diabetes.* — 2003. — Vol. 52. — P. 2338-2345.
6. Bruce C. Improvements in insulin resistance with an aerobic exercise training: a lipocentric approach / C. Bruce, J. Hawley

// *Med. Sci. Sports. Exerc.* — 2004. — Vol. 36. — P. 1196-1201.

7. Prolonged inhibition of muscle carnitine palmitoyltransferase-1 promotes intramyocellular lipid accumulation and insulin resistance in rats / R. Dobbins, L. Szczepaniak, D. Bentley [et al.] // *Diabetes.* — 2001. — Vol. 50. — P. 123-130.

8. Intensive blood control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications with type 2 diabetes (UKPDS 33) / UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group // *Lancet.* — 1998. — Vol. 352. — P. 837-853.

9. Jessen N. Contraction signaling to glucose transport in skeletal muscle / N. Jessen, L. Goodyear // *J. Appl. Physiol.* — 2005. — Vol. 99. — P. 330-337.

10. Mensik G. Körperliche Aktivität / G. Mensik // *Gesundheitswesen.* — 1999. — Vol. 61. — S. 126-131.

11. Petersen K. Impaired mitochondrial activity in the insulin resistant offspring of patients with type 2 diabetes / K. Petersen, S. Dufour, R. Garcia // *N. Eng. J. Med.* — 2007. — Vol. 350. — P. 664-671.

12. Ravussin E. Increased fat intake, impaired fat oxidation, and failure of fat cell proliferation result in ectopic fat storage, insulin resistance, and type 2 diabetes mellitus / E. Ravussin, S. Smith // *Ann. NY Acad. Sci.* — 2007. — Vol. 967. — P. 363-378.

13. Reduction in obesity and related comorbid conditions diet-induced weight loss or exercise-induced weight loss in men. A randomized, controlled trial / R. Ross, D. Dagnone, P. Jones [et al.] // *Ann. Intern. Med.* — 200. — Vol. 133. — P. 92-103.

14. Sigal R. Physical activity/exercise and type 2 diabetes / R. Sigal, G. Kenny, D. Wasserman // *Diabetes Care.* — 2004. — Vol. 27. — P. 2518-2539.

15. Van Loon L. Use of intramuscular triacylglycerol as a substrate source during exercise in humans / L. Van Loon // *J. Appl. Physiol.* — 2004. — Vol. 97. — P. 1170-1187.

16. Prediabetes in obese youth: a syndrome of impaired glucose tolerance, severe insulin resistance and altered myocellular and abdominal fat partitioning / R. Weiss, S. Dufour, S. Taksai [et al.] // *Lancet.* — 2003. — Vol. 362. — P. 451-457.

УДК 618.14-006:618.14-072.1

Г. Б. Щербина, канд. мед. наук, доц.

## ВПЛИВ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ ПРИ ВИКОНАННІ ГІСТЕРЕКТОМІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТОК З ПЕРЕДРАКОВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ І РАКОМ ЕНДОМЕТРІЯ РАННІХ СТАДІЙ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 618.14-006:618.14-072.1

А. Б. Щербина

### ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОК С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ РАННИХ СТАДИЙ

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

Изучены особенности операций, послеоперационного периода и психоэмоциональное состояние 150 пациенток с атипической гиперплазией и малоинвазивным раком эндометрия и сопутствующим ожирением, перенесших гистерэктомию из различных хирургических доступов: лапароскопического, вагинального, трансабдоминального. Полученные данные свидетельствуют о выраженном влиянии оперативного доступа на психоэмоциональное состояние больных, что целесообразно учитывать наряду с другими клиническими факторами.

**Ключевые слова:** ранний рак эндометрия, оперативный доступ, психоэмоциональное состояние больных.

UDC 618.14-006:618.14-072.1

G. B. Shcherbina

### THE INFLUENCE OF OPERATIVE ACCESS IN HYSTERECTOMY ON THE PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF PATIENTS WITH PRECANCER DISEASES AND EARLY ENDOMETRIAL CANCER

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

The peculiarities of operations, postoperative period and psychoemotional status of 150 patients with atypical hyperplasia or early endometrial cancer and concomitant obesity were investigated. The laparoscopic, vaginal and abdominal hysterectomies were applied. It was discovered that operative access in hysterectomy exerts significant influence on the psychoemotional status of patients, so, this factor is very important.

**Key words:** early endometrial cancer, operative access, psychoemotional status of patients.

#### Актуальність проблеми

Основним методом лікування початкових стадій раку ендометрія (РЕ) є хірургічний в обсязі лапаротомії, екстирпації матки з придатками [1; 7]. Останнім часом була продемонстрована низка переваг лапароскопічної гістеректомії [4; 10], при цьому зберігаються основні принципи ведення хворих із злоякісною патологією [9].

У 60–70 % випадків хворі на РЕ страждають на супровідні захворювання, що істотно підвищує ризик анестезіологічної допомоги та хірургічних ускладнень [1], а у 13 % випадків соматичний стан хворих перешкоджає виконанню операції [7]. Водночас, при дотриманні деяких умов, методом вибору для цих хворих може бути вагінальна гістеректомія [3; 4]. Нами були проведені дослідження, які переконливо продемонстрували переваги індивідуалізованого підходу до вибору оперативного доступу у хворих на атипову гіперплазію ендометрія (АГЕ) та із початковим раком ендометрія у вигляді зниження частоти інтра- та післяопераційних ускладнень, збільшення охоплення хворих хірургічним лікуванням [6]. У той

же час важливою складовою якості життя, роль якої важко переоцінити, є психоемоційний стан пацієнток, які одержують різне лікування [2; 5].

**Метою** даної роботи є оцінка впливу оперативного доступу при виконанні гістеректомії на психоемоційний стан хворих із АГЕ і початковими стадіями РЕ з супровідним ожирінням та іншою екстрагенітальною патологією.

#### Матеріали та методи дослідження

Нами проаналізовані особливості хірургічних втручань, перебіг післяопераційного періоду, наявність ускладнень та інші показники у 150 пацієнток, що були прооперовані у зв'язку зі злоякісною патологією ендометрія в клініках ОДМУ з 2000 по 2004 рр. У 85 випадках у хворих була діагностована АГЕ (преінвазивна карцинома), у 65 — малоінвазивний РЕ.

Залежно від оперативного доступу, хворих розділили на 3 групи: I групу (основну) утворили 54 пацієнтки, в яких застосовані операції з використанням лапароскопічної техніки; 30 хворим (група порівняння) у зв'язку з тяжкою супровідною патологією, наявністю протипоказань як

до абдомінального, так і лапароскопічного втручання, виконана гістеректомія з вагінального доступу; до III групи (контрольної) ввійшли 66 жінок, у яких операції були виконані шляхом череворозтину.

У роботі використані загальноклінічні, морфологічні, лабораторні, інструментальні методи. Враховуючи важливу роль психологічного стану людини в боротьбі з хворобою, вважали доцільним вивчити деякі найважливіші показники психоемоційного стану обстежених жінок [2; 5]. Рівень тривожності оцінювали за допомогою шкали особистісної (ОТ) та реактивної тривожності (РТ) Ч. Д. Спілберга — Ю. Л. Ханіна [8]. Для диференційної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії використовували опитувальник Зунге в адаптації Т. І. Балашової. Також був використаний тест на самооцінку стресостійкості особи [8].

### Результати дослідження та їх обговорення

Вік хворих у досліджуваних групах становив ( $56,8 \pm 2,1$ ) року в I, ( $64,2 \pm 4,2$ ) у II і ( $59,1 \pm 2,2$ ) у III групах відповідно. Супровідною патологією в пацієток у всіх групах було ожиріння, при цьому маса тіла становила від 92 до 160 кг, індекс Кетле вірогідно не відрізнявся, коливався від 28 до 50 і становив  $42,2 \pm 2,1$ ,  $40,2 \pm 2,6$  та  $36,3 \pm 1,8$  у I, II та III групах відповідно.

Порівняльний аналіз показав, що ранній і пізній післяопераційний період при лапароскопічному та вагінальному доступі порівняно з абдомінальним перебігає сприятливіше. Виключення з обсягу оперативного втручання розрізу передньої черевної стінки — основного джерела соматичного болю в післяопераційному періоді — різко змінює його перебіг. Після того як закінчується дія анестезіологічної допомоги, швидко відновлюється рухова активність хворих. Мінімальна травма передньої черевної стінки або її відсутність сприяє швидкому відновленню функцій кишечника та сечового міхура, діяльності серцево-судинної системи. За відсутності післяопераційних ускладнень на 3-тю–4-ту добу пацієток можна переводити на амбулаторний режим лікування, тимчасом як при абдомінальних доступах післяопераційний період триває від 8 до 12 діб. Для пацієток з ожирінням питання вибору оперативного доступу особливо актуальне через високу частоту післяопераційних ускладнень у ділянці лапаротомної рани. Результати порівняльного аналізу наслідків лікування при різних оперативних доступах опубліковані нами раніше [6].

Описані в попередніх публікаціях клінічні особливості захворювання були доповнені вивченням психоемоційного стану жінок з атипичною гіперплазією та раком ендометрія до і після проведення операцій.

Насамперед, вивчали показник тривожності (таблиця).

Очевидно, що показник ОТ після операції не змінився та свідчив про наявність переважно середньої тривожності у прооперованих жінок. На відміну від попереднього показника, відмічалися різноспрямовані зміни РТ у післяопераційному періоді. Так, у пацієток I клінічної групи (лапароскопічний доступ), що мали високу РТ у передопераційному періоді ( $45,1 \pm 0,7$ ), виявлено вірогідне зниження показника РТ до меж, що свідчать про наявність середньої тривожності ( $42,0 \pm 0,5$ ;  $P < 0,05$ ). Одночасно у пацієток III клінічної групи, які мали до операції середні показники РТ ( $43,5 \pm 0,5$ ), наставало вірогідне збільшення цього показника в післяопераційному періоді ( $46,7 \pm 0,9$ ;  $P < 0,05$ ), що свідчило про зростання тривожності у жінок, які перенесли лапаротомні гістеректомії. У групі жінок, що продемонстрували до операції максимальні значення РТ (II клінічна група), відзначалися стабільно високі значення показника, що вивчався, і в післяопераційному періоді.

Динаміка іншого важливого показника психоемоційного стану жінок — депресивності проілюстрована на рис. 1.

Як видно з рис. 1, нами було виявлено вірогідне зменшення показника депресивності в післяопераційному періоді у пацієток, які перенесли

Таблиця  
Середні значення ОТ і РТ у жінок з атипичною гіперплазією та раком ендометрія до і після операції,  $M \pm m$

Показники	Клінічні групи		
	I, n = 54	II, n = 30	III, n = 66
ОТ:			
до операції	$36,4 \pm 0,8$	$38,5 \pm 1,1$	$36,1 \pm 1,0$
після операції	$36,1 \pm 0,9$	$38,0 \pm 2,2$	$37,4 \pm 2,1$
РТ:			
до операції	$45,1 \pm 0,7$	$48,2 \pm 0,9^{**}$	$43,5 \pm 0,5$
після операції	$42,0 \pm 0,5^*$	$47,5 \pm 1,1^{**}$	$46,7 \pm 0,9^{*, **}$

Примітка. \* — вірогідні відмінності з показником до операції; \*\* — вірогідні відмінності з попередньою групою.

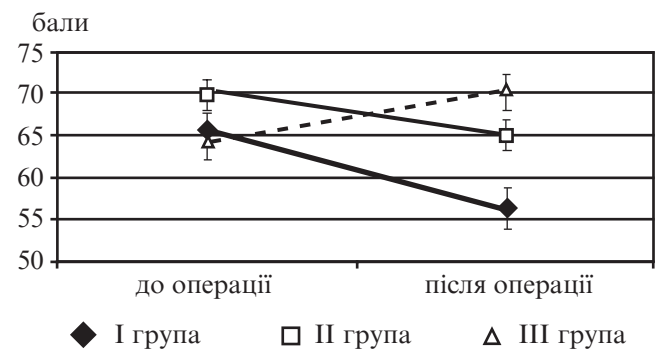


Рис. 1. Динаміка показника депресивності у пацієток з атипичною гіперплазією та раком ендометрія після операції

лапароскопічні втручання (I група) та черезвагінальні гістеректомії (II група). На відміну від таких, пацієнтки, яким виконані операції з використанням лапаротомного доступу, продемонстрували вищу, ніж перед операцією, депресивність.

Одночасно відзначалася наявність стабільних показників стресостійкості у пацієнток, які перенесли різні операції, що продемонстровано на рис. 2.

Пацієнтки I і III клінічних груп до операції характеризувалися наявністю середніх показників стресостійкості, які зберігалися у них і в післяопераційному періоді. Жінки II клінічної групи відрізнялися низькою стресостійкістю, яка також зберігалася після операції.

Узагальнюючи отримані дані, слід зазначити, що факт використання того або іншого виду доступу для проведення гістеректомій у жінок з атиповою гіперплазією та раком ендометрія супроводжувався деякими вірогідними змінами їх психоемоційного стану, що істотно впливають на якість життя жінок і, можливо, на характер перебігу післяопераційного періоду, подальшого лікування та реабілітації. Так, використання лапароскопічних технологій сприяло зменшенню реактивної тривожності та депресивності жінок при стабільних показниках їх ОТ і стресостійкості.

Використання трансабдомінальної гістеректомії призводило до зростання показника РТ і депресивності при стабільних показниках ОТ і стресостійкості.

Піхвова гістеректомія не викликала змін тривожності жінок (як ОТ, так і РТ) і їх стресостійкості, але сприяла зменшенню депресивності пацієнток. Імовірно, вибір методу операції, її доступу, як і техніка самого втручання, істотно не впливають на початкові, природжені характеристики жінок, зокрема на ОТ і стресостійкість. Проте вони відіграють певну роль у формуванні більш лабільних характеристик психоемоційного стану особи, таких як реактивна тривожність і депресивність. На нашу думку, ці фактори слід враховувати нарівні з іншими клінічними перевагами та недоліками кожного методу оперативного лікування з метою підвищення ефективності лікування і якості життя хворих.

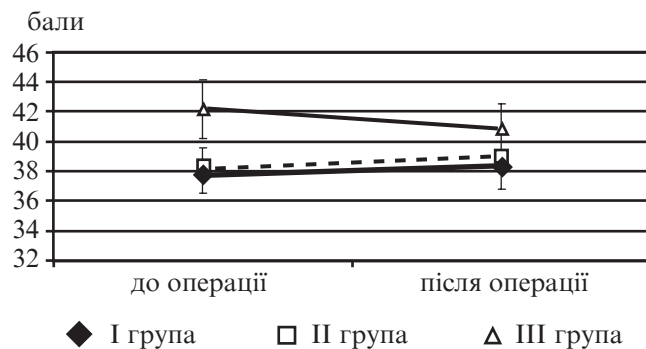


Рис. 2. Стресостійкість пацієнток з атиповою гіперплазією та раком ендометрія до та після операції

## Висновки

1. У хворих на АГЕ і РЕ з супровідним ожирінням, що перенесли лапароскопічну гістеректомію, було відмічено вірогідне зменшення реактивної тривожності з  $45,1 \pm 0,7$  до  $42,0 \pm 0,5$ .

2. При лапароскопічній і піхвовій гістеректомії наголошується зниження депресивності з  $67,5 \pm 1,8$  до  $60,8 \pm 1,6$  і з  $70,0 \pm 1,6$  до  $65,0 \pm 1,4$  відповідно ( $P < 0,05$ ).

3. Після трансабдомінальних гістеректомій показники РТ і депресивності зростають з  $43,5 \pm 0,5$  до  $46,7 \pm 0,9$  ( $P < 0,05$ ) і з  $64,5 \pm 1,7$  до  $70,0 \pm 1,9$  відповідно ( $P < 0,05$ ).

4. Отримані дані свідчать про виражений вплив оперативного доступу на психоемоційний стан хворих, що доцільно враховувати разом з іншими клінічними факторами.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. — Л. : Медицина, 2002. — 464 с.
2. Винник М. И. Личность и пограничные нервно-психические расстройства инволюционного генеза у женщин / М. И. Винник // Архив психиатрии. — 1997. — № 3-4. — С. 140-143.
3. Возможности влагалищного оперативного доступа при выполнении гистерэктомии / О. Н. Шалаев, Г. Ф. Тотчиев, О. С. Ашахман [и др.] // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. — М. : ПАНТОРИ, 2002. — С. 54-56.
4. Гистерэктомия: лапароскопическая или вагинальная? / В. Н. Запорожан, И. З. Гладчук, Н. Н. Рожковская, О. Н. Надворная // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний : сб. статей. — М., 2004. — С. 81-82.
5. Дорошенко М. М. Особливості психологічних типів осіб з соматичними та психічними розладами / М. М. Дорошенко, О. С. Зубрицький // Український медичний часопис. — 2003. — № 2 (34). — С. 140-144.
6. Запорожан В. Н. Дифференцированный подход к выбору оперативного доступа при хирургическом лечении рака эндометрия I стадии у пациенток с ожирением / В. Н. Запорожан, И. З. Гладчук, А. Б. Щербина : зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів. — К., 2004. — С. 185-190.
7. Кузнецов В. В. Хирургическое лечение рака тела матки / В. В. Кузнецов, В. М. Нечушкина // Практическая онкология. — 2004. — № 17. — С. 25-32.
8. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика : методики и тесты / Д. Я. Райгородский. — Самара, 1998.
9. Langebrekke A. Laparoscopic surgery in patients with endometrial cancer / A. Langebrekke, O. Istre, M. Onsrud // Gynaecol Oncol. — 1999. — Vol. 73, N 1. — P. 22-27.
10. Reich H. Laparoscopic hysterectomy / H. Reich, J. De Caprio, F. McGlynn // J. Gynecol. Surg. — 1989. — Vol. 5. — P. 213-216.



УДК 612.171.7-053.2:616.12-089-039.76

Р. Й. Лекан, канд. мед. наук, доц.

## ПОВНА КОРЕКЦІЯ АТРЕЗІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ З ДЕФЕКТОМ МІЖШЛУНОЧКОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ ТИПУ А: РОЗГЛЯД ПІДХОДІВ У РЕКОНСТРУКЦІЇ ВИХІДНОГО ТРАКТУ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА

*Національний інститут серцево-судинної хірургії АМН України  
ім. М. М. Амосова, Київ, Україна,*

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 612.171.7-053.2:616.12-089-039.76

Р. И. Лекан

## ПОЛНАЯ КОРРЕКЦИЯ АТРЕЗИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ТИПА А: РАССМОТРЕНИЕ ПОДХОДОВ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

*Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии АМН Украины  
им. Н. Н. Амосова, Киев, Украина,*

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

В статье представлен опыт полной коррекции (ПК) сложного врожденного порока сердца, атрезии легочной артерии (АЛА) с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) типа А у 55 больных возрастом от 5,5 до 312 мес. (102,0±84,4). Из них у 52 ПК выполнена после паллиативных процедур, в условиях искусственного кровообращения, глубокой гипотермии — 22–25 °С. После инфундибулярной резекции выходного отдела правого желудочка (ВОПЖ), пластики ДМЖП создавалась связь между правым желудочком и легочной артерией: у 43 — трансаннулярная пластика, у 23 из них — с моностворкой методом Loma Linda MC SA; у 12 протезирование ствола ЛА клапаносодержащим кондуитом (КК). Анализ ПК показывает, что 80 % больных с АЛА-ДМЖП типа А требуют трансаннулярной пластики ВОПЖ с имплантацией моностволки из аутоперикарда или мембраны Gore-Tex. Имплантация аутоперикардального КК дает хорошие отдаленные результаты.

**Ключевые слова:** врожденный порок сердца, атрезия легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки, трансаннулярная пластика, моностворка, клапаносодержащий кондуит, полная коррекция.

UDC 612.171.7-053.2:616.12-089-039.76

R. Y. Lekan

## COMPLETE CORRECTION OF THE PULMONARY ATRESIA WITH VENTRICULAR SEPTAL DEFECT TYPE A: CONSIDERATION OF APPROACHES OF RIGHT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT RECONSTRUCTION

*The M. M. Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery of the Academy of Medical Sciences  
of Ukraine, Kyiv, Ukraine*

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

An experience of complete correction (CC) of the complex congenital heart disease (CHD), pulmonary atresia (PA) with ventricular septal defect (VSD) type A in 55 patients of age from 5.5 to 312 months (mean 102.0±84.4) is presented in article. Among them 52 patients had been performed CC after palliative procedures, under conditions of artificial circulation, deep hypothermia 22–25 °C. After right ventriculotomy of right ventricular outflow tract (RVOT) muscle bundles are resected, VSD patch closure, connection between the right ventricle and the pulmonary artery was created. 43 patients were made transannular patch, 23 from them — with a monocusp method of Loma Linda MC SA. 12 patients had insertion of artificial of trunk pulmonary artery as valved conduit (VC). The CC analysis shows that 80 % of patients with PA/VSA type A demand transannular patch RVOT with implantation autologous pericardial monocusp or monocusp membrane PTFE (Gore-Tex). Autologous implantation of pericardial VC yields good remote results.

**Key words:** congenital heart disease, pulmonary atresia with ventricular septal defect, transannular patch, monocusp, valved conduit, complete correction.

Атрезія легеневої артерії з дефектом міжшлуночкової перегородки (АЛА-ДМШП) — це складна вроджена вада серця (ВВС), при якій відсутній зв'язок між правим шлуночком (ПШ) і легеневою артерією (ЛА), а легеневий кровообіг забезпечується екстракардіальними джерелами у вигляді великих аортолегеневих колатеральних артерій (ВАЛКА) і/або відкритою артеріальною протокою (ВАП) [1; 2]. Згідно з 3-ю Міжнародною конференцією з номенклатури, для дитячої серцевої хірургії у

1999 р. була ухвалена нова класифікація АЛА-ДМШП, відповідно до якої усіх пацієнтів розподіляють на три типи (А, В, С) залежно від анатомії малого кола кровообігу, оскільки внутрішньо-серцева анатомія повторює анатомію тетради Фалло [1; 2]. Зокрема, тип А засвідчує наявність стовбура і центральних ЛА, а легеневий кровотік здійснюється через ВАП, ВАЛКА відсутні [1; 2].

**Мета** — представити досвід повної корекції (ПК) АЛА-ДМШП типу А в Національному інс-

титуті серцево-судинної хірургії АМН України ім. М. М. Амосова (НІССХ АМНУ ім. М. М. Амосова).

### Матеріали та методи дослідження

У НІССХ АМНУ ім. М. М. Амосова з 1982 по 2006 рр. у 55 хворих була проведена ПК АЛА-ДМШП (тип А), їх вік — від 5,5 до 312 міс. (у середньому  $102,0 \pm 84,4$ ) та маса тіла — від 5,4 до 65 кг (у середньому  $27,9 \pm 18,2$ ). Усім хворим проводили клінічні й інструментальні дослідження (ехокардіографію, електрокардіографію, оглядову рентгенографію органів грудної клітки, катетеризацію порожнин серця й ангіокардіографічне обстеження, яке включало за необхідності селективну аортографію), на основі яких був поставлений діагноз — АЛА-ДМШП, тип А. Із 55 хворих 52 (94,5 %) на момент ПК перенесли попередні паліативні процедури у вигляді системно-легеневих анастомозів (СЛА), із них 39 (75 %) мали одне, а 13 (25 %) — два втручання. Трьом хворим виконали первинну ПК ВВС. Антропометричні та клінічні показники вказаних хворих на момент радикальної операції подані в табл. 1.

Усі 55 пацієнтів були підготовлені до ПК. Проводилася ПК через серединну стернотомію в умовах штучного кровообігу (ШК). За наявності функціонуючих СЛА останні були виділені, під них підведено лігатури та з початком ШК вони були закриті. Після канюляції аорти, верхньої та

нижньої порожнистих вен починали ШК, при вираженому обвідному кровотоці хворого охолоджували до  $22-25\text{ }^{\circ}\text{C}$  із зменшенням продуктивності апарату ШК (АШК). Вводилась антеградно кристалоїдна фармакохолодова кардіopleгія в корінь аорти. Середня тривалість ШК становила ( $131,7 \pm 23,8$ ) хв і перетиснення аорти — ( $70,4 \pm 18,6$ ) хв.

Після атріотомії правого передсердя проводили дренаж лівого передсердя через відкрите овальне вікно. Вихідний тракт правого шлуночка (ВТПШ) поздовжньо розкривали в стороні від вінцевих судин. При типі А АЛА розміщується на рівні клапанного кільця, тому порожнина ПШ і легеневого стовбура розділені зоною атрезії (рис. 1, а). Розріз ПШ був продовжений через атрезовану зону на гіпоплазований легеневий стовбур. Через вентрикулярний розріз виконувалась інфундибулярна резекція з відтворенням адекватного зв'язку між ПШ і неоЛА, контроль якого здійснювали розширювачем Гегара відповідно до номограми. При радикальній корекції АЛА-ДМШП важливим етапом було закриття ДМШП синтетичною латкою доступом через праву вентрикулотомію і/або праву атріотомію. Потім виконували трансанулярну пластику (ТАП) у 43 випадках, із них у 23 із використанням моностулки за методом Loma Linda Medical Center CA [3] як альтернативу нативному клапану ЛА (табл. 2). Автоперикардальну моностулку (АПМ) вирізали трикутної форми, розмір її основи повинен бути при-

Таблиця 1  
Характеристика антропометричних і гемодинамічних показників пацієнтів з АЛА-ДМШП типу А ( $M \pm SD$ )

Показник	Первинна РК АЛА-ДМШП, n=3	РК АЛА-ДМШП після паліативного втручання, n=52
Вік, міс.	$156,4 \pm 99,3$	$101,0 \pm 77,7$
Маса, кг	$36,5 \pm 23,7$	$27,4 \pm 17,9$
ППТ, м <sup>2</sup>	$1,18 \pm 0,61$	$0,99 \pm 0,43$
Рівень Нб, г/л	$188 \pm 46$	$162 \pm 33$
Насичення O <sub>2</sub> , %	$84 \pm 6$	$81 \pm 8$
КДО ЛШ	$42,5 \pm 33,0$	$48,4 \pm 26,0$
КДІ ЛШ	$40 \pm 18$	$50 \pm 17$
ФВ ЛШ	$68 \pm 2$	$67 \pm 8$
Ø ПЛА, мм	$7,0 \pm 1,1$	$7,8 \pm 1,8$
Ø ЛЛА, мм	$7,2 \pm 1,2$	$7,2 \pm 1,5$
ЛА Наката, мм <sup>2</sup> /м <sup>2</sup>	$151 \pm 35$	$167 \pm 54$

*Примітка.* ППТ — площа поверхні тіла; Нб — гемоглобін; насичення O<sub>2</sub> — насичення киснем за пульсоксиметром; КДО ЛШ — кінцево-діастолічний об'єм ЛШ; КДІ ЛШ — кінцево-діастолічний індекс ЛШ; ФВ ЛШ — фракція викиду ЛШ; Ø ПЛА — діаметр правої легеневої артерії; Ø ЛЛА — діаметр лівої легеневої артерії; ЛА Наката — індекс ЛА за автором.

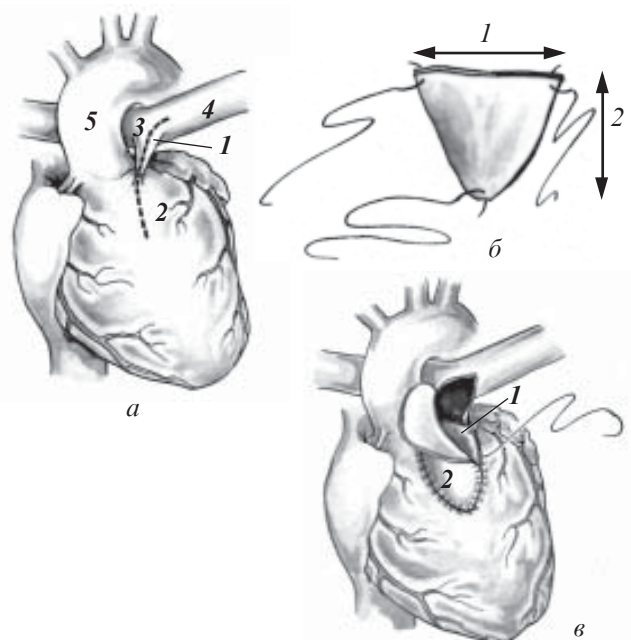


Рис. 1. Етапи трансанулярної пластики з АПМ: а — схема анатомії АЛА-ДМШП (1 — гіпоплазований стовбур ЛА; 2 — ВТПШ; 3 — права гілка ЛА; 4 — ліва гілка ЛА; 5 — висхідна аорта); б — схема АПМ (1 — основа АПМ; 2 — висота АПМ); в — схема імплантації АПМ у ВТПШ (1 — АПМ; 2 — ТАМ АПЛ)

**Реконструкція ВТПШ  
при РК АЛА-ДМШП типу А**

Показники	Значення
Кількість хворих, n	43
Вік, міс.	112,0±86,6
Маса, кг	30,5±17,9
Методи реконструкції ВТПШ:	
ТАП	20
ТАП + моностулка	23
Матеріал латки на ВТПШ:	
Автоперикард	26
Автоперикард, обробл. глутальд.	7
Ксеноперикард	6
Gore-Tex	4
Матеріал моностулки:	
Автоперикард	20
Gore-Tex (membrane)	3

**Протезування стовбура ЛА  
при РК АЛА-ДМШП типу А**

Показники	Значення
Кількість хворих, n	12
Вік, міс.	54,9±75,8
Маса, кг	18,3±16,0
Діаметр кондуїту, мм	17,6±2,7
Матеріал кондуїту:	
Автоперикард	6 (4-клапанний, 2-безклапанний)
Гомографт аортальний	3
Гомографт легеневий	2
Ксенографт аортальний	1

близно на 50 % більшим діаметра клапанного кільця ЛА, згідно з номограмою, а висота трикутника приблизно дорівнює довжині вентрикулотомії. Моностулку фіксували трьома швами (рис. 1, б). Перші два фіксують основу в неокільце клапана ЛА, третій — до верхівки вентрикулотомного розрізу. Потім накривали моностулку і вентрикулярний розріз із переходом на стовбур ЛА автоперикардальною латкою (АПЛ) і прошивали одночасно дві структури (техніка шва «сендвіч»), фіксуючи до краю міокарда і відповідно ЛА з допомогою пролену 6/0 безперервним швом (рис. 1, в).

У разі відсутності аутологічного перикарда або якщо його величина була недостатньою для формування моностулки використовували мембрану Gore-Tex товщиною 0,1 мм (див. табл. 2). У 12 випадках, коли стовбур ЛА був відсутній або різко гіпоплазований, виконували протезування стовбура ЛА кондуїтом (табл. 3).

Після пластики ДМШП кондуїт імплантували між ВТПШ і біфуркацією ЛА з відтворенням адекватного виходу з ПШ, контролюючи його відповідного діаметра розширювачем Геґара, використовуючи безперервний шов проленом 6/0 дистального анастомозу до біфуркації ЛА та проксимального анастомозу до ВТПШ проленом 5/0 (рис. 2). Після профілактики повітряної емболії був знятий зажим із аорти. Виконано зігрівання, поетапне зниження продуктивності АШК. Кардинальним моментом відключення від АШК після ПК стало пряме вимірювання тиску в правому та лівому шлуночках. Співвідношення тиску в останніх відразу після операції коливалося в межах від 0,39 до 0,93, що у середньому становило 0,57±0,18. Потім проводився гемостаз і дренажування перикарда та плевральних порожнин, пошарове закриття рани.

**Результати дослідження  
та їх обговорення**

Із 55 хворих із типом А у ранньому післяопераційному періоді померло 10, що становило 18 % летальності. Причинами летальних наслідків були: гостра серцева недостатність у 4 хворих, сепсис у 2, гостре порушення мозкового кровообігу в 1, гостра дихальна недостатність (пневмонія) у 2 і гостра ниркова недостатність у 1 випадку. Слід відмітити, що серед 17 хворих, які були прооперовані за останні 7 років, летальності не спостерігалось, що пов'язано з набуванням емпіричного досвіду персоналу і належним технічним розвитком анестезійного і перфузійного забезпечення. Заключна операція АЛА-ДМШП типу А передбачає:

1) закриття дефекту міжшлуночкової перегородки;

2) закриття попередньо накладених шунтів і/або ВАП;

3) створення адекватного з'єднання між ПШ та ЛА з ТАП і формування моностулки або протезування стовбура ЛА кондуїтом.

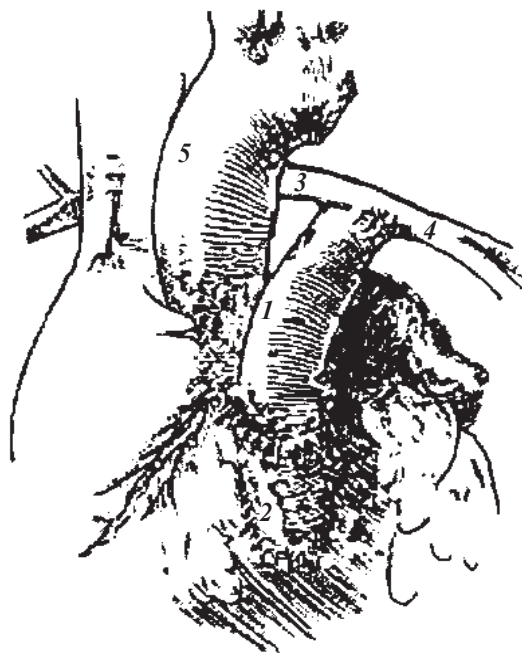


Рис. 2. Схема протезування ЛА кондуїтом: 1 — кондуїт; 2 — ВТПШ; 3 — права гілка ЛА; 4 — ліва гілка ЛА; 5 — висхідна аорта



зуванням стовбура ЛА клапанвмісним кондуїтом (КК);

4) зниження систолічного тиску в ПШ після РК  $\leq 80\%$  від системного [1; 2].

У 43 хворих на АЛА-ДМШП типу А між по-рожниною ПШ і стовбуром ЛА був відсутній зв'язок внаслідок атрезії клапана ЛА, у цих випадках оптимальним методом хірургічної корекції ВТПШ є ТАП у поєднанні з формуванням моностулки, якою створюється механізм компетентності неоклапана ЛА, про що свідчать дані вітчизняних та іноземних авторів [4–6]. З нашого досвіду відомо, що у 3 хворих із цієї групи без моностулки у віддаленому періоді (більше 5 років) виникла аневризма ВТПШ, на що звертають увагу J. W. Brown [6] і P. Anagnostopoulos [7], тому що ізольована ТАП через відсутність клапана ЛА призводить до значного зворотного току на ньому, що в свою чергу перевантажує ПШ об'ємом, внаслідок чого формується його хронічна недостатність. Остання сповільнено прогресує та в подальшому призводить до різкого погіршення функціонального стану і якості життя. Пацієнти зі сформованою аневризмою ВТПШ потребують повторного хірургічного втручання, реконструкції ВТПШ, методом вибору якої є імплантація моностулки з мембрани Gore-Tex [6–8]. У 12 (21 %) пацієнтів із 55 стовбур ЛА був різко гіпоплазований або відсутній, тому оптимальним методом для відновлення зв'язку між ПШ та ЛА було протезування стовбура ЛА у 10 (83 %) осіб КК [1; 2]. Останній вважають оптимальним для запобігання розвитку гострої недостатності неоклапана ЛА. У НІССХ АМНУ у 4 пацієнтів було використано автоперикардальний клапанний кондуїт, приготовлений інтраопераційно. Наш досвід ПК АЛА-ДМШП типу А засвідчує про добрі віддалені результати у цих хворих. У них упродовж 5 років спостереження градієнт тиску на ВТПШ не перевищував 25 мм рт. ст., крім того, регургітація на неоклапані ЛА була помірною. Зараз у провідних кардіохірургічних клініках відбувається перегляд тактики щодо використання біологічних КК (кріоконсервованих аортальних або легеневих гомографтів і гетерографтів) у зв'язку з несприятливими віддаленими результатами [6–8]. Згідно з власними результатами, використання біологічних КК більше 5 років призводить до їх руйнування з ушкодженням їх клапанного апарату, кальцифікацією як тіла кондуїту, так і прогресуванням обструкції або недостатності неоклапана ЛА. Градієнт тиску на неоклапані ЛА у 4 пацієнтів цієї групи коливався від 35 до 65 мм рт. ст. з тенденцією до зростання. Такі хворі у перспективі є кандидатами для повторної операції заміни кондуїту, що підтверджують автори провідних кардіохірургічних клінік [6; 8].

## Висновки

1. Більшість (80 %) пацієнтів з АЛА-ДМШП типу А потребують трансанулярної пластики ВТПШ з обов'язковою імплантацією моностулки з автоперикарда або мембрани Gore-Tex.
2. Імплантація моностулки при реконструкції ВТПШ запобігає розвитку недостатності неоклапана ЛА з добрими віддаленими результатами.
3. Протезування стовбура ЛА автоперикардальним клапанвмісним кондуїтом забезпечує добрі віддалені результати.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Зінковський М. Ф. Атрезія легеневої артерії з дефектом міжшлуночкової перегородки. Огляд / М. Ф. Зінковський, Р. Й. Лекан // Серце і судини. — 2007. — № 3. — С. 99-105.
2. Подзолков В. П. Атрезия легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки / В. П. Подзолков, И. В. Кокшенев, А. А. Гаджиев. — М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева, 2003. — 274 с.
3. Fate of the pericardial monocusp pulmonary valve for right ventricular outflow tract reconstruction / S. R. Gundry, A. J. Razzouk, J. F. Boskind [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1994. — Vol. 107. — P. 908-913.
4. Радикальна корекція тетради Фалло при синдромі відсутності клапана стовбура легеневої артерії / В. В. Лазоришинець, М. Д. Глагола, В. Б. Дем'янчук, Р. Й. Лекан // Український кардіологічний журнал. — 1999. — № 1. — С. 85-86.
5. Новий метод реконструкції вихідного тракту правого шлуночка з формуванням моностулки при радикальній корекції тетради Фалло / Р. І. Секелик, О. М. Романюк, О. Д. Бабляк [та ін.] // Щорічник наукових праць Асоціації ССХ України. — К., 2008. — Вип. 16. — С. 355-357.
6. Right ventricular outflow tract reconstruction with a PTFE monocusp valve: a twelve — year experience / J. W. Brown, M. Ruzmetov, P. Vijay [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 2007. — Vol. 133. — P. 1336-1343.
7. Pulmonary valve cusp augmentation with autologous pericardium may improve early outcome for tetralogy of Fallot / P. Anagnostopoulos, A. Azakie, S. Natarajan, T. R. Karl // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 2007. — Vol. 133. — P. 640-647.
8. PTFE monocusp valve reconstruction of the right ventricular outflow tract / M. W. Turrentine, R. P. McCarthy, P. Vijay [et al.] // Ann. Thorac. Surg. — 2002. — Vol. 73. — P. 871-879.



УДК 616.379-008.64:615.273.3:577.175.722

О. В. Коноваленко,

В. Й. Кресюн, чл.-кор. АМН України, д-р мед. наук, проф.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОМПОВОЇ ІНСУЛІНОТЕРАПІЇ З ГЛЮЛІЗИНОМ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 616.379-008.64:615.273.3:577.175.722

О. В. Коноваленко, В. И. Кресюн

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ С ГЛЮЛИЗИНОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

Рациональная инсулиноterapia обеспечивает наиболее близкое к физиологическому содержание глюкозы, что позволяет пациенту вести активный образ жизни, расширить рацион питания, предупредить развитие осложнений. Новейшим методом введения инсулина является помповая терапия. Задачей данного исследования было сравнение эффективности обычной инсулинотерапии (комбинация изофан-инсулина плюс аспарт) и помповой инсулинотерапии с глюлизинном у больных сахарным диабетом 1 и 2 типов.

