

С. А. КУЦЕНКО, І. В. ТРУТАЄВ (Харків)

ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІЧНОЇ АКТИВНОСТІ НАСТОЙКИ ВЕНОТОН

Національний фармацевтичний університет ВАТ «Червона зірка», <inna_kv@inbox.ru>

Досліджено специфічну активність комплексної настойки Венотон. Встановлено, що рослинний комплекс має виражену протизапальну дію на моделі формалінового набряку у щурів, впливаючи на ексудативну фазу запалення. Показано, що лікарський засіб виявляє виражений вплив на проникність судин і за цим показником перевищує препарат порівняння ескузан. Доведено, що венотон разом з ескузаном володіють інгібуючим ефектом на розвиток трансудативного набряку у щурів. Отримані результати дозволяють рекомендувати використання комплексної настойки як самостійного, так і в складі лікарських засобів.

Ключові слова: захворювання вен, рослинні препарати, фармакологічна активність.

Вступ. Відомо, що показник повної або часткової втрати працездатності, зумовлений хворобами вен, перевищує сумарні дані при туберкульозі, травмі, діабеті та ревматизмі [4].

У розвитку патологічних процесів і прояві головних симптомів захворювань судин головну роль відіграють порушення мікроциркуляції. Знижена резистентність капілярів, випіт формених елементів і надмірна ламкість судин призводять до таких хронічних змін, як веностаз, пігментація шкіри, набряк. Враховуючи етіологічні та патогенез захворювань вен, засоби для лікування зазначеної патології повинні мати такі характеристики: зменшувати проникність капілярів, адгезію та реактивність лейкоцитів, агрегацію еритроцитів, активність ряду гідролітичних ферментів; збільшувати активність фібринолізу крові та стінок судин, що дозволить, в свою чергу, досягти поліпшення мікроциркуляції, підвищити моторику і контрактильність венозної стінки [1, 3].

Тому розробка препаратів на основі рослинних комплексів з антиоксидантною, протизапальною, протинабряковою активністю актуальне завдання фармації.

Мета дослідження – вивчення специфічної активності настойки «Венотон».

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження була настойка венотон, до складу якої входять плоди гіркокаштану звичайного, софори японської, вівса посівного, горобини звичайної, трави буркуну лікарського та чистотілу, листя ліщини звичайної. Нині як ангіопротектор досить ефективно застосовують препарат рослинного походження ескузан. За даними зарубіжних дослідників, однією з найхарактерніших його властивостей є антиексудативний ефект і зниження проникності судин. Тому як препарат для порівняння використовували краплі ескузан виробництва Pharma Wernigerode GmbH (Німеччина), що мають ангіопротекторні та протизапальні властивості [5].

Специфічну дію оцінювали за впливом препарату на проникність судин шкіри щурів, протизапальну активність на моделі правої задньої лапки щурів (формаліновий набряк), на розвиток трансудатного набряку, та на основні параметри гемодинаміки щурів.

Стан проникності оцінювали на щурах-самцях масою тіла 180–230 г за методом Кейї Udaка та співавт. На депільованих ділянках шкіри живота контрольної групи вводили підшкірно гістамін з розрахунку 1,2 мкг на щура. Відразу після введення гістаміну в хвостову вену виконували ін'єкцію 2 % водного розчину метиленового синього з розрахунку 60 мг/кг. Через 30 хв щурів умертвляли де-

капитацією. Інтенсивність локальної судинної реакції оцінювали за кількістю барвника в екстраваті, яку визначали на фотоколориметрі КФК-2МП при довжині хвилі 590 нм після екстракції формамідом.

Спиртовий розчин збору і препарат ескузан (Німечинна) вводили в шлунок у дозі 1,63 мл/кг за 2 год до ін'єкції флогогенного агента, потім проводили такі самі маніпуляції в групі контролю.

Протизапальну активність вивчали на моделі правої задньої лапки щурів-самців масою тіла 170–220 г. Набряк викликали введенням 2 % розчину формаліну під апоневроз підшови задньої лапки у кількості 0,1 мл. Об'єм лапки вимірювали за допомогою приладу, побудованого за принципом волюметрії і сполучених судин (6). Збільшення набряку виражали у відносних одиницях, ступінь інгібіції набряку розраховували за формулою

$$\% \text{ пригнічення запалення} = \frac{V_k - V_o}{V_k} \times 100,$$

де V_k – різниця між об'ємом лапки в контролі і вихідним об'ємом тієї самої лапки до набряку; V_o – об'єм лапки при набряку мінус вихідний об'єм лапки до набряку.

Досліджувані препарати вводили в шлунок у дозі 1,63 мл/кг (0,1 ЛД₅₀) за 2 год (I група) і протягом 7 днів (II група) до введення формаліну. Оскільки формаліновий набряк належить до так званого повільного типу та максимальний його розвиток спостерігається через 4 год після введення формаліну, то ефект впливу оцінювали через 2 і 4 год, а також на 3-тю добу.

Для оцінки впливу препарату венотон на кровообіг вивчено основні параметри гемодинаміки. Дослідження проведені на щурах масою тіла 280–320 г, наркотизованих стандартною дозою етамінапу натрію 40 мг/кг. Хвилинний об'єм крові визначали за методом термодилуції за Fegler в модифікації М. І. Гуревича. Частоту серцевих скорочень (ЧСС) визначали при підрахунку зубців В–К на електрокардіограмі. Артеріальний тиск (АТ) реєстрували в стегновій артерії. Визначали ударний серцевий і робочий індекс крові лівого шлуночка (ЛШ) та загальний периферичний опір судин (ЗПОС) [2].

Результати та їх обговорення. Відомо, що необхідною умовою для прояву венотонізуючої дії є мембраностабілізуюча активність, яка залежить від стану клітинних мембран.

Наведені дані резистентності судин шкіри у щурів (табл. 1) свідчать, що досліджуваний препарат, як і препарат для порівняння, достовірно знижували судинну проникність, індуковану введенням гістаміну. В обох випадках кількість барвника знижувалась на 58 і 55,6 % відповідно для венотону і ескузану.

Таким чином, проведені дослідження показали, що вплив на судинну проникність розробленого препарату вищий, ніж ескузану.

Таблиця 1. Результати вивчення впливу Венотону на резистентність судин шкіри щурів

Препарат	Кількість тварин	Кількість барвника	Ефект, %	P до контролю
Контроль	10	8,1±0,319		
Досліджуваний зразок	10	3,4±0,195	58	< 0,05
Ескузан	10	3,6±0,169	55,6	< 0,05

За антиексудативною активністю венотону тварин розподілено на три групи: щури I групи (контроль) отримували тільки формалін; II групи (дослід) за 2 год до введення – внутрішньошлунково венотон; щурам III – за тією самою схемою вводили ескузан. Достовірність даних оцінювали порівнюючи з контролем. Дані табл. 2 показали, що за 2 год до введення флогогенного агента венотон і ескузан інгібували набряк лапки відповідно на 12,5 і 7,1 %. Через 4 год на лапці ослабленого ексудативного набряку при введенні досліджуваних препаратів становило 43,9 і 42,4 %; через добу – 27 і 25,4 %; на 3-тю добу – 28,5 і 8,6 %.

Таблиця 2. Оцінка антиексудативної активності венотону на моделі формалінового набряку

Препарат	% інгібування час спостереження, год			
	2	4	24	78
<i>За 2 год до введення формаліну</i>				
Венотон	12,5	43,9 *	27,0 *	28,5 *
Ескузан	7,1	42,4 *	25,4 *	8,61 *
<i>За 7 днів до введення формаліну</i>				
Венотон	16,6	45,3 *	31,1 *	35,9 *
Ескузан	15,0	29,7 *	21,2 *	15,4 *

* $P < 0,05$ стосовно контролю.

При введенні досліджуваних препаратів протягом семи днів до ін'єкції формаліну також спостерігали протинабрякову активність. Так, через 2 год після ін'єкції формаліну інгібування набряку становило 16 і 15 %. Найбільш виражену протизапальну дію відмічено при введенні через 2, 4 год після ін'єкції формаліну: для венотону інгібування становило 45,3 % (29,7 %) для ескузану. На першу добу антиексудативний ефект становив 31,1 і 21,2 %, 3-тю добу після введення флогогенного агента – відповідно 35,9 і 15,4 %.

Таким чином, проведені дослідження показали, що венотон має виражену протизапальну дію. За характером та інтенсивністю протизапальної активності препарат відповідає ескузану. Аналіз двох препаратів, що випускаються різними виробниками, показав, що антиексудативний ефект при введенні за 7 днів венотону більш виражений порівняно з аналогічним ефектом ескузану.

Як відомо, в замкнутій системі, якою є серцево-судинна, зміни судинного тонуусу впливають на параметри гемодинаміки. Вплив венотону на кровообіг вивчали при одноразовому введенні. У табл. 3 наведено дані, отримані при одноразовому внутрішньовенному введенні венотону.