Согласно полученным данным, помповая инсулиноterapia с глюлизинном лучше снижала уровень глюкозы, особенно до и после завтрака, а также перед сном и на рассвете. Также помповая терапия обеспечивала более низкий уровень гемоглобина А1с, что является маркером осложнений сахарного диабета. Следовательно, полученные данные свидетельствуют о большей эффективности помповой инсулинотерапии с глюлизинном, чем комбинация протофан инсулин плюс аспарт.

**Ключевые слова:** помповая терапия, сахарный диабет, глюлизин.

UDC 616.379-008.64:615.273.3:577.175.722

О. V. Konovalenko, V. Y. Kresyun

### EFFICIENCY OF PUMP INSULIN THERAPY BY GLULISINE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

Rational insulin therapy provides the closest to physiological level of glucose that allows the patients to follow an active lifestyle, widens the diet, prevents development of diabetes aggravations. Pump therapy is the novel method of insulin administration. The goal of present study was to compare the efficiency of common insulin therapy — combination of protophane insulin plus aspart and pump insulin by glulisine in patients with type 1 and 2 diabetes mellitus.

According to received results the pump insulin therapy by glulisine better decreased level of glucose, especially before and after breakfast, at bedtime and dawn time. Also the pump therapy provided lower level of hemoglobin A1c, which is a marker of diabetes aggravations. Thus, the obtained results have proved higher efficiency of the pump insulin therapy by glulisine over protophane insulin plus aspart routine combination.

**Key words:** pump therapy, diabetes mellitus, glulisine.

#### Актуальність теми

Інсуліноterapia залишається найважливішим засобом компенсації порушень вуглеводного обміну при всіх формах цукрового діабету, а підшкірні ін'єкції інсуліну — єдиним ефективним способом його введення. Рациональна інсуліноterapia утримує найбільш близький до фізіологічного вміст глюкози в крові, що дозволяє пацієнту вести активний спосіб життя, розширювати раціон харчування, запобігати розвитку ускладнень. Численні існуючі види інсуліну пролонгованої та короткої дії передбачені для комбінованого використання, однак жодна з існуючих схем їх застосування не може вважатись універсальною і в кожному окремому випадку захворювання перед лікарем постає завдання індивідуального застосування інсуліноterapia з урахуванням стану хворого та його способу життя [1].

Нещодавно в клінічну практику було впроваджено нові людські інсуліни, отримані мето-

дом генної інженерії. Серед таких препаратів є інсуліни короткої та тривалої дії. Сьогодні доступними є інсулін лізпро, інсулін аспарт та інсулін глюлізин. У інсуліні лізпро звичайна послідовність ланки 28 (пролін) змінилася на ланку 29 (лізин). У інсуліні аспарт є зміна також у позиції В28 (пролін на аспартат), яка призводить до незначної конформаційної зміни С-кінця В-ланцюга. Нарешті, у молекулі інсуліну глюлізину, що є найостаннішим інсуліном, відбувалася заміна в ланках В3 і В29 (в останньому — на глюлізин) [2–5]. Рекombінантні людські інсуліни короткої дії діють швидше та коротше, ніж регулярний інсулін. Ці нові інсуліни покращують якість життя хворих на цукровий діабет, оскільки забезпечують більшу гнучкість розпорядку дня [6].

Останнім часом у клінічну практику впроваджується новий метод інтенсивної інсуліноterapia, яка базується на постійному підшкірному введенні інсуліну короткої дії за допомогою так званих інсулінових pomp (ІП). Це дозволяє запо-

бігати розвитку судинних і неврологічних ускладнень [7; 8].

Водночас в Україні бракує досліджень, присвячених порівнянню ІП із стандартними методами інсулінотерапії.

### Матеріали та методи дослідження

У дослідженні було проаналізовано дані 30 хворих на цукровий діабет 1 і 2 типу. Усі пацієнти хворіли на цукровий діабет більше ніж 1 рік і отримували стандартну інсулінотерапію понад 3 міс. Усі хворі мали рівень гемоглобіну  $A_{1C}$  понад 8,5 %; рівень глюкози натщесерце понад 8 мМ/л і постпрандіальний рівень глюкози понад 11,0 мМ/л. Аналіз гіпоглікемічного профілю й інших показників проводили через 2 міс. після початку ІП, за допомогою якої вводили глюлізин (група А), або проведення інсулінотерапії за допомогою комбінації: ізофан інсулін + інсулін аспарт (група Б). Застосовували препарати епайдра (глюлізин, виробництво Sanofi Aventis), протафан флекспен (ізофан інсулін, виробництво Novo Nordisk), новорапід (аспарт інсулін, виробництво Novo Nordisk).

Визначення глікемічного профілю проводили методом добового постійного моніторингу глікемії (ДПМГ) і аналізували рівень глюкози протягом доби — до та після сніданку, до та після обіду, до та після вечері, перед сном і на світанку (о 3–4-й годині ранку).

Для вивчення впливу інсулінотерапії на запобігання ускладненням цукрового діабету проводили визначення глікозильованого гемоглобіну [7].

Для аналізу даних ДПМГ і підбору дози для ІП використовували комп'ютерну програму обробки та розрахунку дози інсуліну ультракороткої дії. Дорослим пацієнтам, які вперше одержували препарат, лікування зазвичай починали з введення дози від 8 до 24 ОД один раз на добу з подальшою корекцією дози. У деяких пацієнтів із високою чутливістю до інсуліну достатніми були дози ізофан-інсуліну й аспарт-інсуліну або глюлізину менше ніж 8 ОД/добу. У хворих із зниженою чутливістю до інсуліну виникала потреба збільшувати дозу понад 24 ОД/добу. Максимальна разова доза обох видів інсулінів або глюлізину — до 40 ОД. Перевищення цієї дози допускалося лише у виняткових випадках. У цій комбінації — ізофан-інсулін + аспарт-інсулін — останній препарат вводився тричі на день.

Дослідження проводили на базі Одеського державного медичного університету і Одеської багатопрофільної діагностичної лабораторії.

### Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік хворих, що отримували інсулін глюлізин із застосуванням ІП (група А), становив  $(48,3 \pm 14,6)$  року; середній вік хворих, що проходили стандартну інсулінову терапію (група Б), —

$(53,1 \pm 13,2)$  року. До групи А належало 14 хворих, до групи Б — 16 хворих на цукровий діабет. У групі А цукровий діабет 1 типу зареєстровано у 6 (37,5 %) хворих, а 2 типу — у 8 (62,5 %). У групі Б цукровий діабет 1 типу — у 7 (43,8 %) пацієнтів, а 2 типу — у 9 пацієнтів (56,2 %).

Рівень глюкози до та після сніданку був на 15,4 і 23,9 % відповідно нижчим ( $P < 0,05$ ) у хворих, які отримували ІП, ніж у хворих із звичайною інсулінотерапією (таблиця).

Також у хворих групи А рівень глюкози після вечері, перед сном і на світанку на 22,9; 20,3 і 17,4 % відповідно був вірогідно нижчим, ніж у хворих групи Б.

На рисунку зображено добове коливання рівня глюкози, за даними ДПМГ, серед хворих групи А і Б.

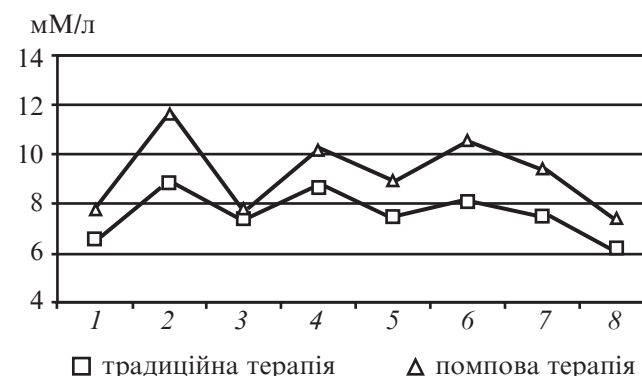
Рівень гемоглобіну  $A_{1C}$  у групі А на 12-му тижні лікування у середньому становив  $7,8 \pm 0,6$ .

Таблиця

Вплив інсулінової помпи і звичайної інсулінової терапії на рівень глюкози

Час вимірювання рівня глюкози	Інсулінова помпа з глюлізином, група А, n=14	Протафан + інсулін аспарт, група Б, n=16
До сніданку	6,6±1,2*	7,8±1,1
Після сніданку	8,9±2,4*	11,7±2,1
До обіду	7,4±1,6	7,6±2,4
Після обіду	8,8±2,8	10,2±2,9
До вечері	7,5±2,3	8,9±2,2
Після вечері	8,1±1,7*	10,5±2,0
Перед сном	7,5±1,5*	9,4±1,8
На світанку	6,2±1,2*	7,5±1,1

Примітка. \* —  $P < 0,05$ .



Рисунку. Коливання добового рівня глюкози у хворих на цукровий діабет, що отримували звичайну інсулінотерапію й інсулінову помпу: за всією абсцис — час вимірювання рівня глюкози (1 — до сніданку; 2 — після сніданку; 3 — до обіду; 4 — після обіду; 5 — до вечері; 6 — після вечері; 7 — перед сном; 8 — на світанку); за всією ординат — рівень глюкози за даними добового постійного моніторингу глікемії

Водночас у групі Б цей показник був на 10,3 % вищим ( $P < 0,05$ ) і становив  $8,8 \pm 0,5$ . У групі А у більшості хворих — у 12 з 14 (85,7 %) — вдалося досягнути рекомендованого рівня гемоглобіну; у групі Б цей показник було досягнуто у 8 (50 %) з 16 хворих.

Отже, отримані дані засвідчили, що у хворих на цукровий діабет 1 і 2 типу двомісячне застосування помпової терапії з глюлізином забезпечує кращий контроль за рівнем глюкози, особливо в ранішній і вечірній проміжок, ніж звичайна інсулінотерапія комбінацією ізофан-інсулін + інсулін аспарт. Також помпова терапія вірогідно більше знижувала рівень гемоглобіну  $A_{1C}$ , ніж традиційна терапія. Це має особливе значення, оскільки рівень гемоглобіну  $A_{1C}$  є маркером розвитку пізніх ускладнень цукрового діабету.

Висока ефективність помпової інсулінотерапії пов'язана з більш фізіологічним коливанням рівня інсуліну, коли пік концентрації цього гормону спостерігається саме під час їжі, а в проміжках між прийомом їжі рівень інсуліну знаходиться на низькому рівні.

Отримані дані щодо ефективності помпової терапії з глюлізином обумовлюють необхідність подальшого дослідження ефективності цього методу лікування цукрового діабету.

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Effect of intensive insulin therapy on beta-cell function and glycaemic control in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a multicentre randomised parallel-group trial* / J. Weng, Y. Li, W. Xu [et al.] // *Lancet*. — 2008, May 24. — Vol. 371 (9626). — P. 1753-1760.
2. *Vajo Z. Genetically engineered insulin analogs: diabetes in the new millennium* / Z. Vajo, W. C. Duckworth // *Pharmacol. Rev.* — 2000. — Vol. 52. — P. 1-9.
3. *Varanauskiene E. An update on multiple insulin injection therapy in type 1 and 2 diabetes* / E. Varanauskiene, I. Varanauskaite, J. Ceponis // *Medicina*. — 2006. — Vol. 42. — P. 770-779.
4. *Pharmacokinetics and safety of insulin glulisine in children and adolescents with type 1 diabetes* / T. Danne, R. H. Becker, T. Heise [et al.] // *Diabetes Care*. — 2005. — Vol. 28. — P. 2100-2105.
5. *Advantage of premeal-injected insulin Glulisine compared with regular human insulin in subjects with Type 1 diabetes* / K. Rave, O. Klein, A. D. Frick [et al.] // *Diabetes Care*. — 2006. — Vol. 29. — P. 1812-1817.
6. *The post-prandial state in Type 2 diabetes and endothelial dysfunction: effects of insulin aspart* / A. Ceriello, A. Cavarape, L. Martinelli [et al.] // *Diabet. Med.* — 2004. — Vol. 21. — P. 171-175.
7. *Shalitin S. The use of insulin pump therapy in the pediatric age group* / S. Shalitin, M. Phillip // *Horm. Res.* — 2008, May 20. — Vol. 70 (1). — P. 14-21.
8. *Superiority of insulin analogues versus human insulin in the treatment of diabetes mellitus* / P. Rossetti, F. Porcellati, C. G. Fanelli [et al.] // *Arch. Physiol. Biochem.* — 2008, Feb. — Vol. 114 (1). — P. 3-10.

УДК 616.831-001-008.454-085.846

М. М. Матяш, канд. мед. наук, доц.

## ЗАСТОСУВАННЯ НАДВИСОКИХ ЧАСТОТ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ТРАВМАТИЧНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,  
Київ, Україна

УДК 616.831-001-008.454-085.846

М. Н. Матяш

## ПРИМЕНЕНИЕ КРАЙНЕ ВЫСОКИХ ЧАСТОТ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, Киев, Украина

Крайне высокие частоты электромагнитного излучения (КВЧ-терапия) применяли для лечения невротической депрессии у больных травматической энцефалопатией в сочетании с психотерапией и фармакотерапией. Лечили 82 больных с невротической депрессией (61 женщина и 21 мужчина): 55 больных образовали основную группу и 27 — контрольную. В основной группе больных КВЧ-терапия проводилась в комплексе с психофармакологическим лечением и психотерапией, в контрольной КВЧ-терапия не проводилась. Выздоровление в основной группе отмечалось в 50,9 % случаев, значительное улучшение — у 41,5 %, улучшение — у 7,6 %. В контрольной группе выздоровление отмечено в 3,7 % наблюдений, значительное улучшение — у 48,1 %, улучшение — у 40,7 %, у 7,5 % изменений в состоянии не было.

**Ключевые слова:** КВЧ-терапия, невротическая депрессия, травматическая энцефалопатия.

## USE OF EXTREMELY HIGH FREQUENCY ELECTROMAGNETIC THERAPY IN TREATMENT OF NEUROTIC DISORDERS IN PATIENTS WITH TRAUMATIC ENCEPHALOPATHY

The P. L. Shupik National Medical Academy of Post-Diploma Education, Kyiv, Ukraine

Extremely high frequencies of electromagnetic waves (EHF-therapy) were used for the treatment of neurotic depressions of 55 patients with traumatic encephalopathy together with other methods (psychopharmacological treatment and psychotherapy). The control group, which consisted of 27 analogous patients, was treated without EHF-therapy. In the former group the recovery was observed in 50.9% of cases, considerable improvement — in 41.5% and the improvement — in 7.6% of cases. Meanwhile; in the control group the treatment resulted in recovery — in 3.7%, in the considerable improvement — in 48.1%, improvement — in 40.7% of cases. No clinical changes occurred in the 7.5% cases.

**Key words:** EHF-therapy, neurotic depression, traumatic encephalopathy.

## Вступ

Проблема депресій в останні десятиліття набуває все більшої актуальності, вона пов'язана з багатьма причинами: соціальним напруженням у суспільстві, екологічними проблемами, збільшенням частки розладів невротичного рівня в загальній структурі психічної захворюваності тощо [12; 14]. Усе це визначає важливість удосконалення методів терапії хворих із депресивними станами, тим паче, що наявні в розпорядженні фахівців засоби психофармако- і психотерапії не завжди дозволяють досягти бажаного ефекту. Часто в результаті лікування знижується лише гострота депресивних розладів і тривалий час зберігаються субдепресивні симптоми і вегетосудинні розлади.

При надвисокочастотній (НВЧ) терапії використовуються міліметрові хвилі нетеплової інтенсивності (довжина хвилі від 1 до 10 мм, частота 30–300 ГГц) [1; 6; 29; 31; 32]. У вітчизняній медичній практиці показана їхня висока ефективність при соматичних захворюваннях [3; 5–9; 15; 16; 18; 19]. НВЧ-терапія використовується і як монотерапія, і в комбінації з будь-яким видом лікування. Це неінвазивний метод. КВЧ-випромінювання не спричинює негативних побічних ефектів, у тому числі алергійних реакцій [25; 26; 28; 34]. Відповідно до існуючих теорій впливу електромагнітних хвиль НВЧ-діапазону на організм людини, НВЧ-випромінювання здатне регулювати відновні процеси та підвищувати неспецифічну резистентність організму [1; 2; 4; 20–23; 30; 33].

Найефективніший терапевтичний вплив НВЧ-випромінювання чинить на організм через точки акупунктури (ТА) [3; 11; 18; 24; 27; 35].

**Мета роботи:** пошук нових, ефективніших методів терапії невротичних депресій; дослідження ефективності лікування, що включає застосування психофармакологічних засобів, психотерапії та фізіотерапії. З методів фізіотерапії застосовували надвисокі частоти електромагнітного випромінювання (НВЧ-терапія).

## Матеріали та методи дослідження

В основу роботи покладені результати дослідження хворих на травматичну енцефалопатію з депресивними розладами, які проходили ліку-

вання в неврологічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні.

В основну групу увійшли 55 хворих віком від 18 до 58 років (середній вік 32 роки) з невротичною депресією (табл. 1). Тривалість невротичної депресії — від 1 міс. до 7 років (у середньому 1 рік 2 міс.).

Давність перенесеної закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ) коливалася від 6 міс. до 8 років (у середньому  $(1,70 \pm 0,55)$  року), що відповідає періоду відновлення та стабілізації функцій нервової системи, формуванню наслідків травми — від 3–4 міс. до 2–3 років [10], а також віддалених (залишкових) наслідків ЧМТ — більше 2 років [17] (табл. 2).

Усі стани, що спостерігалися, характеризувались афективно-невротичним рівнем розладів. Крім депресивних явищ, на тому чи іншому етапі відзначались obsesивно-фобічні, сенестопатичні, деперсоналізаційні симптоми. Відповідно до традиційно прийнятої систематики [12; 13] у наших випадках можна було виділити такі типи депресивних станів: тривожна депресія з фобічними та сенестоіпохондричними розладами, астеноади-

Таблиця 1

Розподіл хворих із травматичною енцефалопатією з депресивними розладами за віком і статтю, абс. (%)

Вік, років	Чоловіки	Жінки	Усього
до 30	4 (19,1)	12 (19,5)	16 (18,4)
30–44	10 (47,6)	28 (45,1)	38 (46,3)
44–53	7 (33,3)	21 (35,4)	28 (35,3)
Усього	21 (100)	61 (100)	82 (100)

Таблиця 2

Розподіл хворих із травматичною енцефалопатією з депресивними розладами за давністю ЗЧМТ і тривалістю депресивних розладів, абс. (%)

Термін	ЗЧМТ	Депресія
6 міс.–1 рік	10 (12,0)	7 (8,5)
1–3 роки	35 (42,2)	38 (46,3)
3–7 років	30 (36,8)	34 (41,6)
Більше 7 років	7 (9,0)	3 (3,6)
Усього	82 (100)	82 (100)



намічна депресія, анестетична депресія, істеро-депресія, «класична» тужлива депресія.

Насамперед необхідно відзначити, що затяжні депресії, що спостерігалися, завжди мали складну психопатологічну структуру, в якій переживання смутку чи туги поєднувалося з тривогою, апатією, вітальною астеною, дратівливістю. Деякі з цих ознак афективних порушень могли виступати як переважні. Крім зниженого настрою, почуття пригніченості, смутку, були характерні зосередженість на психотравмуючій ситуації, внутрішнє напруження, занепокоєння. Тривога, як правило, спочатку зумовлена психотравмуючими моментами, була найчастіше невмотивована, супроводжувалася різного ступеня виразності пароксизмальними психоvegetативними проявами, ажитацією, тривогою. Нерідко відзначалася перевага афекту туги, що відчувається як болісне, майже «фізичне» страждання з визначеною локалізацією: у ділянці серця, за грудиною, в епігастральній ділянці. У деяких випадках провідне місце в клінічній картині належало астенодинамічному симптомокомплексу. Ступінь виразності астенії варіювала від нерізно вираженої ранкової «розбитості», що фіксувалася лише суб'єктивно та швидко минала, стомлюваності при звичайних фізичних і психоемоційних навантаженнях до постійного відчуття млявості, втоми, що не зменшується після відпочинку, зберігається протягом усього дня та позначається на продуктивності діяльності пацієнтів. Нерідко спостерігалися гіперестезія, майже постійне почуття внутрішнього напруження, фізичного та психічного дискомфорту, слізливості, емоційна лабільність.

Часто в настрої хворих чітко виявлялась апатія з втратою інтересу до того, що відбувається, відчуттям власної неспроможності, нездатності розв'язати виникаючі проблеми, небажанням що-небудь почати, щоб змінити ситуацію, що створилася. Виразним було прагнення до обмеження будь-якої діяльності чи тенденція до уникнення ситуацій, що вимагають активної емоційної участі. Майже завжди пацієнти говорили про нездатність одержувати повноцінне задоволення від раніше улюблених занять (ангедонія). Моторна загальмованість у цілому не була характерна для даних станів, але певна інтелектуальна інертність, труднощі в концентрації уваги могли сприяти помітному зниженню продуктивної діяльності хворих.

Наявність у анамнезі попередньої соматичної патології, супровідних соматоформних розладів, різних хворобливих відчуттів, що нерідко приймають характер сенестоалгій, а в деяких випадках гомо- і гетерономних сенестопатій, а також тривале безуспішне чи малоефективне лікування у лікарів-інтерністів поєднувалися з іпохондричною фіксацією на власному здоров'ї.

Діагностику депресії проводили за встановленими суворими клінічними критеріями. У МКХ-10 у 5-му підрозділі «Психічні розлади в загальній

медичній практиці» виділені десять діагностичних критеріїв (табл. 3). Основними з них є перші два: знижений або печальний настрій та втрата інтересів і відчуття задоволення. Інші симптоми додаткові. Для верифікації депресії в клінічній симптоматиці хворого провідне місце повинні займати два основні прояви депресії, які тривають не менше двох тижнів і поєднані не менше ніж з двома додатковими симптомами.

Достатньо близькими до критеріїв у МКХ-10 є критерії депресії, прийняті в DSM-4. Критерії включають 9 пунктів. Для встановлення діагнозу великого депресивного епізоду необхідна наявність не менше п'яти з перерахованих симптомів, причому два перших є обов'язковими. Ці симптоми повинні бути наявними одночасно і тривати не менше двох тижнів.

Критерії депресії (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4-th ed.) // DSM-IV, 1994):

- пригнічений настрій протягом більшої частини дня;
- виражена втрата інтересів або відчуття задоволення;
- значне зниження чи збільшення маси тіла або зниження чи збільшення апетиту;
- безсоння чи сонливість;
- психомоторне збудження чи загальмованість;
- втомлюваність або втрата сил;
- відчуття власної непотрібності чи необґрунтовані ідеї винуватості;
- зниження здатності до мислення, концентрації уваги до прийняття рішень;
- думки про смерть, суїцидальні наміри, спроби, що повторюються.

Кожний з вищеперерахованих симптомів враховується, якщо наявний щодня, крім останнього пункту.

Таблиця 3

**Діагностичні ознаки депресивного епізоду (МКХ-10, розділ V. Психічні розлади в загальній медичній практиці. Версія для первинної медичної допомоги. ВООЗ, 1996)**

Симптоми	Характеристика
Основні	1. Знижений або печальний настрій. 2. Втрата інтересів і відчуття задоволення.
Додаткові	1. Порушення сну. 2. Відчуття провини чи низька самооцінка. 3. Втомлюваність або зниження активності. 4. Труднощі при фокусуванні уваги. 5. Збудження чи загальмованість рухів або мови. 6. Розлади апетиту. 7. Суїцидальні думки чи дії. 8. Зниження статевого потягу.

Були виділені такі типологічні варіанти невротичної депресії: астенічний (19 хворих), тривожний (19) і змішаний (17).

У контрольній групі було 27 хворих віком від 18 до 52 років (середній вік — 34 роки) з невротичною депресією. Тривалість невротичної депресії — 1 рік 2 міс. Типологічні варіанти невротичної депресії у цій групі були: астенічний (9 випадків), тривожний (9), змішаний (9). У контрольній групі хворі одержували тільки психофармако- і психотерапію. За основними показниками (вік, тривалість невротичної депресії, а також її типологічні варіанти) основна і контрольна групи були зіставлювані.

До початку лікування разом із клініко-лабораторними та параклінічними обстеженнями хворі були консультовані терапевтом, невропатологом і гінекологом. Усім їм проводили також електро- та реоенцефалографічне дослідження.

У результаті обстежень протипоказань до НВЧ-терапії виявлено не було.

Методика НВЧ-терапії проводилася відповідно до таких правил:

1. Підбір ТА здійснювали з урахуванням типологічного варіанта невротичної депресії:

а) при астенічних депресіях використовували ТА *P7, P9, IG6, IG8, V13*;

б) при тривожних — *VG20, MC6, E36, RP6, C7, V15, G14, G11, VB20, VB21, VB38*;

в) при змішаних — *VB20, MC6, F3, R3, F2, V23, VC4, VC6, VG4, E36*.

2. Щоденний акупунктурний рецепт складали на основі правил традиційної східної медицини з урахуванням даних електропунктометричної діагностики.

3. Час і тривалість впливу надвисоких частот електромагнітного випромінювання визначалися необхідністю тонізації (3–5 хв) або садації (10–20 хв) ТА. На сеанс використовували 3–6 точок. Деякі точки використовували повторно через 1–2 сеанси.

4. Оцінку отриманого ефекту здійснювали на основі аналізу суб'єктивних і об'єктивних симптомів і верифікували за допомогою даних електропунктометричної діагностики.

Призначенню НВЧ-терапії в усіх хворих основної групи передувало лікування транквілізаторами (гідазепам, феназепам), антидепресантами (стимулотон, амітриптилін, меліпрамін), ноотропами (ноотропіл, серміон) і в деяких випадках нейрореплетиками (еглоніл, сонапакс, флюанксол). Перераховані препарати поєднувалися з психотерапією, що проводилася протягом 2–3 тиж.

Під впливом психофармакотерапії у хворих трохи поліпшувався стан — зменшувалася тривога, поліпшувалося засинання, згладжувалися істеричні й іпохондричні прояви, тимчасом як астенічні й апатичні явища, а також зниження настрою редукувалися незначно. Депресивні та субдепресивні прояви продовжували визначати клінічну картину захворювання.

Крім зниженого настрою, хворих продовжували турбувати деяка млявість, слабкість, апатія, що з'явилася, скутість, почуття несвободи. Висловлювалися побоювання, що стан знову погіршиться, перспективи на майбутнє оцінювалися як сумнівні, деякі (зі змішаною депресією) застрягли, що видужати неможливо. У цілому результати лікування можна було розцінити як недостатні, що і визначало необхідність призначення НВЧ-терапії.

Перед застосуванням НВЧ-терапії хворим роз'яснювали суть нового виду лікування та характер його дії на організм.

НВЧ-терапію проводили в денний час 2–3 рази на тиждень. Курс лікування складався з 3–15 сеансів (у середньому 7,3), тривалість кожного сеансу була від 30 до 60 хв. Яких-небудь неприємних відчуттів і побічних явищ при проведенні цієї терапії не відзначалося.

Ефективність лікування оцінювали з урахуванням усього комплексу лікувальних впливів, тобто фармако-, психо- та НВЧ-терапії, за 4-бальною шкалою на основі заповнених на кожного хворого карт. У цих картах був перелік симптомів і їхнє кількісне вираження від 0 до 4 балів. Аналогічний підхід в оцінці результатів фармако- та психотерапії був і в групі порівняння.

При невротичній астенічній депресії позитивний результат після введення в комплексне лікування НВЧ-терапії відзначався хворими вже після 1–2-го сеансу, а після 3-го поліпшення було досить вираженим. Серед перших симптомів, що піддавалися редукції, були депресивні й астенічні. Підвищення настрою після 3 сеансів було значним, нерідко зі зникненням навіть проявів депресії. До цього часу (7–10-й день лікування) зменшувалися, а іноді редукувалися цілком слабкість, млявість, стомлюваність, підвищувалася рухова активність, знижувався ступінь виснаження мислення, психічної стомлюваності, цілком відновлювався сон. Хворі рідше, ніж до лікування, висловлювалися про нездатність працювати і налагодити стосунки в родині, у них з'являлася надія на поліпшення стану, менше виявлялася схильність до надмірного самоаналізу. Крім того, хворі часто відзначали зникнення почуття «внутрішньої несвободи», «пригніченості», пасивності. Після 4–5 сеансів настрої стабілізувалися, реакція на психотравмуючу ситуацію ставала адекватною, цілком нормалізувалася рухова й ідеаторна активність, астенія не виявлялася навіть при психічному навантаженні. Поряд із цим відновлювалися правильні установки на майбутнє, з'являлася впевненість у можливості та готовність продовжувати роботу за спеціальністю чи господарювати, чи поліпшити або змінити стосунки в родині, з навколишніми. У наступні сеанси це поліпшення стану закріплювалося, разом із цим купірувалися і вегетативно-судинні розлади.

При невротичній тривожній і змішаній депресії в перший тиждень НВЧ-терапії (після 2–3 се-

ансів) також відзначалося зменшення виразності депресивного афекту, астеничних проявів, моторних та ідеаторних порушень. У той же час тривожний компонент синдрому, ідеї малоцінності з впевненістю в безперспективності існування і неефективності лікування, сенестопатичні, сенестоалгічні, істеричні й іпохондричні прояви починали редукуватися трохи пізніше і після 5 сеансів залишалися ще помітними. Це ж відзначалося і при змішаних станах, коли, наприклад, симптоми тужливості поєднувалися з апатією. У процесі подальшої терапії (6–10 сеансів) залишкові астеничні, апатичні прояви і почуття тужливості зникали, зменшувалася тривога до рівня особистісних (тривожно-недовірливих) особливостей, майже цілком редукувалися сенестопатичні, алгічні прояви, з'являлася впевненість у майбутньому, не висловлювалися побоювання за здоров'я. Істеричні порушення виступали тільки у формі невиражених поведінкових реакцій. До 10-го сеансу редукувалися, а в деяких випадках зникали вегетативно-судинні порушення.

Ступінь досягнутого поліпшення стану хворих був вищим при астеничному, ніж при тривожному та змішаному варіантах невротичної депресії, що було пов'язано не тільки з відносно ранньою редукцією менш широкого кола психопатологічних розладів, але і з меншою стійкістю їх супровідних вегетативно-судинних порушень, спектр яких при астеничній депресії був вужчим, а виразність — меншою, ніж при інших депресіях.

Узагальнення кількісних оцінок за окремими симптомами та варіантами станів дозволило встановити такі показники ефективності терапії в основній групі хворих: у 27 (50,9 %) випадках — одужання (повна компенсація), у 22 (41,5 %) — значне поліпшення, у 4 (7,6 %) — поліпшення. У контрольній групі відповідно були відзначені: у 1 (3,7 %) випадку — одужання, у 13 (48,2 %) — значне поліпшення, у 11 (40,7 %) — поліпшення, у 1 (3,7 %) — незначне поліпшення й у 1 (3,7 %) — змін не було. Ці дані свідчать про перевагу комбінації психофармако- і психотерапії з НВЧ-терапією над традиційним лікуванням за допомогою тільки психофармако- і психотерапії за показником кількості випадків одужання.

В основній групі найбільш високий результат — одужання (повна компенсація) — був отриманий у 12 (66,7 %) з 18 хворих з астеничним варіантом невротичної депресії, у 10 (55,5 %) з 18 із тривожним, у 5 (29,4 %) з 17 хворих зі змішаним варіантом. Співвідношення хворих зі значним поліпшенням — відповідно 27,7; 38,9 і 58,8 %. Статистична обробка за критерієм перевірки рівності біноміальних імовірностей у 2 чи більше експериментах показала, що розбіжності статистично вірогідні ( $P < 0,05$ ).

### Висновки

Таким чином, результати проведеного дослідження показують, що НВЧ-терапія діє антиде-

пресивно та помірно стимулювально. Застосування при невротичних депресіях НВЧ-терапії в поєднанні з психофармако- і психотерапією справляє виражений лікувальний ефект — одужання відзначене в 50,9 % випадків порівняно з 3,7 % у контрольній групі. Особливо висока ефективність нового методу терапії при невротичній астеничній депресії. Поряд із афективними й іншими психопатологічними проявами НВЧ-терапія досить швидко купірує і вегетативно-судинні порушення. Терапевтична динаміка невротичної депресії при використанні НВЧ-терапії характеризується етапністю, що зумовлюється кількістю сеансів: перший етап — 2–3 сеанси; другий — 4–5; третій — 6–10 сеансів. Остаточна ефективність терапії залежить не тільки від особливостей проведення НВЧ-терапії (акупунктурний рецепт), але і від кількості сеансів.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Андреев А. И. Реакция организма человека на электромагнитное излучение миллиметрового диапазона / А. И. Андреев, М. Н. Белый, С. П. Ситько // Вестник АН СССР. — 1985. — № 1. — С. 24-32.
2. Электропунктурная диагностика хирургических патологий и КВЧ-терапия в процессе реабилитации в послеоперационный период / А. С. Баранников, Ю. Н. Белый, В. Н. Грачев [и др.] // Миллиметровые волны в биологии и медицине. — 1999. — № 2 (14). — С. 37-44.
3. Белова А. Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. — М.: Антидор, 1998. — Т. 1. — 222 с.; 1999. — Т. 2. — 648 с.
4. Бецкий О. В. Электромагнитные миллиметровые волны и живые организмы / О. В. Бецкий, Н. Д. Девятков // Радиотехника. — 1996. — № 9. — С. 4-11.
5. Бецкий О. В. Миллиметровые волны низкой интенсивности в медицине и биологии / О. В. Бецкий, Н. Д. Девятков, В. В. Кислов // Биомедицинская радиоэлектроника. — 1998. — № 4. — С. 13-29.
6. Геращенко С. И. Основы лечебного применения электромагнитных полей микроволнового диапазона / С. И. Геращенко. — К.: Радуга, 1997. — 223 с.
7. Девятков Н. Д. Влияние миллиметрового электромагнитного излучения на биологические объекты / Н. Д. Девятков // Успехи советской физики. — 1973. — ТЛЮ. — С. 452-454; 455-469.
8. Девятков Н. Д. Миллиметровые волны и их роль в процессах жизнедеятельности / Н. Д. Девятков, М. Б. Голант, О. В. Бецкий. — М.: Радио и связь, 1991. — 161 с.
9. Девятков Н. Д. Компьютерная электрофизическая диагностика и КВЧ-коррекция функционального состояния внутренних органов человека / Н. Д. Девятков, В. Я. Кислов // Радиотехника и электроника. — 1994. — № 12. — С. 2059-2064.
10. Доброхотова Т. А. Исходы черепно-мозговой травмы / Т. А. Доброхотова // Нейротравматология: справочник; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. — М.: Вазар-Ферро, 1994. — С. 84-86.
11. Илларионов В. Е. Техника и методики процедур лазерной терапии: справочник / В. Е. Илларионов. — М., 1994. — 178 с.
12. Карвасарский Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. — М., 1990. — 448 с.
13. Карлов В. А. Терапия нервных болезней: рук. для врачей / В. А. Карлов. — М.: Шаг, 1996. — 653 с.
14. Ковалев А. А. Механизм первичного влияния на кору головного мозга человека проявлений трансформации в его



организме внешнего низкоэнергетического КВЧ-излучения / А. А. Ковалев, С. В. Пресняков // Миллиметровые волны в биологии и медицине. — 1999. — № 2 (14). — С. 25-36.

15. Колбун Н. Д. Применение КВЧ-излучения низкой интенсивности в биологии и медицине / Н. Д. Колбун // Электромагнитные волны низкой интенсивности в биологии и медицине : тез. докл. VII Всесоюзного семинара. — М., 1989. — С. 42.

16. Колбун Н. Д. Информационно-волновая терапия в вопросах и ответах / Н. Д. Колбун. — К., 1996. — С. 42.

17. Лихтерман Л. Б. Периодизация течения черепно-мозговой травмы / Л. Б. Лихтерман // Нейротравматология : справочник ; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. — М. : Вазар-Ферро, 1994. — С. 140-141.

18. Матяш М. Н. КВЧ-пунктура: низкоинтенсивная стимуляция точек акупунктуры электромагнитным излучением миллиметрового диапазона / М. Н. Матяш, Н. В. Чухраев, Г. Е. Шимков. — К., 2001. — 152 с.

19. Попов В. Д. Применение электромагнитных волн миллиметрового диапазона в лечении тяжелого осложнения диабета — диабетической стопы / В. Д. Попов, С. Д. Воторопин // Миллиметровые волны в биологии и медицине. — 1995. — № 5. — С. 49-51.

20. Попов В. Д. Современные аспекты квантовой терапии в клинической медицине / В. Д. Попов. — К., 1996. — 133 с.

21. Сазонов А. Ю. Воздействие ЭМИ ММ-диапазона на биологические объекты различной сложности / А. Ю. Сазонов, Л. В. Рыжкова // Миллиметровые волны в медицине и биологии : X Всероссийский симп. с междунар. участием : сб. докл. — М. : ИРЭ РАН, 1995. — С. 112-144.

22. Ситько С. П. Про мікрохвильове когерентне поле організму та природу китайських меридіанів / С. П. Ситько, В. В. Гижко // Доповіді АН Української РСР. — 1989. — № 8. — С. 73-76.

23. Ситько С. П. Введение в квантовую медицину / С. П. Ситько, Л. Н. Мкртчян. — К. : Паттерн, 1994. — 145 с.

24. Табеева Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии / Д. М. Табеева. — М. : Медицина, 1980. — 560 с.

25. Тышкевич Т. Г. Использование миллиметровых волн в нейрохирургии под электрофизиологическим контролем / Т. Г. Тышкевич, В. П. Берснев, Т. С. Степанова // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. — 1998. — № 1. — С. 30-33.

26. Adey W. R. Frequency and power windowing in tissue interactions with weak electromagnetic fields / W. R. Adey // Proceedings of the IEEE. — 1980. — Vol. 63. — P. 119-125.

27. Advanced textbook on traditional Chinese medicine and pharmacology. — Beijing : New World Press, 1995. — Vol. 1. — 554 p. ; Vol. 2. — 495 p. ; Vol. 3. — 391 p. ; Vol. 4. — 305 p.

28. Bioresonance and multiresonance therapy (BRT) / ed. H. Brugemann. — Brussels : Editions Haug International, 1993. — 355 p.

29. Fischer G. Grundlagen der Quanten-Therapie / G. Fischer. — Triesenberg : Hecataeus Verlagsanstalt, 1996. — 335 p.

30. Gandhi O. P. Some basic properties of biological tissues for potential biomedical applications of millimeter waves / O. P. Gandhi // J. of Microwave Power. — 1983. — Vol. 18. — P. 295-304.

31. Jovanovic-Ignjatich Z. A review of current research in microwave resonance therapy: novel opportunities in medical treatment / Z. Jovanovic-Ignjatich, D. Rakovic // Acupunct. Electrother. Res., Int. J. — 1999. — Vol. 24, N 1. — P. 105-125.

32. Lawrence A. F. Non-linear wave mechanisms in interactions between excitable tissue and electromagnetic fields / A. F. Lawrence, W. R. Adey // Neurol. Res. — 1980. — Vol. 4. — P. 115-153.

33. Current state and implications of research on biological effects of millimeter waves: a review of the literature / A. G. Pakhomov, Y. Akyel, O. N. Pakhomova [et al.] // Bioelectromagnetics. — 1998. — Vol. 19. — P. 393-413.

34. Radio frequency radiation of millimeter wave length: potential occupational safety issues relating to surface heating / K. L. Ryan, J. A. D'Andrea, J. R. Jauchem, P. A. Mason // Health Physics. — 2000. — Vol. 78. — P. 170-181.

35. Voll R. Topographische Lage der Messpunkte der Elektroakupunktur / R. Voll. — Uelzen : ML-Verlag, 1977-1980. — Bd. 1. — 195 p. ; Bd. 2. — 157 p. ; Bd. 3. — 159 p. ; Bd. 4. — 157 p.

УДК 616-053.2:616.98:578.828ВІЛ

О. О. Старець, д-р мед. наук, доц.,  
Н. В. Котова, д-р мед. наук, доц.

## КОМПЛЕКСНИЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ЯК ПІДГРУНТЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ ТА ВЕДЕННЯ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616-053.2:616.98:578.828ВІЛ

Е. А. Старец, Н. В. Котова

## КОМПЛЕКСНЫЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ И ВЕДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

В статье представлена концепция мультидисциплинарного ведения ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей. Мультидисциплинарный подход включает преемственное ведение ВИЧ-инфицированных женщин мультидисциплинарной командой (врач, медсестра и социальный работник) центра профилактики и борьбы со СПИДом и медицинских специалистов женских консультаций, детских поликлиник и узких специалистов других лечебно-профилактических учреждений. Социальное сопровождение семей ВИЧ-инфицированных женщин является обязательным компонентом мультидисциплинарного ведения ВИЧ-инфицированных женщин и их детей.

**Ключевые слова:** мультидисциплинарный подход, ВИЧ-инфекция, дети.



**COMPLEX MULTIDISCIPLINARY APPROACH  
AS THE BASE OF PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION  
OF HIV AND MANAGEMENT OF HIV-INFECTED CHILDREN**

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

The conception of multidisciplinary approach to management of HIV-infected pregnant women and children born to HIV-positive mothers was presented in the article. Multidisciplinary approach includes combine management of HIV-infected patients by multidisciplinary team (physician, nurse and social worker) of regional anti-AIDS center and specialists from obstetrical and children's out-patient clinics and other hospitals. Social support of families of HIV-infected women is an obligate part of multidisciplinary approach.  
**Key words:** multidisciplinary approach, HIV-infection, children.

ВІЛ-інфекція залишається важливою медико-соціальною проблемою, яка суттєво впливає на стан репродуктивного здоров'я жінок, захворюваність і смертність дітей [1]. Одним з актуальних завдань реформування системи надання медичної допомоги в Україні є втілення мультидисциплінарного підходу щодо ведення хронічних хворих. Згідно зі стратегією ВООЗ «Здоров'я-21: Основи політики досягнення здоров'я у Європейському регіоні ВООЗ», покращання якості надання медичної допомоги жінкам і дітям повинно бути пріоритетним напрямком реформування медичної галузі [2]. Мультидисциплінарний підхід сьогодні визнано основним у розв'язанні складних медичних проблем, що набули чималої суспільної та соціальної ваги [3]. Питання мульти- або трансдисциплінарності у сучасній філософській науці розглядають ширше, визначаючи, що такий спосіб є основним у розв'язанні проблем ХХІ ст. Про це свідчить текст «Всесвітньої Декларації про вищу освіту для ХХІ сторіччя: підходи та практичні заходи», яка була схвалена учасниками Міжнародної конференції з вищої освіти, що відбулася у жовтні 1998 р. у Парижі у штаб-квартирі ЮНЕСКО. Статті 5 і 6 даної Декларації містять такі рекомендації: заохочувати трансдисциплінарність програм навчального процесу і навчати майбутніх фахівців застосовувати трансдисциплінарний підхід із метою розв'язання складних проблем природи та суспільства [4].

Розробка підходів до ведення ВІЛ-інфікованих вагітних та їхніх дітей дозволить створити і впровадити у практику модель мультидисциплінарних взаємовідношень при хронічній патології.

**Мета** даної роботи — розробка концепції комплексного мультидисциплінарного підходу до ведення ВІЛ-інфікованих вагітних і народжених ними дітей.

Під мультидисциплінарним підходом до надання допомоги ВІЛ-інфікованим розуміють таку її організацію, що забезпечує комплексність, наступність, своєчасність, безперервність і якість медичної та соціальної допомоги й психосоціальної підтримки [5]. З позиції надання медичної допомоги, мультидисциплінарний підхід можна

розглядати так: з одного боку, це надання комплексної медико-соціальної допомоги та психологічної підтримки фахівцями мультидисциплінарної команди, до складу якої входять лікар, медична сестра і соціальний працівник. З другого боку, ВІЛ-інфекція зумовлює наявність у хворого різноманітних клінічних проявів, у зв'язку з чим мультидисциплінарне ведення пацієнтів включає участь вузьких спеціалістів у лікуванні станів, пов'язаних і не пов'язаних з основним захворюванням, ускладнень високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ).

Надання допомоги мультидисциплінарною командою — це оптимальний підхід до медико-соціального ведення ВІЛ-інфікованих вагітних, їхніх дітей і родин. Згідно з діючими нормативними документами, мультидисциплінарні команди можуть створюватися у центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, жіночих консультаціях, дитячих поліклініках, будинках дитини та школах-інтернатах, у яких мешкають більш ніж 5 ВІЛ-інфікованих дітей, що отримують ВААРТ [6]. Основними принципами роботи мультидисциплінарної команди є:

— колективне прийняття рішень і одночасне розв'язання всіх проблем, які можуть впливати на перебіг хвороби, результати лікування та якість життя хворого;

— колективна й індивідуальна відповідальність кожного члена мультидисциплінарної команди;

— одночасне виконання членами мультидисциплінарної команди обов'язків у межах своїх повноважень;

— оперативне розв'язання проблем, визначення недоліків, їх оцінка та розроблення шляхів усунення;

— систематичний аналіз діяльності;

— ініціювання упровадження заходів із розв'язання проблем ВІЛ-інфікованих на місцевому, галузевому та національному рівнях.

Лікар мультидисциплінарної команди вивчає потребу ВІЛ-інфікованого у медичному спостереженні, планує і вивчає потребу ВІЛ-інфікованого у призначенні ВААРТ залежно від клінічної та імунологічної стадії захворювання, визнає не-

обхідність соціального супроводу родини. Медична сестра в мультидисциплінарній команді виконує організаційні обов'язки з налагодження зв'язку між лікарем і пацієнтом; контролює регулярність візитів пацієнта до лікувально-профілактичного закладу та виконання призначень лікаря. Лікар і медична сестра мультидисциплінарної команди здійснюють моніторинг прихильності ВІЛ-інфікованих до профілактичного прийому антиретровірусних препаратів із метою запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини або до ВААРТ. Медична сестра стежить за рухом фармацевтичних препаратів (зберігання, видача, розрахунки потреб, облік), веде медичну документацію [6]. Соціальний працівник мультидисциплінарної команди проводить оцінку соціального становища і потреб ВІЛ-інфікованих. Він же виконує консультативну роботу, бере участь в оцінці прихильності до ВААРТ і перешкод до її дотримання. Соціальний працівник встановлює та підтримує зв'язок із державною соціальною службою та недержавними організаціями, які надають соціальну допомогу.

Соціальний супровід — це невід'ємна складова частина мультидисциплінарного ведення ВІЛ-інфікованих. Він здійснюється за принципом добровільності спеціалістами відповідного центру соціальних служб для сімей, дітей та молоді (ЦСССДМ). Соціальний супровід необхідний родинам, які самостійно не здатні подолати кризу, розв'язати медико-соціальні проблеми, до яких належать:

— психологічна депресія, а також криза, пов'язана з ВІЛ-статусом, погіршенням стану здоров'я, самоізоляцією та соціальною ізоляцією, фактами дискримінації та стигматизації;

— внутрішньосімейні конфлікти в контексті ВІЛ;

— проблеми взаємодії з представниками інших державних установ, організацій;

— порушення прав дитини або людей, які живуть із ВІЛ;

— неознаність батьків (опікунів) щодо питань догляду за дітьми, які перебувають на соціальному медичному обліку;

— підготовка дітей з ВІЛ-статусом до перебування в організованих дитячих колективах і влаштування цих дітей;

— відсутність прихильності до прийому антиретровірусних препаратів;

— проблеми працевлаштування або тимчасової зайнятості;

— незадовільне матеріальне становище сім'ї, що не дає змоги забезпечити умови для догляду та розвитку дитини та ін.

Соціальний супровід базується на таких принципах:

1) добровільності у прийнятті допомоги, активної участі сім'ї або особи у подоланні складних життєвих обставин;

2) поваги до людини, визнання її цінності незалежно від реальних досягнень і поведінки особистості;

3) реалізації першочергового права дитини на зростання та виховання в сім'ї;

4) індивідуального та диференційованого підходу до кожної особи, кожної сім'ї з урахуванням їхніх потреб та особливостей;

5) системності, комплексності, безоплатності, доступності соціальних послуг;

6) толерантності та гуманізму, відповідальності за дотримання норм професійної етики;

7) пріоритетності інтересів сім'ї у цілому й окремих її членів, збереження цілісності сім'ї.

Соціальний супровід передбачає здійснення соціальної допомоги, надання соціальних послуг і соціальної реабілітації відповідно до потреб особистості та характеру самих проблем. Соціальне виховання включає створення умов і проведення заходів, спрямованих на засвоєння загальнолюдських і спеціальних знань, соціального досвіду з метою формування соціально-позитивних ціннісних орієнтацій. Соціальний супровід також передбачає психологічну, соціальну та юридичну підтримку, призначенням якої є надання професійної посередницької допомоги у розв'язанні різноманітних проблем. Важливою складовою частиною соціального супроводу є консультування, у процесі якого виявляються основні напрямки подолання складних життєвих обставин.

У процесі здійснення соціального супроводу сім'ї ВІЛ-інфікованих можуть отримати інформаційні та психологічні послуги, які включають психологічну діагностику, спрямовану на виявлення соціально-психологічних характеристик особистості; надання консультацій з питань психологічного здоров'я та поліпшення взаємин із найближчим оточенням; обговорення проблем і надання рекомендацій щодо розв'язання соціальних і психологічних проблем; поради щодо подолання труднощів і конфліктів, які трапляються; уникнення непорозумінь і конфліктів між членами сім'ї; психологічну корекцію та психологічну реабілітацію.

Комплекс соціальних послуг включає соціально-педагогічні заходи, до яких належать здійснення моніторингу захисту дитини від жорстокого поводження та насильства; педагогічне консультування з питань розв'язання педагогічних проблем сім'ї та окремих її членів; влаштування дитини у клуб, секцію, гурток тощо.

Юридичні послуги включають надання консультацій з питань чинного законодавства, га-

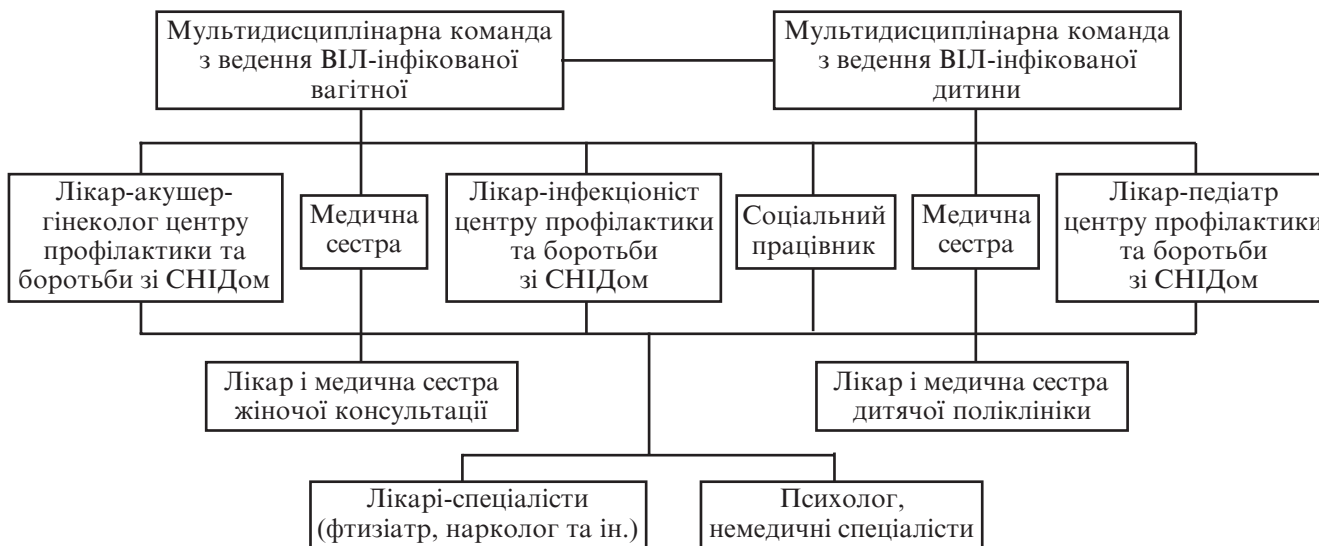


Рисунок. Мультидисциплінарний підхід до проведення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та ведення ВІЛ-інфікованих жінок та їхніх дітей

рантій і пільг; здійснення захисту прав та інтересів сім'ї чи окремої особи; захист прав дитини.

Важливою складовою частиною соціального супроводу є соціально-економічні послуги, що реалізуються у формі сприяння наданню натуральної допомоги (забезпечення одягом і взуттям тощо); допомоги в оздоровленні, сприяння отриманню державних соціальних виплат, наданню грошової допомоги, а також допомоги у вигляді грошових компенсацій; інформування з питань працевлаштування та сприяння цьому, навчання; посередництва в наданні гуманітарної допомоги тощо.

Таким чином, концепція мультидисциплінарного підходу до проведення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та ведення ВІЛ-інфікованих вагітних, їхніх дітей і родин передбачає взаємодію мультидисциплінарних команд центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, спеціалістів жіночих консультацій і дитячих поліклінік для подальшого медико-соціального ведення хворих (рисунок). Мультидисциплінарний підхід до медичного спостереження хворих включає забезпечення доступу ВІЛ-інфікованих до всіх видів спеціалізованої медичної допомоги. Невід'ємною складовою частиною надання допомоги ВІЛ-інфікованим є їхній соціальний супровід. Комплексне медико-соціальне ведення ВІЛ-інфікованих жінок, їхніх дітей і сімей знижує ризик передачі ВІЛ від матері до дитини, забезпечує прихильність до диспансерного спостереження, проведення ВААРТ, профілактики опортуністичних інфекцій, що сприятиме зниженню материнської та малюкової смертності, а також зменшує соціальні наслідки епідемії ВІЛ-інфекції, у тому числі сирітство.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа, 2008 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2008GlobalReport](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2008GlobalReport) — Название с экрана.
2. *Здоровье 21*. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе // Европейская серия достижения здоровья для всех. ВОЗ. Европейское бюро. — 1999. — № 6. — 324 с.
3. *Запорожан В. Н.* ВИЧ-инфекция и СПИД / В. Н. Запорожан, Н. Л. Аряев. — К. : Здоров'я, 2004. — 635 с.
4. *Проект* Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека. — ЮНЕСКО, Париж, июнь 2005 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.unesco.ru> — Название с экрана.
5. *Про заходи* щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичну допомогу і соціальний супровід ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей : Наказ МОЗ України, МОН України, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту України, Державного департаменту з питань виконання покарань № 740/1030/4154/312/614а від 23.11.2007 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.anti-aids.org/ru/hiv-aids/ukraine/1545/4208> — Назва з екрану.
6. *Клінічний протокол* з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей : Наказ МОЗ України № 2006 від 07.04.2006. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=5831> — Назва з екрану.

УДК 616.314-089.28

В. Г. Шутурмінський, канд. мед. наук, доц.

## ВИЗНАЧЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ, ЯКІ КОРИСТУЮТЬСЯ ЧАСТКОВИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ З РІЗНИХ ПЛАСТМАС ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ КОМПЛЕКСНОГО ІНТЕГРАЦІЙНОГО ІНДЕКСУ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 616.314-089.28

В. Г. Шутурминский

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ, КОТОРЫЕ ПОЛЬЗУЮТСЯ ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ИЗ РАЗНЫХ ПЛАСТМАСС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ИНТЕГРАЦИОННОГО ИНДЕКСА

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

Статья посвящена разработке интегрального универсального индекса, который разрешил бы провести оценку качества изготовления съемных протезов, а также оценить влияние на ткани протезного ложа протезов из различных материалов.

Учитывая широкое распространение безакриловых съемных протезов и протезов, изготовленных из полипропилена, автор провел индексную оценку их влияния на ткани протезного поля. Полученные результаты доказали преимущество этого вида протезирования перед более распространенными акриловыми протезами.

**Ключевые слова:** полипропилен, ЛКС-исследования, ткани протезного поля, акриловая пластмасса.

UDC 616.314-089.28

V. G. Shuturminskiy

### THE DETERMINATION OF DENTAL STATUS OF THE PATIENTS WHO USE PARTIAL REMOVABLE PROSTHESES MADE OF DIFFERENT PLASTICS WITH THE USE OF THE COMPLEX INTEGRATED INDEX

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

The article is dedicated to the development of the integral universal index, which would permit conducting the estimation of the manufacturing quality of removable prostheses, and also estimating influence on the prosthetic bed tissue of prosthesis made of different materials.

Taking into account wide usage of acryl free removable prostheses and polypropylene prostheses; the author conducted the index evaluation of their influence on the prosthetic field tissue. The obtained results proved the advantage of this form of prosthetics over the more spread acrylic prostheses.

**Key words:** polypropylene, LKS-study, the tissue of prosthesis field, acrylic plastic.

#### Актуальність теми

Середні та великі дефекти зубних рядів залишаються сьогодні в ортопедичній стоматології найпроблемнішими для повного відновлення жувального апарату й естетичного вигляду [1].

Найоптимальнішим розв'язанням проблеми відновлення функцій жувального апарату більше ніж 20 років є відновлення за допомогою внутрішньокісткових імплантатів [2].

Якщо ця теза актуальна для пересічного громадянина середньої Європи, то для середнього українця основним засобом відновлення середніх і часткових дефектів зубних рядів є часткові пластинкові протези, які як за опору фіксуються за зуби, що оточують дефект.

Широке застосування у сучасній ортопедичній стоматології часткових пластинкових протезів, які виготовлені з акрилових пластмас, підтверджує суттєву необхідність перебудови світогляду простого зубного техника і лікаря-стоматолога [3; 4].

Цю перебудову здійснити досить важко, бо життєвий досвід, загальна інертність, нігілізм до всього нового стають на заваді до нового рішучого розв'язання проблеми неякісного знімного акрилового протезування.

А в цей час, замість ламкого, недовговічного, алергонебезпечного, токсичного базису акрилового протеза, після досить істотних досліджень запроваджують технологію безакрилового протезування.

Для України — держави з економічними складнощами — найвагомим аргументом для впровадження нової технології є її поміркована вартість поряд із деякими перевагами [5].

Такі переваги мають протези з поліпропілену [6]. Саме тому для визначення клінічних переваг безакрилового протезування нами було застосовано порівняльну характеристику акрилових пластмас, поліпропілену та бюгельного протезування.

**Мета** дослідження — визначити в результаті порівняльної характеристики із застосуванням



інтегрального індексу та методики експрес-аналізу ЛКС вплив на тканини протезного ложа вказаних методик протезування.

### Матеріали та методи дослідження

Комплексно оцінювали 38 пацієнтів із великими та середніми дефектами зубних рядів, які були розподілені на дві групи: 18 — особи, яким виготовляли протези за стандартною методикою [7], 20 — за методикою, розробленою автором. Брали участь у дослідженні як група порівняння 42 пацієнти. Їм виготовляли акрилові зубні протези з пластмаси «Фторакс». Оцінку стоматологічного статусу ми проводили за загальноприйнятими стандартами згідно з такими критеріями:

1) проба Шиллера — Писарева для оцінки стану тканин пародонта (як найбільш інформативний показник у даній ситуації за результатами раніше проведених досліджень);

2) оцінка ступеня атрофії кісткової тканини альвеолярного відростка;

3) посів зі слизової оболонки порожнини рота для визначення загального обсіменіння;

4) посів зі слизової оболонки порожнини рота для визначення кількості грибів роду *Candida*;

5) морфологічне дослідження епітелію порожнини рота.

Кожний із зазначених критеріїв нами був поданий в усередненому трибальному варіанті.

Так, пробу Шиллера — Писарева проводили за стандартною методикою [8] і з огляду на високі показники у групах дослідження уніфікували показники в такий спосіб:

1 — сумарний показник дорівнює 2,6 і нижче;

2 — сумарний показник перебуває в межах 2,61–2,79;

3 — сумарний показник 2,80 і вище.

Оцінку ступеня атрофії кісткової тканини проводили за такою методикою [9].

Основа способу визначення атрофії альвеолярного відростка — вимірювання об'єму полімеризованої відбиткової маси “Stomaflex”, що заповнює простір між протезом і тканинами протезного ложа. Після зняття відбитка протезом відбиткову масу відокремлювали й поміщали в посудину з певним рівнем води. За рівнем зміни об'єму витиснутої води обчислювали об'єм атрофії альвеолярного відростка:

$$V_{\text{ат}} = V_{\text{кор. маси}} \cdot K/t, \quad (1)$$

де  $V_{\text{ат}}$  — об'єм атрофії альвеолярного відростка, мм<sup>3</sup>;  $V_{\text{кор. маси}}$  — об'єм коригувальної відбиткової маси, мм<sup>3</sup>;  $K$  — коефіцієнт усадки відбиткової маси, см/с;  $t$  — час полімеризації коригувальної відбиткової маси, с.

Отриману величину об'єму атрофії альвеолярного відростка співвідносили з кількістю вилучених зубів.

Отримані результати уніфікували так:

1 — атрофія в межах 0,1–0,2;

2 — атрофія в межах 0,2–0,3;

3 — атрофія вище 0,3.

У наведеній вибірці не було отримано результатів вище 0,1.

Дані бактеріологічного дослідження, отримані за стандартними методиками, уніфікували так:

1 — загальне обсіменіння  $4-5 \cdot 10^4$  КУО/моль;

2 — загальне обсіменіння  $6-8 \cdot 10^4$  КУО/моль;

3 — загальне обсіменіння більше  $8 \cdot 10^4$  КУО/моль.

Дані бактеріологічного дослідження з визначення кількості грибів роду *Candida*, отримані за стандартними методиками, уніфікували так:

1 — відсутність, або вміст 1–5 млн кл.;

2 — вміст грибів 6–45 млн кл.;

3 — вміст грибів більше 46 млн кл.

Морфологічне дослідження епітелію порожнини рота проводили за методикою, описаною нами раніше. Уніфікація продемонстрована в табл. 1.

### Результати дослідження та їх обговорення

Дані, отримані в результаті зазначених вище досліджень, наведені в табл. 2. Наведені нами групи індексів підсумовувалися, загальний сумарний коефіцієнт поданий у колонці 7 (див. табл. 2).

З огляду на кількість показників ми для визначення генерального індексу використали таку пропорцію (табл. 3). Виходячи з даних цієї таблиці, індекс I вказує на групу пацієнтів, близьких за своїми показниками до норми, з низьким значенням прогресування атрофії кісткової тканини альвеолярних відростків, низьким значенням обсіменіння та відсутністю або низькими показниками грибів роду *Candida*. Індекс II відповідав помірній, але вираженій патології зубоцелепної системи з порушеннями у гірший бік, тимчасом як індекс III — тяжким патологічним станом у порожнині рота, що оцінювалися як несприятлива ситуація, що веде до подальшої швидкоплинної втрати зубів.

Виходячи з даних, наведених у табл. 3, очевидно, що серед групи осіб, яких протезували акриловими протезами, схильність до розподілу в другу та третю групи виражена значніше (рисунок).

Таблиця 1

#### Уніфікація показників співвідношення вмісту епітеліоцитів слизової оболонки порожнини рота для визначення інтегрального індексу стану порожнини рота

Індекс	Парабазальні клітини	Проміжні клітини	Поверхневі клітини
1	0–2	21–38	62–80
2	0–1	70–90	20–36
3	2–4	52–77	18–38

Співвідношення різних рівнів функціональних навантажень за сумарною оцінкою стоматологічного статусу

Номер дослідження	1	2	3	4	5	6	7	8	Номер дослідження	1	2	3	4	5	6	7	8
	1	3	3	3	3	3	3	18		III	20	1	2	3	1	1	2
2	1	2	1	1	3	3	11	II	21	3	2	2	2	1	1	11	II
3	3	3	3	1	3	3	16	III	22	3	3	3	3	1	2	15	III
4	1	2	2	1	3	2	11	II	23	1	2	3	3	1	2	12	II
5	1	3	3	2	2	3	14	III	24	2	2	1	2	1	2	10	II
6	3	3	2	2	3	1	14	III	25	3	2	2	2	1	3	13	II
7	1	3	3	2	1	3	13	II	26	1	2	3	3	2	2	13	II
8	1	2	3	2	1	3	12	II	27	1	2	3	2	2	2	12	II
9	1	1	3	2	2	3	12	II	28	2	2	3	2	3	2	14	III
10	1	1	3	2	2	1	10	II	29	2	3	1	1	1	2	10	II
11	1	2	1	1	1	2	8	I	30	3	1	1	1	1	2	9	I
12	3	2	3	3	1	3	15	III	31	3	3	2	3	1	3	15	III
13	1	3	1	1	2	2	10	II	32	1	3	1	3	1	3	12	II
14	2	2	3	1	3	2	13	II	33	1	3	1	1	1	2	9	I
15	2	3	3	1	3	3	15	III	34	1	3	1	1	1	2	9	I
16	2	3	3	3	2	3	16	III	35	1	3	1	1	1	2	9	I
17	2	1	1	1	2	2	9	I	36	1	3	1	1	1	3	10	II
18	1	1	1	1	1	1	6	I	37	1	3	3	1	1	3	12	II
19	1	1	1	1	1	1	6	I	38	1	2	1	1	3	3	11	II

Примітка. 1 — протези; 2 — проба Шиллера — Писарева; 3 — ААВ; 4 — бакпосів; 5 — кількість грибів роду *Candida*; 6 — морфологія; 7 — загальний коефіцієнт; 8 — загальний індекс.

Таблиця 3

## Механізм визначення генерального індексу

Загальний коефіцієнт	Генеральний індекс	Кількість осіб у групі порівняння	% від загальної кількості обстежених
6–9	I	8	21,1
10–13	II	20	52,6
14 і вище	III	10	26,3

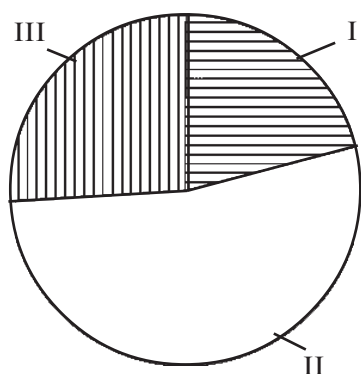


Рисунок. Розповсюдження груп генерального індексу в групі осіб, яких протезували акриловими протезами

Аналогічно генеральному індексу нами було проведено індексування за кожною з ознак. Результат індексування наведений у табл. 4.

Як видно з даних аналізу груп, найбільш обтяженими (44–47% індексу III) виявилися дослідження проби Шиллера — Писарева та дослідження атрофії кісткової тканини альвеолярних відростків щелеп.

Для більш інформативної експрес-методики досліджень ми застосували метод лазерної кореляційної спектроскопії (ЛКС) у зазначеній групі пацієнтів [10]. Ми вивчали склад ротової рідини, отримані дані наведені у табл. 5.

Результати даних ЛКС-метрії подаємо у вигляді таких класів:

- 0 — нормологічний підклас;
- 1 — алергоподібний підклас;
- 2 — інтоксикаційний підклас;
- 3 — дистрофічний підклас;
- 4 — автоімунний підклас;
- 5 — катаболітичний підклас;
- 6 — змішаний алерго- й інтоксикаційноподібний;
- 7 — змішаний алерго- й автоімунноподібний.

Виходячи з даних вищевказаного класифікатора, ми об'єднали дані класи в чотири основні групи:

- 0 — сюди ввійшов нормологічний підклас (0);
- Г (гідролітичний) — увійшли 2, 3-й і 5-й класи;
- П (проліферативний) — увійшли 1-й і 4-й класи;
- З (змішаний) — увійшли 6, 7-й і 8-й класи.

У результаті аналізу табл. 5 були отримані такі дані, об'єднані нами в табл. 6.

Аналізуючи стан порожнини рота у пацієнтів, протезованих поліпропіленовими протезами з модифікованою поверхнею, за даними ЛКС-метрії, можна зробити висновок про помірний розподіл у групі найбільш сприятливих пацієнтів (I)

Таблиця 4

**Результати індексування  
за групами проведених досліджень, абс. (%)**

Індекс	Проба Шиллера — Писарева	ААВ	Бак. посів	Кількість грибів роду <i>Candida</i>	Морфологія
I	6 (15,8)	15 (39,5)	19 (50)	21 (55,2)	5 (13,2)
II	15 (39,5)	5 (13,2)	11 (28,9)	8 (21,1)	17 (44,7)
III	17 (44,7)	18 (47,3)	8 (21,1)	9 (23,7)	16 (42,1)

Таблиця 5

**Результати дослідження ротової рідини  
ЛКС-методом у групі дослідження**

№	Дані ЛКС	Генеральний індекс	№	Дані ЛКС	Генеральний індекс	№	Дані ЛКС	Генеральний індекс
1	0,0	III	14	0,0	II	27	0,0	II
2	6,2	II	15	0,0	III	28	1,3	III
3	1,2	III	16	0,0	III	29	4,1	II
4	0,0	II	17	2,2	I	30	2,1	I
5	0,0	III	18	0,0	I	31	1,1	III
6	0,0	III	19	5,2	I	32	6,1	II
7	1,1	II	20	1,1	II	33	0,0	I
8	0,0	II	21	2,2	II	34	1,1	I
9	0,0	II	22	0,0	III	35	0,0	I
10	1,3	II	23	0,0	II	36	7,1	II
11	4,1	I	24	2,2	II	37	0,0	II
12	0,0	III	25	3,1	II	38	0,0	II
13	5,1	II	26	0,0	II			

Таблиця 6

**Аналіз результатів ЛКС-метрії, абс. (%)**

Групи за індексом	Нормоподібні (0)	Гідролітичні (Г)	Проліферативні (П)	Змішані (С)
I	3 (38)	3 (38)	2 (24)	0 (0)
II	9 (45)	4 (20)	4 (20)	3 (5)
III	7 (70)	0 (0)	3 (30)	0 (0)

між нормологічною, гідролітичною та проліферативною групами, а також чітке зрушення в нормологічну групу в найбільш несприятливій III групі.

### Висновки

У результаті проведених досліджень нами був розроблений генеральний індекс стану порожнини рота, що дозволяє з високою вірогідністю оцінити вираженість атрофічних, запальних процесів порожнини рота, для цього також використовували вже широко відомі й часто застосовувані на практиці методики об'єктивного дослідження порожнини рота.

Застосування методу ЛКС-метрії для вивчення перебігу запальних процесів у порожнині рота довело його експресність і інформативність як методу оцінки стану порожнини рота.

При визначенні впливу базисів протезів на стан опорних тканин було визначено значно сприятливіший вплив поліпропіленових протезів порівняно з акрилатними на підлеглі тканини протезного поля.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Лабунец В. А. Факторы, определяющие величину потребности населения в стоматологической ортопедической помощи на современном этапе ее развития / В. А. Лабунец // Проблемы екології та медицини. — 1999. — № 5. — С. 69-71.
2. Безруков В. М. Результаты и перспективы исследования проблем дентальной имплантологии в России / В. М. Безруков, А. И. Матвеева, А. А. Кулаков // Стоматология. — 2002. — № 1. — С. 52-55.
3. Акриловые пластмассы должны быть устранены из практики зубного протезирования. Дорогу термопластам медицинской чистоты / Э. Я. Варес, В. А. Нагурный, Я. Э. Варес, Л. С. Аллахвердиева // Вісник стоматології. — 2004. — № 1. — С. 105-107.
4. Литьевым термопластам медицинской чистоты — дорогу в стоматологическую ортопедию / Э. Я. Варес, В. А. Нагурный, Я. Э. Варес, Л. С. Аллахвердиева // Стоматология. — 2004. — Т. 83, № 6. — С. 75-76.
5. Поиск альтернативных полиметилметакрилатов для съёмного протезирования : обзор / М. З. Каплан, А. С. Григорян, З. П. Антипова, Х. Р. Тигранян // Стоматология для всех. — 2007. — № 2. — С. 12-17.
6. Варес Е. Я. Зміцнення базисів зубних протезів. Огляд літератури / Е. Я. Варес, Я. Е. Варес, В. А. Нагурный // Новини стоматології. — 2003. — № 3. — С. 27-29.
7. Король М. Д. Пропедевтика ортопедичної стоматології / за ред. М. Д. Короля. — Вінниця : Нова Книга, 2007. — 270 с.
8. Гуц Ю. В. Роль степени кератинизации слизистой оболочки полости рта в оценке результатов пробы Шиллера — Писарева / Ю. В. Гуц // Стоматология. — 1989. — Т. 68, № 2. — С. 72-73.
9. Нідзельський М. Я. Вплив матеріалу базису на розвиток атрофії альвеолярного відростка при тривалому користуванні протезами / М. Я. Нідзельський // Питання ортопедичної стоматології. — Полтава, 1997. — С. 74-75.
10. Бажора Ю. И. Лазерная корреляционная спектроскопия в медицине / Ю. И. Бажора, Л. А. Носкин. — Одесса : Друк, 2002.

УДК 616.1/4:378.147

С. К. Кулішов, д-р мед. наук,  
Н. Г. Третяк, канд. мед. наук,  
Т. І. Шевченко, канд. мед. наук,  
С. І. Сорокіна, канд. мед. наук,  
І. П. Кудря

## ВПРОВАДЖЕННЯ СВІТОВОГО ДОСВІДУ НАВЧАННЯ, КРЕАТИВНОГО МИСЛЕННЯ ЯК ЗАСІБ БОРОТЬБИ ЗА РИНКИ ЗБУТУ НАВЧАЛЬНИХ ПОСЛУГ ІЗ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

*Вищий державний навчальний заклад «Українська медична  
стоматологічна академія», Полтава, Україна*

УДК 616.1/4:378.147

С. К. Кулишов, Н. Г. Третьак, Т. И. Шевченко, С. И. Сорокина, И. П. Кудря  
ВНЕДРЕНИЕ МИРОВОГО ОПЫТА ОБУЧЕНИЯ, КРЕАТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ  
КАК СПОСОБ БОРЬБЫ ЗА РЫНКИ СБЫТА УЧЕБНЫХ УСЛУГ  
ПО ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЕ

*Высшее государственное учебное заведение «Украинская медицинская  
стоматологическая академия», Полтава, Украина*

В работе представлены сведения об общих принципах обучения внутренней медицине, основные принципы технологий креативного мышления и их применение. Особое внимание уделяется формированию креативного клинического мышления для успешного решения лечебно-диагностических задач как способа борьбы за рынки предоставления учебных услуг.

**Ключевые слова:** принципы обучения, креативное мышление, внутренняя медицина, рынки сбыта учебных услуг.

UDC 616.1/4:378.147

S. K. Kulishov, N. G. Tretyak, T. I. Shevchenko, S. I. Sorokina, I. P. Kudrya  
INTRODUCTION OF WORLD'S SKILL OF EDUCATION, CREATIVE THINKING  
AS A METHOD OF STRUGGLE FOR STUDENTS' COMMODITY MARKETS  
OF EDUCATIONAL SERVICES IN INTERNAL MEDICINE

*The Higher State Educational Establishment "The Ukraine Medical Stomatological Academy",  
Poltava, Ukraine*

General principles of internal medicine's education, the main principles of creative thinking technologies and their using are presented in this article. Peculiar attention is devoted to formation of creative clinical thinking for successful solving of diagnostic and treatment tasks as a method of struggle for education's market.

**Key words:** education principles, creative thinking, internal medicine, commodity markets of educational services.

### Вступ

Глобалізація економіки та науки привела до глобалізації освіти. За прогнозами деяких учених, боротьба за ринки збуту «навчальних послуг» надалі зростатиме. Цивілізованому характеру конкуренції вищих навчальних закладів (ВНЗ) сприятиме утворення в майбутньому світових регулюючих організацій освітнього процесу. Проте вже сьогодні регулятором взаємовідносин у Європі є Болонський процес — як відповідь на модернізацію навчального процесу в Північній Америці, зокрема в США та Канаді.

До високого рівня вищої медичної освіти прагнуть й інші країни Британської Співдружності. Освіта вищого гатунку характерна для Великобританії.

Україна має свою славетну історію становлення освіти за часів Київської Русі, під час перебування у складі таких імперій, як Росія, Австро-Угорщина, Річ Посполита, Радянський Союз, та за роки існування як самостійної держави.

Рейтинг кафедр ВНЗ є відображенням рівня володіння перевіреними та новітніми освітніми технологіями і дозволяє зайняти певну «нішу» на освітньому ринку.



Нині ВНЗ займаються підготовкою власних та іноземних спеціалістів. Вищий навчальний заклад країни, який виберуть українці, іноземці, сприятиме майбутньому розвитку освітньої галузі України.

### Основна частина

Сьогодні, в постіндустріальну інформаційну епоху, студенти, лікарі, викладачі вищих медичних шкіл мають доступ до значних «інформаційних потоків». Поряд із паперовими носіями інформації, тобто підручниками, методичними вказівками, монографіями, матеріалами конгресів, науково-практичних конференцій, є їх електронні аналоги. Ця інформація подається різними мовами. Тому, якщо учасники навчального процесу володіють однією мовою, це різко обмежує їх можливості.

Найбільшими споживачами ринку навчальних послуг є мешканці Африки, Близького Сходу. Вони віддають перевагу навчанню англійською, французькою, іспанською, португальською мовами.

Викладання у ВНЗ англійською є пріоритетним. Ось чому треба звернути увагу на досвід викладання англійською мовою у вищих медичних навчальних закладах України, а також наших найближчих сусідів. Найбільші досягнення у цьому мають такі державні медичні університети, як Одеський, Кримський, Запорізький і Тернопільський. У цих закладах є достатня кількість англійських підручників, посібників, методичних рекомендацій, проводяться англійські студентські конференції, у тому числі республіканського рівня.

За даними сайту Варшавського медичного університету, навчання англійською мовою у них проводиться на відокремлених теоретичних і клінічних кафедрах.

Автори цієї статті — викладачі внутрішньої медицини на 4–6-му курсах. Ось чому викладання саме на цих кафедрах і зацікавило нас. На 4-му курсі студенти вивчають кардіологію, гематологію, пульмонологію, ревматологію; на 5-му — кардіологію, гастроентерологію, нефрологію, ендокринологію.

Враховуючи важливість знання серцево-судинної патології, яка найбільше спричинює захворюваність і смертність у світі, на 4-му курсі медичного факультету на семінарах вивчають такі теми: атеросклероз, гіпертонічна хвороба, реноваскулярна, гормональна артеріальна гіпертензія, легенева артеріальна гіпертензія, набуті та вроджені вади серця, бактеріальний ендокардит, кардіоміопатії, тромбоемболія легеневої артерії, хронічна та гостра серцева недостатність. На цей цикл відводиться 20 год семінарських занять, на роботу з хворими — 36 год. Цикл триває 2 тиж. Приклад структури одного робочого дня: 8.00–8.30 — семінар; 8.30–11.30 — робота з хворими; 11.30–12.00 — перерва; 12.00–12.45 — семінар.