Таблиця 3. Зміна параметрів гемодинаміки щурів при внутрішньовенному введенні Венотону в дозі 0,1 мл/кг ($M \pm m$)

Показник	Вихідні	Час після введення, хв			
		5	30	60	120
Частота серцевих скорочень, уд./хв	335,1 ± 11,8	350,5 ± 9,9	364,4 ± 3,4	369,2 ± 13,5*	385,5 ± 8,5*
Системний артеріальний тиск, мм рт. ст.	90,5 ± 8,6	90,5 ± 4,7	80,7 ± 4,8	81,0 ± 6,9	122,0 ± 6,4*
Хвилинний об'єм крові, мл/хв	88,5 ± 4,5	153,4 ± 12,0	139,3 ± 14,3*	148,3 ± 10,5*	149,8 ± 13,6*
Ударний об'єм крові, мл	0,27 ± 0,02	0,442 ± 0,060*	0,3820 ± 0,003*	0,395 ± 0,020*	0,397 ± 0,040*
Серцевий індекс, л/хв/м ²	1,42 ± 0,09	2,44 ± 0,30*	2,24 ± 0,20*	2,37 ± 0,13*	2,37 ± 0,20*
Робочий індекс лівого шлуночка, Дж	1,72 ± 0,10	2,58 ± 0,30*	2,49 ± 0,30*	2,58 ± 0,20*	3,70 ± 0,17*
Загальний периферичний опір, кПа, с/л	8474 ± 883	4861 ± 752*	4228 ± 882*	4493 ± 430	7400 ± 101*

* Величини, достовірно відмінні від контролю ($P < 0,05$).

У першій серії дослідів вивчено вплив венотону на основні параметри гемодинаміки. Під час виконання цієї серії дослідів було враховано дані Martindale, а також те, що парантерально можна вводити препарати, які містять есцин в дозі не більше 0,1 мл/кг. Дані в табл. 3 свідчать, що венотон в дозі 0,1 мл/кг вже через

5 хв після внутрішньовенного введення має виражений вплив на кровообіг – відмічали збільшення хвилинного об'єму крові (на 63 %), серцевого викиду і робочого індексу ЛШ. Рівень системного АТ не змінювався. У подальшому зареєстровано збільшення хвилинного (на 57–67,5 %) і ударного (на 41–47 %) об'єму крові і зниження ЗПОС (на 50 %). Паралельно з показником хвилинного об'єму крові змінюється серцевий та робочий індекси ЛШ. ЧСС не змінюється. На 120-й хвилині досліджу відмічено збільшення рівня АТ. Відомо, що кількість крові, яка викидається серцем, визначається величиною венозного повернення. Дослідження з внутрішньовенним веденням венотону показало, що препарат збільшує хвилинний об'єм крові за рахунок підвищення ударного об'єму крові, а не ЧСС. Отримані дані дозволяють дійти висновку про те, що «Венотон» має виражений вентонізуючий вплив, викликає розширення артерій і збільшує венозне повернення крові до серця, максимальна дія якого досягається через 2 год. Введення в дозі 0,1 мл/кг внутрішньовенно ескузану наркотизованим щурам викликало їх загибель.

Також ми вивчали вплив венотону на розвиток трансудативного набряку хвоста щура. Дослідження проведені на щурах масою тіла 180–200 г. У тварин, які голодували протягом 12 год, вимірювали об'єм хвоста до позначки біля основи – 75 мм від кінця хвоста. Враховуючи отримані раніше дані про максимальний вплив на кровообіг венотону через 2 год після введення, за допомогою металевго зонда вводили в шлунок венотон і ескузан до накладання лігатури. На основу хвоста намотували липку стрічку вантажем 200 г для збереження прохідності артеріальних судин, але для загальмування венозного відтоку, в результаті чого кровоток у хвості знижується на 2/3. У процесі експерименту оцінювали онкометричну динаміку розвитку венозного застою протягом 1, 2, 3 год після накладання оклюзійної лігатури і через 1, 2 год і добу після зняття вантажу. Динаміку венозного застою оцінювали за відношенням до початкової величини у відсотках відносних одиниць. Контролем були неліковані тварини.

Таблиця 4. Оцінка впливу венотону на розвиток трансудативного набряку хвосту щура ($M \pm m$)

Час, год	Контроль, від. од.	% збільшення набряку	Венотон, від. од.	% збільшення набряку	Ескузан, від. од.	% збільшення набряку
<i>До зняття вантажу</i>						
0	6,7 ± 0,4		9,8 ± 0,7		8,0 ± 0,4	
1	7,6 ± 0,8	+ 13	9,1 ± 0,3	-7	7,9 ± 0,4	-1,25
2	8,35 ± 0,5	+ 24,6	9,53 ± 0,3	-2,7	7,4 ± 0,3	-8
3	8,56 ± 0,2	+ 27,7	9,51 ± 0,8	-2,7	8,2 ± 0,3	+2,5
<i>Після зняття вантажу</i>						
1	8,9 ± 0,3	+32,8	10,1 ± 0,4	+3	7,8 ± 0,3	-2,5
2	9,9 ± 0,6	+47,7	10,2 ± 0,7	+4	8,16 ± 0,2	+2
24	9,5 ± 0,3	+41,7	10,2 ± 0,3	+11,2	8,25 ± 0,2	+3,1

Отримані результати (табл. 4), свідчать, що у тварин контрольної групи накладання вантажу призводить до розвитку трансудативного набряку. Так, вже за годину після накладання лігатури об'єм хвоста збільшується на 13 %, через 2 год – на 24,6 %, через 3 год – на 27,7 % порівняно з вихідними показниками. Після зняття вантажу травматичний набряк продовжував збільшуватися. Через добу після зняття вантажу обсяг хвоста щура збільшувався на 41,7 % порівняно з вихідним. Венотон в дозі 1,63 мл/кг запобігав розвитку травматичного набряку хвоста щура. Проведені дослідження свідчать, що в перші 3 год у тварин з оклюзійною пов'язкою і вантажем 200 г венотон інгібує розвиток набряку хвоста щура. Через добу після зняття вантажу об'єм хвоста збільшувався на 11,2 % щодо вихідного.

Препарат ескузан також запобігає розвитку трансудативного набряку хвоста щура. Через добу після зняття вантажу об'єм хвоста збільшився на 3,1 % щодо

вихідного об'єму. Таким чином, венотон і ескузан мають порівнянний інгібуючий вплив на розвиток трансудативного набряку хвоста щура.

Висновки. Досліджено специфічну дію венотона за впливом на проникність судів шкіри щурів, протизапальною активністю на моделі правої задньої лапки щурів (формаліновий набряк), на розвиток трансудатного набряку, за впливом на основні параметри гемодинаміки щурів. Відмічено, що настойка має виражений вплив на судинну проникність, який перевищує референтний препарат – краплі ескузан. Досліджувана настойка виявляє протизапальну дію на моделі формалінового набряку у щурів, діючи на ексудативну фазу запалення, зокрема на метаболізм і вивільнення простагландинів, що впливають на мікроциркуляцію судин. Встановлено, що венотон у терапевтичній дозі має виражену дію на серцево-судинну систему. Результати досліджень свідчать, що венотон і ескузан виявляють порівнюваний ефективний інгібуючий вплив на розвиток трансудативного набряку хвоста щура. Таким чином, проведені дослідження підтверджують перспективність використання комплексного препарату венотон у складі лікарських препаратів.

Список літератури

1. Альбицкий А. В., Каралкин В. А., Кузнецов А. Н. Патогенез и диагностика хронической венозной недостаточности: современный взгляд на проблему (лекция) // Флебология. – 2004. – № 10. – С. 63–68.
2. Доклінічні дослідження лікарських засобів: Метод. рекомендації / За ред. О. В. Стефанова. – К.: Авіцена, 2001. – 527 с.
3. Кириенко А. И., Григорян Р. А., Богачёв В. Ю. Фармакотерапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Флебология. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 28–32.
4. Харкевич Д. А. Венозные (флеботропные) средства // Эксперим. и клин. фармакология. – 2004. – Т. 67, № 1. – С. 69–77.
5. Hyers T. M., Agnelli G., Hull K. D. et al. Antitrombotic therapy for venous thromboembolic disease. Chest // Wiesbaden: The Pharm. Press. – 2001. – Vol. 1, № 19. – P. 561–578.

ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСТОЙКИ ВЕНОТОН

С. А. Куценко, И. В. Трутаев (Харьков)

Исследована специфическая активность комплексной настойки венотон. Установлено, что растительный комплекс имеет выраженное противовоспалительное действие на модели формалинового отёка у крыс, влияя на экссудативную фазу воспаления. Показано, что лекарственное средство оказывает выраженное влияние на проницаемость сосудов и по этому показателю превышает действие препарата сравнения эскузан. Доказано, что Венотон наряду с эскузаном, оказывает ингибирующий эффект на развитие трансудативного отёка у крыс. Полученные результаты позволяют рекомендовать использование комплексной настойки как самостоятельного, так и в качестве составляющего лекарственных средств.

Ключевые слова: заболевание вен, растительные препараты, фармакологическая активность.

STUDY OF SPECIFIC ACTIVITY TINCTURE VENOTON

S. A. Kutsenko, I. V. Trutaev

????????????????