Базовий підручник: Harrison's Principles of internal medicine.

На гематологію виділено 32 год, у тому числі 2 год на лекції, 10 год на семінари, 20 год на роботу з хворими та 6 год на роботи в практичному класі. Лекції спрямовані на загальні та практично орієнтовані питання гематології — «Наукові основи гематології», «Трансплантація гемопоетичних клітин».

Цикл пульмонології складається з 60 год, триває 2 тиж. На семінарах розглядають питання захворювання плеври, запалення легень, бронхоскопії в лікуванні хворих на патологію бронхів і легень, легеневих васкулітів, дихальної недостатності, емболічних і тромботичних захворювань легень, екстралегеневого туберкульозу, СНІД. Лекції є переважно оглядовими — «Діагностика обструкції дихальних шляхів», «Діагноз рестриктивних захворювань легень», «Інтерстиціальні захворювання легень» та ін.

Важливо те, що кафедри є спеціалізованими: кардіологію викладають на кафедрі внутрішньої медицини та кардіології; пульмонологію — на кафедрі внутрішньої медицини та пульмонології, яка базується у національному інституті туберкульозу та легеневих захворювань. На таких спеціалізованих кафедрах працюють викладачі, що мають ступені докторів філософії, медицини з відповідної спеціальності.

Викладачі володіють практичними навичками з проведення інструментальних, радіологічних та інших додаткових методів обстеження. Тож студенти можуть брати участь у таких дослідженнях, як бронхоскопія, езофагогастродуоденоскопія, ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, електрокардіографія, холтеровське електрокардіографічне моніторування, добове моніторування артеріального тиску, ехокардіоскопія, доплерівське ультразвукове дослідження серцево-судинної системи, вчитися написанню та трактуванню висновків за даними рентгенологічного обстеження органів грудної клітки, органів черевної порожнини.

Згідно з наданим розкладом занять у Варшавському медичному університеті (за даними веб-сайту), один цикл навчання в кожній групі студентів проводять від 10 до 12 викладачів. Їх відбирають відповідно до спеціалізації, результатів науково-практичних досягнень. Лекції читають усі викладачі кафедри.

Ревматологію викладають на 4-му курсі. На її вивчення виділяють 23 год семінарських занять, 27 год — на роботу з хворими. Влітку проводиться практика.

На 5-му курсі принцип побудови занять і лекцій схожий з тим, що викладений на 4-му курсі. Цикл кардіології включає гостру та хронічну ІХС, гострий вінцевий синдром, комплексне їх лікування (медикаментозну та немедикаментозну терапію, показання та протипоказання до хи-

ургічного втручання). Особливу увагу приділяють вивченню порушень ритму серця, провідності, гострій та хронічній серцевій недостатності, ультразвуковим дослідженням серцево-судинної системи, моніторингом спостереженням за ЕКГ, електрофізіології, проведенню навантажувальних тестів, імплантації штучних водіїв ритму серця. Інтенсивне навчання спрямоване на ведення хворих з гострим інфарктом міокарда, гострою серцевою недостатністю, життєво небезпечними порушеннями серцевого ритму та провідності. Надають перевагу оволодінню навичками з лікування невідкладних станів.

При проходженні циклу гастроентерології вивчають основну патологію органів травлення, передпухлинні та пухлинні процеси, принципи профілактики та лікування.

На цикл нефрології виділено 30 год: 10 — на лекції, 15 — на роботу з хворими, 5 — на семінари. Лекції присвячені гострій та хронічній нирковій недостатності, діалізу, трансплантації нирок, нефротичному синдрому, інфекціям сечовидільної системи, семінари — гломерулонефриту, анемії при нирковій недостатності, нирковій остеодистрофії, пухлинам нирок, сечового тракту.

Ендокринологію вивчають на 5-му курсі, на це відведено 30 год: семінари — 10 год, практичні заняття — 20 год. Особливу увагу приділяють вивченню патології гіпофіза, гіпоталамуса, щитоподібної, надниркових, паразитоподібних залоз.

Нас також зацікавила форма проведення клінічних конференцій для студентів, лікарів-резидентів у Клівлендському медичному університеті (США). Головою таких конференцій обирають доктора філософії, медицини за відповідною спеціальністю, науковими досягненнями. Напередодні конференції всі учасники, у тому числі студенти, лікарі-резиденти, мають можливість ознайомитися з основними суб'єктивними, об'єктивними, додатковими даними хворого. Кожен учасник конференції повинен сформулювати діагноз, напрямки диференціальної діагностики та лікування.

Основним завданням вищої медичної школи є підготовка студентів, майбутніх лікарів до діагностики здоров'я, передхвороби, хвороби. Визначення цих станів ускладнено, бо відбулися суттєві зміни навколишнього світу — за хімічним складом, фізичними випромінюваннями, психологічними навантаженнями, з'явилися нові інфекційні та неінфекційні хвороби. Сьогодні людство саме є фактором екологічної небезпеки. Тому поряд із геосферою, біосферою, ноосферою можна виділити патосферу (сферу патології, сферу нездоров'я). Для останньої характерним є те, що хворіє не лише людина, але і тваринний та рослинний світ Землі внаслідок порушення збалансованості природних процесів. Все це — суттєва загроза існуванню живого.

Для реалізації такої мети необхідно сприяти впровадженню відомих технологій креативного мислення [1]. До останніх належать техніка системного (G. Bartlett) [2], латерального мислення (E. de Bono) [1], теорія вирішення винахідницьких задач (Г. Альтшуллер) [2], системних взаємодій (O'Connort, I. McDermott et al.), нейролінгвістичного програмування [3].

Студенти та лікарі повинні вміти сформулювати індивідуальний етіологічний, патогенетичний діагноз, клінічну форму захворювання й ускладнення. Діагноз базується на скаргах, історіях наявного захворювання, життя, результатах лабораторно-біохімічного, інструментального обстежень, диференціювання з захворюваннями, що мають подібну клінічну картину. Відповідно до діагнозу визначаються й обґрунтовуються дієтерапія, медикаментозна та немедикаментозна, а можливо і хірургічне лікування.

Успішність вирішення діагностично-лікувальних завдань залежить від наявності та якості клінічного творчого мислення.

Неабияку роль відіграє системне мислення як технологія досягнення системного фокусування на діагностично-лікувальній проблемі. За даними G. Bartlett, системне мислення відрізняється як від систематичного, так і від мислення з оперуванням системами. Так, систематичне мислення є синонімом поняття «мислити методично». Мислення з оперуванням системами — це роздуми над тим, як фактори, явища взаємодіють між собою.

Системне мислення складається з аналітичного та синтетичного компонентів, тобто є комбінованим.

Аналітичне мислення є звичайним, найбільш розповсюдженим — це роздуми про елементи, складові проблеми, ситуації. У нашому випадку — це з'ясування наявності змін певних морфологічних структур [4; 5], особливостей патогенезу, тобто розвитку захворювання, а також саногенетичних механізмів. На цьому етапі відбувається нагромадження якомога більшої кількості симптомів.

Синтетичне мислення відображає, як частини, складові, елементи працюють, взаємодіють разом. На етапі синтезу студенти-медики поєднують симптоми в синдроми, а останні — в клінічні форми захворювань: основні, супровідні й ускладнення.

Фундаментальна концепція системного мислення базується на тому, що все є системним. Якщо ми хочемо отримати позитивні результати від профілактики, лікування, то повинні змінити систему, що зумовлює захворювання, за допомогою саногенетичних механізмів.

Успішне вирішення профілактичних, лікувальних заходів, їх стратегія визначають, як наша діагностична парадигма (модель системи патогенезу, саногенезу) відбиває реальні процеси.

Системне мислення є відображенням ступеня конфліктності ментальної діагностичної парадигми та її співвідношення з наявною патологією.

Студенти мають тренований з дитинства первинний інструментарій мислення — аналіз, завдяки якому окремі факти, явища розглядають ізольовано. Цей підхід допомагає з'ясувати роль складових у патогенетичному процесі. При цьому добросовісні студенти отримують багато компонентів, симптомів захворювань при роботі з хворими, проте через їх численність вони втрачають можливість оцінити взаємодії між ними. Такий стан визначають як аналітичний «параліч» («параліч» аналізу). Аналіз призводить до того, що взаємодія стає дещо замаскованою.

Синтез, синтетичне мислення характеризує взаємодію складових. Синтетичному мисленню навчитися важче, ніж аналітичному, а надто його поєднанню з аналітичним [7; 8]. Студенти, лікарі-інтерни під час роботи з досліджуваною особою збирають дані про певні відхилення, симптоми, аналізують і визначають їх місце серед захворювань, що мають схожу симптоматику, тобто диференціюють їх із застосуванням аналітично-синтетичного мислення з переважанням першого над другим. Об'єднання симптомів у синдроми за їх механізмами дозволяють сформулювати етіологічні, патогенетичні діагнози, клінічні форми захворювань, характер перебігу, ускладнення.

Ключом до синтетичного мислення, а звідси — до системного, є фрактальний феномен: системи складаються із зразків, моделей, які повторюються.

У ситуаціях, коли є один або більше наборів рішень, системне мислення може бути використане для досягнення системного фокуса.

Системи завжди можуть бути оптимізовані. Вони мають проблеми обмеження розвитку і в той же час можливість їх подолання через системні проривні рішення.

У практиці лікаря це різні підходи до медикаментозного, немедикаментозного лікування атеросклерозу вінцевих артерій, ішемічної хвороби серця [6]. У хворих з такою патологією слабкою ланкою є звуження артерій на 70 % і більше атеросклеротичною бляшкою, запальні процеси інтими судин, порушення цитокінового обміну [4; 5].

Отже, вищевикладене допомагає викладачам і студентам досягти високого рівня креативного клінічного мислення, вирішувати складні діагностично-лікувальні завдання, розробити алгоритми індивідуалізованого етіологічного, патогенетичного лікування, первинної, вторинної та третинної профілактики. Ті студенти, які мають хист до математики, математичного моделювання, можуть застосовувати їх для розробки принципів прийняття діагностичних і лікувальних рішень [7; 8].

Враховуючи вищезгадані дані, ми вважаємо перспективним:

— профілювання кафедр внутрішніх хвороб за кардіологією, нефрологією, пульмонологією, ендокринологією, гастроентерологією, гематологією, ревматологією за наявності відповідного рівня викладачів — докторів філософії, медицини з певної спеціальності;

— формування кафедр внутрішньої медицини з викладанням дисципліни англійською мовою;

— стандартизацію планів навчання студентів IV, V, VI курсів, враховуючи, що вищі навчальні заклади України є учасниками Болонського процесу;

— зберігання власних доробок із проведення практичних занять, семінарів, лекцій, конференцій та враховування принципів навчання у вищих медичних навчальних закладах Європи, Північної Америки;

— врахування при складанні програм навчання іноземних студентів особливостей підготовки спеціалістів у країнах, колишніх метрополіях;

— використання найкращих українських підручників, перекладених на відповідну західноєвропейську мову;

— користування найкращими підручниками з країни походження студентів, а також їх колишніх країн-метрополій;

— застосування дистанційного навчання при проходженні студентами літньої практики за місцем проживання;

— використання електронно-мобільних методів навчання;

— викладання студентам України експериментальної, клінічної медицини протягом одного модуля англійською мовою з метою підготовки їх до навчання у вищих медичних закладах Європи;

— розвиток клінічного творчого мислення.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Кулішов С. К. Про нешаблонні підходи до оцінки якості наукової продукції. Сучасні погляди на вирішення проблеми / С. К. Кулішов, Є. О. Воробйов // Сучасні підходи до оцінки якості наукової продукції у медичній галузі : матеріали наук.-практ. конф. — К., 2003. — С. 58-60.

2. Bartlett G. The probsolv light free book — how to turn nearly ANY challenging situation around version 1.1. / G. Bartlett, L. Bartlett. — 1, August, 2000. — Probsolv International Limited, 2000. — e-book ([www.probsolv.co.nz/pfb/cover.htm](http://www.probsolv.co.nz/pfb/cover.htm)).

3. Моделювання патологічних станів у хворих на серцево-судинну патологію як передумова якісної діагностики та лікування у світлі доказової медицини / С. К. Кулішов, Є. О. Воробйов, Л. В. Солomatina [та ін.] : матеріали 8-го з'їзду ВУЛТ (Всеукраїнського лікарського товариства). — К., 2005. — С. 73-74.

4. Кудря І. П. Хронотропно-інотропні ритми та цитокіновий статус у хворих на ішемічну хворобу серця та



гіпертонічну хворобу як детермінанти корекції лікування / І. П. Кудря, Є. О. Воробйов // Человек и Лекарство — Украина : тези нац. конгр. — К., 2008. — С. 46.

5. Кудря І. П. Дисбаланс цитокінового статусу у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з гіпертонічною хворобою / І. П. Кудря // Вісник проблем біології і медицини. — Полтава. — 2008. — № 2. — С. 97-100.

6. Бобров В. О. Адаптаційні ішемічні і реперфузійні синдроми у хворих ішемічною хворобою серця: механізми, діагностика, обґрунтування терапії / В. О. Бобров, С. К. Кулішов. — Полтава : Дивосвіт, 2004. — 240 с.

7. Вміння визначити головні «інформаційні потоки» алгоритмів діагностики, лікування, профілактики хвороб як базис підготовки медичних кадрів / С. К. Кулішов, Є. О. Воробйов, В. М. Бобирьов [та ін.] // Proceedings of the second international conference “New information technologies in education for all: state of the art and prospects”, ІТЕА-2007, Ukraine, IRTC, 21-23 November, 2007. — К., 2007. — Р. 69-75.

8. Розвиток клінічного нешаблонного мислення майбутніх лікарів за допомогою сучасних технологій навчання / С. К. Кулішов, Є. О. Воробйов, В. М. Бобирьов [та ін.] // Сучасні технології вищої медичної освіти : зб. наук. праць. — Донецьк, 2006. — С. 138-142.

УДК 37.037.1-057.875

О. Г. Юшковська, д-р мед. наук, доц.

## ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 37.037.1-057.875

О. Г. Юшковская

### ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

В статье проанализирована ситуация, сложившаяся с системой физического воспитания в Украине. Проанализированы причины, приведшие к резкому ухудшению состояния здоровья студенческой молодежи, обесцениванию социального престижа здоровья, физической культуры и спорта, недооценки в высших учебных заведениях социальной, оздоровительной и воспитательной роли физической культуры и спорта. Предложены варианты решения данной проблемы путем правильной организации процесса физического воспитания.

**Ключевые слова:** физическое воспитание, студенческая молодежь, укрепление здоровья.

UDC 37.037.1-057.875

O. G. Yushkovska

### PHYSICAL EDUCATION OF STUDENTS. PROBLEMS AND PROSPECTS

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

The situation formed in the system of physical education in Ukraine is analyzed in the article. The reasons, resulting in sharp worsening of students health condition, to depreciation of social prestige of health, physical culture and sport, underestimation in higher educational establishments of social, health and educating role of physical culture and sport, are analyzed. The variants of this problem solution by correct organization of physical education are offered.

**Key words:** physical training, students, health improvement.

Протягом останніх років в Україні склалася тривожна ситуація: різко погіршилися здоров'я і фізична підготовка студентської молоді. Це насамперед пов'язано з кризою в національній системі фізичного виховання населення, основними причинами котрої є: знецінення соціального престижу здоров'я, фізичної культури та спорту; відставання від сучасних вимог усіх ланок підготовки і перепідготовки фізкультурних кадрів; недооцінка у вищих навчальних закладах соціальної, оздоровчої та виховної ролі фізичної культури і спорту; залишковий принцип її фінансування [1]. Отже, виникла необхідність радикальної перебудови системи фізичного виховання студентської молоді.

Фізичне виховання — це складова освіти і виховання, педагогічний, навчально-виховний про-

цес, навчальна дисципліна, спрямована на опанування знань, умінь і навичок щодо управління фізичним розвитком людини, різновидами рухової активності з метою навчання та виховання особистості в дусі відповідального ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих [2].

Фізичне виховання у сфері вищої освіти має на меті забезпечити виховання в осіб, що навчаються у вищих навчальних закладах, потреби самостійно опановувати знання, вміння й навички управління фізичним розвитком людини засобами фізичного виховання та навчання застосовувати набуті цінності в життєдіяльності майбутніх фахівців [2]. Завданнями фізичного виховання у вищих навчальних закладах є: формування у студентської молоді основ теоретичних знань, практичних і методичних здібностей (умінь і навичок)



з фізичного виховання, фізичної реабілітації, масового спорту як компонентів їх повноцінної, гармонійної та безпечної життєдіяльності; набування студентською молоддю досвіду застосування цих цінностей упродовж життя в особистій, навчальній, професійній діяльності, у побуті та в сім'ї; забезпечення у студентській молоді належного рівня розвитку показників їх функціональних і морфологічних можливостей організму, фізичних якостей, рухових здібностей, працездатності; сприяння розвитку професійних, світоглядних і громадянських якостей студентів; підготовка й участь студентів у різноманітних спортивних заходах [3].

Критеріями ефективності фізичного виховання молодих людей є рівень фізичного розвитку та показники їхнього здоров'я, грамотність щодо використання ними основних засобів і форм фізичного виховання, дотримання здорового способу життя, відсутність негативних звичок, включеність у процес фізичного виховання [4].

Організаційно-педагогічна основа фізичного виховання студентської молоді в системі освіти України — навчальна дисципліна «Фізичне виховання». Її зміст визначається навчальною програмою, що базується на принципах прогностичної педагогіки та враховує вікові особливості студентів і тісно пов'язується з матеріалом інших предметів і дисциплін, що формують фізичну та духовну основу особистості у процесі отримання вищої освіти. Для фізичного виховання використовують різноманітні засоби і методи, включаючи нетрадиційні, котрі спрямовані на реалізацію завдань цього процесу та підпорядковуються його закономірностям. Специфічними засобами фізичного виховання є фізичні вправи, широко застосовуються загальнопедагогічні та валеологічні засоби, а також гігієнічні, природні й інші оздоровчі фактори (активне загартовування, прийоми психогігієни, раціональне харчування та інше) [5–7].

Навчально-виховний процес з фізичного виховання у сфері вищої освіти ґрунтується на таких основних принципах: пріоритетності освітньої спрямованості процесу фізичного виховання та функціонального фактора в оцінюванні фізичного розвитку студентів; багатокладності, що передбачає створення у вищих навчальних закладах умов для широкого вибору студентами засобів фізичного виховання для навчання й участі в спортивних заходах, які відповідали б їхнім запитам, інтересам, стану здоров'я, фізичній і технічній підготовці, спортивній кваліфікації; індивідуалізації та диференціації навчального процесу з фізичного виховання; поєднанні державного управління та студентського самоврядування [8].

Думка про те, що зміцнення здоров'я громадян України є найважливішим завданням не тільки держави, а, в першу чергу, справою кожного громадянина нашої країни, повинна стати націо-

нальною ідеєю найближчими роками. Загально-відомо, що чисельність населення України неухильно знижується. Основні причини цього — постійне погіршення рівня здоров'я населення, збільшення смертності та скорочення народжуваності. Особливу роль при цьому відіграє питання про стан здоров'я студентів як «стратегічного» потенціалу життєздатності нації.

За даними літератури, тільки за останні п'ять років кількість студентів, зарахованих за станом здоров'я до спеціальної медичної групи, збільшилася на 41 %. Крім того, відбувається значне зниження функціональних показників студентів, які займаються в основній медичній групі, що свідчить про неадекватність адаптаційних механізмів і прискорення темпів біологічного старіння. За даними медичного огляду студентів вищих навчальних закладів Одеського регіону, у 2008 р. кількість студентів, зарахованих за станом здоров'я до підготовчої групи, зросла на 1,8 %, спеціальної А — на 3,9 %, спеціальної групи Б (ЛФК) — на 0,8 %. Кількість студентів основної групи знизилася на 6,8 %. У 2008 р. кількість виявленої патології серед студентів Одеського регіону зросла на 6,8 %, а на 4,9 % — кількість студентів 1-го курсу, взятих на диспансерний облік за підсумками медичного огляду.

У контексті ситуації, що склалася навколо фізичного виховання в Україні, а саме — нещасні випадки під час уроків фізкультури, ми не можемо залишитися байдужими до цієї проблеми. Відомо, що її витoki пов'язані з досить легковажним ставленням до розподілу дітей і підлітків на медичні групи та до фізичної культури взагалі. На жаль, сьогодні трапляються навіть смертельні випадки на уроках фізкультури в школі, а нерідко ні батьки, ні вчитель фізкультури не підозрюють того, що у дитини тяжкі захворювання (серцево-судинні, психічні розлади, захворювання ШКТ, ендокринологічні відхилення і т. д.), при яких повинен бути індивідуальний підхід до вибору фізичних навантажень, і лише тоді заняття фізкультурою приноситимуть користь. Потім настає момент переходу з сім'ї в «доросле» життя, зміна умов навчання, а часто умов мешкання та харчового режиму, інформаційні та психоемоційні перевантаження, що негативно впливають на психіку, яка не зміцніла, і не завжди міцне здоров'я першокурсників, багато з яких ще не вийшли з підліткового віку [9].

Фізичне виховання і покращання здоров'я студентів є надзвичайно важливими й актуальними завданнями. При сучасному темпі життя, з його величезними психічними й емоційними навантаженнями та складними економічними умовами, епідемічному характері розповсюдження звичних захворювань, які вважали давно переможеними, особливого значення набуває спосіб життя людини як фактор поліпшення та збереження здоров'я.

Спосіб життя сучасної людини в розвинених країнах узагальнено характеризується урбанізацією, технологізацією, інтенсифікацією праці, гіподинамією, інформаційною навантаженою, психоемоційним напруженням, переїданням, зловживанням лікарськими препаратами, цілою низкою шкідливих звичок, іншими негативними структурними елементами, які погіршують здоров'я. Все це призводить до розвитку так званих хвороб цивілізації. До них слід зарахувати серцево-судинну патологію (атеросклероз, ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу), захворювання нервової системи, органів травлення, сечовиділення, опорно-рухового апарату тощо.

Спосіб життя студентів у нашій країні також насичений багатьма факторами, які погіршують здоров'я. Серед них: нераціональна праця, часто неадекватна фізичним можливостям, що погано поєднується з відпочинком; зниження рухової активності; надлишок інформації; значні навчальні й емоційні перенапруження, пов'язані з екзаменаційними стрес-факторами; хронічне недосипання; недостатнє і нерегулярне харчування.

Сучасне медичне забезпечення в системі вищої освіти включає цілий комплекс заходів. Основні з них — це планові щорічні огляди студентів усіх курсів з участю необхідних для цього фахівців з метою диференціації занять фізичним вихованням студентів з урахуванням їх стану здоров'я та рівня фізичної підготовки, встановлення спостереження за всіма хворими студентами, яким необхідна медична допомога, диспансеризація хворих студентів і їх оздоровлення з використанням усіх сучасних оздоровчих технологій із широким використанням можливостей різноманітних допоміжних кабінетів (ЛФК, масажу та ін.), а також денних стаціонарів поліклінік і санаторіїв-профілакторіїв, які обслуговують вищі навчальні заклади.

Істотна увага приділяється також організації реабілітації студентів у групах лікувальної фізичної культури й у санаторіях-профілакторіях вищих навчальних закладів, своєчасній медичній допомозі, обслуговуванню спортивно-масових заходів. Разом із тим, у більшості випадків медичне забезпечення здоров'я студентів, на жаль, недостатньо ефективне, оскільки характеризується тими ж недоліками в методологічних підходах, що і сучасна медицина в цілому. Медичне забезпечення студентів повинне базуватися на новій концепції профілактичної медицини, спрямованої на оздоровлення здорових і охорону здоров'я в процесі навчальної та майбутньої професійної діяльності. Відповідно до концепції профілактичної медицини, що набуває все більше визнання в світі, об'єктом медичного забезпечення студентів стає не хвороба, а здоров'я, не відновлення, а управління здоров'ям, підвищення резервних можливостей організму, що створюють для нього міцну фізіологічну базу.

Для цього вкрай необхідне вирішення таких завдань: виявлення причин захворюваності сту-

дентів і здійснення комплексу дієвих заходів щодо їх запобігання й усунення; створення системи контролю за дотриманням температурного режиму, норм освітленості, шуму, вентиляції в аудиторіях, лабораторіях, кабінетах, спортивних залах, коридорах, місцях загального користування, станом навчальних корпусів, гуртожитків, їдалень, буфетів і т. д.; первинна профілактика професійно зумовлених хвороб студентів; контроль за раціональною організацією праці та відпочинку студентів; контроль за створенням у вищому навчальному закладі умов, необхідних для здорового способу життя і навчання студентів.

Для вирішення завдання практичної реалізації профілактики захворювань студентів, необхідно проводити скринінг здоров'я і резервних можливостей кожного студента; розробку індивідуальних програм зміцнення здоров'я студентів, спрямованих на підвищення функціонування найуразливіших в умовах навчання і студентського побуту органів і систем організму; організацію в університетській клініці, спорткомплексі консультацій з питань індивідуальної профілактики захворювань, зміцнення здоров'я та самооздоровлення студентів.

Впровадження і розвиток профілактичного медичного забезпечення студентської молоді не повинні збіднювати і тим паче відмінити застосування технологій відновної медицини студентських поліклінік, оскільки проблема відновлення здоров'я молодих людей все ще виключно актуальна. Навпаки, в сучасних умовах необхідно істотно підвищити ефективність роботи зі студентами, що мають значні патологічні відхилення в стані здоров'я. Для цього повинні застосовуватися найефективніші методи відновлення здоров'я і перш за все — фізичної реабілітації. До якнайкращих результатів, як показує практика, приводить застосування цих методів у рамках фізичного виховання, що здійснюється у вищих навчальних закладах як обов'язкова дисципліна. У зв'язку з цим серед студентів нашої країни не повинно бути звільнених за станом здоров'я від фізичного виховання.

Усі студенти, що мають проблеми зі здоров'ям, повинні обов'язково проходити індивідуалізовану фізичну реабілітацію під керівництвом лікарів студентської поліклініки або лікарів і висококваліфікованих викладачів кафедри фізичного виховання (залежно від рівня порушення свого здоров'я) у групах лікувальної фізичної культури або спеціального медичного відділення. У роботі з такими студентами повинні передбачатися розробка для них багаторічних індивідуальних програм фізичної реабілітації та самооздоровлення з використанням, перш за все, засобів ЛФК. Така оновлена система медичного забезпечення буде ефективніше сприяти зміцненню та збереженню здоров'я всього контингенту студентської молоді країни.

На базі Університетської клініки Одеського державного медичного університету щорічно

проводиться медичний огляд студентів, під час якого проводиться розподіл на медичні групи залежно від стану здоров'я та рівня фізичного розвитку: основна, підготовча, спеціальна група А і спеціальна група Б. Заняття в спеціальній групі А повинні проходити окремо від основної групи, за затвердженою навчальною програмою, але складання нормативів полегшене залежно від захворювання. Заняття в спеціальній групі Б повинні проводитися інструкторами ЛФК, що пройшли спеціальну підготовку. Різні вищі навчальні заклади розв'язують проблему занять із такими студентами по-різному. Рідко буває, коли студент займається в групі ЛФК у вищому навчальному закладі або в поліклініці. Найчастіше ці студенти займаються зі спеціальною групою А, виконуючи не завжди рекомендовані їм вправи, просто «відсиджують» час заняття або «відпрацьовують» його написанням рефератів. Дані способи ніякою мірою не сприяють підвищенню рівня здоров'я хворого студента, а тільки формують негативне відношення до предмета. Але ж заняття фізичними вправами дозволяють ефективно боротися з тією колосальною психоемоційною напруженістю, з якою стикається організм студента під час навчання у вищому навчальному закладі.

У нормативних документах щодо організації навчального процесу з фізвиховання [2] вказано, що обов'язкові практичні заняття з фізичного виховання у вищих навчальних закладах повинні проводитися протягом усього періоду навчання в обсязі не менше 4 год у кожному тижневому циклі та включатися в розклад занять додатково до встановленого загального обсягу аудиторних навчальних годин, що, на жаль, неможливо при кредитно-модульній системі організації навчання, де кількість навчальних годин з фізичного виховання на I курсі становить 60 год на весь навчальний рік, а на подальших курсах — лише 30 год, що не має систематичного впливу, а значить не приносить користі.

З 2005 навчального року заняття з фізичного виховання в Одеському державному медичному університеті на I–III курсах медичного факультету проводилися за новим експериментальним (кредитно-модульним) планом (Наказ МОЗ України від 31.01.2005 р. за № 52) та навчальною Програмою, яка була розроблена співробітниками кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і валеології (В. С. Соколовський, Н. О. Романова, В. Ю. Середовська). Згідно з новим навчальним планом, дисципліна «Фізичне виховання і здоров'я» на I–III курсах медичного факультету належить до курсу за вибором.

Кафедрою фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і валеології Одеського державного медичного університету як опорною кафедрою з питань фізичного виховання, здоров'я та валеології медичних і фармацевтичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації МОЗ України розроблені та впроваджені в на-

вчальний процес нові методики занять з фізичного виховання студентів: диференційний підхід до розвитку фізичних якостей залежно від рівня соматичного здоров'я, у студентів спеціального навчального відділення залежно від патології — його-терапія, спеціальні заняття фізичними вправами з використанням степ-платформ, застосування у студентів спеціальної медичної групи фітболів, профілактора Євмінова тощо. На інших медичних відділеннях заняття проводяться за сучасними фітнес-системами й ігровими видами спорту, згідно з навчальним планом Міністерства охорони здоров'я, з подальшим прийняттям поточних тестів для оцінювання студентів.

Відомо, що сучасна молодь захоплюється різними видами фізичної активності, серед яких фітнес-аеробіці належить одне з перших місць. Існує безліч різних систем фітнес-аеробіки, що об'єднують можливість ефективної дії взагалі на фізичний стан і моделювання фігури тих, хто нею займається. Саме різноманітність, постійне оновлення логічно побудованих і науково обґрунтованих програм, високий емоційний фон занять завдяки музичному супроводу і танцювальному стилю рухів дозволяє фітнес-аеробіці протягом уже 4 років утримувати високий рейтинг серед інших видів фізкультурної діяльності. Саме тому заняття оздоровчою фітнес-аеробікою можна рекомендувати студентам як ефективну форму фізичного виховання, що виразно підтверджує бажання наших студентів відвідувати заняття з фізичного виховання.

Останнім часом держава зробила певні кроки, спрямовані на зміну відношення до проблеми фізичного виховання студентів. Для виконання рішення спільної колегії Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 11 листопада 2008 р. за № 13/1-2 10 11/1 та з метою реформування системи фізичного виховання учнів і студентської молоді у навчальних закладах України Міністерством освіти і науки України був прийнятий Наказ № 1078 від 27.11.2008 р. «Про реформування системи фізичного виховання учнів та студентської молоді у навчальних закладах України», який передбачає план заходів, спрямованих на реформування системи фізичного виховання учнів і студентської молоді у навчальних закладах України, і полягає в такому:

— розробити методичні рекомендації керівникам навчальних закладів, батькам, учням і студентам щодо дотримання рухової активності учнями і студентською молоддю у навчальний та позанавчальний час в обсязі 8–12 год на тиждень;

— привести зміст навчальних програм з фізичної культури, контрольні нормативи до них у відповідність до вікових, індивідуальних закономірностей формування та розвитку людини з урахуванням передового світового досвіду;

— розробити Інструкцію про визначення груп за станом здоров'я для занять з фізичної культури



та Положення про здійснення медико-педагогічного контролю під час уроків фізичного виховання;

— посилити контроль за проведенням занять з фізичної культури та фізичного виховання у вищих навчальних закладах, підвищити їх якість, забезпечити пріоритетність технологій і методик, які оберігають, підтримують і розвивають здоров'я молоді;

— забезпечити проведення занять з фізичної культури з 1 вересня по 1 жовтня без виконання контрольних нормативів;

— запровадити при ліцензуванні й акредитації вищих навчальних закладів врахування рівня організації навчального процесу з фізичного виховання (наявність кафедр фізичного виховання, спортивних клубів, висококваліфікованих викладацьких кадрів, науково-методичного, інформаційного, медичного, матеріально-технічного та фінансового забезпечення викладання дисципліни «фізичне виховання»);

— забезпечити у вищих навчальних закладах організацію спеціальних медичних груп і груп лікувальної фізичної культури.

Для виконання цього наказу кафедрою фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і валеології ОДМУ як опорною кафедрою з питань фізичного виховання, здоров'я та валеології медичних і фармацевтичного закладів освіти III–IV рівнів акредитації МОЗ України було запроваджено ланку організаційно-методичних заходів, перероблено навчальні програми з фізичного виховання та здоров'я для студентів вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації для спеціальностей: 7.110101 «Лікувальна справа»; 7.110104 «Педіатрія»; 7.110105 «Медико-профілактична справа»; 7.110110 «Медична психологія»; 7.110106 «Стоматологія»; 7.110201 «Фармація»; 7.110206 «Клінічна фармація». У програми були внесені зміни: збільшилася кількість годин практичних занять і самостійної роботи студентів, була змінена бальна система оцінювання контрольних тестів, переглянуто кількісний зміст контрольних тестів на основі середньостатистичних показників протягом останніх 3 років. Робота, що проводиться в даному напрямку, на нашу думку, повинна змінити відношення студентської молоді як до фізичного виховання, так і до здоров'я в цілому.

### Висновки

1. Здоров'я і фізична підготовка студентської молоді різко погіршилися внаслідок знецінення соціального престижу здоров'я та недооцінки у вищих навчальних закладах соціальної, оздоровчої та виховної ролі фізичної культури і спорту.

2. Одне з найважливіших завдань вищої освіти — створення системи навчання, яка забезпечила б майбутнім фахівцям разом із практичною та теоретичною підготовкою за фахом також міцне здоров'я і високу працездатність.

3. Найважливішим і найнадійнішим засобом профілактики захворювань є регулярна фізична

активність, яка при раціональному застосуванні здатна сприяти вирішенню актуальних питань зміцнення здоров'я і покращання працездатності студентської молоді.

4. З метою запобігання нераціональному використанню фізичних навантажень необхідно проводити виконання контрольних нормативів під час занять з фізичного виховання з 1 жовтня, тобто лише після проходження студентами щорічного медичного огляду та розподілу на медичні групи.

5. Велике значення має організація додаткових позанавчальних занять із нетрадиційних і традиційних видів спорту та занять фізичними вправами, які поширені серед студентської молоді й відповідають науково обґрунтованим нормам.

6. Синергетичний вплив індивідуалізації підбору фізичного навантаження залежно від рівня соматичного здоров'я та суворе дотримання вимог організації навчального процесу для кожної з медичних груп — це запорука високої результативності фізичного виховання.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Здоровьесберегающие* технологии, физическая реабилитация и рекреация в высших учебных заведениях : I международная науч. конф. 25 ноября 2008 г. / ред. С. С. Ермаков ; Харьков. ГАДИ. — Белгород ; Красноярск ; Харьков, 2008. — 112 с.
2. *Положення* про організацію фізичного виховання і масового спорту у вищих навчальних закладах : наказ Міністерства освіти і науки України, 11.01.2006 р. № 4 // Інформаційний збірник. — 2006. — № 10-12. — С. 16-37.
3. *Вовк В. М.* Преемственность физического воспитания учащейся и студенческой молодежи : монография / В. М. Вовк ; Восточный НУ им. В. Даля. — Луганск : СНУ им. В. Даля, 2004. — 336 с.
4. *Осадчая Т. Ю.* Физическое воспитание школьников в США : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Т. Ю. Осадчая, И. Г. Максименко. — К. : Олимпийская лит., 2008. — 144 с.
5. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту* : наук. монографія : зб. наук. праць / ред. С. С. Ермаков ; ХДАДМ (ХХПІ). — Х., 2009. — № 1. — 228 с.
6. *Чермит К. Д.* Теория и методика физической культуры: опорные схемы : учеб. пособие для студ. вузов, обучающихся по спец. 033100 — «Физическая культура» / К. Д. Чермит. — М. : Сов. спорт, 2005. — 272 с.
7. *Сергієнко Л. П.* Практикум з теорії і методики фізичного виховання : навч. посібник / Л. П. Сергієнко. — Х. : ОВС, 2007. — 271 с.
8. *Худолій О. М.* Загальні основи теорії і методики фізичного виховання : навч. посібник / О. М. Худолій. — 2-ге вид., випр. — Х. : ОВС, 2008. — 406 с.
9. *Дубогай О.* Фізкультура як складова здоров'я та успішного навчання дитини / О. Дубогай. — К. : Шк. світ ; Вид. Л. Галіцина, 2006. — 128 с.



УДК 616.21/22-006:614.87(477.74)

Ф. Д. Євчев, д-р мед. наук, доц.

В. В. Гаєвський

## ВПЛИВ ТЕХНОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА ЗБІЛЬШЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РАК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ. ПОВІДОМЛЕННЯ 1

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 616.21/22-006:614.87(477.74)

Ф. Д. Евчев, В. В. Гаевский

### ВЛИЯНИЕ ТЕХНОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА УВЕЛИЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ОДЕССКОЙ ОБЛАСТИ. СООБЩЕНИЕ 1

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

Рассмотрены особенности основных факторов техногенного воздействия, распространенность и остаточное количество пестицидов в геологической среде Одесской области. Методом корреляционного анализа установлена связь между их применением и заболеваемостью раком гортани. Сравнительный анализ показал, что процент заболеваемости раком гортани сельского и городского населения примерно одинаков.

**Ключевые слова:** техногенные факторы, пестициды, рак гортани, корреляционный анализ.

UDC 616.21/22-006:614.87(477.74)

F. D. Yevchev, V. V. Gayevsky

### INFLUENCE OF TECHNOGENIC FACTORS ON INCREASE OF MORBIDITY OF UPPER AIRWAYS CANCER IN THE ODESA REGION. REPORT 1

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

The characteristics of main factors of the technogenic impact on the environment, abundance and residual quantity of pesticides in the geological habitat of the Odessa region were examined. According to the method of correlation analysis the relation between application of pesticides and morbidity of the cancer of the larynx was found out. The comparative analysis showed that the morbidity of the cancer of the larynx in the rural and urban sector is approximately equal.

**Key words:** man-made factors, pesticides, cancer of the larynx, correlation analysis.

Відомо, що злоякісні захворювання — одна з найважливіших медико-біологічних і соціально-економічних проблем у світі й, зокрема, в Україні. Рак є всесвітньою проблемою, близько 2,9 млн нових випадків захворювання реєструються щороку в розвинутих країнах світу і ще понад 3 млн — у тих, що розвиваються. Загальна онкозахворюваність в Україні за останні 10 років становить близько 160 тис. хворих на рік. Щороку від раку вмирає 100 тис. осіб. ЛОР-онкозахворюваність становить приблизно 7000 випадків (4,4 %) від усієї онкопатології, що виявляється, у популяції 50 млн осіб [3; 8]. Для порівняння наводимо показники онкозахворюваності в США: з 247 млн жителів за рік виявляють 50 000 (0,02 %) хворих [4; 14].

Причини виникнення раку верхніх дихальних шляхів (носа, приносних пазух, гортаноглотки та гортани), як і всіх інших злоякісних новоутворень (ЗНУ), до кінця не встановлені. Дані вітчизняних і зарубіжних авторів свідчать, що рак гортани виникає на фоні передпухлинних і фонових станів [1–3; 5].

Особливу роль останніми роками відіграють техногенні фактори (наслідки застосування агрохімікатів), які спричиняють збільшення кількос-

ті запальних і онкологічних захворювань [6; 7; 9; 12].