The specific activity of the complex was investigated by infusion. Established that the plant complex has a pronounced anti-inflammatory effect on the model of the rat formalin edema, affecting exudative phase of inflammation. It is shown that the drug has a pronounced effect on the permeability of blood vessels and for this indicator exceeds the drug comparison aescusan. Venoton with eskuzan has an inhibitory effect on the development of edema in rats. The obtained results allow predicting the use of integrated infusion, as an independent product, and as a constituent of medicines.

Key words: diseases of the veins, herbal preparations, pharmacological activity.

В. ПИОНТКОВСКИ¹⁻⁵, Л. НОВАКОВСКА^{4,5} (Люблин, Польша),
В. ПАСТЕРНАК⁶ (Донецк, Украина)

ПОЛЬСКАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (проба социологической диагностики)

¹Университет Марии Кюри-Склодовской, ²Кафедра социологии и семейной медицины,
³Институт социологии, медицинский университет Люблина,
⁴Лаборатория медицинской социологии, ⁵Кафедра гуманитарных наук,
⁶Областная травматологическая больница, Донецк <vladislavpasternak9@gmail.com>

Цель исследования – оценка некоторых аспектов польской системы здравоохранения и возможности динамического ответа на современные изменения в социальной, экономической и эпидемиологической (в том числе распространение хронических заболеваний, старение или семейный кризис, оказание помощи и уход за больными) средах. Такое задание было сформулировано на основе критически ориентированной точки зрения социологии здоровья и болезни. Особое внимание уделяется проблеме углубления социального неравенства – одного из основных факторов, препятствующих доступу к медицинским услугам. Речь идёт о механизме «спасения здоровья» и заимствования при получении медицинской помощи в случае финансовых трудностей, а также при отсутствии в стране оценки эффективности программ по укреплению здоровья, которые, возможно, были бы эффективным способом повышения уровня здоровья населения. Также рассматривается проблема доверия населения к медицинским учреждениям и попытка реформирования медицинской системы в Польше. Часть дискуссии посвящена критике идеи снижения роли государства в области здравоохранения.

Ключевые слова: медицинская система, критическая социология, неравенство в отношении здоровья, укрепление здоровья.

Введение. Медицинская система является классической областью, к которой проявляет интерес социология здоровья и болезни. На основании проведённых исследований в этой и теории Talcott Parson разработаны механизмы функционирования медицинских учреждений, структур взаимоотношения врача и больного, институциональные формы общения между ними. Это оказало влияние на способ определения прав и обязанностей пациентов и интерпретации их поведения в отношении здоровья и болезни [8, 19]. Согласно структурно-функциональной теории, институты медицины являются неотъемлемой частью социальной системы и вместе с другими подсистемами выполняют определённые функции для поддержания баланса, эффективности и устойчивости всей системы [27]. С этой точки зрения они могут быть определены как медицинские системы «институционального механизма для преобразования или изменения общих расходов специализированного производства услуг, связанных с проблемой общественного здравоохранения» [14, 37]. Эти услуги являются «внешним сервисом» социальной среды: профилактика, диагностика, лечение и реабилитация, а также «внутренним» – обучение медицинского персонала и реализация научно-исследовательских медицинских знаний [14]. Что же касается медицинской системы в случае, когда пациенты в результате травмы или болезни не в состоянии выполнять социальную роль, то данные значительно формализованы. Системный подход выявляет последствия ухудшения здоровья населения в целом, в меньшей степени отражает воздействие болезни на жизнь отдельного человека (так называемый биографический подход). С этой точки зрения, болезнь является социальной системой, поэтому пациенты обязаны придерживаться выполнения институционально определённых процедур, чтобы восстановить баланс (здоровье) [14, 19].

Структурно-функциональный подход к изучению медицинской системы и концепция «рационально действующего пациента» являются, безусловно, самыми ранними и оказывают наибольшее влияние на решение указанных проблем. Хотя теория Парсонса важна для современных социологов медицины [32], в настоящее время это не единственный способ анализа функциональности медицинской системы. Многие исследователи начали применять более «динамический» подход к медицинской системе и принимать во внимание субъективную точку зрения при решении вопросов здравоохранения, болезни, медицинских учреждений и медицинских профессий, что значительно улучшило состояние этой области. Расширение, углубление и переосмысление данной точки зрения способствовали изучению моделей медицинских услуг в ситуациях, не относящихся к болезни, появлению различных интерпретаций поведения в норме и при патологии, а также исследованию методов нетрадиционного лечения, включая оценку роли самолечения [12, 42].

Аспекты оценки функциональности польской системы здравоохранения

Одной из наиболее важных особенностей медицинской системы должна быть её функциональность, являющаяся эффективной и оптимальной в решении заданий, для которых она была создана, способность адаптироваться к изменяющимся условиям, преодоление дисфункции системы и реагирование на реальные потребности пациентов [3, 10]. Эффективности медицинской системы можно оценить во многих измерениях, обращая особое внимание на её способность реагировать на важные (структурные) изменения в социально-экономической и эпидемиологической средах: развитие «функциональных заболеваний» (без органических нарушений), старение населения, разрыв социальных связей и отношений в семье в случае выполнения функций ухода за больными, инвалидами и людьми пожилого возраста. Вызовом медицинской системе является углубляющееся социальное неравенство, которое можно рассматривать как один из основных факторов, препятствующих доступу к медицинской помощи и провоцирующих ухудшение состояния здоровья [2, 18].

Анализируя функциональность польской медицинской системы, прежде всего следует отметить, что одним из условий эффективности и результативности её является определённая степень социальной поддержки. Общественное доверие к учреждениям здравоохранения основано на мнении об услугах, как о «необходимых и хорошо выполненных» [14]. Систематическое проведение этих исследований показало, что система здравоохранения Польши является низко оцениваемой сферой общественной жизни. Согласно результатам исследования 2010 г., только 2 % респондентов «полностью удовлетворены» функционированием здравоохранения и считают, что никакие изменения не нужны. Вместе с тем количество «скорее недовольных» и «очень недовольных» составляет соответственно 39 и 36 %. По сравнению с аналогичным опросом в 2009 г. недовольство медицинскими услугами увеличилось на 12 % [43]. Таким образом, несмотря на увеличение инвестиций на протяжении многих лет, по мнению граждан, медицинская система в Польше не гарантирует всеобщего и равного доступа к медицинским услугам. Отрицательное отношение общественности к здравоохранению также подтверждается другими исследованиями. Согласно докладу ЕНСИ (Euro Health Consumer Index, 2009), польскую систему здравоохранения рассматривают как одну из наиболее низко оцениваемых европейских систем: среди 33 исследованных стран Польша заняла 26-е место с 565 пунктами (из 1000 возможных), что ниже, чем Македония. Кроме того, Польша оказалась в одной группе с Албанией, Румынией и Болгарией. Более низкие оценки зафиксированы в Болгарии (448 баллов), а лучшей стала голландская медико-санитарная помощь (863 балла). Поляки наиболее негативно оценили «период ожидания серьёзной, несрочной операции», «круглосуточную телефонную линию либо информацию в интернете о здравоохранении», «эффективное лечение новообразований – количество летальных исходов в пропорции к диагностированным онкологическим случаям», «потенциально утраченные годы жизни», «показатель снижения количества самоубийств»,

«пересадку почки на миллион населения», «индекс проведения маммографий» и «темпы внедрения новых медикаментов в онкологии». Низкую оценку польской системы здравоохранения можно объяснить небольшими расходами на единицу населения по сравнению с другими европейскими странами. Тем не менее, по финансовому состоянию ещё нельзя судить о всей проблеме – исследование показывает, что страны с похожей экономической ситуацией в рейтинге занимают более высокие позиции. Нидерланды, хотя и получили самую высокую оценку, в структуре расходов на здравоохранение заняли только четвертое место. Мы предполагали, что источником дисфункциональности здравоохранения в Польше, прежде всего, являются плохая организация и неправильное распределение финансов и услуг, а лишь затем отсутствие средств [4, 36].

Оценка общественностью системы здравоохранения имеет фундаментальное значение, тем более, что люди выступают в тройной роли - пациенты, плательщики налогов и избиратели. По этой причине реальную социальную репрезентацию следует рассматривать как значительную силу и партнёра в дискуссии о качестве системы здравоохранения. Однако в Польше общественное мнение в этой области является скорее немым свидетелем, чем основой перемен [46]. Социальное восприятие польского здравоохранения, которое не может удовлетворить основные потребности здоровья граждан, с одной стороны, ставит под сомнение вопрос о социальной солидарности и справедливости, с другой, свидетельствует об углублении и укреплении неравенства в области здоровья [31].

Можно предположить, что именно неравные возможности в доступе к услугам и медицинским учреждениям являются наиболее резкими проявлениями дисфункциональности польского здравоохранения. В свете установок и рекомендаций ВОЗ (WHO) и документов ЕС (например, Лиссабонская стратегия), противоборство неравенству в получении медицинской помощи является приоритетным направлением действий современной политики в области здравоохранения. Зависимость между низким социальным статусом и низким показателями здоровья подтверждается многочисленными эпидемиологическими и социологическими исследованиями [23]. Согласно их результатам, тяжёлое финансовое положение влияет на неравный, несправедливый и дискриминационный для большой группы наиболее бедных доступ к медицинским услугам, а также плохие условия жизни, воздействие вредных факторов, включая условия труда, некачественное питание и т. д. Неблагоприятная финансовая ситуация, низкий уровень образования, наряду со «специфической социализацией»; обуславливающие нездоровый образ жизни, безусловно, отрицательно влияют на уровень здоровья [26].

Несмотря на социальное и политическое значение этого вопроса, в Польше не проводится систематическое изучение характера и масштабов неравенства в отношении здоровья, таких как социальный статус и место в социальной структуре. Имеющиеся данные с учётом оценки по возрасту, полу и территориальному распределению содержат ограниченные возможности для интерпретации и оценки проблемы неравенства в сфере здравоохранения. Вместе с тем результаты эпидемиологических исследований, к сожалению, не используют в достаточной мере как показатели социального положения. Таким образом, можно предположить, что проблема неравенства не является сферой интересов Министерства здравоохранения, а также малоизвестна польской общественности. Однако, как показывают результаты социологических исследований в Польше, разница в состоянии здоровья среди различных социальных слоёв, проведении лечебных мероприятий и доступе к медицинским услугам увеличивается. Социальный статус влияет на частоту профилактических осмотров, обращение в медицинские учреждения в случае возникновения «тревожных» симптомов и субъективную оценку качества жизни. Естественно, низкий или высокий социальный статус определяет также контакты со специалистами, стоматологическую помощь, применение лекарственных средств, а также решение об отказе от лечения по финансовым причинам. Во всех этих областях положение людей с низким социальным статусом несомненно хуже [26].

Трудности доступа к услугам здравоохранения связаны с бюрократическим барьером и ограниченной информацией, что, в свою очередь, приводит к ограничению прав пациента [25, 27]. Дисфункция системы здравоохранения приводит к «жесткости» в медицинском секторе (отсутствие способности быть гибким и быстро реагировать на возникающие вопросы и проблемы), нарушению коммуникации между пациентом и медицинским персоналом, а также между учреждениями внутри системы и различными уровнями иерархической структуры. Ещё один фактор дисфункции системы – указывается чрезмерный формализм отношений, деперсонализация и объективизация пациента [1, 2, 39].

Сравнительные исследования показали, что при более низком социальном статусе медицинская консультация менее продолжительна и более поверхностная. Отмечается также большая толерантность к «тревожным» симптомам и страх перед болезнью, игнорирование профилактических мероприятий, меньшему количеству детей проводят вакцинацию [7, 45]. Среди слоёв населения с высоким социальным статусом за здоровьем следят более тщательно, пациенты чаще обращаются в медицинские учреждения, поэтому реже возникают ситуации, требующие неотложной помощи [40, 41]. Население с более низким социально-экономическим положением реагируют немедленно, т. е. обращают внимание на здоровье только при его ухудшении, продолжают вести свойственный им образ жизни и не проводят профилактических мероприятий [46]. Неравенство проявляется не только в доступе к медицинским услугам, некоторым учреждениям и специалистам (согласно докладу ЕНЦИ, в Польше среди 33 исследованных стран, в том числе Албания и Румыния, самое низкое количество врачей на 100 000 жителей), но также и в понимании отношения к медицинскому персоналу [4]. Пациенты с более высоким уровнем культуры правильно формулируют свои жалобы, при посещении врача являются его партнёром, что положительно сказывается на их общении и результатах [26].

Предполагают, что в условиях усиления экономического и финансового кризиса увеличение затрат на семейный бюджет, а также безработица будут основными факторами, усугубляющими неравенство в отношении здоровья. Изучение социального положения показало, что, например, в США и некоторых европейских странах в прошлом году многие семьи вынуждены были сократить расходы на лечение и посещение медицинских учреждений [38]. Польские социальные медицинские исследования в течение многих лет также подтверждают увеличение финансовых проблем в семье: в социальных исследованиях, опубликованных в 2011 г., имеются данные, что 72 % семей едва сводили «концы с концами», а ниже черты бедности (субъективный подход) проживают почти 37 % польских семей. Неблагоприятная финансовая ситуация обычно приводит к «синдрому экономии на здоровье»: в 2011 г. по финансовым причинам более 18 % населения отказалось от покупки лекарственных средств, более 17 % – от стоматологического лечения, 14 % – от услуг врачей, а также диагностических процедур (7,5 %), в первую очередь, это касается исследований пенсионеров, людей без стабильного заработка, неполных или многодетных семей [11]. В мониторинговом исследовании (2003 г.), отмечая увеличения расходов на лечение и реабилитацию, указывалось на появление случаев взятия кредита в коммерческих банках для покрытия расходов – в 2003 г. 3,9 % семей нуждались в этой форме финансирования (GUS, listopad 2003).

Приведённые данные свидетельствуют о том, что в системе здравоохранения Польши у людей низкого социального статуса отмечается соответствие полученных услуг стандартам лечения, что исключает или резко ограничивает их «право на здоровье», и усиливает неравенство в праве получения медицинской помощи. Устранение неравенства в здравоохранении должны быть направлены на выявление источников и последствий социального неравенства в отношении здоровья и болезни. Современные стратегии социальной политики направлены на устранение причин этого неравенства [26]. В связи с этим возникает вопрос, является ли в ситуации всё возрастающего социального и медицинского неравенства планируе-

мая приватизация и коммерциализация эффективным и целевым решением, сопоставимым с экономическими возможностями поляков и будет ли оно способствовать реальному улучшению функциональности системы здравоохранения. По данным опроса, коммерциализацию и приватизацию больниц позиции «однозначно» и «прежде всего» поддерживают 28 % респондентов, тогда как категорически против 56 %. Большинство респондентов обеспокоены тем, что превращение больниц в коммерческие компании приведёт к «сокращению доступа к медицинским услугам», «местные органы власти будут продавать больницы частным инвесторам», «будет труднее получить экстренную помощь» и «больницы будут ликвидированы, а на их месте будет осуществляться другая, более прибыльная деятельность». Респонденты также считают, что приватизацию воспользуют частные инвесторы (71 %) и врачи (65 %), а на пациентов она повлияет отрицательно (с мнением согласны 52 % респондентов) [30].

Идею редуцирования роли ангажированности государства в сфере здоровья, вследствие чего происходящие и внедряющиеся изменения приводят к снижению роли правительственных учреждений, властям следует трактовать рассудительно и ответственно из-за последствий этих решений на здоровье граждан. Здоровье является главным и особенно «чувствительным» общественным вопросом: в систематически проводимых исследованиях общественного мнения оно входит в одну из трёх важнейших категорий (работа, материальные условия) здоровье как предмет озабоченности и беспокойства [13, 29]; кроме того, почти 60 % респондентов указали, что здоровье является «одной из самых важных ценностей повседневной жизни» [6]. Быть здоровым означает возможность приобретения и использования определённых социально значимых товаров, а также повышение уровня и качества жизни. Следовательно, здоровье нельзя рассматривать как один из элементов «неолиберальной политики на рынке», потому что эта сфера по своей природе требует стабильности, предсказуемости и ответственности государства.

Проведение в 1999 г. в польской системе здравоохранения структурных реформ показало, что оно развивается в противоположном направлении – постепенно происходит передача ряда заданий и обязанностей, связанных с медицинским обслуживанием, на более низкий уровень местного самоуправления, который не регулируется и не контролируется высоким уровнем, что, в свою очередь, способствует «размытой» ответственности. Неопределённость в этом отношении отражается, в частности, на отсутствии чётких границ ответственности отдельных компаний. Эти вопросы здравоохранения оказываются вне обязательств любого из партнёров, поэтому интересы пациентов и реализация одной из важнейших функций государства – охрана здоровья – подвергаются серьёзному риску [47]. Следует подчеркнуть, что участие в решении этого вопроса несут одинаковую ответственность за здоровье, а участие нескольких сторон является чем-то предосудительным или неправильным. Это своего рода «контроль» центральных учреждений государства и передача ответственности на более низкий уровень, что означает систематический уход от этих обязательств. Одним из проявлений данной тенденции является предоставление местным органам власти, в соответствии с законом (1999), права собственности на здравоохранение в условиях отсутствия доступа к средствам, которые позволили бы эффективно его осуществлять. Аналогичное мнение об организации здравоохранения можно отметить в отношении приватизации и коммерциализации медицинских услуг, которые могут частично привести к повышению расходов пациентов на медицинское обслуживание. Следует также указать, что последующие изменения в медицинской системе, как правило, проводятся без социальной диагностики и оценки «человеческой стоимости» проводимых изменений, а также игнорируется уровень социального признания. Следует обратить внимание на то, что выбранное направление изменений в системе здравоохранения является процессом в значительной степени закрытым, растянутым во времени. Эти изменения, проходящие обычно под лозунгом децентрализации, с целью улучшения эффективности системы имеют менее офи-

циальный характер и направлены на ограничение ответственности государства. Результатом этих «тихих» незначительных изменений является слабый социальный отклик и низкий уровень осведомлённости общественности, что, возможно, является нарушением положений Конституции об обязательствах органов государственной власти по обеспечению всех граждан равным доступом к медицинской помощи [8, 45]. Кроме того, выбранное направление реформ в условиях экономического и финансового кризиса может повлечь за собой увеличение социальных расхождений и значительному неравенству в получении медицинской помощи.