Відомо, що пестициди мають широкий спектр дії на організм людини і, зокрема, впливають комплексом різних видів біологічної активності — цитогенетичною, канцерогенною, тератогенною, ембріотоксичною та ін.

**Мета** даної роботи — визначення наслідків застосування агрохімікатів у 1970–1990 рр., а саме їх вплив на зростання захворюваності на ЗНУ верхніх дихальних шляхів після 1990 р., на основі обробки статистичних показників ЛОР-онковідділення і даних зональної агрохімічної лабораторії.

Ставилися завдання:

1. Дослідити й оцінити вплив техногенних факторів, а саме хлоро- і фосфороорганічних пестицидів, на формування показників онкологічної захворюваності верхніх дихальних шляхів у Одеській області.

2. Проаналізувати дані Одеської зональної агрохімічної лабораторії, обласної СЕС і показники захворюваності населення Одеської області за період дослідження.

3. Провести порівняльний аналіз онкозахворюваності верхніх дихальних шляхів в Одеській області та в інших регіонах України.

## Матеріали та методи дослідження

Матеріалом дослідження були лабораторні показники Одеської зональної агрохімічної лабораторії, обласної СЕС щодо використання поліагрохімікатів за період із 1960 по 1990 рр. порівняно з показниками після 2000 р.

Вивчалися показники захворюваності верхніх дихальних шляхів за статистичними даними ЛОР-онковідділення. Оброблені 3 тис. історій хвороб пацієнтів, які проходили обстеження і лікувалися в ЛОР-онковідділенні з 1980 по 2008 рр. Проводився порівняльний статистичний аналіз показників ЛОР-онкозахворювань до і після 2000 р.

### Результати дослідження та їх обговорення

Проаналізований матеріал Одеської зональної агрохімічної лабораторії і обласної СЕС за період із 1960 по 1990 рр. та з 2000 р. і до теперішнього часу показав широке і безконтрольне застосування пестицидів протягом 30 років (1960–1990). Система обліку використання пестицидів була недостатньо досконалою, що перешкоджало визначенню їх структури та загальної маси [11].

Безумовно, це спричинило певну токсичну дію на біосферу і негативно вплинуло на показники здоров'я населення України й Одеської області.

За даними зональної агрохімічної лабораторії й обласної СЕС, у 1960–1990 рр. зареєстроване значне перевищення нормативів хлоро- і фосфорорганічних пестицидів у ґрунті (перший об'єкт) за сумою ДДТ у 2–8 разів і гамма-ізомеру гексахлорциклогексану (ГХЦГ) удвічі. Для довідки: у СРСР із 1970 по 1980 рр. ДДТ і гамма-ГХЦГ були заборонені для застосування через їх канцерогенну дію [12].

Ще одним об'єктом забрудненості є донні відкладення водоймищ і водостоків області. Практично повсюдно донні відкладення містять залишкову кількість (ЗК) хлороорганічних, а також деяких інших класів пестицидів. Їх розповсюдженість становить 80–100 %. Оскільки вміст хлороорганічних пестицидів у донних відкладеннях і у воді знаходиться в динамічній рівновазі, то це спричиняє їх неминучу присутність у воді цих об'єктів [10]. Вміст хлороорганічних пестицидів у воді водоймищ і водостоків рибогосподарського призначення не допускається, тому використання риби для харчових цілей з усіх поверхневих вод на території Одеської області пов'язане з ризиком для здоров'я. Небезпечний вміст пестицидів цього класу в тканинах риб виявив М. Ф. Назаренко (1996). Через наявність гранозану та пестицидів виявлено високе забруднення риб ртуттю (1988–1990), на що вказували в 1999 р. Л. А. Федоров і А. В. Яблоков [13].

Не менш важливим об'єктом є нітратне забруднення підземних вод відходами тваринництва, внаслідок бродіння силосу, мінералізації (розкладання) різних органічних залишків і азотних добрив.

Тривалий час для хімічної меліорації солончаківих ґрунтів на території Одеської області використовували фосфогіпс — продукт, що виділяється при сірчаноокислотному розкладанні природних фосфатів і використовується для виготовлення фосфорних добрив. Так, у цьому меліоранті (фосфогіпсі) містяться уран, радій, торій та інші радіоактивні елементи [6; 7].

Останні лабораторні дані свідчать про наявність залишків агрохімікатів у сільськогосподарській продукції та підтверджують присутність у рослинних продуктах ЗК пестицидів, у тому числі й таких, що не допускаються існуючими нормативами [7]. Варто зауважити, що потенційно небезпечним може виявитися високий (хоч початково і низький) рівень забрудненості агрохімікатами продуктів харчування за рахунок їх пролонгованої дії. На жаль, після 1990 р. державної програми щодо забезпечення контролю за процесом внесення добрив у ґрунт не було.

На рис. 1 показано порівняння показників загальної захворюваності та навантаження ґрунту пестицидами по регіонах: захворюваність у цілому вища в тих регіонах, де більша маса застосованих пестицидів.

Так, в Одеській області маса використаних пестицидів досягала понад 6000 т/км<sup>2</sup> на рік, що й

Показники онкозахворюваності на 100 тис. населення

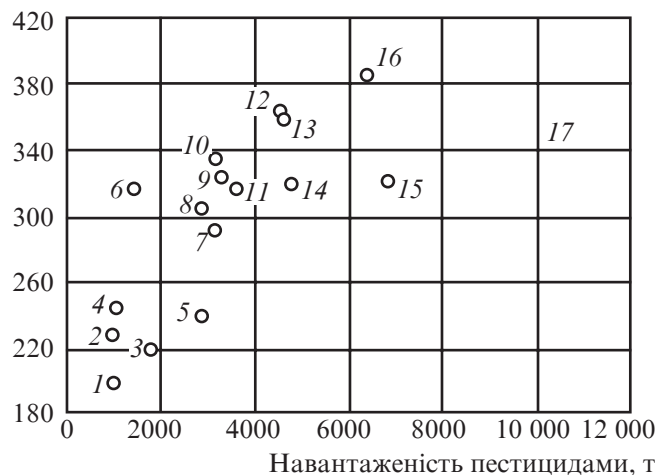


Рис. 1. Зв'язок показників онкозахворюваності за 1991 р. із середньорічним навантаженням на поєднану площу за 1960–1990 рр.: 1 — Закарпатська область; 2 — Івано-Франківська; 3 — Рівненська; 4 — Тернопільська; 5 — Чернівецька; 6 — Луганська; 7 — Житомирська; 8 — Донецька; 9 — Сумська; 10 — Київська; 11 — Миколаївська; 12 — Полтавська; 13 — Кіровоградська; 14 — Херсонська; 15 — Вінницька; 16 — Одеська; 17 — Крим

призвело, на наш погляд, до підвищення захворюваності на рак верхніх дихальних шляхів із 1990 р. і донині (390 хворих на 100 тис. населення).

На рис. 1 видно, що серед областей України навантаженість ґрунту пестицидами не була рівномірною. Так, наприклад, модуль навантаженості у цей період у Київській, Миколаївській та інших областях становив від 2000 до 4000 т/км<sup>2</sup> на рік. Ці показники свідчать також про перенавантаженість ґрунту, але вони значно менші, ніж в Одеській області.

Як довідку наводимо дані, що в 50–60-х рр. ХХ ст. навантаженість пестицидами на квадратний кілометр протягом року коливалася від 30 до 90 кг.

Аналіз розподілу показників онкозахворюваності по областях України (рис. 2) показав значне їх збільшення в Одеській області протягом 1991–2000 рр. порівняно з 1968–1972 рр.

Так, у ЛОР-онковідділенні міської клінічної лікарні за період 1990–2000 рр. реєструвалися в середньому 390 пацієнтів, які вперше захворіли на рак верхніх дихальних шляхів. Для порівняння: за період 1980–1990 рр. виявили до 100 хворих з цією патологією.

Із 390 хворих у 1990–2000 рр. виявлено у середньому 196–192 пацієнти серед сільського і 194–198 серед міського населення. Ці дані також підтверджують зростання ЗНУ в Одеській області й свідчать уже про зрівняння співвідношення хворих місто : село.

Динамічні ряди на рис. 3 показують захворюваність в Одеській області з 1978 по 2000 рр. і в Україні з 1980 по 2000 рр. Ці показники підтверджують щорічне збільшення хворих зі ЗНУ в Україні й значне їх збільшення в Одеській області.

На підставі вищевикладеного можна простежити наявний зв'язок між техногенними факторами та захворюваністю на ЗНУ верхніх дихальних шляхів.

### Висновки

1. Забрудненість геологічного середовища Одеської області поліагрохімікатами (ґрунтового покриву, донних відкладень водоймищ і водостоків, а також підземних вод) призводить до токсичного забруднення біосфери і спричинює канцерогенну дію на організм, що, зрештою, стає причиною зростання ЗНУ верхніх дихальних шляхів на Одещині.

2. Безконтрольне використання пестицидів (6000 т/км<sup>2</sup> на рік) з 1960 по 1990 рр. негативно вплинуло на формування показників ЗНУ в Одеській області, які значно збільшилися, особливо за останні два десятиріччя.

3. Аналіз даних, наведених на рис. 1–3, також показує зростання ЗНУ у тих областях України, де агрохімікати застосовували більше.

Показники онкозахворюваності на 100 тис. населення

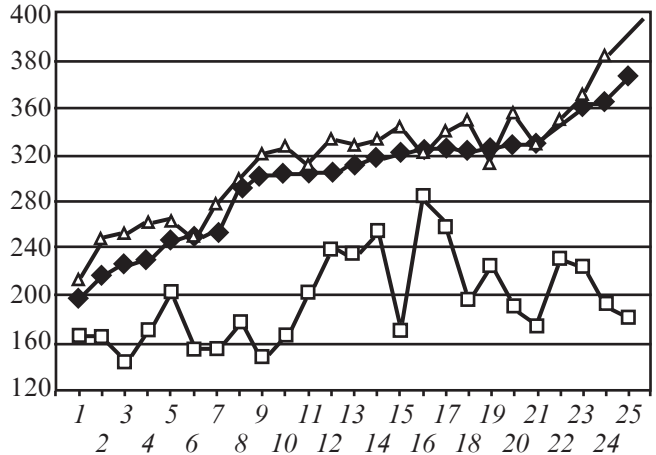


Рис. 2. Розподіл показників онкозахворюваності по областях України в 1968–1972 рр. і у 1991–2000 рр.: 1 — Закарпатська; 2 — Рівненська; 3 — Івано-Франківська; 4 — Львівська; 5 — Чернівецька; 6 — Волинська; 7 — Тернопільська; 8 — Житомирська; 9 — Чернігівська; 10 — Хмельницька; 11 — Харківська; 12 — Запорізька; 13 — Донецька; 14 — Миколаївська; 15 — Черкаська; 16 — Луганська; 17 — Херсонська; 18 — Сумська; 19 — Дніпропетровська; 20 — Київська; 21 — Вінницька; 22 — Крим; 23 — Кіровоградська; 24 — Полтавська; 25 — Одеська

Показники онкозахворюваності на 100 тис. населення

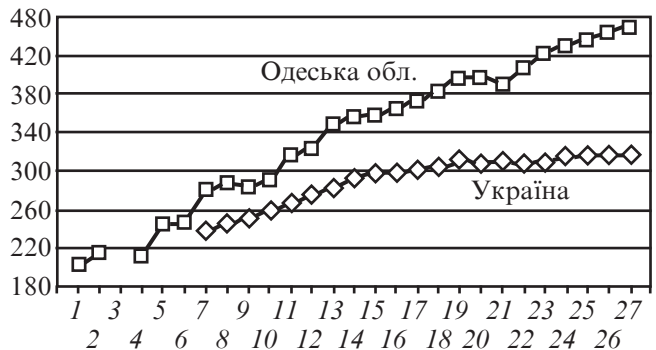


Рис. 3. Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні в цілому й в Одеській області за 1974–2000 рр.: 1 — 1974; 2 — 1975; 3 — 1976; 4 — 1977; 5 — 1978; 6 — 1979; 7 — 1980; 8 — 1981; 9 — 1982; 10 — 1983; 11 — 1984; 12 — 1985; 13 — 1986; 14 — 1987; 15 — 1988; 16 — 1989; 17 — 1990; 18 — 1991; 19 — 1992; 20 — 1993; 21 — 1994; 22 — 1995; 23 — 1996; 24 — 1997; 25 — 1998; 26 — 1999; 27 — 2000

### ЛІТЕРАТУРА

1. Абизов Р. А. Онколарингологія : лекції / Р. А. Абизов. — К. : Книга плюс, 2001. — 276 с.
2. Клиника, диагностика и лечение рака гортани : учеб. пособие / В. В. Кизим [и др.]. — 2003. — 207 с.
3. Лукач Э. В. Проблемы и перспективы современной ЛОР-онкологии в Украине / Э. В. Лукач // Онкология. — 2000. — Т. 2, № 1–2. — С. 51–53.

4. *Медведев Ж.* Рак и канцерогены среды / Ж. Медведев. // *Аспекты.* — 2006. — № 33.
5. *Онкологія* / за ред. Б. Т. Білінського, І. М. Стерюка. — Львів : Світ, 1992. — 287 с.
6. *Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани* / А. И. Пачес, В. О. Ольшанский, В. Л. Любаев, Т. Х. Туок. — М. : Медицина, 1988. — 304 с.
7. *Ротарь М. Ф.* К оценке влияния пестицидов на формирование онкоэпидемиологической обстановки / М. Ф. Ротарь, О. Г. Лиходедова // 10-й з'їзд онкологів України : матеріали з'їзду. Крим, 10-12 жовтня 2001 р. — К., 2001. — С. 24.
8. *Ротарь М. Ф.* Пестициды в геологической среде и эпидемиология злокачественных образований в Украине / М. Ф. Ротарь, О. Г. Лиходедова, Е. М. Ротарь // *Екологія довкілля та безпека життєдіяльності.* — 2003. — № 4. — С. 44-48.
9. *Розповсюдженість* злоякісних новоутворень в популяції України в 1991–1996 роках // *Національний канцерреєстр України.* — К., 1997.

10. *Сердюк А. М.* Закономерности модифицирующего влияния химических факторов окружающей среды на канцерогенез / А. М. Сердюк, М. Я. Янышева, И. А. Черниченко [и др.] // *Довкілля та здоров'я.* — 1997. — № 2. — С. 18-20.
11. *Сидоренко Г. И.* Методология изучения здоровья населения / Г. И. Сидоренко, Е. Н. Кутепов // *Гигиена и санитария.* — 1998. — № 4. — С. 35-39.
12. *Федоренко З. П.* Злоякісні новоутворення в Україні — динаміка, тенденції, прогноз / З. П. Федоренко, О. Б. Войкшнарас, Н. В. Гуселетова [и др.] // *Довкілля та здоров'я.* — 1997. — № 2. — С. 4-7.
13. *Федоров Л. А.* Пестициды — токсический удар по биосфере и человеку / Л. А. Федоров, А. В. Яблоков. — М. : Наука, 1999. — 462 с.
14. *Therapeutic prospects in cancer of the larynx (Multidisciplinary approach to the treatment of the cancer patient)* / A. Ferlito, A. Pederzini, F. Polidoro, M. J. Rossi // *Laryngol. Otol.* — 1980. — Vol. 94, N 4. — P. 405-410.

**УДК 614.7:165.731**

**Л. Г. Засипка**, канд. мед. наук, доц.  
**Ю. М. Ворохта**, канд. мед. наук

## **ПОЗИТИВІСТСЬКА ПАРАДИГМА В ЕКОЛОГО-ГІГІЄНИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ**

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

**УДК 614.7:165.731**

**Л. И. Засыпка, Ю. М. Ворохта**

## **ПОЗИТИВИСТСКАЯ ПАРАДИГМА В ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

Проанализирована роль позитивистской парадигмы в эколого-гигиенических исследованиях. На примере исследований по изучению влияния условий проживания на репродуктивное здоровье населения показана приоритетность количественного подхода и необходимость учета вопросов интерпретации качественных данных на этапе сбора и формирования массива данных.

**Ключевые слова:** позитивистская парадигма, количественный анализ, эколого-гигиенические исследования.

**UDC 614.7:165.731**

**L. G. Zasyпка, Yu. M. Vorokhta**

## **POSITIVISTIC PARADIGM IN ECOLOGICAL AND HYGIENIC RESEARCHES**

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

There is analysed the role of positivistic paradigm in ecological and hygienic researches. As the template of the research on the impact of living conditions on the population reproductive health the priority of quantitative approach and the necessity of the regard for the issues of data interpreting on the stage of collecting and forming data bases is shown.

**Key words:** positivistic paradigm, quantitative analysis, ecological and hygienic researches.

З часів Ньютона і Лока у медичній науці панує так звана позитивістська парадигма, відповідно до якої у наукових дослідженнях пріоритетом є кількісна оцінка ефектів від впливу різних факторів [10]. Позитивістська парадигма полягає в об'єктивізації результатів окремих спостережень, переведенні даних шкали найменувань у числові (бінарні, рангові, співвідношень) дані, використанні інструментарію математико-статистичної обробки з виявленням основних закономірностей у виникненні природних явищ і процесів [6; 8]. Втім, бурхливий розвиток соціальних наук привів до появи альтернативної точки зору, в основі

якої лежать ідеї Канта і відповідно до якої для усвідомлення сутності процесів, що відбуваються у природі та суспільстві, дослідник має насамперед використовувати якісний, інтерпретаційний підхід [1; 9]. Насправді гігієніст, як правило, у своїй науково-дослідній та практичній роботі змушений поєднувати обидва підходи [2–7].

Слід зазначити, що навіть у традиційних для профілактичної медицини видах досліджень, як правило, на підготовчому етапі використовуються підходи інтерпретаційного якісного аналізу, а на основній фазі дослідження — кількісного аналізу [6; 8]. Це справедливо, зокрема, для оціню-



вання популяційного й індивідуального здоров'я. Для того щоб дати інтегральну оцінку рівня здоров'я, узагальнивши різноманітні його показники, спочатку проводять концептуальний (якісний) аналіз, а потім — математико-статистичний (кількісний) аналіз.

Наслідком концептуального аналізу є розподіл населення на групи здоров'я [5]. Критеріями розподілу на групи здоров'я можуть бути наявність або відсутність хронічного захворювання; опірність організму; рівень фізичного розвитку; відповідність морфофункціональних показників віковим стандартам.

Наприклад, розподіл населення за станом його здоров'я, який був розроблений в Інституті соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ім. М. А. Семашко, пов'язаний з реєстрацією наявності або відсутності хронічних захворювань під час медичного огляду:

I — здорові люди;

II — здорові люди з функціональними та деякими морфологічними відхиленнями;

III — хворі з тривалим перебігом хронічного захворювання при збереженні функціональних можливостей організму (компенсований стан);

IV — хворі з тривалим перебігом хронічного захворювання або особи з фізичними недоліками, вадами розвитку, наслідком травм, із зниженими функціональними можливостями організму (субкомпенсований стан);

V — тяжкохворі (декомпенсований стан).

Результати розподілу досліджуваної популяції за групами здоров'я можуть підлягати частотному аналізу. Існують методики розрахунку на підставі порівняння з еталонними значеннями інтегральних індексів здоров'я для певної категорії населення [6; 7; 10]. Нарешті, за допомогою математико-статистичних методів можна встановити кількісну залежність між факторами середовища та групами або індексами здоров'я.

Щоб розв'язати таке завдання, можна використовувати власний досвід та інтуїцію, рекомендації експертів, аналіз даних літератури, статистичний аналіз, експеримент, математичне моделювання, системний аналіз. Але остаточний висновок про взаємозалежність факторів довкілля та стану здоров'я можна зробити лише на підставі коректно проведених кількісних оцінок.

Зокрема, методика інтегральної оцінки стану навколишнього середовища передбачає проведення якісного та кількісного аналізу його забруднення. Зміст якісного аналізу стану навколишнього середовища полягає у порівнянні результатів інструментального або лабораторного дослідження з гігієнічними нормативами та подальшою їх оцінкою. Вона може бути в межах норми; на межі граничнодопустимих рівнів або концентрацій; перевищувати їх. За її результатами можна «прогнозувати» зміни у рівні здоров'я на-

селення. І, навпаки, за характером змін у рівні здоров'я населення можна давати прогноз, оцінку перевищення граничнодопустимої концентрації (ГДК) забруднювача. Так, наприклад, якщо ми знаємо кратність перевищення ГДК атмосферних забруднювачів, то можемо з високим ступенем вірогідності прогнозувати зміни здоров'я.

Якщо значення показника не перевищують ГДК, зміни в стані здоров'я експонованого населення будуть відсутні. При перевищенні ГДК в 2–3 рази спостерігаються зміни в стані здоров'я за деякими функціональними показниками, які можуть бути виявлені за допомогою методів донологічної діагностики. Перевищення ГДК у 4–7 разів проявляється вираженими фізіологічними змінами, які можуть носити субклінічний характер. Більш висока інтенсивність впливу фактора (у 8–10 разів більше норми) призводить до збільшення специфічної та неспецифічної захворюваності. При високих рівнях експозиції реєструються випадки гострої патології — при перевищенні ГДК у 100 разів виникають гострі отруєння, а при значенні показника більше 500 ГДК можливі смертельні отруєння [4].

Такий метод прогнозування є дуже простим і доступним для широкого використання у практиці, але він не дає уявлення про пріоритетні забруднювачі. Саме тому і проводять кількісну оцінку стану навколишнього середовища. До останнього часу існувало два основних методи такої кількісної оцінки. Перший полягає у розрахунку інтегрального індексу забруднення за його кратністю перевищення ГДК. Другий ґрунтується на результатах експертної оцінки [5; 6].

Недоліком існуючої методології комплексної оцінки впливу факторів довкілля на стан здоров'я є нехтування особливостями соціально-економічного розвитку та регіональних антропоєкологічних характеристик. З іншого боку, існуючі методи оцінки здоров'я населення, на яке впливають відповідні еколого-гігієнічні умови проживання, не в повній мірі віддзеркалюють реальні умови формування індивідуального та популяційного здоров'я.

Найбільш перспективним напрямком у розв'язанні цих проблем, на думку відомих вітчизняних і іноземних вчених, є впровадження системи соціально-гігієнічного моніторингу на основі оцінки ризиків [4; 5; 7]. Саме розробка показників інтегральної оцінки соціально-економічних, еколого-гігієнічних факторів і стану здоров'я дозволить значно підвищити ефективність діяльності санітарно-епідеміологічної служби.

Широке впровадження математико-статистичних методів призвело до розвитку нового методу оцінки взаємозалежностей факторів навколишнього середовища та здоров'я людини на підставі розрахунку ризиків. Сьогодні напрацьовано знач-

ний обсяг матеріалів, присвячених розрахунку канцерогенного і неканцерогенного ризику від впливу атмосферних забруднень, радіаційного фактора, питних вод різного сольового складу.

На жаль, в Україні концепцією ризику в оцінці впливу факторів довкілля практично не користуються. Дослідження в основному обмежуються констатацією факту погіршення стану здоров'я, тобто ідентифікацією загрози, яка виникає під впливом дії різних факторів довкілля.

В останні роки в Україні впроваджуються принципи соціально-гігієнічного моніторингу — складної багатфункціональної системи тривалого спостереження за змінами показників стану навколишнього середовища, що має на меті виявлення критичних відхилень, які вимагають здійснення еколого-гігієнічних, соціальних і медико-профілактичних заходів [4]. У світовій практиці критеріями оцінки негативного впливу факторів навколишнього середовища є інтегральні показники здоров'я з встановленням причинно-наслідкових зв'язків між їх впливом і реакцією організму. Одним із таких інтегральних показників є репродуктивне здоров'я населення, в першу чергу — жіночого, що доведено у численних дослідженнях гігієністів і акушерів-гінекологів [1]. Втім в українських реаліях використанню показників репродуктивного здоров'я у практиці соціально-гігієнічного моніторингу приділяється мало уваги.

Як приклад застосування методологічних підходів, що ґрунтуються на позитивістській парадигмі, наведемо результати нещодавно виконаного співробітниками санітарно-епідеміологічної служби Одеської області й Одеського державного медичного університету дослідження, **метою** якого було вивчення впливу умов проживання на репродуктивне здоров'я населення області.

#### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено протягом 1998–2006 рр. На першому етапі (1998–1999 рр.) була створена база даних з питань екологічної безпеки різних за соціально-економічним укладом і соціально-трудовим потенціалом територій півдня України, яка в подальшому заповнювалася в режимі *real time* протягом усього часу виконання роботи. Основними джерелами інформації для формування бази даних були звітні документи адміністрацій Одеської, Миколаївської та Херсонської областей, дані соціально-гігієнічного моніторингу, який здійснювався протягом усього часу виконання досліджень у межах санітарно-епідеміологічного нагляду, звіти та публікації обласних статистичних управлінь. На другому етапі (1999–2000 рр.) проведено контент-аналіз проблематики за допомогою методів експертної оцінки й опитування населення.

Лабораторні дослідження об'єктів навколишнього середовища проводилися відповідно до принципів соціально-гігієнічного моніторингу за

встановленими у практиці держсанепіднагляду й екологічного аудиту методиками. Загальна кількість досліджених проб води становила 9642, ґрунту — 1011, харчових продуктів — 13 245, повітря — 5678.

При визначенні показників репродуктивного здоров'я, використаних у дослідженні, керувалися рекомендаціями МОЗ України, менеджмент-інформаційної системи щодо забезпечення виконання Національної програми «Репродуктивне здоров'я». Моніторингу підлягали показники репродуктивного потенціалу (частка жінок репродуктивного віку у загальній кількості населення), розповсюдженість екстрагенітальної патології, частота абортів за медичними та соціальними показниками, рівень передчасних пологів та їх ускладнень (спонтанних абортів і гестозів) та реалізації фертильної функції (кількість новонароджених на 1000 жінок фертильного віку). Як додаткові показники оцінювали частоту виявлення жіночої (первинної та вторинної) і чоловічої неплідності за даними щорічних звітів закладів охорони здоров'я, які надають андрологічну, урологічну й акушерсько-гінекологічну допомогу населенню.

Об'єктивну оцінку репродуктивної функції у чоловіків проводили за результатами аналізу спермограми. Дослідження виконувалися на базі Центру репродукції людини МКЛ № 10 Одеси. У жінок для об'єктивної оцінки репродуктивної функції використовували метод кристалізації слини за допомогою приладу *Maybe Baby*. Загальна кількість обстежених обох статей становила 240 осіб.

Статистична обробка даних проводилася методами дисперсійного та кореляційного аналізу з використанням електронних таблиць Excel.

#### Результати дослідження та їх обговорення

За результатами соціально-гігієнічного моніторингу нами були виділені території підвищеного ризику для здоров'я населення. Це Одеса, Савранський, Любашовський, Арцизький, Березовський, Саратський, Татарбунарський, Тарутинський, Болградський, Ізмаїльський, Ренійський, Кілійський, Котовський, Комінтернівський райони. При цьому за соціально-економічними умовами проживання найгіршим є становище у Березовському, Великомихайлівському, Красноокнянському, Савранському, Татарбунарському і Ширяєвському районах. При дослідженні показників репродуктивного здоров'я населення різних районів Одеської області встановлено, що найвища частота акушерсько-гінекологічної патології та найнижчий рівень реалізації репродуктивного потенціалу характерні для територій, визначених як зони ризику на підставі соціально-гігієнічного моніторингу. Слід зазначити, що у цих

**Стан репродуктивного здоров'я залежно від соціально-економічних умов проживання населення, n=120**

Соціально-економічні умови	Показники репродуктивного здоров'я					
	Репродуктивний потенціал	Реалізація репродуктивного потенціалу	Анемії вагітних	Гестози	Гестаційний пієлонефрит	Кардіопатологія вагітних
Незадовільні	22,70±1,45*	2,02±0,12*	31,2±1,8*	14,20±0,81*	8,40±0,12	4,90±0,13
Відносно задовільні	24,60±1,21	2,63±0,12	31,0±0,9	8,20±0,35	8,10±0,11	3,90±0,16
Задовільні	24,80±1,31	2,66±0,16	24,4±1,2	11,8±0,7	8,4±0,3	4,80±0,21

Примітка. \* — відмінності статистично значущі при  $P < 0,05$ .

районах показники репродуктивного здоров'я здебільшого визначалися соціально-економічними умовами проживання населення (табл. 1).

Водночас такі показники, як захворюваність на гестаційний пієлонефрит і патологію серцево-судинної системи у вагітних, у дещо меншій мірі залежали від соціально-економічних умов, для них більш значущою була загальна еколого-гігієнічна ситуація у місці проживання.

При проведенні об'єктивних досліджень у чоловіків, які проживали на територіях високого екологічного ризику (несприятливий сольовий склад питних вод, забруднення повітря радоном, наявність потужних промислових джерел забруднення атмосферного повітря та ґрунту), були виявлені виражені порушення спермограми у вигляді зменшення рухомості сперматозоїдів (12,5% обстежених), зростання кількості лейкоцитів в еякуляті (у середньому  $3,9 \pm 0,2$  у полі зору), зменшення кількості зерен ліпідів (10,8%). При об'єктивному дослідженні стану репродуктивного здоров'я жінок, що проживали на територіях високого екологічного ризику, за допомогою тесту мікрокристалізації протеїнів слини встановлено, що у 17,5% жінок були порушення менструального циклу у вигляді ановуляторних циклів (табл. 2), що свідчить про порушення гормональної регуляції. Слід зазначити, що в загальній популяції здорових жінок частота ановуляторних циклів не перевищує 2,0%. Описані відмінності у стані репродуктивного здоров'я тісно корелювали з екологічними умовами проживання ( $R=0,72$ ;  $P < 0,05$ ).

Наведені результати свідчать про те, що, незважаючи на пріоритетність позитивістської парадигми для еколого-гігієнічних досліджень, дослідник має приділяти велику увагу питанням інтерпретації якісних даних на етапі збирання і формування масиву даних. Так, при визначенні територій високого екологічного ризику для кожного з обраних районів комбінація несприятливих факторів довкілля є, певною мірою, унікальною, що вимагає інтерпретаційного підходу. З іншого боку, зрештою якісні показники безпеки проживання знаходять своє кількісне відобра-

Таблиця 2  
**Стан репродуктивної системи обстежених, що проживають в умовах підвищеного екологічного ризику, n=120**

Показники	Значення показника	Нормативні значення
Чоловіки		
Кількість сперматозоїдів, $\times 10^6/\text{мл}$	38,5±2,2	20–120
Рухомість сперматозоїдів, абс. (%)	15 (12,5)	Швидкий поступовий рух (А) >25 % Поступовий рух (А + В) >50 %
Лейкоцити (у полі зору)	3,9±0,2	3–4
Лецитинові зерна, абс. (%)	13 (10,8)	Присутні
Жінки		
Ановуляторні цикли, абс. (%)	21 (17,5)	Не більше 1,8–2,0 %

ження, що забезпечує відтворюваність результатів дослідження.

Все вищесказане дозволяє дійти висновку про необхідність подальшої розробки питань використання в еколого-гігієнічних дослідженнях якісних показників і шляхів їх об'єктивізації.

#### ЛІТЕРАТУРА

- Ахаладзе М. Здоров'я жінки крізь призму медицини, демографії, соціології / М. Ахаладзе, Т. Ахаладзе // Вісник НАН України. — 2000. — № 4. — С. 28-35.
- Бердник О. В. Чувствительность организма к факторам окружающей среды: индивидуальная чувствительность / О. В. Бердник // Довкілля та здоров'я. — 2000. — № 1. — С. 39-41.
- Бердник О. В. Чувствительность организма к факторам окружающей среды: 1. Популяционная чувствительность / О. В. Бердник // Довкілля та здоров'я. — 1998. — № 1 (4). — С. 18-21.
- Бердник О. В. Екологічні аспекти оцінки стану здоров'я населення / О. В. Бердник, Л. В. Серих // Довкілля та здоров'я. — 2001. — № 2 (17). — С. 32-34.

5. Бердник О. В. Критеріальні ознаки залежностей в системі «Навколишнє середовище — здоров'я населення» / О. В. Бердник, Л. В. Серих, В. Ю. Зайковська // Охорона здоров'я і довкілля : матеріали наук.-практ. конф. — Львів, 1996. — С. 24-25.

6. Буянов В. П. Рискология. Управление рисками / В. П. Буянов, К. А. Кирсанов, Л. А. Михайлов. — М. : Экзамен, 2002. — 384 с.

7. Ворохта Ю. М. Становление современной рискометрической практики в научных исследованиях кафедры общей гигиены Одесского государственного медицинского университета / Ю. М. Ворохта // Гігієнічні проблеми півдня України : наук.-практ. конф., присв. 100-річному ювілею кафедри загальної гігієни Одеського державного медичного

університету (1903–2003 pp.), Одеса : матеріали. — Одеса, 2003. — С. 179-181.

8. Clark A. M. The qualitative-quantitative debate: moving from positivism and confrontation to post-positivism and reconciliation / A. M. Clark // J. Adv. Nurs. — 1998. — Vol. 27 (6). — P. 1242-1249.

9. Nieminen H. Ricerca quantitativa E ricerca qualitativa nel nursing / H. Nieminen, J. Sansoni // Prof. Inferm. — 1998. — Vol. 51 (1). — P. 19-24.

10. Vellone E. Fenomenologia e metodo fenomenologico: loro utilita' per la conoscenza e la pratica infermieristica / E. Vellone, N. Sinapi, D. Rastelli // Prof. Inferm. — 2000. — Vol. 53 (4). — P. 237-242.

*Передплатуйте  
і читайте  
журнал*

# ІНТЕГРАТИВНА АНТРОПОЛОГІЯ

У ВИПУСКАХ ЖУРНАЛУ:

**Передплата приймається  
у будь-якому  
передплатному пункті**

**Передплатний індекс 08210**

- ◆ Методологія інтегративних процесів
- ◆ Генетичні аспекти біології та медицини
- ◆ Патологічні стани і сучасні технології
- ◆ Філософські проблеми геронтології та геріатрії
- ◆ Дискусії



УДК 130.2:303.686(045)

И. В. Голубович, канд. филос. наук

## БИОГРАФИЯ КАК СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ФЕНОМЕН: МЕТОДОЛОГИЯ АНАЛИЗА В ГУМАНИТАРНОМ ЗНАНИИ

*Одесский национальный университет им. И. И. Мечникова, Одесса, Украина*

УДК 130.2:303.686(045)

І. В. Голубович

## БІОГРАФІЯ ЯК СОЦІОКУЛЬТУРНИЙ ФЕНОМЕН: МЕТОДОЛОГІЯ АНАЛІЗУ В ГУМАНИТАРНОМУ ЗНАННІ

*Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова, Одеса, Україна*

Стаття присвячена з'ясуванню ролі та суті біографічної проблематики в сучасному гуманітарному знанні на міждисциплінарному його рівні. Аналізується біографічна складова концепцій «філософії життя», герменевтики, феноменології, структуралізму та семіотики.

**Ключові слова:** біографія, біографічний похід, гуманітаристика, міждисциплінарність.

UDC 130.2:303.686(045)

I. V. Golubovich

## BIOGRAPHY AS A SOCIAL AND CULTURAL PHENOMENON: METHODOLOGY OF ANALYZES ON HUMANITIES

*The Odessa National University named after I. I. Mechnikov, Odessa, Ukraine*

The article is devoted to explication of the place and role of biographical problematics on contemporary humanities from point of view of interdisciplinarity. It is described biographical content of the “philosophy of life”, hermeneutics, phenomenology, structuralism, semiotics.

**Key words:** biography, biographical approach, humanities, interdisciplinarity.

Наше время — время биографического и автобиографического бума. Как справедливо отмечается, XX век дал такое невиданное многообразие автобиографических форм, что может быть смело назван «веком автобиографии» [19], такая характеристика справедлива и в отношении биографии, и в отношении начала века XXI. Можно говорить о некоей экспансии биографического/псевдоббиографического в масс-культуре: многочисленные «исповедальные» ток-шоу, обилие гламурных журналов — «Биографии», «Истории жизни», «Караван историй» и т. д.

Проблематика, связанная с феноменами биографии и автобиографии, становится одной из центральных в современном гуманитарном знании. А биографический подход в многообразии своих проявлений приобрел сегодня статус междисциплинарного и занял устойчивую нишу в социологии, психологии, литературоведении, социальной и культурной антропологии, исторической науке и т. д. (см., например, [1]). С 70–80-х годов XX столетия наблюдается своеобразный «ренессанс» в области биографических исследований

[21], сопровождающийся сменой концептуальных оснований, переориентацией на интерпретативные стратегии, концентрацией внимания на уровне субъективно-личностных значений и смыслов, которые организуют биографические практики. Между тем «биографическая» ниша в структуре *humanities* была «занята с боями» — ученым-гуманитариям до сих пор приходится отстаивать свое право на исследовательский интерес к феномену биографии и на приверженность биографическому подходу [17]. Это право постоянно оспаривается противниками, по мнению которых биографический жанр слишком наивен, а биографический подход слишком ненаучный. Их аргументы небезосновательны: стремление подменить содержание и динамику той или иной сферы социальной жизни, культуры, науки, искусства галереей портретов-жизнеописаний ее ведущих представителей во многом сдерживало развитие гуманитаристики, равно как и некритически воспринятая мода на «биографический метод» в позитивистском его исполнении (в частности, «лансонизм»). Однако оппоненты «недооценили»

противника и не заметили появления «нового биографизма/автобиографизма», выросшего на иных, антипозитивистских основаниях.

Философия пока не осмыслила в должной мере эти тенденции социокультурного бытия и гуманитарного знания, а стратегии и методология философского (социально-философского) анализа биографии и биографического нарратива находятся еще в стадии становления. «Биография (биографическая традиция, биографическое письмо) нуждается в аутентичной теоретической доктрине и методологической базе, прежде всего, для того, чтобы соответствующим образом осмыслить свои перспективы в современной гуманитаристике», — заявляет, в частности, украинский философ А. Л. Валевский — автор проекта «биографики» (в определенном смысле — «философской биографики») [8]. Его «Основания биографики» нашли отклик у профессиональных философов, однако специальных исследований в данном направлении в отечественной философской литературе пока не последовало.

Между тем, философский анализ совершенно необходим (и категоричнее — неустраним), в том числе, учитывая междисциплинарность биографического подхода. Философия, одна из важнейших функций которой — интегрирующая, не должна в данном случае отказываться от своего предназначения — объединять, синтезировать, интегрировать конкретные, специализированные области биографических исследований, а в ряде случаев обнаруживать не только возможности сопоставления, но и его принципиальную невозможность. Свою интегрирующую роль по отношению к разнообразным модификациям биографического подхода философия способна выполнить, лишь анализируя теоретико-методологические, философские основания биографической проблематики в современной культуре и в гуманитаристике, обнаруживая глубокую укорененность биографии, биографического сознания, биографической практики в европейской культурной традиции, в ее постоянно воспроизводимом интересе к индивидуальной жизни.

**Цель** такого философского анализа может быть сформулирована как *двуединая*. С одной стороны, в исследовательском поле должна оказаться биография как социокультурный феномен, характеризующий, прежде всего, но не исключительно, — индивидуально-личностное измерение социального бытия и культуры. С другой стороны, анализу необходимо подвергнуть основания, познавательные возможности и границы биографического подхода в гуманитарном (преимущественно, социогуманитарном) знании. Цель — *дву-единая*, но одновременно и *дву-единая*. Оба аспекта должны предстать во взаимодействии, взаимопересечении, взаимодополнительности. Эта взаимосвязь основана, как минимум, на презумпции саморефлексивности самой жизни, ко-

торая, в свою очередь, также нуждается в проявлении в биографическом контексте.