Одним из наиболее важных инструментов для уменьшения неравенства в отношении здоровья является «социально ориентированное» укрепление здоровья, которое считают важным элементом так называемого нового общественного здоровья (*new public health*). Укрепление здоровья включает мероприятия, направленные на его изменение, элементы, связанные с проведением оздоровительных мероприятий и влияющих на уровень дохода, образования, занятости, условий труда и доступа к получению адекватной медицинской помощи, а также окружающая среда. Межсекторальное сотрудничество в области здравоохранения также является эффективной мерой укрепления здоровья [17, 33, 35]. Этот подход отличается от целей и методов работы коммерческой медицины, основанной на разветвлённой сети учреждений и бюрократических структур, ориентированных на «управление» развивающейся области общественного здравоохранения [9, 44]. Однако, учитывая возникающие проблемы, связанные с так называемыми болезнями цивилизации (хронические, функциональные заболевания) и прогрессирующим старением населения, потребность в немедицинском воздействии на ряд факторов риска стала очевидной, необходимой и срочной [5, 22, 34]. Изменение понятия о здоровье как о ресурсе (капитале), которое необходимо поддерживать не только в медицинских учреждениях, прозвучало в известном докладе М. Lalonde (1974), в котором понятие «пол здоровья» было основой для попыток оценки реального воздействия системы медицинских и немедицинских факторов на здоровье населения – в Национальной программе здравоохранения на 2007–2015 гг. указано, что здоровье человека наполовину зависит от образа жизни, а на 10 % – медицинских услуг [21].

В связи с этими показателями укрепление здоровья с использованием достижений науки об «образе жизни», – потенциально наиболее эффективный способ повышения уровня здоровья населения. Например, если баланс современной профилактики составляет 15 % стоимости льгот и 85 % положительных результатов, то в оценке специализированного лечения (данные Państwowego Zakładu Higieny dotyczące raportu prof. M. Miller z 2002 – рукопись в распоряжении авторов) пропорции изменились: соответственно 85 и 15 %. Между тем хоть основной принцип укрепления здоровья – межсекторальное сотрудничество и определено в национальной программе здравоохранения как ключевое, Польша испытывает ряд трудностей и препятствий в системе. Обращает на себя внимание низкая эффективность «медикаментозных» программ по укреплению здоровья. Это ситуация, при которой «доминирование восстановительной медицины, находящее выражение в низком статусе общественного здравоохранения, традиционном способе определения, а также концентрации реформы здравоохранения на здравоохранении, приводят к появлению феномена медиализации в системе здравоохранения» [24, 33]. Медиализованное и субординированное за счёт биомедицинской ориентации укрепление здоровья утрачивает свои социоэкологические условия. Парадокс заключается в том, что укрепление здоровья с идеей выхода за пределы узкой парадигмы восстановительной медицины само стало объектом своего господства. Ситуация «угрозы медиализации» и маргинализации укрепления здоровья продолжается с разной степенью интенсивности с начала реализации различных программ в Польше. Спецификой подхода к укреплению здоровья в стране, помимо ограниченного межсекторального сотрудничества, является низкий уровень информированности о роли социально-экономических факторов здоровья среди политиков, работников здравоохранения и населения, низкий статус укрепления

здоровья в самой системе здравоохранения, навязывание медикализованной версии медицинского образования, контракты на медицинские услуги (обследование, консультации), действия, якобы приводящие к укреплению здоровья, при этом снижая его только до уровня профилактики заболеваний. Многие биомедицинские программы также основаны на простой модели изменения поведения, без сложного культурного и структурного контекста социального действия. Медикализации и, следовательно, маргинализации укрепления здоровья способствует то, что медицинское сообщество ориентировано на приоритеты восстановительной медицины, а укрепление здоровья в секторе здравоохранения занимает последнее место. В результате этого, укрепление здоровья в Польше является границей в секторе здравоохранения – об этом свидетельствует нехватка средств, инфраструктуры и отсутствие эффективной правовой базы. Следует ещё раз обратиться к Национальной программе здравоохранения, которая должна была играть ключевую роль в реализации междисциплинарных и межсекторальных мероприятий по укреплению здоровья и создать формальную основу современной системы здравоохранения и её популяризации. Тем не менее, неточность статуса, отсутствие взаимодействия с другими программами, а также сокращение финансирования из центрального бюджета подтверждают то, что идеи межфункционального сотрудничества не реализуются. Наконец, следствием отсутствия системных решений в области укрепления здоровья является ещё большее углубление и укрепление неравенства в польском здравоохранении [33].

**Выводы
и комментарии**

Описанные проблемы функциональности/дисфункциональности польской системы здравоохранения являются введением для дальнейшего обсуждения. Вопрос возникает не только с позиции социологии как науки гуманистической, но и с точки зрения настоящего и будущего социальной политики (в том числе политики в области здравоохранения). В начале XXI в. указанный подход к одной из самых важных сфер общественной и частной жизни обозначается триадой: здоровье → болезнь → лекарственные средства и здесь больше вопросов, чем ответов.

Система здравоохранения в современном развитом обществе представляет особый интерес для политиков и учёных экономического развития. Известно, что хорошее здоровье является важным фактором населения, ориентированным на развитие, и наоборот, плохие показатели здоровья являются отрицательным показателем экономического состояния страны. Поэтому в условиях дальнейшего ухудшения прогнозируемых макроэкономических показателей необходимо заниматься управлением и контролем за процессом улучшения состояния здоровья поляков. Это важное направление социологии, потому что уровень здоровья интересующей нас популяции в основном зависит от социально-культурных и социально-экономических факторов. Социально обусловленный формат здоровья уже почти десять лет находится в центре общественной дискуссии в развитых западных странах, таких как Германия, Франция, а также и США. Необходимо отметить, что с точки зрения социологии политики и социальной коммуникации вопросы здравоохранения являются одними из ключевых, позволяющих политическим партиям и группам получать (и утрачивать) социальную поддержку, так как люди осведомлены о влиянии уровня здоровья на их устремления, оценку правящей партии, жизненные планы, качество жизни, и наконец, это является важным фактором при голосовании на предстоящих выборах. В обществе с большим количеством пенсионеров эти вопросы находятся в центре внимания миллионов поляков. С учётом этих факторов политики должны трактовать здравоохранение и его социальные условия как приоритетную и не осуждающуюся область развития общества, чего, к сожалению, не происходит.

Вместе с тем, ссылаясь на серьёзные дискуссии о программах повышения функциональности системы здравоохранения, следует отметить, что догматическое применение правил экономического расчёта как основного принципа «определения» медицинского рынка не всегда является оптимальным решением. В развитых

западных стран все варианты этих служб намеренно удалены из правил рыночной экономики, в основном для того, чтобы не выключать большую часть наиболее бедных граждан из числа имеющих доступ к медицинским услугам и не нарушать законодательные положения в обеспечении людей в ЕС полным доступом к стандартам медицинских услуг, гарантируя конституционное право «быть здоровым». Польский опыт 2011 г. показывает, что приватизация и коммерциализация были не всегда оптимальным решением, позволившим расти экономически бывшим государственным учреждениям здравоохранения [8].

В традициях польской и европейской социологии важную роль играют контрольные и критические функции дисциплины [20]. J. Mucha отмечает, что «открытая практика радикальной социологии означает, в частности, что в этом обществе существует значительная свобода слова и исследований» [20]. Таким образом, если считать попыткой построить лучшую социальную реальность для миссии социологии, без этой функции задача не может быть выполнена. Часто упоминают критическую функцию с точки зрения комплексной, углублённой диагностики, которая может не только реализовать познавательную необходимость, но и восстановить важную сферу общественной жизни. Классическим примером такого понимания миссии социальных наук была критика американской социологии «мейнстрим», где за отражение социальной деформации и против разрушения демократии в стране выступил С.В. Mills в работе «Социологическое воображение» (1959) [15]. Вместе с тем аналогичный подход в европейской социологии показал последователь «франкфуртской школы» J. Habermas [20].

Возможно, практическое применение директив «критической социологии», основанное на прочных эмпирических стратегиях, будет иметь преимущества, такие как когнитивная демистификация социальных стереотипов, показывая часто глубоко скрытые механизмы власти (экономической, политической, идеологической, средства массовой информации). Этот подход может также повысить знания о реальном функционировании человеческого сообщества, защиты и укрепления демократии, содействия социальной идеи деятельности и участия граждан в общественной жизни и т. д. Классический анализ «критической социологии» сосредоточен, в частности, на власти, фактическом влиянии на политическую жизнь крупных корпораций и олигополий, скрытых манипуляциях, незаконном лоббировании своих интересов (беспрецедентный факт публичного выражения мнения конституционного министра Польши В. Arłukowicza в декабре 2011 г., – неоднократно и систематически фармацевтические корпорации пытались влиять на стратегические решения в рамках департамента при подготовке перечня препаратов государственного обеспечения). Вместе с тем подход «критической социологии» позволяет обнаружить скрытые официальной пропагандой нищету, социальную изоляцию, лишения и маргинализацию.

Внимание на основные дисфункции современного неolibерального капитализма, особенно в такой важной для социальной справедливости и достоинства людей области, как здравоохранение, выражается необходимостью «критической социологии здоровья и болезни», в частности во время длительного и непредсказуемого социального кризиса и экономического развития. Следует также отметить, что критическое мышление не должно быть изолировано, игнорировано, а быть в рамках публичных обсуждений, оно является важным для развития социологии «мейнстрим». Если согласиться с утверждением А. Giddensa, критический подход является основой участия в развитии социологии [16].

В польской социологии медицины пионером «критического подхода» была Magdalena Sokołowska (1922–1989): её всестороннее образование (медицинская сестра, врач, общественный деятель, общественный реформатор здравоохранения, социолог) и черты характера (настойчивость, любознательность, вызов, полемический характер) предопределили её предназначение «быть критическим социологом». Об этом свидетельствуют её книги «Пределы медицины» (1980) и «Социология медицины» (1986). В первой книге проводится критический анализ

дисфункциональности капиталистической, ориентированной на получение прибыли медицинской системы (раздел «Медицина является угрозой?») и призывает к социальному контролю за дорогостоящей гражданской бюрократией, финансируемой в основном за счет государственных средств. Она также анализирует генезис западных медицинских учреждений (не скрывая восхищения впечатляющим прогрессом биомедицинских технологий). Рассматриваются последствия кризиса доверия пациентов к западным врачам, развитие методов и методик немедикаментозного лечения. В книге «Социология медицины» М. Sokołowska сосредоточила внимание на социальном неравенстве в отношении здоровья и болезни, рассматривая с этой точки зрения проблему медицинской халатности, которая, по её мнению, является также симптомом кризиса биотехнологической медицины. Отдельно рассмотрены вопросы медицинских услуг.

Вдохновлённые таким подходом, мы несколько лет назад попытались отметить, углубить и расширить данную исследовательскую директиву национальным исследованием в медико-социальной монографии «Здоровье – болезнь – общество». Исследования проводились в отделе медицинской социологии [28]. В частности, это была попытка указать на дисфункциональность системы здравоохранения, сигнализируя о проблеме незаконного лоббирования фармацевтическими компаниями и их влиянии на решения, принимаемые Министерством здравоохранения, а также значение низкого социально-экономического статуса как фактора в этиологии болезней цивилизации в Польше. Было указано, что эти сферы являются «социальным невидимым миром», который должен быть изучен и медицинской социологией. Вред, причинённый современной медицинской системой, может быть классическим примером применения функции оценки субдисциплин, потому что, особенно в период кризиса в «обществе с рисками», необходимо сохранить традиции «критической социологии здоровья и болезни». Выбор «нейтрального» или еще хуже «извиняющегося» способа использования науки не служит ни ей самой, ни тем более не приближает нас к идеалам дисциплины «социально чувствительной», модель которой пропагандировала Magdalena Sokołowska. Antonina Ostrowska, будучи студентом, сотрудником и последователем «польской школы социологии медицины», пишет: «Эти социальные риски, связанные с медициной, освободили новое направление для размышлений и исследований в социологии медицины мы также должны отметить, что она имеет контестационный характер в отношении медицинских учреждений. Этот реформаторский подход обращается против медицинской системы, а силой поддержки является потребительское движение и неправительственные организации» [25].

Особый интерес с точки зрения «социология социологии» представлял вопрос о том, почему строительство основ гражданского общества, преобразование системы и создание демократических структур (в том числе отмена цензуры) не вызвало у польских социологов медицины необходимости изучения систематического планирования и осуществления научно-исследовательских проектов, таких как работы западных исследователей, имеющих целью исследование в духе «критической социологии» основных механизмов социальной деинвалидации в польской системе здравоохранения. Основой таких планов для демократического общества должно быть устранение или уменьшение этих болезненных для граждан структурных дисфункций, присущих медицинской системе.

Список литературы

1. Barański J., Piątkowski W. Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem // *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. – Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, 2002. – P. 162–167.
2. Bielecki W.J. Syndrom choroby funkcjonalnej: socjologiczny mit czy rzeczywistość? – *Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego*, 2007. – P. 7–12.
3. Bizoń Z., Sokołowska M., Hołówska J., Ostrowska A. Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych // *Socjologia a zdrowie*. – Warszawa: PWN, 1976. – P. 107–108.

4. *Bjornberg A., Garrofe B. C., Lindblad S.* Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (Health Consumer Powerhouse). – Warszawa: AB, 2009. N 3. – P. 16–19.
5. *Blaxter M.* Zdrowie. – Warszawa: Wydawnictwo Sic, 2009. – 172 p.
6. *Boguszewski R.* (oprac.), Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce // Komunikat zbadań CBOS, Warszawa, wrzesień. – 2007. – P. 10–12.
7. *Bowling A.* Research methods in health. // Investigating health and health services, New York: Open University Press. – 2007. – 480 p.
8. *Brenner M. H.* Political Economy and Health // B. C. Amil, S. Levine, A.R. Tarlov, D. Walsh (eds.), Society and Health, New York, Oxford: Oxford University Press. – 1995. – 241 p.
9. *Cockerham W. C.* Medical Sociology // Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. – 2004. – 432 p.
10. *Coronna C. A.* Clash of Logics, Crisis of Trust: Entering the Era for Profit Health Care? // Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing, New York: A Blueprint for the 21st Century, Springer. – 2011. – P. 255–256.
11. *Czapiński J., Panek T.* Diagnoza społeczna 2011 // Warunki i jakość życia Polaków, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego. – 2011. – P. 26–29.
12. *Duch-Krzystoszek D.* Korzystanie ze służby zdrowia. Uwarunkowania mikrostrukturalne i makrostrukturalne // A. Ostrowska (red.), Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN. – 2009. – P. 261–262.
13. *Feliksiak M.* Nadzieje i obawy związane z rokiem 2008 // Komunikat zbadań CBOS, Warszawa, styczeń. – 2008. – P. 2–4.
14. *Field M. G.* System zdrowia a system społeczny // M. Sokołowska, J. Hołówska, A. Ostrowska (red.), Socjologia a zdrowie, Warszawa: PWN. – 1976. – P. 134.
15. *Giddens A.* Socjologia // Zwiąże lecz krytyczne wprowadzenie, Poznań: Zysk i S-ka. – 1998. – P. 23–33.
16. *Giddens A.* Demokracja i sfera publiczna // Socjologia, Warszawa: Wyd. Naukowe PWN. – 2004. – P. 696.
17. *Korzeniowska E.* Promocja zdrowia w Polsce // Socjologiczna Analiza procesu innowacji, W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), Socjologia i antropologia medycyny w działaniu, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum. – 2008. – P. 95.
18. *Lewis B. L., Parent F. D.* Healthcare Equity // Handbook of Clinical Sociology, wyd. II, New York: Kluwer Academic. – 2001. – P. 157–164.
19. *Moskalewicz B.* Medycyna jako system społeczny // Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN. – 2009. – P. 211–214.
20. *Mucha J.* hasło Socjologia krytyczna // Z. Bokszański i in. (red.), Encyklopedia socjologii, t. 4, Warszawa: Oficyna Naukowa. – 2002. – P. 69–84.
21. *Narodowy Program Zdrowia, Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, Załącznik do Uchwały Rady Ministrów z dn. 15 maja 2007, N 90.* – 2007. – P. 10.
22. *Nettleton S.* The Sociology of Health and Illness, Cambridge: Polity Press. – 1996. – P. 93.
23. *Nettleton S.* Social Inequalities and Health Status // The Sociology of Health and Illness, Cambridge: Polity Press. – 2006. – P. 174–195.
24. *Nettleton S., Bunton R.* Sociological critiques of health promotion // R. Bunton, S. Nettleton, R. Burrows, The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption Lifestyle and Risk, London: Routledge. – 1999. – P. 41–58.
25. *Ostrowska A.* Polska socjologia na tle zachodniej // W. Piątkowski (red.), Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny, Lublin: Wyd. UMCS. – 2004. – P. 35.
26. *Ostrowska A.* Zróżnicowania społeczne i nierówności w zdrowiu // W. Piątkowski (red.), Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN. – 2010. – P. 23–34.
27. *Parsons T.* System społeczny // Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS. – 2009. – P. 320–323.
28. *Piątkowski W.* Wstęp, Zdrowie – choroba – społeczeństwo // Studia z socjologii medycyny, Lublin: Wydawnictwo UMCS. – 2004. – P. 13–14.
29. *Roguska B.* (oprac.) Rok 2005 – nadzieje i obawy // Komunikat z badań CBOS, Warszawa, luty. – 2005.
30. *Roguska B.* Opinie o komercjalizacji szpitali // Komunikat z badań CBOS, Warszawa, wrzesień. – 2008. – 180 p.
31. *Senior M., Vivas B.* Health and Illness // London: Palgrave – Macmillan. – 1998. – P. 12–19.
32. *Shilling Ch.* Kultura, „rola chorego” i konsumpcja zdrowia // P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska (red.), Socjologia codzienności, Kraków: Wydawnictwo Znak. – 2008. – P. 733–755.