Конкретный материал и предметное поле для биографического анализа могут быть самыми разнообразными в зависимости от выбора исследовательской стратегии и целей, от методологических пристрастий. А. Валевский говорит о трудностях выделения «биографического факта» из «исторического факта» и «факта жизни». Речь в конечном итоге идет о методологически и тематически обоснованной реконструкции «биографического факта» [8]. Этим статусом будут наделены совершенно разные предметности: для официальной биографии — «внешние» значимые события, для психобиографии — «внутренние» побуждения и переживания, для установки «биография как миф» — «мифотема», явленная в метаморфозах единого мифа отдельной жизни, смене ее фаз-образов или «миф-символов» («исходный символ» — «ген» жизненного сюжета, содержащий множество потенциальных возможностей).

Различными могут быть и теоретико-методологические основания биографически ориентированного исследования. Здесь также возникает проблема обоснования самого выбора методологии (методологий и их синтеза). Мировоззренческий и методологический плюрализм, ориентация на «синтетическое теоретизирование», множественность и многовекторность интерпретаций, отсутствие единой общеразделяемой объяснительной теоретической модели (см., в частности, [13]) — это только некоторые из важнейших исходных условий, в которых сегодня ученому-гуманитарию, философу предстоит делать выбор собственной исследовательской методологической стратегии, делать выбор и обосновывать свое право на такой выбор, исходя из специфики и смысла поставленных научных целей и задач. Часто сам предмет исследования создает в этом смысле дополнительные сложности. Это относится и к предмету, избранному нами. Биография как социокультурный феномен может быть проанализирована с самых различных теоретико-методологических позиций, она «отразилась» в зеркале разных гуманитарных наук и ее научные образы-отражения часто совсем не похожи друг на друга. Ответственность за труднейшую методологическую «свободу выбора» — важнейшая составляющая самой научности гуманитарного знания («научной гуманитарности», по терминологии Л. М. Баткина). «Какая же, однако, странная, вызывающая, деликатная, рискованная, тревожная эта гуманитарная свобода! И насколько нравственно обусловлена она! Как надличностна ее личностность, как строга ее нестрогость! Как серьезна ее игра! Автор-гуманитарий плотно обставлен изнутри своего предмета (и собственно текста)... Он сам вынужден особенно щепетильно считаться с обстоятельствами диалога, организатором

которого сам и выступает», — так характеризует сложность выбора стратегии и методологии гуманитарного исследования Л. Баткин [6]. Он пишет об этом в сборнике своих эссе, названном «Пристрастия». В этом названии — невольный намек на то, чем исходно (или, в конце концов?) обусловлен такой выбор. Тем не менее, научное исследование не может обойтись лишь отсылками к «пристрастиям».

Чтобы обосновать специфику нашего анализа и теоретико-методологического инструментария, обратимся к разграничению внутри гуманитаристики, предложенному российским методологом Н. С. Розовым: «социальная культурология» и «гуманитарная культурология» [18]. «Социальная культурология» изучает аспект социального мира, связанный с преемственностью систем культурных надличностных образцов, а «гуманитарная культурология» имеет дело с индивидуально-личностным измерением культуры и работает с культурными текстами в широком смысле этого слова. Мы не считаем удачным использование термина «культурология», неоправданно сужающим, на наш взгляд, зону применения данного разграничения внутри *humanities*. Нам важен сам его проблемный смысл, зафиксированный еще и в появлении внутри общегуманитарного знания исследовательских областей, которые сами себя еще раз дополнительно именуют как «гуманитарные», «гуманистические» («гуманистическая социология», «гуманистический психоанализ», «гуманитарная историография» и т. д.) [20; 23]. Ранее мы обращались к проблеме двойной «гуманитарности» и «гуманистичности» в рамках гуманитаристики [10].

Такая внутренняя тавтология не случайна. Она как раз и основана на особом внимании к индивидуально-личностному, «человеческому», «человекомерному» измерению культуры. Как подчеркивает В. С. Библер, «развертывание духовной культуры в истории заключается в ее перематывании из безличной формы всеобщности в личностную форму культуры индивида» [7]. Этот процесс постоянного «перематывания» и является предметной зоной «дважды гуманитарных» областей. Внутри них устанавливается требование максимума субъектности и обязательной персонализации и ситуационности культурных смыслов (см. [11; 27]). Э. Ю. Соловьев, писавший о «гуманитарной историографии» в контексте обоснования специфики биографического анализа, понимал под ней широкую панораму историко-философских, культурологических и биографических исследований, объединенных по общему основанию: исследование должно представлять собой историю идей любого порядка и сложности как драму в лицах, разыгрываемую в конкретной исторической ситуации [23]. Обозначенные нами «гуманитарные» области ориентируются и ориентируют наше представление о соразмерности,

со-равности истории и личности. Внимание уделяется «человеческому лику» истории. В пределе сама история понимается как лик личности. Вводится методологический запрет поиска основ социальности, культуры вне личности (в ее конкретно-биографической и ситуационно-исторической уникальности), поскольку личность признается средоточием и истоком историчности и социальности. Данное ограничение не является абсолютным и самодовлеющим. «Гуманистическая» и «социальная» гуманитаристика должна находиться в отношениях взаимодополнительности.

Исследованию феномена биографии и специфики биографического подхода сквозь призму «двойной» гуманистической нагруженности гуманитарного знания соответствует следующий комплекс теоретико-методологических оснований и предпосылок, который мы считаем лишь вариантом из множества возможных:

1. «Философия жизни» в трактовке В. Дильтея, во многом опиравшегося на романтическую традицию и романтическую транскрипцию жизни и «исторической индивидуальности». В русле нашей проблематики особенно важными являются следующие положения дильтеевского варианта «философии жизни»: культурно-историческая («сверхвitalная») интерпретация жизни, обнаружение первичных структур человеческого опыта жизни именно в истории и социокультурном бытии, идея саморефлексивности жизни («жизнь толкует жизнь»), ее внутренней автобиографичности, требование понять жизнь из нее самой.

Существенным также является учет дильтеевского обоснования специфики «наук о духе» и их категориально-методологического профиля. Это позволит более точно определить место и роль биографического дискурса в структуре *humanities*, а также методологические подходы гуманитаристики (как актуально реализованные, так и потенциально возможные) к анализу биографического/автобиографического опыта, его онтологической укорененности в социокультурном бытии. Важен для нас также тезис Дильтея о «беспредпосылочности богословской экзегезы», который может быть истолкован в более широком смысле, как имеющий отношение к специфике гуманитарного знания в целом. «Беспредпосылочность» понимается в данном случае как воля «руководствоваться только историческим исследованием, ни в коем случае не каким-нибудь настроением или тенденцией, и эта воля, упрочившись, должна стать натурой ученого» [14]. При этом Дильтей подчеркивает, что такого рода «беспредпосылочность» не может быть реализована без предварительной «подвижной гипотезы» и без исходной мировоззренческой и теоретической «направленности собственного духа» исследователя.

2. Герменевтика («онтогерменевтика») в разнообразии своих вариантов (концепции Ф. Шлейер-



махера, И. Дройзена, В. Дильтея, М. Хайдеггера, Х. Гадамера, П. Рикера). В методологическом плане мы опираемся на основной онтогерменевтический постулат: понимание — способ бытия человека в мире, а жизнь сама внутренне герменевтична. «Выразимость», представленная, в частности, в дильтеевской триаде: переживание-выражение-понимание, — фундаментальная характеристика жизни. Наиболее органичные социокультурные формы «выразимости жизни» — автобиография и биография. «Ренессанс» биографического подхода в гуманитаристике связан с развитием и переинтерпретацией на современном этапе его «герменевтической» составляющей. В трансдисциплинарном поле биографических исследований специально выделяется «герменевтический» подход (наряду с «социоструктурным») [21]. Такая «герменевтическая» переориентация биографического подхода диктует необходимость нового «прочтения» классических теорий понимания и интерпретации и обнаружения в них еще не использованного теоретико-методологического потенциала.

3. Концептуальные положения феноменологической и экзистенциалистской традиций. Это, прежде всего, концепция «жизненного мира» Э. Гуссерля, феноменологическая интерпретация процедур смыслоконституирования социокультурной реальности, презумпция «первопорядковости моего Я», которое «конституирует все, когда-либо оказывавшееся для меня объективным» [5]. Мы опираемся также на положения феноменологической социологии А. Шюца, прежде всего, о «смысловой структуре повседневного мира» и о «конечных областях значений» («субуниверсумах реальности») [28; 29]. Социальная реальность в данной традиции — это совокупность объектов и событий внутри социокультурного мира как опыта обыденного сознания людей, живущих своей повседневной жизнью. В рамках такой интерпретации анализируется смыслоконституирующая роль «биографического/автобиографического опыта».

В традиции экзистенциализма глубоко продумана идея «первоисторичности» («внутренней историчности») личности (К. Ясперс, М. Хайдеггер); жизнь рассматривается в свете «бытийно-исторической ситуации», «пограничной ситуации», она понимается не столько как естественно-историческая, сколько как смысловременная действительность, как «трагедия и драма» (Х. Ортега-и-Гассет). Это позволяет по-иному организовать биографический дискурс, ввести в него «ситуационный», «персонажно-драматический» и «судьбический» ракурсы, осмысливать «события жизни» в свете «события бытия», а также выстраивать/реконструировать биографию через типологию личностных экзистенциальных ролей (роль как «удел», «принуждение», «миссия», «призвание», «фарс», «трагедия» и т. д.). Экзистенциа-

листская «персонажно-драматургическая» интерпретация жизни-биографии оказывается созвучной идеям Ю. М. Лотмана о культурно-семиотическом кодировании (в данном контексте, прежде всего, через культурный код «театра»), созвучной, несмотря на разные исходные основания для данной процедуры.

Методологическим ориентиром для биографически ориентированного исследования могут стать работы Э. Ю. Соловьева, осуществившего интерпретацию экзистенциалистской традиции в рамках методологии биографического анализа и разработавшего собственную версию ситуационно-исторического подхода (модель «личность-ситуация»). В этой версии заложены основания социально-философского анализа биографии как феномена истории и культуры [23–26].

4. Структурно-семиотический подход, в частности, в версии Ю. М. Лотмана. Рассмотрение в данной традиции культуры как текста, сложно устроенного и распадающегося на иерархию текстов в тексте, позволяет глубоко продумывать и плодотворно использовать модель «жизнь как текст», представлять ее в единстве «событий жизни» и «событий текста». В данной традиции разработаны процедуры корректного соотношения экзистенциального и нарративного измерений жизни-биографии. В семиотической концепции культуры феномен биографии осмысливается в контексте взаимодополнительности индивидуально-личностного и объективно-надындивидуального измерений социокультурного бытия, как «мерцающая», «пульсирующая» точка пересечения двух измерений. Индивидуальная жизнь-биография способна при определенных условиях «репрезентировать» (подобно «монаде» Лейбница) целую эпоху или определенный тип культуры. В свою очередь, история того или иного надындивидуального социокультурного образования может быть представлена как «биография» (нации, группы, сообщества), т. е. в «просопографической» перспективе («просопография» в данном контексте понимается как междисциплинарная область исследований, ориентированная на создание «коллективных биографий», «коллективных портретов» различных социальных групп и сообществ).

Концептуальная установка на взаимодополнительность — одно из важнейших теоретико-методологических положений исследования феномена биографии в культуре и биографического подхода в гуманитаристике, в любом междисциплинарном обличии такого исследования. Также методологически значимой представляется нам разработка в рамках структурно-семиотического подхода проблематики культурно-исторической памяти, ее трансформаций. Биографический/автобиографический аспект — один из наиболее существенных в пределах данной исследовательской зоны. В целом, соотношение куль-



турно-исторической и биографической/автобиографической памяти является предметом исследования во многих областях гуманитаристики (в частности, в герменевтике П. Рикера).

5. Необходимым, как мы уже указали, является обоснование специфики той области *humanities*, в рамках которой применение биографического подхода будет наиболее плодотворным. Кроме дильтеевского анализа проблемно-методологического профиля «наук о духе», актуализировавшего ценность биографических исследований, могут быть использованы также концептуальные основания методологии гуманитарного знания, предложенные М. Бахтиным. Представление социокультурного мира как мира «текстов и смыслов», внутренний диалогизм, полифоничность; этическая ориентация гуманитарного знания, разработанная в рамках «философии поступка», включенность «этоса» *humanities* в методологию гуманитарного исследования, этико-методологическая установка на «любное созерцание» — вот существенные для нас черты концепции Бахтина. Они были учтены и его последователями, в частности, Л. Баткиным в его модели «научной гуманитарности», ориентированной на принцип — «максимум субъектности» (не субъективности!) [2; 4–6]. У самого Баткина она нашла конкретное выражение в исследовании величайших автобиографических текстов европейской культуры: «Исповеди» Августина, «Истории моих бедствий» П. Абеляра, «Исповеди» Ж.-Ж. Руссо [3].

6. Методология качественного анализа в социологии, социальной и культурной антропологии, социальной психологии. Она может быть учтена на уровне ее базовых концептуальных подходов и исследовательских стратегий. Речь идет, прежде всего, об «обоснованной теории» (А. Штрауса и Б. Глейзера), которая характеризуется отсутствием предварительной концептуализации предмета исследования и ориентацией на генерирование понятий и категорий дескриптивным путем через «насыщенное» (плотное) описание (термин и стратегия К. Гирца [9; 30]).

Еще одно необходимое замечание: методология задается спецификой предмета, исходя из базового герменевтического принципа: субъект понимания сам принадлежит предмету понимания, а «в предикатах, которые мы высказываем о предметах, заключены и способы постижения» [15]. Авторы, «ангажированные» жанром биографии (в научном, литературном и повседневном его понимании), невольно и сознательно переносят «законы жанра» в собственное исследование. Так, «персоцентричность» феномена биографии может спровоцировать такую же «персоцентричность» разговора о ней. К примеру, В. Дильтей и Ю. Лотман, уделившие особое внимание разработке биографического подхода в гуманитарном знании, были незаурядными биогра-

фами, создателями блестящих жизнеописаний, подлинными мастерами научной и художественно-научной биографической реконструкции. Они писали биографии и одновременно осмысливали теоретические проблемы биографистики.

В многочисленных исследованиях, так или иначе затрагивающих проблемы биографии, часто не проводится четкого исходного понятийного разграничения. В частности, нередко в качестве синонимов используются термины «биографический метод» и «биографический подход» (см., к примеру, [21], где оба термина порой употребляются как синонимы). «Биографический подход» фиксирует направленность исследовательского интереса на биографическую проблематику во всем многообразии ее проявлений (интенциональность): биография как социокультурный феномен, как литературный и научный жанр, совокупность методов анализа биографического/автобиографического материала в различных областях *humanities* и т. д. Его широта и категориальная размытость, нечеткость, а следовательно, отсутствие понятийно-категориальной жесткости и приверженности той или иной методологической позиции позволяют исследовать многообразие форм биографического опыта, биографического дискурса, равно как и форм рефлексии над биографическим/автобиографическим опытом, оснований укорененности «биографического» в глубинных структурах культуры. Это, как нам представляется, соответствует специфике философского анализа.

Биографический и автобиографический дискурс, как правило, несет в себе элементы «саморазоблачения». Следуя тезису об изоморфности предмета исследования и стратегии его анализа, предпримем своеобразное методологическое «саморазоблачение». Первоначально нами довольно часто использовался термин «биографическая методология» как обобщающий по отношению к совокупности «биографических методов». Корректность термина «биографический метод» мы не оспариваем, однако настаиваем на том, что единого «биографического метода» не существует, есть «биографические методы», разработанные на основе разных, часто совершенно противоположных теоретико-методологических допущений. На это, в частности, указывает М. Соколянский, рассматривая специфику исторических трансформаций биографического подхода в рамках разных методологических направлений [22]. Он подчеркивает необходимость обоснования уместности и точности употребления термина «биографический метод» в каждом конкретном случае и указывает на имеющее место в современном гуманитарном знании расширение границ определения понятия «метод». В целом же, метод определяется не объектом повышенного внимания исследователя (в данном контексте объектом будет биография), а подходом к мате-

риалу, спецификой его видения, что, безусловно, задается в рамках той или иной методологии.

В результате работы над темой от понятия «биографической методологии» пришлось отказаться, ввиду отсутствия таковой в качестве некоего концептуального единства. «Биографическая» в рамках сделанного нами ранее разграничения характеризует объект, а не методологическую установку. Наша предварительная гипотеза оказалась ошибочной, однако, смеем надеяться, не роковой. Пришлось признать методологическую несамостоятельность биографического подхода — он принципиально не может обосновать себя сам изнутри, нуждается в мета-обосновании — в той или иной концепции культуры, социального бытия, в той или иной теоретико-методологической установке гуманитарного знания. Попытка индивидуализирующего биографического описания стать научно самодостаточным, автономным оказывается «когнитивным самозванством». Перед нами вдруг оказывается гофмановский Крошка Цахес, который ничего из себя не представляет без волшебных чар феи.

В настоящее время мы исходим из положения о том, что универсум биографического как в культуре, так и в гуманитарном знании может быть исследован в рамках различных концепций и интеллектуальных стратегий. Гуманитаристика пережила не одну смену и трансформацию таких исследовательских стратегий, несколько раз смена парадигм заставляла многих говорить об исчерпанности/смерти биографического жанра в науке. Однако интерес к феномену биографии и возможностям биографического подхода возродился, подобно Фениксу, облекаясь в новые концептуальные одежды.

Позволим себе крайнюю категоричность: интересом к тайне и загадке биографии жива европейская культура, одной из главных «духовных универсалий» которой является идея индивидуальности (иногда культ индивидуальности). В этом смысле апология биографии и биографического (означающая одновременно борьбу с «биографической модой» и «биографическим бумом») будет для нас своеобразной апологией и признанием в любви к духовным основаниям европейской культуры, а порой — «любви к непутевым героям», следуя, опять-таки, не эмоциональной, а методологической установке, сформулированной замечательным исследователем биографических нарративов Н. Козловой [16].

Приверженность биографическому подходу в лучших своих образцах для ученого-гуманитария означает признание особой важности, неустрашимости из гуманитарного исследования этической составляющей. В вариантах, представленных нами, она нашла выражение в идее внутренней сопричастности «биографическим персонажам» истории, культуры, литературы, нелитературных «наивных» жизнеописаний; в особом, ме-

тодологически обоснованном, «любовном созерцании» чужого биографического опыта. Этическое кредо оказывается одновременно и методологическим принципом, глубоко осмысленным, в частности, в культурной антропологии и в «качественной» социологии, где ученый, особенно исследователь биографических нарративов, — это неизбежно «подопытный наблюдатель» (Н. Козлова), постоянно держащий в уме «биографическое априори» собственного, претендующего на объективность, но все же неизбежно субъективного описания. Этически ориентированная гуманитаристика вводит презумпцию «доверия» биографическому/автобиографическому повествованию, уважения к его смыслам, часто непонятным и чуждым самому исследователю. Она не может не испытывать определенную «робость» перед лицом биографического опыта и не чувствовать ответственность перед ним. Изучение биографий и автобиографий в такой установке означает и нравственный отказ гуманитария от ролей: глядящего в замочную скважину «любопытствующего»; судьи, присвоившего себе в силу привилегированной «постфактумной» исторической позиции право судить; детектива-сыщика, отправляющегося в погоню за тайным, часто специально утаенным; разоблачителя, срывающего «биографические» и «автобиографические» маски, ищущего за фактами «высокой биографии» низкие мотивы и т. д. Ярко выраженную этическую компоненту имеет и предложенный Филиппом Леженом, выдающимся современным исследователем автобиографии, проект «автобиографического соглашения», о котором также говорится в нашей работе. Напомню, Ф. Лежен назвал «право на автобиографию» — одним из неотъемлемых прав человека, одновременно призывая не использовать это право во вред другим, вторгаясь через собственное «пространство автобиографии» в чужую жизнь, нарушая столь же неотъемлемое право на ее приватность. Биографический интерес, во всех его проявлениях — общественно-публичных и научных, приводит во взаимодействие внутренний и внешний суд, совесть и правосудие, связывает «биографическое» право и ответственность.

Ученые-гуманитарии выполняют свою во многом трагическую (в силу ее трагической невыполнимости) миссию атлантов и кариатид, удерживающих на плечах и поднимающих, представляющих, высветляющих основания социокультурного бытия. Одновременно они ощущают на плечах «невыносимую легкость» таких оснований. Ведь только они в состоянии в интеллектуальном воображении представить себе почти невыносимое — культуру, где люди больше не знали бы, что значит рассказывать, и людей, больше не имеющих опыта, которым можно было бы поделиться. Такая пугающая перспектива может быть, как минимум, отсрочена, пока существует

биография. Тем не менее, гуманитарий первым должен заметить и пугающие перспективы самой биографии — возможность оказаться лишь пустой формой, лишенной своего уникального и, одновременно, универсального культурного смысла.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Аверинцев С. С.* Плутарх и античная биография / С. С. Аверинцев // *Образ античности*. — СПб. : Азбука-классика, 2004. — С. 225-465.
2. *Баткин Л. М.* Два способа изучать культуру / Л. М. Баткин // *Пристрастия : избр. эссе и статьи о культуре*. — М., 1994. — С. 34-55.
3. *Баткин Л. М.* Европейский человек наедине с собой : очерки о культурно-исторических основаниях и пределах личного самосознания / Л. М. Баткин. — М. : Рос. гос. гуманитар. ун-т, 2005. — 1005 с.
4. *Баткин Л. М.* Неуютность культуры / Л. М. Баткин // *Пристрастия : избр. эссе и статьи о культуре*. — М., 1994. — С. 13-34.
5. *Баткин Л. М.* От индивидуализирующего метода к методике / Л. М. Баткин // *Пристрастия : избр. эссе и статьи о культуре*. — М., 1994. — С. 115-120.
6. *Баткин Л. М.* Пристрастия : избр. эссе и статьи о культуре / Л. М. Баткин. — М. : ТОО «Курсив-А», 1994. — 288 с.
7. *Библер В. С.* Мышление как творчество. Введение в логику мысленного диалога / В. С. Библер. — М. : Наука, 1975. — 400 с.
8. *Валевский А. Л.* Основы биографики / А. Л. Валевский. — К. : Наук. думка, 1993. — 111 с.
9. *Гириц К.* «Насыщенное описание»: в поисках интерпретативной теории культуры / К. Гириц ; пер. с англ. Е. М. Лазаревой // *Антология исследований культуры*. — Т. 1. Интерпретации культуры. — СПб., 1997. — С. 315-338.
10. *Голубович И. В.* «Гуманитарные» и «гуманистические» области внутри Humanities: постановка проблемы / И. В. Голубович // *Наукове пізнання: методологія та технологія*. — 2002. — № 10. — С. 104-106.
11. *Голубович И. В.* Методологические проблемы ситуационного подхода и его применение в современных гуманитарных исследованиях : дис. ... канд. филос. наук : 09.00.03 Голубович Инна Владимировна. — Одесса : Южноукраинский государственный педагогический университет им. К. Д. Ушинского, 1997. — 201 с. — Библ. : С. 183-201.
12. *Гуссерль Э.* Картезианские размышления / Э. Гуссерль ; пер. с нем. Л. В. Складнева. — СПб. : Наука-Ювента, 1998. — 315 с.
13. *Делез Ж.* Капитализм и шизофрения / Ж. Делез, Ф. Гваттари ; пер. с франц. Д. Кралечкин. — Екатеринбург : У-Фактория, 2007. — 607 с.
14. *Дильтей В.* Герменевтическая система Шлейермахера в ее отличии от предшествующей протестантской герменевтики : собр. соч. в 6-ти тт. / В. Дильтей ; пер. с нем. под ред. В. В. Библихина, Н. С. Плотникова. — М., 2001. — Т. 4. Герменевтика и теория литературы. — С. 15-235.
15. *Дильтей В.* Наброски к критике исторического разума (Фрагмент глав «Переживание, выражение и понимание») / В. Дильтей ; пер. с нем. А. П. Огурцова // *Вопросы философии*. — 1988. — № 4. — С. 130-146.
16. *Козлова Н. Н.* Вместо введения. Подопытный наблюдатель / Н. Н. Козлова // *Советские люди. Сцены из истории*. — М., 2003. — С. 9-75.
17. *Лежен Ф.* В защиту автобиографии : эссе разных лет / Ф. Лежен ; пер. с франц. Б. Дубина // *Иностранная литература*. — 2000. — № 4. — С. 108-123.
18. *Розов Н. С.* Структура цивилизации и тенденции мирового развития / Н. С. Розов. — Новосибирск : Наука, 1992. — 216 с.
19. *Рындин С. Б.* О книге Мишеля Лейриса / С. Б. Рындин // М. Лейрис. *Возраст мужчины*. — СПб., 2002. — С. 223-250.
20. *Семенова В. В.* Качественные методы: введение в гуманистическую социологию : учеб. пособие для студентов вузов / В. В. Семенова ; Ин-т социологии РАН. — М. : Добросвет, 1998. — 289 с.
21. *Скокова Л. Г.* Біографічний метод в соціології: історія і специфіка застосування : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. соціол. наук / Л. Г. Скокова ; Ін-т соціології НАН України. — К., 1999. — 20 с.
22. *Соколянский М.* Емкость дефиниции и трансформация метода / М. Соколянский // *Філософські пошуки*. — Львів ; Одеса, 2004. — Вип. XVII–XVIII. — С. 526-535.
23. *Соловьев Э. Ю.* Биографический анализ как вид историко-философского исследования / Э. Ю. Соловьев // *Прошлое толкует нас*. — М., 1991. — С. 19-66.
24. *Соловьев Э. Ю.* Личность и ситуация в социально-политическом анализе Маркса / Э. Ю. Соловьев // *Вопросы философии*. — 1968. — № 5. — С. 15-29.
25. *Соловьев Э. Ю.* Судьбическая историософия М. Хайдеггера / Э. Ю. Соловьев // *Прошлое толкует нас*. — М., 1991. — С. 356-389.
26. *Соловьев Э. Ю.* Экзистенциализм : историко-критический очерк / Э. Ю. Соловьев // *Там же*. — С. 286-336.
27. *Топоров В. Н.* Эней — человек судьбы: к «средиземноморской» персонологии. Ч. 1 / В. Н. Топоров. — М. : Радикс, 1993. — 192 с.
28. *Шюц А.* Дон Кихот и проблема реальности / А. Шюц ; пер. с англ. В. Степаненко // *Философская и социологическая мысль*. — 1995. — № 11-12. — С. 144-169.
29. *Шютц А.* Смысловая структура повседневного мира : очерки по феноменологической социологии / А. Шютц ; пер. с англ. А. Я. Алхасова, М. Я. Мазлумяновой. — М. : Институт Фонда «Общественное мнение», 2003. — 336 с.
30. *Geertz C.* Thick description toward an interpretive theory of culture / C. Geertz // *The interpretation of culture*. — N. Y. : Basic books, 1973. — Ch. 1. — P. 3-30.



УДК 579(477.74-25)(091)

Ю. К. Васильев

## ИЗ ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ ОДЕССКОЙ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ СТАНЦИИ (К 150-летию СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Н. Ф. ГАМАЛЕИ)

*Сумской государственной университету, Сумы, Украина*

УДК 579(477.74-25)(091)

Ю. К. Васильев

### ІЗ ІСТОРІЇ СТВОРЕННЯ ОДЕСЬКОЇ БАКТЕРІОЛОГІЧНОЇ СТАНЦІЇ (ДО 150-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ М. Ф. ГАМАЛЕЇ)

*Сумський державний університет, Суми, Україна*

Стаття присвячена історії створення бактеріологічної станції в Одесі, у витоків якої стояв видатний лікар-вчений Микола Федорович Гамалея — перший у Росії та Україні учень Л. Пастера. Саме М. Ф. Гамалея досконально вивчив методику проведення щеплення проти сказу і став послідовним захисником і пропагандистом цих щеплень.

**Ключові слова:** Микола Федорович Гамалея, Одеська бактеріологічна станція, сказ, щеплення.

UDC 579(477.74-25)(091)

Yu. K. Vasilyev

### EXTRACTS FROM THE HISTORY OF FOUNDATION OF THE ODESSA BACTERIOLOGIC STATION (TO THE 150th ANNIVERSARY OF N. F. GAMALEYA)

*The Sumy State University, Sumy, Ukraine*

The article is dedicated to the history of foundation of the bacteriologic station in Odessa, one of its founders was a scientist Nikolay Fyodorovich Gamaleya, the first in Russia and Ukraine disciple of L. Pasteur. It was N. F. Gamaleya who studied the method of rabies vaccination in details and became a defender and propagandist of such vaccinations.

**Key words:** Nikolay Fyodorovich Gamaleya, the Odessa Bacteriologic Station, rabies, vaccination.

Истории организации бактериологической станции в Одессе посвящено ряд исследований [1–4]. Однако остается еще недостаточно освещенным участие в организации станции Общества одесских врачей (ООВ) и, в частности, его действительного члена Н. Ф. Гамалеи.

Николай Федорович Гамалея родился 5/17 февраля 1859 г. в Одессе. После окончания гимназии он учился на естественном отделении физико-математического факультета Новороссийского (Одесского) университета. А в 1880 г. продолжил свое образование в Военно-медицинской академии в Петербурге.

В 1883 г. Н. Ф. Гамалея вернулся в Одессу, а через два года — 19/31 октября 1885 г. — он был принят в действительные члены Общества одесских врачей. Время прихода Н. Ф. Гамалеи в Общество совпадает с возросшим интересом широких медицинских кругов к бактериологии и, в частности, к предложенным Л. Пастером прививкам, предупреждающим развитие бешенства у людей, укушенных больными животными.

Вопрос о внедрении этих прививок в медицинскую практику неоднократно обсуждался на заседаниях ООВ.

1/13 февраля 1886 г. на экстренном заседании ООВ президентом Общества Н. А. Строгановым было прочитано письмо доктора Г. Т. Духновского, адресованное ему лично:

«Милостивый государь

Николай Алексеевич.

Один из моих знакомых, пожелавший остаться неизвестным, жертвует тысячу рублей на посылку врача к проф. Пастеру для изучения вопроса о бешенстве.

Жертвователю просит Общество одесских врачей избрать врача для вышеозначенной командировки, а со своей стороны предлагает кандидата в лице д-ра Гамалеи. Ввиду желания жертвователя, чтобы отправка к Пастеру избранного врача состоялась как можно скорее, обращаюсь к Вам, многоуважаемый Николай Алексеевич, с просьбой — созвать экстренное заседание для избрания врача, а равно для обсуждения тех условий, которые предложил жертвователю и которые будут лично мной доложены Обществу во время заседания.

Примите уверения в совершенном почтении  
Вашего покорного слуги. Духновский.

г. Одесса, 30 января 1886 г.» [5].

Присутствующий на этом экстренном заседании действительный член ООВ Г. Т. Духновский, в дополнение к своему письму изложил условия, предложенные жертвователем. Условия эти были следующими:

1) избранное лицо должно иметь достаточную подготовку к подобного рода занятиям;

2) избранное лицо, находясь у Л. Пастера, сообщает Обществу о своих занятиях;



3) по возвращении от Л. Пастера избранное лицо, представив общий отчет о результатах командировки Обществу, должно оставаться в Одессе не менее одного года;

4) избранное лицо не должно отказывать товарищам, и особенно земским врачам, в их желании ознакомиться с методом Л. Пастера, если будет дана ему возможность применять этот метод в предполагаемой бактериологической станции;

5) по возвращении, путем научных сообщений в Обществе, ознакомить врачей с этим методом. Доктор Духновский указал на Н. Ф. Гамалею как на лицо, вполне удовлетворяющее всем вышеперечисленным условиям.

Члены ООВ единогласно постановили считать необходимой эту командировку в Париж к проф. Пастеру и подтвердили, что Общество соглашается быть посредником между жертвователем и избранным лицом согласно условиям, предложенным последним.

В прениях принял участие доктор К. К. Искерский, который предлагал избрать для предполагаемой командировки действительного члена ООВ проф. Мечникова, а не Н. Ф. Гамалею. На что И. И. Мечников заявил, что он не врач и никогда не будет делать прививки, поэтому не может взять на себя этот труд, и также со своей стороны предложил Н. Ф. Гамалею. Далее же сказал: «Д-р Гамалея долгое время работал со мною; и я могу заявить, что он прекрасно ознакомлен с экспериментальной частью <...> Я уверен, что в Одессе трудно будет найти такого бактериолога; кроме того, д-р Гамалея имеет прекрасные инструменты, устроенную маленькую лабораторию, совершенно свободен и, следовательно, — наилучший кандидат для этой командировки» [6].

И. А. Гурович предложил командировать Н. А. Строганова как лицо, основательно знакомое с патологической анатомией. Однако последний отказался и добавил к словам И. И. Мечникова, что д-р Гамалея, нередко посещая патологический кабинет Одесской городской больницы, всегда давал ему возможность использовать свои сведения и компетентность как солидно образованного бактериолога. Таким образом, Н. Ф. Гамалея оказался тем лицом, кого ООВ решило командировать к Л. Пастеру для изучения прививок от собачьего бешенства.

Через неделю, на заседании Общества одесских врачей от 8/20 февраля 1886 г., Н. А. Строганов читал отношение, посланное им от имени Общества д-ру Гамалею, и ответ последнего с изъявлением согласия на предложенные условия и благодарностью за оказанное ему доверие. Председатель сообщил:

1) что сумма в 1000 рублей вручена д-ру Гамалею (расписка последнего была зачитана);

2) что он, как председатель Общества, уже послал телеграмму к проф. Пастеру, спрашивая у

последнего согласия на изучение его метода в его лаборатории и под его руководством д-ром Гамалею, на которую получен ответ: “Pouvez envoyer médecin” («Можете командировать врача» — Ю. В.);

3) что д-р Гамалея 6 (18 — по новому стилю — Ю. В.) февраля уехал в Париж, сопровождая к Пастеру укушенную бешеной собакой семью Шнейдер, и что в тот же день выслана Строгановым телеграмма Л. Пастеру, извещающая последнего, что вместе с больными отправляется и избранный Обществом для занятий в его лаборатории врач [7].

Н. Ф. Гамалея регулярно сообщал Обществу о своих занятиях в Париже. Так, на заседании Общества одесских врачей 1/13 марта 1886 г. были зачитаны письма от 14 и 16 февраля, от 3 и 6 марта, адресованные на имя президента Общества. Очевидно, в первых двух письмах даты поставлены по старому стилю, а в последующих двух — по новому, и, стало быть, если ставить двойные даты, то есть указывать по юлианскому и григорианскому календарю, то мы получаем: 14/26.02, 16/28.02, 25.02/8.03 и 6/18.03.1886 г. В этих письмах Н. Ф. Гамалея, между прочим, доводил до сведения ООВ, что он по указанию Пастера, приступил к изучению общей бактериологической техники, выработанной в лаборатории ученого; что он каждый раз присутствует при предохранительных прививках от бешенства, знакомится со способом «митигации яда бешенства и трепанацией кроликов с последующей прививкой им потенцированного яда». Затем д-р Гамалея подробно описал сам способ лечения, порядок прививок, обстановку кабинета Пастера и его отношение к пациентам, причем, со слов Гамалеи, со стороны Пастера сделано все, чтобы удешевить жизнь укушенных, приехавших в Париж для лечения от бешенства.

В письме от 6/18 марта 1886 г. он приводил отрицательное мнение Л. Пастера об устройстве станции для производства прививок от бешенства в других городах, ввиду длительного инкубационного периода последнего. На этом основании Н. Ф. Гамалея уведомлял Общество о том, что вопрос об устройстве бактериологической станции в Одессе нужно считать закрытым. Однако ООВ после оживленных прений, в которых приняли участие И. И. Мечников, Н. А. Строганов, Н. И. Берштейн, А. М. Финкельштейн, В. В. Филиппович, К. К. Искерский и другие, не согласилось с этим. Было принято постановление, предложенное проф. Мечниковым и поддержанное д-ром Финкельштейном, о том, что Общество одесских врачей не может согласиться с мнением о невозможности устройства бактериологической станции в Одессе. Напротив, Общество считает этот вопрос открытым и на этом основании уведомляет доктора Гамалею о необходимости продолжить выполнение цели его команди-

ровки, то есть изучение способа приготовления, хранения и применения прививок против бешенства [8].

На следующем заседании Общества одесских врачей от 17/30 марта 1886 г. были прочитаны два письма Н. Ф. Гамалея — от 25 февраля и 6 марта. Считаем, что в обоих письмах указан старый стиль, а значит, они написаны 25.02/8.03 и 6/18.03.1886 г. В первом письме д-р Гамалея дал подробные наставления отправляющимся к Пастеру укушенным бешеными животными. Ввиду практического интереса письма, бюро Общества нашло нужным напечатать его в местной прессе (письмо опубликовано в № 63 «Одесского вестника» от 6/18 марта 1886 г.).

Корреспонденция от 6/18 марта содержала ответ на письмо Общества, в котором последнее уведомляло Н. Ф. Гамалею, что оно не изменило своего мнения о необходимости устройства бактериологической станции в Одессе. В этом письме д-р Гамалея писал: «Если Общество, взвесив все обстоятельства, находит нужным иметь в Одессе подобную станцию, то покорнейше прошу Общество обратиться через меня или прямо к Пастеру со следующим:

1) попросить его аутизацию (которую он мне обещал уже), содействие (понятно, что при этом он дает и потенцированный яд — плод трехлетних прививок, без коего нет смысла открывать станцию) и советов (Пастер обещал мне передать свои проекты и планы);

2) указать Пастеру то лицо, которому поручено от Общества или от Думы уполномочие на устройство станции;

3) объяснить размеры затрат, которые может понести Общество или Дума на данное дело» [9].

На этом же заседании Общества было сообщено, что Н. Ф. Гамалея прислал 4 экземпляра той породы кроликов, которые Л. Пастер использует для приготовления вакцины против бешенства, и что они переданы И. И. Мечникову.

Как известно, мнение Л. Пастера об открытии антирабических станций в других странах изменилось. В письме от 5 мая 1886 г. (оно могло быть как от 5/17.05, так и от 23.04/5.05, то есть приведенный стиль неясен), которое было зачитано на заседании ООВ 17/29 мая, Н. Ф. Гамалея сообщал Обществу, что он окончил свои занятия у проф. Пастера, что Пастер решил доверить ему устройство в Одессе «предохранительного от бешенства института» и дал для реализации этой цели необходимый материал [10].

В мае 1886 г. вопрос об организации станции рассматривался городской Думой, и было принято положительное решение.

После возвращения в Одессу Н. Ф. Гамалея 7/19 июня 1886 г. на экстренном заседании Общества сделал доклад «О методе Пастера предохранения укушенных против бешенства», в котором предоставил общий отчет о командировке в Па-

риж. В прениях по докладу выступил Н. А. Строганов, который сказал, что ООВ может сделать заключение о полной готовности бактериологической станции к открытию, а также он считает, что Общество одесских врачей должно санкционировать это учреждение, то есть подтвердить, что у медиков города есть такой же прививочный материал, как и у Пастера, и имеется лицо (Н. Ф. Гамалея), которое вполне подготовлено для применения метода Пастера в Одессе. Данное предложение было утверждено.

Кроме того, на этом экстренном заседании М. А. Юзефович предложил избрать Л. Пастера почетным членом Общества одесских врачей, что и было принято единогласно, а президенту поручили уведомить Л. Пастера телеграммой об этом избрании [11].

Как пишет в своих воспоминаниях Н. Ф. Гамалея: «Так как к моему приезду станция была утверждена Думой и вакцина была готова, то станция немедленно была открыта. 11/23 июня я начал делать прививки укушенным <...>

Наша станция была первой в мире после Парижской. Она первоначально помещалась в моей квартире (Канатная, д. № 14)» [12].

Заведующим был назначен И. И. Мечников, его заместителем стал Н. Ф. Гамалея. «Так как, — пишет Николай Федорович, — в ней не предвиделся лишний работник, коим являлся Бардах (Яков Юльевич — Ю. В.), то Мечников предложил мне уступить свое жалование Бардаху со званием помощника заведующего. Меня же он назначил заместителем без жалования» [12].

На последующих заседаниях ООВ Н. Ф. Гамалея докладывал Обществу о методе Пастера. Так, 6/18 сентября 1886 г. Гамалея был зачитан доклад о видоизменении этого метода. Николай Федорович привел и статистические данные по Одесской бактериологической станции. За весь период ее деятельности было привито 230 человек, из них 5 умерло [13].

24 октября/2 ноября 1886 г. на экстренном заседании ООВ Гамалея был сделан доклад о применении на Одесской бактериологической станции пастеровского метода предохранения от бешенства. Подробно разбирался случай смерти от гидрофобии Сергея Тыжненко, которому на станции были сделаны прививки.

Здесь уместно процитировать слова президента Общества одесских врачей Н. А. Строганова, сказанные им на открытии этого заседания, которые характеризуют деятельность Н. Ф. Гамалея: «7-го июня текущего года, по возвращении из Парижа от профессора Пастера командированного нашим Обществом д-ра Гамалея, я имел честь пригласить вас в экстренное заседание для заслушивания и обсуждения доклада д-ра Гамалея <...>. Из этого доклада мы тогда убедились, что Н. Ф. Гамалея блистательно выполнил возложенное на него поручение. Он не только тща-

тельно изучил самый метод г. Пастера, его форму, его технические особенности, но и всесторонне выяснил себе самую идею, руководившую г-м Пастером при разработке метода предохранительных прививок, выяснил себе научные основы этого метода, все достоинства и недостатки его; словом, мы убедились, что Н. Ф. обладает и теоретическими сведениями по данному вопросу, и практическими, вернее — техническими приемами для применения метода Пастера к людям с профилактической целью. Такое убеждение наше дало нам, как ученому медицинскому обществу, право санкционировать начало предохранительных прививок от бешенства на Одесской бактериологической станции. Это мнение, это наше убеждение контролировалось и потом еще более укрепилось теми отзывами о д-ре Гамалея, которые Общество одесских врачей имело честь получить от г-на Пастера <...>» [14].

Сказанное позволяет утверждать, что Н. Ф. Гамалея сыграл не только главную роль в создании Одесской бактериологической станции, но и был первым в России и Украине учеником Л. Пастера. Он досконально изучил в Париже методику проведения прививок против бешенства и стал последовательным защитником и пропагандистом этих прививок.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белкин Р. И. И. И. Мечников и Одесская бактериологическая станция / Р. И. Белкин // Советское здравоохранение. — 1962. — № 9. — С. 61-67.

2. Сорокина А. В. Возникновение и начало деятельности Одесской бактериологической станции (1886–1888) / А. В. Сорокина // Роль первых бактериологических учреждений в развитии микробиологии и эпидемиологии в России. — Рига, 1963. — С. 15-18.

3. Занчевская Т. А. Первое в России бактериологическое учреждение / Т. А. Занчевская, А. И. Зайцева, Л. Л. Лесничий // Выдающийся русский ученый : материалы науч. конф., посвящ. 125-летию И. И. Мечникова. — Кишинев, 1971. — С. 13-14.

4. Дяченко С. С. К 100-летию организации Одесской бактериологической станции / С. С. Дяченко // Микробиологический журнал. — 1987. — Т. 49, № 2. — С. 113-116.

5. Протокол экстренного заседания Общества одесских врачей (далее: ПЭзООВ) № 8, 1 февраля 1886 г. — Одесса, 1886. — С. 147-148.

6. Там же. — С. 149-150.

7. Протокол заседания Общества одесских врачей (далее: ПзООВ) № 9. 8 февраля 1886 г. — Одесса, 1886. — С. 154.

8. ПзООВ № 10. 1 марта 1886 г. — Одесса, 1886. — С. 173-175.

9. ПзООВ № 11. 17 марта 1886 г. — Одесса, 1886. — С. 184.

10. ПзООВ № 14. 17 мая 1886 г. — Одесса, 1886. — С. 126.

11. ПЭзООВ № 15. 7 июня 1886 г. — Одесса, 1886. — С. 131-132.

12. Гамалея Н. Ф. Собрание сочинений / Н. Ф. Гамалея. — М., 1953. — Т. 5. — С. 49.

13. ПзООВ № 16. 6 сентября 1886 г. — Одесса, 1886. — С. 134-138.

14. ПЭзООВ № 2. 24 октября 1886 г. — Одесса, 1886. — С. 1-2.

#### УДК 611-01:092

**О. І. Білявський**, канд. мед. наук, доц.,

**О. Л. Холодкова**, канд. мед. наук, доц.

### МИКОЛА ІВАНОВИЧ ПИРОГОВ В ОДЕСІ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

---

#### УДК 611-01:092

**А. И. Белявский, Е. Л. Холодкова**

#### НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ ПИРОГОВ В ОДЕССЕ

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

Выдающийся отечественный ученый, горячий патриот родины, педагог и мыслитель, великий гуманист Николай Иванович Пирогов прибыл в Одессу в октябре 1856 г., где развил разностороннюю научную и организаторскую деятельность. Уже 30 октября 1856 г. направил совету Ришельевского лицея запрос, касавшийся различных стадий его учебной и научной деятельности. В январе 1857 г. Н. И. Пирогов представил министру народного просвещения докладную записку «О ходе просвещения в Новороссийском крае и вопиющей необходимости преобразования учебных заведений». Основной смысл записки сводился к необходимости преобразования Одесского лицея в университет. Н. И. Пирогов широко использовал в своей врачебной практике лечебные свойства одесских лиманов.

Его реформаторская деятельность не отвечала взглядам реакционной администрации края. Это явилось причиной указа от 18 июля 1858 г. о переводе Н. И. Пирогова на пост попечителя Киевского учебного округа.

**Ключевые слова:** Н. И. Пирогов, великий ученый, реформаторская деятельность, Одесса.



UDC 611-01:092

O. I. Bilyavskiy, O. L. Kholodkova

### MYKOLA IVANOVYCH PYROGOV IN ODESA

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

An outstanding scientist, a great patriot of Motherland, teacher and philosopher, the great humanist Mykola Ivanovych Pyrogov came to Odesa in October, 1856 and developed great activity there. Already on October, 30, 1856 he sent to the Ryshelievskiy Lyceum the query touching different stages of educational and scientific activity. In January, 1857 M. I. Pyrogov presented to the Minister of Education a memorandum "About the educational process in the Novorossiysk region and of clamant necessity of transformation of educational establishments". The basic sense of the message was the necessity of transformation of the Odesa Lyceum into the University. M. I. Pyrogov widely used medical properties of the Odesa estuaries in the medical practice. His reformative activity did not reply to the view of reactionary administration of the region. It was the reason of decree from July, 18 of 1858 about his transportation to Kyiv to obtain the place of trustee of the Kyiv educational district.

**Key words:** M. I. Pyrogov, patriot, teacher, great scientist-anatomist.



Ідея організації вищої медичної школи в Одесі належить видатному вітчизняному вченому, палкому патріоту своєї Батьківщини, вчителю та великому гуманісту і генію Миколі Івановичу Пирогову.

На початку вересня 1856 р. цар Олександр II підписав наказ про призначення М. І. Пирогова на посаду попечителя Одеського навчального округу. Вчений покидає Петербург, назавжди залишає кафедру хірургії в Медико-хірургічній академії [7].

В Одесу М. І. Пирогов прибуває через місяць, у жовтні 1856 р., з притаманною йому енергією розпочинає тут кипучу, різнобічну діяльність [1]. Необхідно зазначити, що попечителями навчальних округів у царській Росії здебільшого призначалися люди, які були дуже далекими від виховання й освіти (генерали, адмірала, вищі урядовці та ін.). Такі «попечителі» прагнули забезпечити тільки суто зовнішній порядок у навчальних закладах і нагляд за політичною благонадійністю вчителів та учнів. В особі М. І. Пирогова тодішня Росія вперше побачила на посаді керівника навчальними закладами справжнього попечителя, культурного, високоосвіченого, гуманного вченого. Видатний російський педагог К. Д. Ушин-

ський характеризував М. І. Пирогова як людину, на яку з гордістю можна указати «нашим дітям и внукам, и по безукоризненной дороге которого можно смело вести наше молодое поколение».

Цей рішучий поворот у своєму житті М. І. Пирогов продумав глибоко та всебічно. Тепер він намагався весь свій авторитет ученого направити на благо вітчизняної педагогіки [2].

У сонячній, шумній, веселій, різноплеменній Одесі роботи було непочатий край. Багато що треба було переробляти, перебудовувати. Микола Іванович палко взявся за реалізацію своїх педагогічних ідей: «Первым делом моим, — писав він, — было настоять на преобразовании Одесского лицея в университет». «Одессе нужен университет», — пише М. І. Пирогов міністру народної освіти в Петербург [8].

В Одесі того часу головним навчальним закладом був Рішельєвський лицей, відкритий у 1817 р., який готував викладачів гімназій і вчителів для сільських шкіл. За характером навчання, яке провадилося в лицей, він являв собою швидше середній навчальний заклад, але з правами вищого. За статусом 1837 р., лицей складався з фізико-математичного і юридичного відділень та інституту східних мов. У 1838 р. була створена кафедра сільського господарства та лісівництва, реорганізована в 1842 р. в камеральне (сільськогосподарське) відділення.

Приступивши до виконання обов'язків попечителя Одеського навчального округу, М. І. Пирогов уже 30 жовтня 1856 р. направив раді лицейові запит, який торкався різних сторін його навчальної та наукової діяльності (методики викладання, наявності навчальних посібників, їх думки про зміну у викладанні і т. п.). Отримані на цей запит відповіді та думки професорів лицейові переконали Миколу Івановича в тім, що лицей, призначений бути центром освіти цілого краю, являє собою «жалкое заведение», «несчастный междоумок» і що він цілком не в змозі задовольнити дедалі зростаючі потреби краю в кваліфікованих фахівцях. Крім того, лицей був зовсім недоступний для дітей різночинців, мілких урядовців і ремісників.



Один із попередників М. І. Пирогова на посаді попечителя Одеського навчального округу, Д. М. Княжевич, у 1844 р. склав проект перетворення Рішельєвського ліцею в Новоросійський університет, але його проекту не дали ходу [5]. 20 січня 1857 р. М. І. Пирогов подав міністру народної освіти доповідну записку «О ходе просвещения в Новороссийском крае и вопиющей необходимости преобразования учебных заведений».

Основна думка цієї великої записки зводилася до необхідності перетворити Одеський ліцей в університет. М. І. Пирогов вважав, що ліцей, з його недоліками в організації наукової та навчальної роботи, відірваний від життя, не може задовольнити насущних нужд і потреб краю.

Новоросійський край тоді був майже не досліджений у геологічному відношенні, не були вивчені його флора та фауна. Кургани краю — свідки переселення народів з Азії до Європи — представляли собою багатий об'єкт для археологічних знахідок. В етнографічному відношенні Новоросійський край, як край, сусідній з Кавказом і країнами Сходу, зі змішаним народонаселенням, яке складалось із росіян, українців, євреїв, поляків, молдаван та інших національностей, був невичерпним джерелом для збагачення мовознавства та розвитку етнографії. М. І. Пирогов вважав, що всебічна розробка та вивчення цих питань принесли б очевидну користь сільському господарству та промисловості краю. Поряд із цим, край мав значну потребу в добре підготовлених викладачах гімназій і трьох жіночих інститутів (Одеського, Керченського та Новочеркаського), що також виправдовувало необхідність перетворення ліцею в університет [14; 15; 26; 27].

М. І. Пирогов підкреслював, що створений в Одесі університет «стал бы средоточием просвещения» для десятимільйонного населення Новоросії, Бессарабії та Кавказу, тобто «для большего числа жителей, нежели многие другие университеты империи». Він вважав за необхідне заснувати університет, який складався б із трьох факультетів: фізико-математичного, історико-філологічного та медичного.

Окрім підготовки лікарів-фахівців для краю, на користь відкриття медичного факультету при Новоросійському університеті говорило також багатство Чорноморського узбережжя природними лікувальними факторами, близькість Криму та кавказьких мінеральних вод. Наявність професури медичного факультету сприяла б науковому вивченню та раціональному використанню курортних лікувальних факторів краю, «да и самое естествознание, — писав Микола Іванович, — успешнее бы процветало в крае при существовании медицинского факультета» [4; 6].

М. І. Пирогов вважав, що всі ці насущні потреби краю Рішельєвський ліцей не зможе задовольнити, і для того, «чтобы не привести просвещение целого края в совершенный упадок», є

один засіб, радикальний і вірний, — «преобразование лицея в университет» [8]. Цією запискою Пирогов показав себе палким патріотом своєї Батьківщини, що глибоко вірив у силу та прогрес науки, у великий потенціал і могутність свого народу. Пізніше, у друкованій роботі «Университетский вопрос» (1863), він писав: «Я не утверждаю, что приглашением научных авторитетов из-за границы мы упрочим духовную жизнь наших университетов» [9].

М. І. Пирогов ставив перед університетом, як вищим навчальним закладом, завдання підготовки фахівців різних галузей знань, здатних сприяти розвитку в краї сільського господарства, промисловості, медицини, вивченню історії, етнографії, мовознавства тощо. У роботі, написаній в Одесі в жовтні 1858 р., під назвою «Чего мы ждем?», що стала першим друкованим твором М. І. Пирогова з університетського питання, Микола Іванович стверджував: «У нас есть достаточно талантливых людей. Необходимо только, чтобы наши университеты готовили не только образованных людей, но и ученых, чтобы в них служебно-образовательное направление приняло научный характер» [9; 13].

Однак зусилля М. І. Пирогова на той час, а також і його подальші намагання, не дали бажаних результатів. Потрібні були десятки років, щоб утілилася в життя ідея Миколи Івановича Пирогова. Університет в Одесі був відкритий тільки в 1865 р., але без медичного факультету. Медичний же факультет при Новоросійському університеті відкрили аж у 1900 р.

Історія перетворення Рішельєвського ліцею в університет показує, що якраз М. І. Пирогов був першим російським ученим, який обгрунтував і поставив питання про необхідність створення вищого медичного навчального закладу в Одесі [8–11].

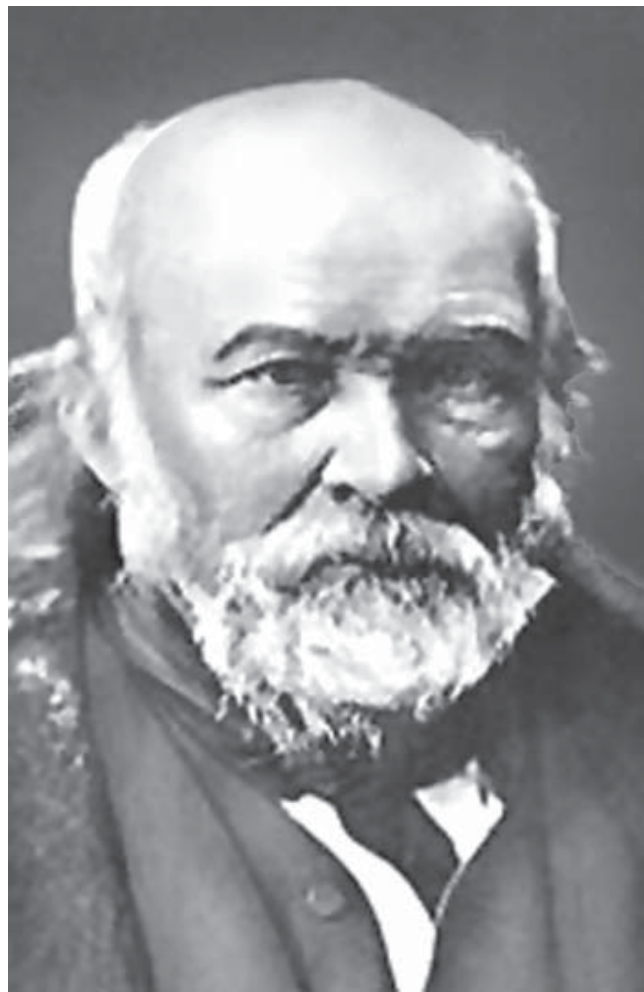
Ще до організації університету Микола Іванович ужив заходів щодо покращання методики викладання в ліцеї. Невдовзі після його вступу на посаду попечителя ліцей перевели у новий будинок. Для умеблювання ліцею було складено кошторис, який сягав великої на той час суми — майже 25,5 тис. рублів. Виявилось, що ліцей дуже погано забезпечений навчальними посібниками. Тож М. І. Пирогов вважав, що кращим оздобленням ліцею будуть не розкішні меблі, а наявність нових навчальних кабінетів і лабораторій, різноманітних книг, фізичних і хімічних приборів. З дозволу Міністерства освіти більше половини суми було використано на створення фактично заново хімічної лабораторії, мінерального, фізичного, астрономічного та інших кабінетів [28].

Вірний своєму принципу зробити в країні навчання загальним, доступним для всіх «без различия сословий и состояний», Микола Іванович Пирогов домігся дозволу приймати в ліцей дітей

не тільки дворянського стану, а й купців, ремісників і різночинців.

До складу Одеського навчального округу входили розкидані на великій території навчальні заклади чотирьох губерній — Херсонської, Таврійської, Бессарабської, Катеринославської, а також область Війська Донського. М. І. Пирогов за короткий час своєї роботи в Одесі (1856–1858) тричі виїжджав у довготривалі (до місяця) об'їзди шкіл округу (у березні, липні–серпні та жовтні 1857 р.). Під час цих об'їздів він відвідував усі глухі куточки краю, щоб познайомитися зі станом розташованих там шкіл. У самій Одесі Микола Іванович майже кожен день по кілька годин проводив у навчальних закладах: навідувався до шкіл, запросто опитував або слухав учнів, сам проводив уроки, давав поради вчителям з методики викладання. Про відвідування М. І. Пироговим навчальних закладів округу залишилися спогади учнів і вчителів того часу (Л. Доброва, С. Бобровського, В. Добротворського, А. Каляновського, К. Яновського та ін.). Написані в живій формі, ці спогади змальовують Миколу Івановича Пирогова не як адміністратора, який звик тільки давати розпорядження та наказувати, а як керівника, який впливав на підлеглих власними переконаннями, моральними чеснотами. Прогресивних викладачів М. І. Пирогов заохочував, черствих рутинерів усував від чужого їм діла — виховання [12].

Результати обстеження навчальних закладів Микола Іванович Пирогов узагальнював і розсилав у «циркулярних пропозиціях» із проханням обговорити їх на педагогічних радах училищ і гімназій та висловити свої міркування про способи усунення відмічених ним недоліків. Роботі педагогічних рад Микола Іванович надавав великого значення. Під час своїх відвідувань навчальних закладів округу Пирогов виявив, що шкільні програми містять тільки «голий» навчальний матеріал, ніяких пояснювальних записок із приводу дидактичних прийомів, яких повинні бути б дотримуватися викладачі, у програмах не було. Відсутність необхідної регламентації викладання давала широкий простір для творчості і можливість викладачам використовувати той чи інший метод викладання. У зв'язку з цим М. І. Пирогов звернув увагу педагогічних рад на те, що на своїх засіданнях вони повинні піддавати критичному аналізу методи викладання «не только того, что преподается, а и того, как преподается», перевіряти, наскільки педагогічні заходи сприяють кращому і свідомому засвоєнню учнями шкільних дисциплін, які методи слід застосовувати для розвитку в учнів самостійності в міркуваннях. Серйозне значення Микола Іванович Пирогов приділяв також використанню наочності у викладанні, обладнанню шкіл кабінетами, музеями, бібліотеками. Він відмінив у гімназіях навчання фронтівій військовій муштрі



та запропонував ввести викладання гімнастики.

У 1857 р. за наказом М. І. Пирогова у старших класах одеських гімназій були введені літературні бесіди, на яких, крім учнів, збиралися також і викладачі. Ці бесіди, як пояснює сам Микола Іванович у спеціальній статті, повинні були підготувати гімназистів, майбутніх студентів університету, до самостійної наукової думки, пробудити у них прагнення до знань, почуття власного достоїнства та відповідальності перед Батьківщиною, М. І. Пирогов завжди був присутнім на цих бесідах і слідкував за ходом дискусій [16; 18].

Як загальноживаний засіб виправлення поведінки та підвищення успішності учнів у той час у початкових і середніх школах панувала різка. Нерідко застосовували й інші тілесні покарання, доходило аж до кулачної розправи. Особливо погану репутацію у цьому відношенні мала Херсонська гімназія. М. І. Пирогов повів рішучу боротьбу проти застосування тілесних покарань у школі. У спеціальному листі на ім'я директора Херсонської гімназії Микола Іванович звернув увагу директора і ради гімназії на аморальність таких покарань. Це питання він поставив на обговорювання громадськості, а у газеті «Одесский вестник» (№ 41 від 15.04.1858 р.) надрукував свою

статтю «Нужно ли сечь детей в присутствии других детей?». У ній М. І. Пирогов розкрив усю огидність, безглуздість і не тільки непотрібність, а й шкідливість тілесних покарань. За свідченням вихованця 2-ї одеської гімназії Л. Доброва, при Миколі Івановичу Пирогові не було вже жодного випадку тілесних покарань учнів. Таким чином, ще задовго до офіційного скасування покарання різками (1863) воно фактично було зжито в навчальних закладах Одеського округу.

Вся різнобічна діяльність Пирогова на посаді попечителя Одеського навчального округу була відома міністру народної освіти Норову, який змушений був заявити, що в жодному навчальному окрузі Росії не робилося так багато для справи вітчизняної освіти, як в Одеському окрузі М. І. Пироговим [6; 23–25].

Багато зробив Микола Іванович Пирогов для створення ліберальної та прогресивної преси на Півдні [17]. Єдиним періодичним виданням у Новоросійському краї до приїзду Миколи Івановича була газета «Одесский вестник». До 1858 р. у цій газеті друкувалися такі факти та відомості, як, наприклад, археологічні відкриття в краї, статистичні цифри біржових курсів, час прибуття та відходу суден, розпорядження міського начальства та ін. М. І. Пирогов, зі згоди генерал-губернатора Строганова, передав газету лицю, рада якого вибрала редакторами двох ліберальних професорів — А. Богдановського і А. Георгієвського. Пирогову, як попечителю навчального округу, належало бути цензором місцевих видань [3]. Що являла собою цензура в ті роки, можна судити за такими фактами, вибраними з тисячі подібних. Цензор Ахмантов затримав підручник з арифметики тому, що між цифрами в одній задачі були поставлені крапки. Цензор запідозрив у цьому таємний шкідливий намір укладача арифметики. Другий цензор, Єлагін, не пропустив у географічній статті рядки, де говорилося, що у Сибіру їздять на собаках. Він мотивував свою заборону необхідністю одержати підтвердження міністерства внутрішніх справ. Газета, на думку М. І. Пирогова, повинна бути правдивою, виховувати у народа ті ж почуття, які школа виховує в дітях.

У своєму листі до редактора Микола Іванович підкреслював необхідність рахуватися з національним складом населення Новоросійського краю. «Вспомните, — писав він, — что “Одесский вестник” может попасть в руки и великоросса, и малороссиянина, и молдавана, и грека, и еврея». «Нельзя также потакать низменным вкусам толпы или проявлять национальный шовинизм: истинный талант и истинное искусство привлекает, не спускаясь». Микола Іванович закликав редакторів сприяти розвитку освіти в краї, впливати на моральну сторону суспільства, а не розташовувати в газетах «дребедень в фельтоне» і не робити її «лавочной вывеской». «Ли-

цей хочет говорить (через газету) с Новороссией и с целой Россией о деле. Он хочет сблизиться с народонаселением края» [9].

Виконуючи вказівки М. І. Пирогова, газета різко змінила свій напрямок. У ній почали друкувати статті педагогічного, філософського й історичного змісту. «Одесский вестник» вимагав реформи, гласного суду, свободи особистості, вільної праці, покращання побуту селян.

Сам Микола Іванович брав безпосередню участь у випуску газети, в «Одесском вестнике» він опублікував близько 30 статей з різних питань, переважно з педагогіки: «Новоселье лицея» (1857), «О телесных наказаниях» (1858), «О методах преподавания» (1858), «Быть и казаться» (1858), «О преобразовании Одесского лицея в университет» (1858) та ін. У своїх статтях Пирогов різко критикував існуючу тоді систему освіти, відірвану від життя, вимагав, щоб університети готували не вузьких фахівців, а людей, здатних «всеми силами и всей энергией выдерживать неравный бой с обстоятельствами жизни». Микола Іванович Пирогов своїми статтями та циркулярами «поднял самосознание одесских педагогов и всего общества» (А. Кирпичников).

Новий напрямок газети «Одесский вестник» був дуже недоброзичливо зустрінутий місцевою владою. На М. І. Пирогова полетіли доноси в Петербург [3]. Сам генерал-губернатор Строганов у цих дописах звинувачував Миколу Івановича у приниженні авторитету влади, у підбурюванні народу проти чиновників і тому подібних «гріхах». З Петербурга надійшов наказ розслідувати справу «о вольнодумстве Пирогова и вредном направлении “Одесского вестника”». Цар Олександр II був готовий не тільки прогнати Миколу Івановича Пирогова зі служби в Одесі, а й заслати його в Сибір. Йшов 1858-й рік. У державі було неспокойно. Більш далекоглядні люди з царського оточення радили не поспішати з відставкою М. І. Пирогова. «Нам выгоднее, — говорили вони, — держатъ Пирогова на государственной службе. В противном случае его прибегнут к рукам наши враги». На прохання одеських вельмож зважили. Результатом усього цього було те, що газета знову була передана до відомства генерал-губернатора.

Плідна діяльність Миколи Івановича Пирогова на посаді попечителя округу здобула йому велику популярність серед прогресивних кіл одеської суспільності. Як зауважує професор А. Красновський, після М. І. Пирогова, протягом усієї другої половини XIX і початку XX ст., у всіх навчальних округах тодішньої Росії важко було знайти інші приклади такого ефективного керівництва школою [16].

Хірург зі світовим ім'ям, Микола Іванович Пирогов мав велику популярність в Одесі і як лікар. Дуже часто він надавав зовсім безкоштовно допомогу хворим і учням. За свідченням сучасника,



у певні години приймальня у квартирі Миколи Івановича була битком набита хворими. Консультаціями Пирогова широко користувалися лікарі одеських міських лікарень.

М. І. Пирогов був незвичайно працездатним і дуже скромним в особистому житті. Обладнання його кабінету, за описом Л. Доброва, було самим простим. Великий письмовий стіл, на якому лежало багато книг, брошур, списаних аркушів паперу, кілька хірургічних інструментів; трохи осторонь — анатомічний стіл, розсувне крісло, умивальник — складали меблі його кабінету. Перед письмовим столом стояло шкіряне вольтерівське крісло, в якому часто сидів, трішки зсутулившись, Микола Іванович.

У цьому кабінеті лікар Пирогов приймав своїх відвідувачів і хворих. Тут він вів бесіди з редактором «Одесского вестника» з приводу різних сутичок газети з владою, з професорами й учителями обговорював лекції та методи викладання, тут же вислуховував доповіді своїх підлеглих і давав відповідні вказівки з навчально-виховної роботи.

У Миколи Івановича і хвилини не проходило без праці. Закінчивши бесіду, він тут же продовжував писати свої твори, нібито і не відривався від своїх трудів.

Якщо попечителя не було в кабінеті, — це значило, що він або у хворого, або в якому-небудь навчальному закладі.

Влітку Пирогов мешкав у Люстдорфі (нині Чорноморка, під Одесою) і приїздив у місто двічі на тиждень приймати хворих.

Микола Іванович широко використовував у своїй медичній практиці лікувальні властивості одеських лиманів, переважно при лікуванні кісткового туберкульозу.

Його реформаторська діяльність не відповідала поглядам реакційної адміністрації краю. «Вскоре, — писав М. І. Пирогов у своїх автобіографічних листах до І. В. Бертенсона, — почалися столкновения моих убеждений со взглядами других властей за свободу мысли и слова в делах научных и общественных». Це стало причиною появи наказу, який надійшов 18 липня 1858 р., про переведення Миколи Івановича на посаду попечителя Київського навчального округу. Тут Пирогов так само енергійно, як і в Одесі, продовжував свою творчу педагогічну діяльність. На початку вересня 1858 р. М. І. Пирогов виїхав з Одеси. Прогресивна громадськість міста влаштувала йому урочисті й теплі проводи [19; 20]. У прощальних промовах відмічались заслуги Миколи Івановича Пирогова в галузі освіти і культури в Новоросійському краї. У відповідній промові до «вченого сословія» 23 серпня 1858 р. М. І. Пирогов говорив, що, розлучаючись з Одесою, він забирає з собою переконання, що «мысль преобразования Одесского лицея никогда еще не была близка к осуществлению, как теперь» [8].

Покинувши Одесу, Пирогов не втратив зв'язку з нею, протягом наступних років він залишався натхненником розпочатої ним справи боротьби за організацію університету в Одесі. Знаходячись уже в Києві, М. І. Пирогов продовжував давати корисні поради своїм наступникам із різних питань [21; 22], пов'язаних із відкриттям університету, підбором майбутніх його професорів і т. ін. У 1866 р. він приїхав в Одесу і побачив плоди своїх довгих турбот і піклувань — університет був відкритий. Рада Новоросійського університету на першому своєму засіданні 4 травня 1865 р., як вияв вдячності за турботи та допомогу у відкритті в Одесі вищої школи, обрала Микола Івановича почесним членом університету.

Востаннє М. І. Пирогов був в Одесі за кілька місяців до своєї смерті — влітку 1881 р., коли він, уже тяжко хворий, лікувався на Куяльницькому лимані [11]. Не звертаючи уваги на свій хворобливий стан, Микола Іванович безвідмовно приймав численних пацієнтів, які сходилися до нього зі всього краю на консультацію.

Діяльність Миколи Івановича Пирогова в Одесі суттєво вплинула на розвиток вищої освіти не тільки в Новоросійському краї, а й у всій країні. «Гениальный ученый и врач, — сказав перший професор анатомії медичного факультету Новоросійського університету М. О. Батуєв 13 листопада 1910 р. в промові на урочистому засіданні, присвяченому 100-річчю з дня народження М. І. Пирогова, — педагог и мыслитель... он есть гордость своей родины, и слава его имени, вместе с неисчерпаемой пользой его бессмертных творений, долго еще будет переходить из поколения в поколение наряду с другими славными именами гениальных сынов русской земли».

Наш народ глибоко шанує пам'ять видатного діяча, великого хірурга, педагога і гуманіста Миколи Івановича Пирогова, який гаряче любив Батьківщину і присвятив свій геній служінню народові.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Билинский С. Г. Н. И. Пирогов в Одессе : (Речь) / С. Г. Билинский. — Одесса : Тип. «Техник», 1911. — 14 с.
2. Бурлаков Ф. Ф. Н. И. Пирогов в Одессе / Ф. Ф. Бурлаков // Сборник трудов Одес. мед. ин-та. — К., 1954. — С. 11-19.
3. Дейнека И. Я. Н. И. Пирогов — борец за прогрессивно-научное направление печати / И. Я. Дейнека // Вестник хирургии. — 1961. — № 6. — С. 127-135.
4. Добров Л. Воспоминания о Н. И. Пирогове (Одесский период его деятельности) / Л. Добров // Русская старина. — СПб., 1885. — Кн. 2, т. 46, июнь. — С. 603-616.
5. Канцельбоген А. Г. Н. И. Пирогов и общественная медицина / А. Г. Канцельбоген // Клиническая медицина. — 1989. — С. 147-149.
6. Котельников В. П. Национальная гордость русского народа / В. П. Котельников // Фельдшер и акушерка. — 1985. — № 10. — С. 35-38, ил.
7. Кулябка С. Н. Памяти Пирогова, бывшего попечителя Одесского учебного округа : (По поводу 10-летия его смерти 23 ноября 1881 года) / С. Н. Кулябка ; под ред. А. С.



Бориневича // Новороссийский календарь на 1893 год. ; изд. Одес. гор. обществ. управл. — Одесса : Тип. В. Кирхнера, 1891. — С. 1-12.

8. *Пирогов Н. И.* О преобразовании Одесского лицея в университет // Соч. Н. И. Пирогова. — СПб., 1910. — С. 651-656.

9. *То же* // Русская старина. — СПб., 1887. — Кн. 4, т. 56, дек. — С. 816-818.

10. *Попруженко М. Г.* Памяти вице-президента императорского общества истории и древностей Н. И. Пирогова. — Одесса : «Славянская» тип. Е. Хрисогелос, 1911. — 10 с. — Отд. оттиск из: Зап. Имп. одес. о-ва истории и древностей. — Одесса, 1911. — Т. 29. — С. 38-45. — (3. Протоколы).

11. *Постолов М. П.* Николай Иванович Пирогов : (К 175-летию со дня рождения) / М. П. Постолов // Хирургия. — 1985. — Т. 311. — С. 3-8.

12. *Старосивильский С. Н. И.* Пирогов: Великий целитель тела и воспитатель души / С. Старосивильский // Русская старина. — СПб., 1911. — Т. 147, кн. 3, авг. — С. 224-236.

13. *Старченко С. М.* Н. И. Пирогов о взаимосвязи высшего образования и науки / С. М. Старченко // Очерки истории высшего медицинского образования и научных медицинских школ на Украине ; под ред. В. Д. Братеса [и др.]. — К., 1965. — С. 93-99.

14. *Штрайх С. Я.* Заслуги Н. И. Пирогова по учреждению университета в Одессе : (По неизданным материалам) / С. Я. Штрайх. — Одесса : «Славянская» тип. Е. Хрисогелос, 1917. — 28 с.

15. *Штрайх С. Я.* К биографии Н. И. Пирогова / С. Я. Штрайх. — Одесса : Тип. И. Н. Кушнирев и К, 1907. — 25 с.

16. *Штрайх С. Я.* Н. И. Пирогов о своей педагогической деятельности / С. Я. Штрайх. — Петроград, 1918. — 20 с.

17. *Штрайх С. Я.* Н. И. Пирогов как создатель независимой прессы в Одессе / С. Я. Штрайх // Одесские новости. — 1906. — № 7088, 23 ноября.

18. *Пирогов Николай Иванович* // Еврейская энциклопедия. — СПб., б. г. — Т. 12. — Стлб. 538-540.

19. *Чествование* юбилея Н. И. Пирогова обществом одесских врачей // Одесский листок. — 1881. — 26 мая (№ 115). — (Дневник).

20. «22-го августа. Одесский учебный округ...» // Одесский вестник. — 1858. — № 100, 6 сент. (Отъезд Н. И. Пирогова из Одессы).

21. *Материалы* к биографии Н. И. Пирогова : (По неизданным архивным документам) // Сообщил Штрайх С. Я. — Одесса, 1910. — 14 с.

22. *Педагогическая* деятельность. Попечительство в Одессе и Киеве. Заграничная командировка // Шингарев А. И. Жизнь и деятельность Николая Ивановича Пирогова. — СПб., 1911. — С. 57-71.

23. *Пирогов Николай Иванович (1810–1881)* // Биографический словарь деятелей естествознания и техники ; отв. ред. А. А. Зворыкин. — М., 1959. — Т. 2. — С. 127-128.

24. *Николай Иванович Пирогов* // Одесский вестник. — 1881. — № 110, 19 (31) мая; № 111, 20 (1) июня.

25. *Циркуляры* по Одесскому округу. Циркулярное предложение директорам училищ Одесского учебного округа // Соч. Н. И. Пирогова. — Б. м., 1910. — Т. 1. — Стлб. 293-306.

26. *Рождественский С. В.* «Мысль о замене Ришельевского лицея в Одессе университетом появилась уже давно» / С. В. Рождественский // Исторический обзор деятельности Министра народного просвещения, 1802–1902. — СПб. : Изд. Министерства нар. просвещения, 1902. — С. 427-429.

27. *Одесса* // Рассвет. — 1861. — № 38. — С. 603. — (Внутренние известия).

28. *Пирогов Н. И.* Новоселье лицея : Речь, произнесенная его превосходительством г-м попечителем Одесского учебного округа Н. И. Пироговым на торжественном акте лицея 1-го сентября 1857 года / Н. И. Пирогов. — Одесса : Гор. тип., 1857. — 12 с.

*Передплацуйте  
і читайте  
журнал*

# ІНТЕГРАТИВНА АНТРОПОЛОГІЯ

У ВИПУСКАХ ЖУРНАЛУ:

**Передплата приймається  
у будь-якому  
передплатному пункті**

**Передплатний індекс 08210**

- ◆ Методологія інтегративних процесів
- ◆ Генетичні аспекти біології та медицини
- ◆ Патологічні стани і сучасні технології
- ◆ Філософські проблеми геронтології та геріатрії
- ◆ Дискусії

УДК 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Пустовойт, канд. мед. наук

## ОСОБЛИВОСТІ «ЖИТТЄВОЇ КРИВОЇ» ЖІНОК З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В ІНВОЛЮЦІЇ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Пустовойт

## ОСОБЕННОСТИ «ЖИЗНЕННОЙ КРИВОЙ» ЖЕНЩИН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ИНВОЛЮЦИИ

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

В настоящей статье изучаются особенности «жизненной кривой» женщин с инволюционным психозом. На основании детального исследования небольшой репрезентативной группы (31 случай), сформированной из общей исследовательской выборки (234 наблюдения), была реконструирована типичная «жизненная кривая» женщины с инволюционным психозом. Полученное таким образом структурированное жизнеописание сопоставлено с представленным в научной литературе описанием динамики личностных расстройств. Было установлено, что «жизненная кривая» исследуемых женщин полностью соотносится с типичной возрастной динамикой личностного расстройства, при котором преобладает тенденция к компенсации. Автором выдвигается тезис, что декомпенсация в инволюционном возрасте представляет собой один из вариантов динамичных проявлений нарцисстического расстройства личности.

**Ключевые слова:** жизненная кривая, психопатология, инволюция, личностное расстройство, нарциссизм.

UDC 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Pustovoyt

## SPECIFICATIONS OF THE “LIFE CURVE” OF WOMEN WITH THE MENTAL DISORDERS IN THE INVOLUTION

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

A number of the specific features of the “life curve” of women with involutional psychosis are being examined in the given article. Based on detailed research of a small representative group (31 cases), which is formed from general research selections (234 observations), the typical “life curve” of generalized woman person with involutional psychosis was reconstructed. The structured life history obtained in this way was correlated to dynamics of personality disorders in the scientific literature. It was ascertained that “life curve” of observed patient corresponds to the typical dynamics of the personality disorder with prevailing tendencies to compensation. The thesis proposed by the author is that the decompensation in the age of involution may be a variant of dynamics of the narcissistic personality disorder.

**Key words:** life curve, psychopathology, involution, personality disorder, narcissism.

### Вступ

Людині, в принципі, притаманно за певними ознаками інтерпретувати зовнішній світ, самого себе й інших людей. Так, первісні мисливці, визначивши стежки тварин, якими ті прямували до води, влаштували засідки. Археологи за наявністю кісток певних тварин у похованнях давніх людей дізнавалися, на яких тварин полювали наші пращури. Антропологи за знайденими знаряддями праці та наскельними малюнками відтворювали мисливські звички й ритуали людей тієї давньої епохи і т. д., і т. п. Усі вищеназвані принципи застосовуються і в медицині: за фізіологічними ознаками лікар робить висновок про роботу тих чи інших органів і систем; за клінічними симпто-

мами — судить про патологічні процеси в організмі; за затемненнями та просвітленнями рентгеновської плівки оцінює стан, наприклад, легеневої тканини. Отже, будь-яке явище природи, змінюючись у часі, залишає по собі певний слід, який стає носієм інформації про саме явище, про природу цього явища. У разі потреби можна «прокласти» і зворотний шлях: завдяки певним інструментам і знанням вилучити з такого «відбитка» досить достовірну інформацію про перебіг минулих подій, незалежно від терміну їх давності.