33. *Słońska Z.* Nowe oblicze medykalizacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia // W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), Socjologia i antropologia medycyny w działaniu, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum. – 2008. – P. 41–58.
34. *Słońska Z.* Socjologia a promocja zdrowia // A. Ostrowska (red.), Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN. – 2009. – P. 283–285.
35. *Słońska Z.* Rozwój i stan pojęcia „promocja zdrowia” w perspektywie socjologicznej // K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym, Lublin: Wydawnictwo KUL. – 2010. – P. 168–175.
36. *Słońska Z.* Społeczna natura zdrowia: teoria i praktyka // W. Piątkowski (red.), Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN. – 2010. – P. 78–80.
37. *Stevens F.* The Convergence and Divergence of Modern Health Care Systems // W.C.Cockerham (red.), The New Blackwell Companion to Medical Sociology, Oxford: Blackwell. – 2010. – P. 439–440.
38. *Survey of Health Care Consumers Global Report: Key Findings, Strategic Implications* // Produced by the Deloitte Center for Health Solutions. – 2011. – P. 4.
39. *Synowiec-Pilat M.* Funkcjonalność i dysfunkcjonalność instytucji medycznych // J. Barański, W. Piątkowski (red.), Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe. – 2002. – P. 139.
40. *Synowiec-Pilat M.* Zróżnicowania i nierówności społeczne a zdrowie // J. Barański, W. Piątkowski (red.), Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe. – 2002. – P. 93.
41. *Taranowicz I.* Zachowania w zdrowiu i chorobie // J. Barański, W. Piątkowski (red.), Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe. – 2002. – P. 71.
42. *Tobiasz-Adamczyk B.* Kilka uwag o socjologii choroby // W. Piątkowski, W.A.Brodniak (red.), Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna, Tyczyn: Wydawnictwo WSSG. – 2005. – P. 27–37.
43. *Wądołowska K.* Opinie o opiece zdrowotnej // Warszawa: Komunikat z badań CBOS, luty. – 2010. – P. 1–6.
44. *WHO Global Report* // WHO Global Report Preventing chronic disease: a vital investment, Geneva: WHO. – 2005. – P. 48.
45. *Włodarczyk W. C.* Reforma opieki zdrowotnej – w poszukiwaniu nowych funkcji // J. Barański, W. Piątkowski (red.), Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe. – 2002. – P. 213.
46. *Włodarczyk W. C.* Polityka zdrowotna Unii Europejskiej: nierówności w zdrowiu // „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” IV, nr 2. – 2006. – P. 16.
47. *Wszędyrówny M.* Zachowania zdrowotne w warunkach biedy // J. Barański, W. Piątkowski (red.), Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe. – 2002. – P. 223–234.

ПОЛЬСЬКА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПРОБА СОЦІОЛОГІЧНОГО ДІАГНОСТУВАННЯ

В. Піонтковскі, Л. Новаковска, В. Пастернак (Люблін, Польща; Донецьк, Україна)

Мета статті полягає в оцінці деяких аспектів польської системи охорони здоров'я і можливості динамічної відповіді сучасним змінам у соціальному, економічному та епідеміологічному (в тому числі поширенні хронічних захворювань, старіння (родинна криза, надання допомоги та догляду за хворими) середовищах. Таке завдання було сформульовано на основі критично орієнтованої точки зору соціології здоров'я і хвороби. Особлива увага приділено проблемі поглиблення соціальної нерівності, яку можна розглядати як один з основних чинників, що перешкоджають доступу до медичних послуг. Мова йде про механізм «порятунку здоров'я» та запозичення з метою задоволення потреб в галузі охорони здоров'я у разі фінансових труднощів, а також відсутності оцінки ефективності програм із зміцнення здоров'я в країні. Також розглядається проблема довіри населення медичним устанам і спроба реформування медичної системи в Польщі. Частина дискусії присвячена критиці ідеї зниження ролі держави в галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: медична система, критична соціологія, нерівність щодо здоров'я, зміцнення здоров'я.

POLISH HEALTH CARE SYSTEM, SOCIOLOGICAL DIAGNOSIS SAMPLE

W. Piątkowski, L. Nowakowska, V. Pasternak (Lublin, Polska)

¹Mary-Curie University in Lublin, ²Department of Sociology and Family Medicine,

³Institute of Sociology, Medical University of Lublin, ⁴Laboratory of Medical Sociology,

⁵Department of Humanities, ⁶Regional traumatology hospital, Donetsk

The purpose of the discussion is to evaluate certain aspects of the Polish health care system – its ability to respond to contemporary dynamic social, economic and epidemiological changes (including the spread of chronic diseases, aging population or family crisis – its possibilities for providing care of the sick). The analysis of such a problem was based on a critically-oriented perspective that is developed in the field of the sociology of health and illness. The text pays particular attention to the problem of deepening social inequalities, which can be considered as one of the major factors that hinder access to health care and influence poorer health condition. In this context the mechanism of “saving health” and borrowing in order to satisfy the health needs in the face of financial difficulties was mentioned. Moreover, the text includes the attempt to evaluate the effectiveness of health promotion programs in our country as potentially the most effective way of raising the level of public health. There is also the issue of public confidence in health care institutions and the approval of attempts towards reforming the medical system in our country. A separate part of the discussion was devoted to criticism of the idea of reducing the role of the state in the health care sector.

Key words: the medical system, critical sociology, health inequalities, health promotion.

МЕДИЦИНА ТА ОСВІТА

УДК 315.212.2; 613.97

Поступила 27.03.2013

С. Н. ИВАЩЕНКО (Киев)

**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ
К УРОВНЮ ИНТЕНСИВНОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАГРУЗОК
В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ**

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины <algis6274@hotmail.com>

В статье изложены основы гигиенических требований к уровню интенсивности интеллектуальных нагрузок и алгоритму умственной деятельности человека в процессе восприятия и усвоения информации, связанной с изучением иностранного языка. Внимание акцентировано на изучении влияния эмоционального напряжения разной степени на степень эффективность процесса усвоения учебной информации.

Ключевые слова: учебная информация, степень эмоционального напряжения, расширение словарного запаса, изучение новых терминов, профессионально-прикладная лингвистика.

Обучение людей молодого возраста в средних и высших учебных заведениях Украины, а также других государств является чрезвычайно сложным и ответственным процессом, который постоянно совершенствуется.

Научные исследования, цель которых – повышение эффективности учебного процесса, а следовательно, и качества подготовки специалистов, являются составляющими элементами важнейшего направления научной деятельности.

На основе анализа публикаций в отечественной и зарубежной научной литературе можно сделать вывод о том, что проблеме повышения эффективности про-

цесса подготовки учащихся средних и высших учебных заведений уделяется большое внимание.

Много из опубликованных работ посвящено вопросам изучения психофизиологических особенностей умственной деятельности учащихся и влиянию на них интенсивных учебных технологий [1, 4].

Ряд работ был посвящён комплексному изучению морфофункционального статуса школьников, режима их двигательной активности и характера питания [2, 8].

Интересные данные получены в результате выполнения работ, направленных на исследование психофизиологических особенностей, эмоциональной стойкости и состояний эмоциональной дезадаптации учащихся средних и высших учебных заведений [5, 6].

Также важные сведения были опубликованы в научных статьях, посвящённых вопросам совершенствования методик физического воспитания школьников и использования в педагогическом процессе современных оздоровительных технологий [3, 7].

Но, несмотря на достигнутые успехи в решении многих актуальных практических заданий, ещё остаётся недостаточно изученным вопрос о поиске способов повышения уровня эффективности процесса восприятия и усвоения учащимися учебной информации на одном или нескольких иностранных языках.

Цель исследования – оценка особенностей восприятия и усвоения информации в процессе изучения иностранного языка, а также определение роли стрессового фактора в обеспечении качества закрепления данной информации в долговременной памяти реципиентов.

Материалы и методы. В исследовании взяли участие 168 человек – школьники старших классов Международной Киевской школы (преподавание в которой ведётся на английском языке), а также студенты-иностранцы I–IV курсов Национального университета физического воспитания и спорта Украины (изучающие учебные предметы на русском языке). Период наблюдения – с начала октября 2010 г. по конец апреля 2012 г.

В течение всего периода наблюдения при помощи специальной методики осуществляли контроль за показателями интенсивности учебного процесса и качества усвоения реципиентами учебного материала.

Параллельно с этим исследовали уровень эмоционального напряжения обучаемых, связанный с особенностями характеристик учебного процесса, и определяли закономерности его изменения в зависимости от природы и параметров стрессовых факторов, вызывающих такое напряжение, с точки зрения его влияния на уровень эффективности и качества усвоения изучаемого материала.

Результаты и их обсуждение. Система среднего и высшего образования в Украине позволяет её гражданам изучать один или несколько иностранных языков по их выбору. Кроме того, она обеспечивает возможность гражданам иностранных государств получать образование в учебных заведениях нашей страны при условии преподавания на украинском или русском языке.

В каждом случае обучаемый должен воспринимать и полноценно усваивать учебную информацию, которую преподают на языке, который для него не является родным. Это связано с определёнными трудностями, так как процесс восприятия учебной информации на иностранном языке неизбежно вызывает у лиц состояние эмоционального напряжения.

В соответствии с нормами Совета Европы по изучению иностранных языков установлены соответствующие уровни их знания.