Для психопатолога / психоаналітика / медичного психолога історія життя людини, «крива», описана її життям [1], є не менш інформативною, ніж, наприклад, якість її депресивних переживань або стан серотонінергічної системи мозку.

У багатьох випадках стиль життя людини визначає її психічне (та фізичне) страждання. І коли йдеться, наприклад, про каскадера, який, опинившись у розквіті сил в інвалідному візку, відчуває спустошення і порожнечу, — це твердження навряд чи хтось буде піддавати сумніву. Також, напевне, усі погодяться, що між симптомами деменції у зрілому віці та надмірним зловживанням алкоголем замолоду простежується певний зв'язок. Проте це твердження вже не буде настільки очевидним, коли йдеться про появу психічних розладів у людини, дотепер соціально успішної. Його можуть піддати сумніву більшість людей, у тому числі й лікарі. Втім, у сфері психічного взаємозв'язки та кореляції між явищами, подіями та наслідками рідко бувають прямими й очевидними [2]. Тому психопатолог / психоаналітик не повинен задовольнятися першим поверхневим враженням від людини. Йому потрібно ретельно розглянути її поведінку в нестандартних і стресових ситуаціях, намагатися вловити «внутрішню логіку» її життєвого устрою, спробувати зрозуміти суб'єктивний мотив поведінки. Отже, психопатолог / психоаналітик намагається «впіймати» причинно-наслідковий зв'язок не лише між окремими фактами реального перебігу подій, як наприклад, потужним стресом і маніфестацією гострого адаптаційного розладу, а між двома, на перший погляд, напрямую не пов'язаними між собою сутностями: життям людини як таким і її психічним стражданням.

Якщо це вдається, то відкривається якісно інший (значно ширший) простір для терапевтичного втручання. Зрозумілість людських переживань, згідно з класиком психопатології К. Ясперсом [3], належить до диференційно діагностичних критеріїв, які відмежовують психічні розлади, зумовлені суто біологічними причинами, від психічних розладів, що можуть бути зумовлені психологічними причинами.

Таким чином, реконструкція та розуміння «життєвої кривої» людини є **актуальною проблемою** медичної практики незалежно від спеціальності лікаря і набуває першочергового значення, коли йдеться про психічні розлади. Тому в даній роботі була поставлена **мета** — висвітлити особливості «життєвої кривої» жінок, які в інволюційному віці перенесли психотичний розлад.

Для реалізації означеної мети у дослідженні були поставлені такі завдання:

1. Із загальної дослідної вибірки сформувати невелику репрезентативну підгрупу, з представницями якої провести детальне анамнестичне та біографічне інтерв'ю.

2. На кожну хвору сформованої підгрупи скласти розширену феноменологічно-описову історію хвороби, в якій обов'язково звернути увагу на «життєву криву» пацієнта, реагування на стресові ситуації у цілому та специфічні форми реакції на стрес зокрема.

3. З анамнестичних даних реконструювати «життєву криву» узагальненої пацієнтки з інволюційним психозом.

4. За допомогою експериментально-психологічної шкали «Інтегральний індекс соціального самопочуття» встановити суб'єктивну оцінку хворими насичення власного життя позитивними і негативними подіями та провести порівняння цих оцінок з відповідями представниць контрольної групи.

5. Визначити можливість зіставлення реконструйованої у процесі дослідження «життєвої кривої» обстежених жінок з описаною в науковій літературі динамікою особистісних розладів.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського державного медичного університету (зав. кафедри — чл.-кор. АМН України, д-р мед. наук, проф. В. С. Бітенський), Одеської обласної психіатричної лікарні № 1 та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ (зав. відділення — д-р мед. наук, проф. О. С. Чабан).

Усього за період з січня 2003 р. по грудень 2007 р. сформовано вибірку з 234 пацієнтів. У вибірку включали усіх хворих інволюційного віку (45–60 років), які надійшли у психіатричний стаціонар вперше або повторно (за умови, якщо психоз маніфестував після 45 років) з попереднім діагнозом «інволюційний психоз». Під час формування загальної вибірки хворих кожний 7-й випадок обстежувався більш ретельно. Отже, у нас утворилася підгрупа основної вибірки, яка налічувала 31 випадок. У цій підгрупі було проведено детальне анамнестичне і психоаналітичне інтерв'ю (у середньому по 7–9 анамнестичних розмов, кожна тривалістю близько години) з кожним пацієнтом. Дана стаття побудована на ретельному аналізі цієї підгрупи (31 спостереження).

Контрольну групу утворили за результатами анонімного обстеження 47 жінок аналогічного віку, які у 2008 р. зверталися у лікарні загальнопрофілю з приводу соматичної симптоматики.

Провідними методами дослідження, на яких у даній статті будуються висновки, були: клініко-психопатологічний, метод психоаналітичного первинного інтерв'ю [4] та метод психопатологічного аналізу отриманих результатів. Дані, отримані під час детального анамнестичного та психоаналітичного інтерв'ю (31 спостереження), оприлюднювалися на спеціальних консиліумах за участі завідувачів відділень і керівника клініки (в Одесі — чл.-кор. АМН України, д-ра мед. наук, проф. В. С. Бітенського, у Києві — д-ра мед. наук, проф. О. С. Чабана). На консиліумах зверталась увага на закономірності проявів особистості, які можна було вичленити з матеріалів інтерв'ювання як дискретного критерію, що досить чітко характеризує обстежену хвору. Також на

консиліумах з анамнестичних даних і відмічених закономірностей проявів особистості обстежених хворих реконструювалася їх «життєва крива» [1], яка відображала основні повороти у житті даних жінок.

У даній роботі наведено результат вказаної реконструкції «життєвої кривої» узагальненої особистості пацієнтки з інволюційним психозом, на основі ретельного аналізу анамнестичних даних розширеного клініко-психопатологічного та психоаналітичного обстеження 31 випадку. Додатковим експериментально-психологічним методом дослідження була шкала «Інтегральний індекс соціального самопочуття» (за Є. І. Головахою, Н. В. Паніною).

Статистичний аналіз отриманих даних здійснювався у вигляді обчислення відношення шансів (ВШ) та його 95%-х довірчих інтервалів (ДІ). Відмінності за показниками, що вивчалися, вважалися статистично значущими при розташуванні ДІ справа від одиниці. Також з метою перевірки значущості зв'язку між двома змінними здійснювався розрахунок критерію  $\chi^2$  з обчисленням рівня значущості  $P$  (з поправкою Йетса).

### Результати дослідження та їх обговорення

#### *Особливості «життєвої кривої» жінок з інволюційним психозом за даними ретельного аналізу їх анамнезу*

1. Досліджувані пацієнтки неохоче розповідають про своє дитинство, а їх вік на момент обстеження робить малореалістичною можливістю з'ясувати дане питання через розпитування їхніх батьків. Тому проблематику раннього дитинства у переважній більшості випадків безпосередньо неможливо віднайти в анамнезі, — хіба що за її гіпотетичними похідними. Такими похідними можна вважати невелику кількість спогадів про допубертатний період життя, переважно негативну емоційну забарвленість цих спогадів та їх фіксованість на особистостях батьків (здебільшого образі матері). Якщо пацієнтки і згадували про дитинство позитивно, то ці згадки не були пов'язані з батьківською сім'єю: часом це були спогади про люблячих бабусю та дідуся, але частіше про чужих людей із близького оточення (сусідка, вихователька у дитячому садку, перша вчителька).

2. Також опосередкованим доказом вагомості проблем розвитку в ранньому дитинстві можна вважати сепараційну тематику, яка надто гостро актуалізується у пубертатний період і яка формує змістовну фабулу позасвідомого патогенного конфлікту даних пацієнтів. Тут потрібно зауважити, що ці жінки так само мало розповідають про свій підлітковий вік, як і про своє дитинство. Проте їх короткі ремарки тих подій демонструють явні ознаки маніфестних і латентних реакцій емансипації [5], коли підліток намагається відстоя-

ти свою незалежність і якомога швидше стати дорослим.

3. У пізньому пубертаті (16–20 років) відбувається перший «переломний момент» у житті цих жінок: їх дотепер «похмуре» життя поступово «набуває кольорів». З їхніх розповідей складається враження, що в цей момент вони виходять «з тіні на сонце» / «з-за лаштунків власного життя на його авансцену». У цій часовій точці кристалізуються стенічні риси особистості пацієнток, оформлюється та закріплюється їх індивідуальний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин.

3. У зрілому віці дані пацієнтки часто досягають (тимчасового) успіху. Завдяки своїм стенічним якостям вони демонструють достатній рівень професійних навичок, непогані комунікативні здібності, але в першу чергу добру «життєвську хватку». Це дозволяє їм досягти певного соціального статусу, а в окремих випадках і зробити успішну кар'єру. Однак на мікросоціальному рівні їм не вдається збудувати близьких емоційних стосунків ні зі своїми життєвими партнерами, ні зі своїми дітьми (якщо такі є). Незважаючи на конкретні обставини, для них характерне відчуття незадоволеності своїм особистим життям. Такий стан речей, коли в макросоціумі все налагоджено, а у мікросоціумі — повний безлад, може зберігатися тривалий період часу. Проте, коли ця незадоволеність «виходить з берегів» найближчого оточення і розповсюджується на інші сфери життя, їх уявлення про образ власного «Я» дає тріщину, що може завершитися глибокою особистісною декомпенсацією. Звідси випливає, що провідна стратегія індивідуально-психологічної та соціальної ланок адаптації цих жінок полягає у постійній експансії власного «Я» у зовнішній світ, тобто у «захопленні» нових «життєвих територій» — розширенні сфер впливу власного «Я». «Нова територія» тимчасово додає стабільності внутрішній самооцінці / психічній рівновазі. Ця тенденція носить у них безперервно персистуючий характер, адже через неспроможність побудувати стабільні та довготривалі людські стосунки будь-який досягнутий персональний успіх неможливо соціально «закріпити». Так, у широкому сенсі, замикається їх «життєвий цикл» [6]: неспроможність побудувати близькі емоційні стосунки зі своїми життєвими партнерами → пошук визнання за межами своєї домівки (експансія) → досягнення певного успіху → неможливість закріпити цей успіх через неспроможність побудувати стабільні та довготривалі людські стосунки → «захоплення» нових «життєвих територій» (чергова експансія) → поновлення циклу. Цей «життєвий цикл» достатньо «енергоємний» і в інволюції, коли під впливом незворотних біологічних факторів енергетичний ресурс особистості суттєво зменшується, він стає дуже «вразливим» і переобтяжуючим.



4. В інволюції відбувається другий переломний момент життя досліджуваних пацієнок: з одного боку, біологічні зміни (настання менопаузи, що тягне за собою втрату жіночої привабливості й енергетичного ресурсу), а з другого — соціальні зміни на макро- (втрата соціальних позицій, вихід на пенсію тощо) та мікрорівнях (сімейні конфлікти, незалежність дітей, смерть батьків), активують інтрапсихічний позасвідомий патогенний конфлікт. Це безпосередньо відображається у зміні поведінки і полягає у різкому загостренні дезадаптивних властивостей особистості: перш за все, надто вразливої самооінки та впертих спроб її відновити. А це, у свою чергу, за принципом «зачарованого кола» збільшує кількість зроблених помилок → призводить до чергових втрат → → посилює декомпенсацію особистості.

5. Маніфестуючі в інволюційному періоді психічні розлади відображають злам механізмів психологічної адаптації, які до того успішно функціонували та були закріплені у структурі особистості. Жоден окремо взятий із наведених у п. 4 патогенних факторів (біологічні, мікро- та макросоціальні зміни, а також активація інтрапсихічного позасвідомого конфлікту) не може вважатися винятковою причиною глибокої особистісної декомпенсації в інволюційному періоді. Лише їх спільна дія, що припадає на доволі обмежений проміжок часу в житті пацієнтів, призводить до зламу біологічної, індивідуально-психологічної та соціальної ланок адаптації [7], що, у свою чергу, стає причиною психічного розладу.

6. У той час як біологічним і макросоціальним факторам належить роль сприяючих та пускових, а інтрапсихічним — патогенетичних механізмів особистісної декомпенсації, то мікросоціальним (пов'язаним із найближчим оточенням) факторам належить проміжне положення, адже вони одночасно є і «продуктом життєдіяльності» таких пацієнтів, і «джерелом» хронічної психічної травми, яка поглиблює декомпенсацію та сприяє фіксації психічного розладу [8].

7. У стані глибокої особистісної декомпенсації відбувається ідеалізація «щасливого минулого», пов'язаного у свідомості хворих зі спогадами про пригоди молодості та соціальні досягнення зрілості. Здається, усі думки та душевні зусилля цих пацієнок спрямовуються або на повернення «втраченого щастя» (втраченого відчуття своєї привабливості, спроможності та «потентності»), або хоча б на збереження сталих спогадів про ті щасливі часи. При цьому проблеми сьогодення переживаються як ворожі по відношенню до цих спогадів.

8. Тому в інволюційному психозі / психотичній особистісній декомпенсації інволюційного періоду завжди наявний чіткий патогномонічний симптом — суб'єктивна неспроможність пацієнок пов'язати актуальну життєву ситуацію (хворобу) з прожитим життям (як параноїдний век-

тор переживань) або неспроможність прийняти / інтегрувати своє реальне життя у суб'єктивну історію життя / знайти зміст у прожитому житті (як депресивний вектор переживань). Разом із тим, цей симптом:

— захищає пацієнок від поглиблення емоційної кризи / поглиблення декомпенсації;

— є з'єднуючою ланкою між «ендогенністю» та «психогенністю» психотичних маніфестацій у інволюції;

— має безпосереднє відношення до дефіцитарності емоційної сфери особистостей з нарцистичною проблематикою [9].

9. Після перенесеного інволюційного психозу / глибокої особистісної декомпенсації дані жінки різко звужують коло своїх інтересів, обмежуючи його найбільш нагальними проблемами сьогодення та піклуванням про своє здоров'я.

10. Таким чином, розказані історії життя мають дві поворотні точки: (1) пізній пубертат — коли кристалізуються стеничні риси особистості пацієнок, та (2) інволюційний період, — на який припадає спалах психопатологічної симптоматики (часто психотичної). У першій точці оформлюється та закріплюється їх індивідуальний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин. У другій точці відбувається злам індивідуально-психологічної адаптації. У часовому проміжку між згаданими точками механізми функціонування особистості залишаються сталими й одноманітними та забезпечують досить успішну соціальну й індивідуально-психологічну адаптацію.

*Аналіз результатів обстеження  
основної та контрольної груп  
за хронологічною самооцінкою подій життя*

Вищеперелічені клінічні спостереження дуже важко об'єктивізувати якимось іншим методом, окрім проведення з близькими родичами пацієнок бесід, подібних до тих, що велися безпосередньо з хворими. Однак, як уже зазначалося вище, у зв'язку з віком жінок на момент обстеження та специфікою їхніх стосунків зі своїми родичами це завдання було малодосяжним. Саме тому ми використали шкалу «Інтегральний індекс соціального самопочуття» (за Є. І. Головахою, Н. В. Паніною), де пацієнти самостійно відмічали ступінь насичення власного життя позитивними та негативними подіями. Ця шкала ніби додає об'єктивного «відтінку» клінічним спостереженням дослідника через їх валідацію самостійною оцінкою пацієнтки свого власного життя. З рисунка, що відображає ступінь насиченості важливими подіями життя пацієнок досліджуваної та контрольної виборки, видно, що обстежені особи контрольної групи давали досить рівну оцінку ступеню насиченості життя важливими подіями у вигляді пласкуватих майже паралельних ліній з чітким акцентом на насиченості позитивними по-

Суб'єктивна оцінка, бали

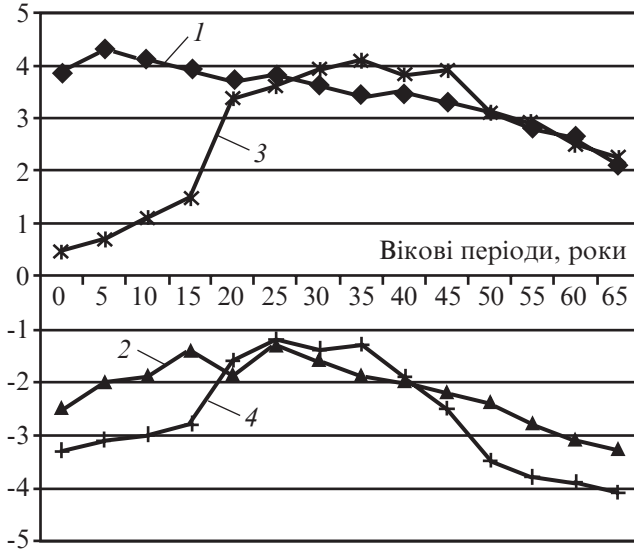


Рисунок. Ступінь насиченості важливими подіями пацієнток досліджуваної та контрольної вибірок: 1, 2 — контрольна група; 3, 4 — досліджувані пацієнтки

діями у дитячі та зрілі роки. Після 50 років кількість позитивних подій ставала меншою, а кількість негативних подій, навпаки, дещо зростала. Загалом, протягом життя, на думку умовно здорових осіб, переважала кількість позитивних подій, за винятком останнього десятиріччя життя, коли їх кількість мала тенденцію зрівнятися з кількістю негативних подій. Така динаміка була зумовлена зменшенням реальних можливостей та реальним погіршенням стану здоров'я за віком. Пацієнтки з інволюційними психічними розладами, як видно з рисунка, були схильні до більшої полярності оцінок з майже симетричним розташуванням графіків ступеня насиченості життя важливими подіями відносно середньої лінії. Причому до 20 років кількість згаданих негативних подій життя була значно більшою порівняно з кількістю позитивних подій; від 20 до 45 років суб'єктивна оцінка всіх подій була переважно позитивною, а після 45 років — головним чином, негативною.

Таким чином, використаний у дослідженні експериментально-психологічний метод «самооцінки соціального самопочуття» демонструє, що самостійно зроблена (поза контекстом розмови з дослідником) суб'єктивна оцінка подій власного життя у жінок з психічними розладами в інволюції має два головних повороти, які відповідають віковим періодам пізнього пубертату та інволюції і які збігаються з поворотними точками життєвої кривої, як це було відмічено в результаті клініко-психопатологічного аналізу анамнестичних даних пацієнток.

Також із наведеного рисунка безпосередньо впливає, що схильність негативно оцінювати

своє дитинство та події сьогодення суттєво відрізняє когорту досліджуваних пацієнток від умовно здорових жінок (даний результат також відповідає описаним вище клінічним спостереженням). Причому ця різниця в суб'єктивній оцінці статистично вірогідна (таблиця). Це дозволяє зробити висновок, що в патогенезі психічного розладу інволюційного періоду життя суттєву роль відіграє суб'єктивний фактор, тобто особистість хворої, яка в кожному момент часу сприймає події свого життя, їх інтерпретує та реагує на них певним чином (наприклад, психічним розладом).

Відображена в результатах дослідження «життєва крива» жінок, які в інволюційному періоді перенесли глибокий психічний розлад, цілком зіставляється з описаною в літературі характерною динамікою особистісних розладів [10–12]. В обох випадках у пізньому пубертаті настає стабілізація рис особистості, які надалі домінують упродовж життя. У зрілі роки можлива повна компенсація особистісного розладу, а повторне загострення патохарактерологічних ознак відбувається в інволюції, які, за виразом В. Байера, стають у цьому віці гіпертиповими. Ця гіпертиповість — загострене випинання дисгармонійних особистісних проявів психопатичної природи — робить особистість вразливою та конфліктогенною, що, у свою чергу, сприяє глибокій декомпенсації.

В обох випадках стабільна адаптація у зрілі роки досягається за рахунок стеничних рис характеру і відповідає компенсаторній тенденції у динаміці особистісних розладів. У такі періоди хворі не потрапляють у поле зору психіатрів, а їхня вікова еволюція наближається до проявів нормального розвитку. П. Б. Ганнушкін [10] говорив у зв'язку з вищевказаним про наявність так званих латентних психопатій. Частина таких «латентних психопатій» з часом може трансформуватися у гармонійну компенсовану особистість, а інша частина, немов «бомба з годинниковим

Таблиця

**Порівняння суб'єктивної оцінки допубертатного, зрілого й інволюційного періодів життя жінками досліджуваної та контрольної вибірок**

Статистичні показники	До пубертату	Зрілі роки	Інволюція
Позитивні емоції			
$\chi^2$	24,27	0,11	1,13
P	0,0005	0,74	0,29
ВШ	15,42	1,35	0,53
95 % ДІ	4,41; 57,29	0,63; 2,64	0,18; 1,53
Негативні емоції			
$\chi^2$	29,07	0,69	12,72
P	0,0005	0,41	0,0011
ВШ	21,96	1,77	7,66
95 % ДІ	5,82; 89,79	0,56; 5,68	2,25; 27,75

механізмом», виявляє закладену в ній латентну патологію при зіткненні з травматичними подіями життя, з тяжкими соматичними захворюваннями або в період вікових криз. Ця остання особливість пояснює виявлену в процесі дослідження специфічну «життєву криву» наших пацієнток — поверхнева та тимчасова успішність протягом зрілих років і декомпенсація в інволюції.

У наших попередніх публікаціях було відмічено, що жінки з інволюційним психозом при більш детальному обстеженні проявляють усі загальні й описові ознаки нарцистичного розладу особистості [13]. На основі викладених у даній статті фактів ми можемо дійти висновку: досліджувані жінки до інволюційного періоду життя рідко потрапляли у поле зору психіатрів, бо у зрілі роки вони компенсували свою патологію особистості за рахунок стеничних рис характеру та ригідності поведінкових форм реагування — найбільш типового для пацієнтів з патологією особистості механізму компенсації, який ще називають гіперкомпенсацією [2]. У таких випадках на місце невпевненості у собі, сором'язливості та сумнівів, властивих людям з нарцистичною проблематикою, приходять підвищена активність, випинання життєвого прагматизму та практичності, міцна «життєвська хватка». Подібний погляд повністю відповідає психоаналітичному розумінню нарцистичних захистів як механізмів досягнення стабільності за рахунок втрати здатності гнучко й емоційно реагувати на життєві події [14].

Описана динаміка проявів особистості досліджуваних жінок: успішна зрілість і глибока психічна дезадаптація в інволюції, по суті, відображає «злам життєвої кривої», тобто інволюційний психоз у даному контексті є не самостійним розладом, а проявом глибокої декомпенсації особистісної патології. Як вказує А. Б. Смулевич [12], такий тип патохарактерологічного розвитку є досить характерним власне для нарцистичних особистостей. Щоправда, він описує подібну динаміку у «нарцисів» як відповідь на соматичне захворювання і зовсім не розглядає проявів даної патології особистості на часовому векторі вікових змін.

### Висновки

Таким чином, порівняння результатів проведеного дослідження з літературними даними, що описують динаміку особистісних розладів, дозволяють зробити такі висновки:

1. Жінки, котрі перенесли в інволюційному періоді глибокий психічний розлад, демонструють типову для особистісних розладів «життєву криву».

2. Враховуючи попередні публікації, ми можемо кваліфікувати наявність у даної когорти пацієнток сформованого нарцистичного розладу особистості.

3. Декомпенсація в інволюційному періоді життя відображає один із варіантів типової віко-

вої динаміки нарцистичного розладу особистості.

4. У патогенезі психічного розладу в інволюційному періоді життя суттєву роль відіграє особистість хворої, яка в кожному момент часу сприймає події свого життя, інтерпретує їх та реагує на них певним чином (наприклад, психічним розладом).

### ЛІТЕРАТУРА

1. Кречмер Э. Медицинская психология / Э. Кречмер. — М. : Союз, 1998. — 464 с.
2. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс ; пер. с англ. — М. : Класс, 1998. — 480 с.
3. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс ; пер. с нем. — М. : Практика, 1997.
4. *Психоаналітичне* первинне інтерв'ю / І. С. Вітенко, М. І. Винник, М. М. Пустовойт [та ін.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2003. — № 1 (3). — С. 28-47.
5. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. — Л., 1983.
6. *Основи* психодинамічної діагностики і психотерапії : посіб. для студентів медичних вузів / М. І. Винник, І. С. Вітенко, І. В. Тодорів [та ін.]. — Івано-Франківськ : МІСТО НВ, 2006.
7. Битенский В. С. Некоторые размышления о формировании невротических расстройств и патологических расстройств личности / В. С. Битенский, М. М. Пустовойт, К. В. Битенский // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2005. — № 2 (8). — С. 7-13.
8. Пустовойт М. М. Роль особистісного фактора в генезі інволюційних психозів / М. М. Пустовойт // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2008. — № 1 (13). — С. 45-59.
9. Пустовойт М. М. Интегральная модель психопатологических признаков личности женщин с инволюционным психозом / М. М. Пустовойт // Таврический журнал психиатрии. — 2009. — Т. 13, № 1 (46). — С. 8-20.
10. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика / П. Б. Ганнушкин. — М. : Медгиз, 1933. — 162 с.
11. Кербинов О. В. Избранные труды / О. В. Кербинов. — М., 1971. — 312 с.
12. Смулевич А. Б. Расстройства личности / А. Б. Смулевич. — М. : ООО «МИА», 2007. — 192 с.
13. Пустовойт М. М. Описова феноменологія та психопатологічні ознаки особистості жінок з інволюційним психозом / М. М. Пустовойт // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2008. — № 2 (14). — С. 43-52.
14. Fonagy Psychoanalyse und Psychopathologie der Entwicklung // Fonagy, Peter & Target Mary. — Stuttgart : Klett-Cotta, 2007. — 541 s.



## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ для журналу «Інтегративна антропологія»

До розгляду приймаються статті, які відповідають тематиці журналу й нижченаведеним вимогам.

1. Стаття надсилається до редакції у двох примірниках, підписаних усіма авторами. Вона супроводжується направленням до редакції, завізованим підписом керівника та печаткою установи, де виконано роботу, а для вітчизняних авторів — також експертним висновком, що дозволяє відкрити публікацію. До неї на окремому аркуші додаються відомості про авторів, які містять учене звання, науковий ступінь, прізвище, ім'я та по батькові (повністю), місце роботи та посаду, яку обіймає автор, адресу для листування, номери телефонів і факсів. Якщо у статті використано матеріали, які є інтелектуальною власністю кількох організацій і раніше не публікувалися, автор має надати дозвіл кожної з цих організацій на їх публікацію.

До розгляду приймаються лише статті, виконані з використанням комп'ютерних технологій. При цьому до матеріалів на папері обов'язково додають матеріали комп'ютерного набору та графіки на дискеті або диску CD ROM — теж у двох примірниках.

Автори повинні повідомити, для якої рубрики (розділу) призначена стаття. Основні рубрики (розділи) журналу: «Лекції Нобелівських лауреатів», «Методологія інтегративних процесів», «Онто- і філогенез», «Генетичні аспекти біології та медицини», «Клонування: медицина, етика, право», «Репродукція. Медичні, етичні та соціальні проблеми», «Проблеми біоетики», «Патологічні стани і сучасні технології», «Інтелект: проблеми формування та розвитку», «Соціальні та екологічні аспекти існування людини», «Людина і суспільство», «Філософські проблеми геронтології та геріатрії», «Людина і Всесвіт», «Життя і смерть: єдність та протиріччя», «Дискусії», «Книжкова полиця», «Листи до редакції».

2. У першу чергу друкуються статті, замовлені редакцією. Не приймаються до розгляду статті, що вже були надруковані в інших виданнях, а також роботи, які за своєю сутністю є переробкою опублікованих раніше статей і не містять нового наукового матеріалу або нового наукового осмислення вже відомого матеріалу. За порушення цієї умови відповідальність цілковито покладається на автора.

3. Мова статей — українська для вітчизняних авторів, російська для авторів з інших країн СНД, а також англійська.

4. Вимоги до статей залежно від категорії.

Матеріал **дослідницької статті** загальним обсягом до 8 сторінок повинен бути викладеним за такою схемою:

- а) індекс УДК;
- б) ініціали та прізвище автора (авторів), науковий ступінь;
- в) назва статті;
- г) повна назва установи, де виконано роботу;

д) постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;

е) аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор;

ж) виділення нерозв'язаних раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;

з) формулювання цілей статті (постановка завдання);

и) виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;

к) висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку;

л) література — не більше 15 джерел;

м) два резюме — мовою статті й англійською обсягом до 800 друкованих літер кожне за такою схемою: індекс УДК, ініціали та прізвище автора (авторів), назва статті, текст резюме, ключові слова (не більше п'яти) для авторів із країн СНД та англійською і російською — з інших країн.

**Проблемна стаття** загальним обсягом до 10 сторінок містить погляд автора на актуальні проблеми. Структура статті — за авторським бажанням. При перевищенні вказаного обсягу необхідне попереднє погодження з редакцією.

**Оглядова стаття** має бути загальним обсягом до 12 сторінок; список літератури — не більше 40 джерел.

**Листи до журналу** загальним обсягом до 1,5 сторінки мають на меті обговорення матеріалів, вміщених у журналі «Інтегративна антропологія» або в інших виданнях.

**Рецензії** загальним обсягом до 2 сторінок містять відомості про нові книжки, CD ROM, виставки, семінари та фільми згідно з тематикою журналу.

Зауважуємо: загальний обсяг містить усі елементи публікації, тобто заголовні дані, власне статтю чи повідомлення, перелік літератури, резюме, ключові слова, таблиці (не більше трьох), графічний матеріал (не більше двох рисунків або фото) тощо, крім відомостей про авторів. Але вільна площа окремих аркушів, на яких вміщено невеликі таблиці, рисунки та ін., із загального підрахунку вилучається.

5. Текст друкують на стандартному машинописному аркуші (ширина полів: лівого, верхнього та нижнього по 2 см, правого — 1 см), сторінка тексту повинна містити не більше 32 рядків по 64 знаки у кожному.

У статтях повинна використовуватися міжнародна система одиниць СІ.

Текст бажано друкувати шрифтом Times New Roman (Times New Roman Cyr) 14 пунктів через півтора інтервалу й зберігати у файлах форматів Word for Windows або RTF (Reach Text Format) — це дозволяє будь-який сучасний текстовий редактор.

Не слід імпортувати у текст ніякі об'єкти: таблиці, графіки, рисунки тощо.



6. Таблиці можна створювати лише засобами того самого редактора, який застосовано для набору основного тексту. Їх слід друкувати на окремих сторінках; вони повинні мати нумерацію та назву.

7. Графічний матеріал може бути виконаним у програмах Excel, MS Graph і поданим у окремих файлах відповідних форматів, а також у форматах TIF, CDR або WMF. При цьому роздільна здатність штрихових оригіналів (графіки, схеми) повинна бути 300–600 dpi B&W, напівтонових (фотографії та ін.) 200–300 dpi Gray Scale (256 градаций сірого). Ширина графічних оригіналів — 8,5 та 17,5 см.

Рисунки та підписи до них виконують окремо одне від одного; підписи до всіх рисунків статті подають на окремому аркуші. На зворотному боці кожного рисунка простим олівцем слід вказати його номер і назву статті, а в разі необхідності позначити верх і низ.

Відповідні місця таблиць і рисунків потрібно позначити на полях рукопису. Інформація, наведена в таблицях і на рисунках, не повинна дублюватися.

8. Список літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, а скорочення слів і словосполучень — відповідно до ДСТУ 3582-97 та ГОСТ 7.12-93 і 7.11-78.

**Звертаємо увагу авторів на те, що оформлення списку літератури за новим ДСТУ суттєво відрізняється від попереднього. Для тих, хто не має доступу до повного тексту ДСТУ, на сайті Одеського медуніверситету наведено приклади**

**оформлення бібліографічних записів. Доступ за посиланням <http://odmu.edu.ua/index.php?v=1179>.**

У рукопису посилання на літературу подають у квадратних дужках згідно з нумерацією за списком літератури. Література у списку розміщується згідно з порядком посилань на неї у тексті статті. Якщо наводяться роботи лише одного автора, вони розміщуються за хронологічним порядком.

На кожен роботу в списку літератури має бути посилання в тексті рукопису.

9. Редакція залишає за собою право рецензування, редакційної правки статей, а також відхилення праць, які не відповідають вимогам редакції до публікацій, без додаткового пояснення причин. Рукописи авторам не повертаються.

10. Статті, відслані авторам для виправлення, повинні бути повернені до редакції не пізніше ніж через три дні після одержання. В авторській коректурі допустиме виправлення лише помилок набору.

11. Статті треба надсилати за адресою:

Редакція журналу «Інтегративна антропологія», Одеський державний медичний університет, Валіховський пров., 2, Одеса, 65082, Україна.

12. З усіма питаннями і за додатковою інформацією слід звертатися за телефонами:

+38-(0482) 23-54-58

+38-(0482) 23-29-63

+38-(0482) 23-49-59

*Редакційна колегія*

## THE RULES OF MANUSCRIPT PREPARATION for the journal “Integrative anthropology”

Editorial Board considers only the articles being up to the journal thematics and the following requirements.

1. The article is sent to Editorial Board in two copy-rights with signatures of all authors. It is accompanied by the directive to Editorial Board with a signature of the director and a stamp of the establishment. The authors of our country have to give conclusions of experts allowing an open publication as well as information about the authors with indication of surname, name and patronymic (in full), scientific rank, working place, post, address, phone and fax numbers. If the materials which are intellectual property of some organizations and have never published before are used in the article, the author should take a permission of each of these organizations on the publication.

It is obligatory to send the computer version of the article on a disket or a disk CD ROM in two copies.

The authors should indicate the name of a chapter to which the article is sent. The main chapters of the journal are following: “Lectures of Nobel prize winners”, “Methodology of integrative processes”,

“Onto- and phylogenesis”, “Genetic aspects of biology and medicine”, “Cloning: medicine, ethics, law”, “Reproduction. Medical, ethic, and social problems”, “Problems of bioethics”, “Pathological states and modern technologies”, “Intellect: problems of formation and development”, “Social and ecological aspects of person’s existance”, “Person and society”, “Philosophical problems of gerontology and geriatrics”, “Person and Universe”, “Life and death: unity and opposites”, “Discussions”, “Bookshelf”, “Letters to Editorial Board”.

2. The articles ordered by Editorial Board of the journal are published first of all. The articles, which have been already printed in other editions, as well as the works which after the essence are processing of the articles published before and do not contain a new scientific material or new scientific comprehension of the known material, are not considered. For the violation of this condition full responsibility rests with the author.

3. The working languages of the journal are Ukrainian, Russian, and English.

4. Requirements to the articles depending on category.

The material of a **research article** with general volume of up to 8 standart pages should be as following:

- a) code UDC;
- b) surname and initials of an author (authors), scientific rate;
- c) the heading of the article;
- d) the full name of the establishment where the article is done;
- e) the set of a problem in general and its connection with scientific or practical tasks;
- f) analysis of last researches and publications referring to which the author begins solving of the problem;
- g) enlightening of not solving parts of the general problem the article is devoted to;
- h) the aims of the article;
- i) presentation of the main research information with entire grounding of recieved scientific results;
- j) the research conclusions and perspectives of further work in this branch;
- k) literature — no more than 15 references.
- l) 2 abstracts in article's and English languages (volume up to 800 printed letters) according to the following scheme: code UDC, initials and author's surname, the heading of the article, abstract's text, key words (no more than 5).

**Problem article** (general volume is up to 10 pages) shows the author's point of view to the actual problems. Structure of the article is as the author thinks the best. If the volume is more, it is necessary to submit it to Editorial Board's approval.

**Review article** should be with general volume up to 12 pages. References are no more than 40 items.

**Letters** (general volume is up to 1.5 standart pages) discuss the material published in "Integrative Anthropology" or other issues.

**Reviews** (general volume is up to 2 standard pages) present an information about new books, CD-ROM, exhibitions and films in interest of the journal.

Notes: general volume contains all the publication elements, i.e. headings, an article or a message, references, abstracts, key words, tables (no more than three), graphical data (no more than 2 drawings or fotos), except the information about authors. The papers containing pictures, tables and so on are expelled from general counting.

5. Text is printed on a standard paper of A4 format (width of fields: from the left, above and below — 2 cm, from the right — 1 cm), a page should contain no more than 32 lines with 64 signs in each.

The SI (System International) should be used in the articles.

Text should be sent in Times New Roman (Times New Roman Cyr), 14 points, 1.5-spacing throughout the text and saved in files of such formats as Word for Windows and RTF (Reach Text Format).

You should not import any tables, drawings, and pictures in the text.

6. Tables can be created by means of that text-processor which is used for the basic text type-setting. They should be on a separate page with its legend doubled-spaced above the table.

7. Grafical data can be sent in such programmes as Exel, MS Graph and given in the separate files of the proper formats, and also in such formats as TIF, CDR, or WMF. Resolution for drawing originals must be 300-600 dpi B&W, for foto originals — 200-300 dpi Grey Scale (256 gradations of gray). Width of graphical originals — 8.5 and 17.5 cm.

Pictures and their legends are done separately from one another. All the picture legends are given on a separate paper. You should mark the heading and the number of the article with a pencil on the back side of every picture, if it is necessary, you should mark top and bottom.

You should mark the proper places for pictures and tables on fields of the manuscript. The information presented in tables and pictures cannot be duplicated.

References are given in square brackets according to the literature list numeration. Literature in a list should be composed according to the reference order in the article. If the articles are of the same author, they should be presented in a chronological order.

It should be reference on each work in a reference list.

**We draw your attention to the fact that the literature list design is essentially different from the previous one according to a new State Ukrainian standard (SUS). The persons who have not a full text of SUS may find it at the site of the Odessa Medical University, where examples of the literature list design are given. Access by the reference <http://odmu.edu.ua/index.php?v=1179>.**

8. Editorial Board has the right to review, correct and refuse those articles which don't meet Editorial Board requirements without explaining the grounds. Manuscripts are not returned back.

9. The articles sent to the authors for correcting should be returned back until three days after the receipt. There can be allowed mistakes only in a type-setting in an author's proof-reading.

10. You should send the articles to the following address:

Editorial committee of the journal "Integrative Anthropology", The Odessa state medical university, Valihovsky lane, 2, Odessa, 65026, Ukraine.

11. For any questions and supplementary information you can apply by following telephone numbers:

+38-(0482) 23-54-58  
+38-(0482) 23-29-63  
+38-(0482) 23-49-59

*Editorial Board*

*ОСНОВНІ РУБРИКИ ЖУРНАЛУ*

**І**  
**ІНТЕГРАТИВНА**  
**А**  
**АНТРОПОЛОГІЯ**  
INTEGRATIVE ANTHROPOLOGY  
International Medical and Philosophical Magazine

Лекції Нобелівських лауреатів

Методологія інтегративних процесів

Онто- і філогенез

Генетичні аспекти біології та медицини

Клонування: медицина, етика, право

Репродукція. Медичні, етичні та соціальні проблеми

Проблеми біоетики

Патологічні стани і сучасні технології

Інтелект: проблеми формування та розвитку

Соціальні та екологічні аспекти існування людини

Людина і суспільство

Філософські проблеми геронтології та геріатрії

Людина і Всесвіт

Життя і смерть: єдність та протиріччя

Дискусії

Книжкова полиця

Листи в редакцію