Уровень А1: незначительные знания иностранного языка – реципиент в состоянии понимать и употреблять обыденные выражения и простые предложения.

Уровень А2: базовые знания иностранного языка – реципиент в состоянии понимать и употреблять предложения и выражения, которые связаны со всеми сферами повседневной жизни.

Уровень В1: сравнительно хорошие знания иностранного языка – реципиент может понимать часто употребляемые языковые обороты, если разговор ведут на внятном литературном языке и речь идёт о хорошо знакомых вещах.

Уровень В2: хорошие знания иностранного языка – реципиент понимает содержание сложных текстов, может вести дискуссию на специальные темы из собственной области знаний.

Уровень С1: очень хорошие знания иностранного языка – реципиент понимает сложный и объёмный текст, может выражать свои мысли спонтанно и бегло, не подыскивая долго нужные слова.

Уровень С2: отличные знания иностранного языка – реципиент может практически без трудностей понимать всё, что читает и слушает. Он обобщает информацию из письменных и устных источников, объясняет значения понятий, обобщивает выводы, связно излагает свои мысли.

В отличие от данной классификации, мы использовали собственную классификацию уровней знания иностранного языка. Её можно назвать профессионально-прикладной, так как она предусматривает способность реципиента использовать знания иностранного языка для выполнения профессионально-прикладных функций.

Профессионально-прикладная классификация уровня знания иностранного языка

Уровень		
условное название	общая характеристика	объём знаний
Адаптационный	Позволяет реципиенту полноценно исполнять служебные обязанности в рамках избранной профессии	Около 800 слов и 120 фраз профессионально-прикладного значения
Коммуникационный	Позволяет реципиенту свободно общаться с носителями языка на бытовом уровне	Более 6000 слов и 1800 типичных словосочетаний или фраз
Творческий (креативный)	Позволяет реципиенту создавать литературные произведения или образцы научной продукции (статьи, монографии и др.)	Более 25 000 слов и неограниченное количество фраз и словосочетаний

Известно, что один человек может иметь высокий уровень знания какого-либо иностранного языка, но быть недостаточно осведомлённым относительно его применения в определённой сфере профессиональной деятельности. Другой человек владеет огромным количеством терминов и фраз профессионально-прикладного значения и свободно ими оперирует, не имея глубоких системных знаний данного языка.

Если сравнить возможности этих двух людей, то окажется, что в процессе профессиональной деятельности второй может более успешно использовать свои знания иностранного языка, несмотря на явное преимущество первого в его знаниях.

Анализируя условия проведения занятий и степень успешности усвоения учащимися иностранных языков, мы пришли к выводу, что повышению эффективности этого процесса способствует определённая степень эмоционального напряжения обучаемых. Однако эта степень должна быть невысокой, чтобы эмоциональное напряжение оказывало на учащихся умеренно стимулирующее, а не тормозящее воздействие.

Выводы. 1. Процесс изучения одного или нескольких иностранных языков, а также восприятия учебной информации на одном или нескольких иностранных языках связан с определённым уровнем психологического и эмоционального напряжения учащихся. 2. Разные уровни психологического и эмоционального напряжения учащихся в процессе восприятия информации на одном или нескольких иностранных языках оказывают воздействие различного характера на степень эффективности усвоения учебной информации (от стимулирующего влияния до эффекта торможения). 3. Использование способов воздействия на функциональное состояние центральной нервной системы учащихся, для которых характерен определённый стимулирующий эффект, может способствовать улучшению качества восприятия и усвоения учащимися информации на одном или нескольких иностранных языках.

С п и с о к л и т е р а т у р и

1. *Bar-Or O., Foreyt J., Bouchard C. et al.* Physical activity, genetic, and nutritional considerations in childhood weight management // *Mtd. Sci. Sports Exerc.* – 1998. – Vol. 30. – P. 2–10.
2. *Коробейніков Г. В.* Психофізіологічні особливості розумової та психомоторної працездатності людини // *Фізіол. журн.* – 2002. – № 2. – С. 122–123.
3. *Молнар М.* Оцінка морфофункціонального статусу учнів молодшого шкільного віку Закарпаття // *Молода спортивна наука України: Зб. наук. ст. аспірантів галузі фізичної культури та спорту.* – 1999. – Вип. 3. – С. 131–134.
4. *Семёнова Г. И.* Использование оздоровительных технологий для улучшения соматического здоровья детей // *Физическая культура: воспитание, образование, тренировка.* – 2005. – № 2. – С. 45–47.
5. *Силантьев М. Н.* Влияние интенсивных образовательных технологий на адаптационные возможности организма школьников: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. – Краснодар, 2006. – 22 с.
6. *Тихонова М. І.* Технологічні фактори емоційної дезадаптації учнів загальноосвітніх навчальних закладів: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – К., 2003. – 20 с.
7. *Троценко В. В.* Педагогічні умови формування емоційної стійкості в процесі занять фізичною культурою: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – К., 2001. – 21 с.
8. *Шиян Б. М.* Теорія і методика фізичного виховання школярів: В 2-х ч. – Тернопіль: Навч. кн., 2006. – 248 с.

ГІГІЄНИЧНІ ВИМОГИ ДО РІВНЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИХ
НАВАНТАЖЕНЬ В ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ ІНОЗЕМНИХ МОВ

С. М. Іващенко (Київ)

У статті наведено дані про основи гігієнічних вимог до умов і характеру інтелектуальних навантажень на учнів загальноосвітніх навчальних закладів у процесі сприйняття ними інформації іноземною мовою. Вказано найбільш сприятливі умови для успішного сприйняття та засвоєння навчальної інформації, яка подається під час навчального процесу одєю або кількома іноземними мовами. Встановлено, що процес сприйняття та засвоєння навчальної інформації іноземною мовою пов'язаний з визначеним ступенем психологічного та емоційного напруження учнів. Разом з тим ефективність процесу навчання залежить від ступеня цього напруження. Визначені параметри психологічного та емоційного напруження учнів, як правило, виявляють стимулюючий вплив на їх центральну нервову систему (ЦНС). Інші рівні психологічного та емоційного напруження учнів, навпаки, гальмують функціональну активність відповідних структур ЦНС учнів та знижують рівень ефективності занять.

Ключові слова: навчальна інформація, ступінь емоційної напруги, розширення словарного запасу, вивчення нових термінів, професійно-прикладна лінгвістика.

HYGIENE REQUIREMENTS FOR THE LEVEL OF INTELLECTUAL INTENSIVITY
LOADS IN FOREIGN LANGUAGE LEARNING

S. N. Ivashchenko (Kiev, Ukraine)

National University of physical education and sport of Ukraine

The material of this article provides information about the basics of hygiene conditions and nature of intellectual loads of secondary schools in the perception of information in a foreign language. Are the most favorable conditions for the successful training of perception and assimilation of information supplied in the course of the learning process in one foreign language or some more different ones? It was found that the process of perception and assimilation of educational information in foreign languages is associated with some degree of mental and emotional stress of students. At the same time, the effectiveness of the learning process depends on the degree of stress. Certain parameters of the psychological and emotional stress students usually have a stimulating effect on their central nervous system. Another level, the psychological and emotional stress of students on the contrary, causes a braking effect of functional activity of the relevant structures of the central nervous system of students and reduces the effectiveness of training.

Key words: educational information, the degree of emotional stress, vocabulary, learning new terms, professionally applied linguistics.

ЮВІЛЕЙ



ІСААК МИХАЙЛОВИЧ ТРАХТЕНБЕРГ – ВЧИТЕЛЬ ТА ТАЛАНОВИТИЙ ВЧЕНИЙ

В нём будет мудрость талантливо дерзкая.
Он будет солнце нести на крыле...
Учитель – профессия дальнего действия,
Главная на Земле.

Р. Рождественський

Ставлення до наших вчителів – професорів, досвідчених кваліфікованих спеціалістів, професіоналів, які перед нами, учнями, відкривали складний світ науки, повсякденно стимулюючи прагнення до вдосконалення, наукового, творчого пошуку, особливе. В Інституті медицини праці НАМН України протягом багатьох років під керівництвом талановитого вченого, академіка Юрія Ілліча Кундієва створена когорта вчених – професорів, докторів наук, які тримали і продовжують тримати високу планку наукової компетентності, вимогливості до чистоти лабораторних та клінічних досліджень, наукового та творчого пошуку. Серед них відомий вчений-гігієніст, академік НАМН України, член-кореспондент Національної Академії наук України, заслужений діяч науки і техніки, лауреат Державної премії, керівник лабораторії промислової токсикології та гігієни праці при використанні хімічних речовин Інституту медицини праці НАМН України, доктор медичних наук, професор Ісаак Михайлович Трахтенберг, якому 11 листопада 2013 р. виповнилось 90 років.

Ісаак Михайлович народився в м. Житомирі. У 1946 р. закінчив Київський медичний інститут і вступив до аспірантури при кафедрі гігієни праці та профзахворювань, пройшов шлях від аспіранта до професора, активно поєднуючи читання лекцій з дослідницькою діяльністю. Його кандидатська дисертація присвячена питанням гігієни і токсикології ртутьорганічних сполук (1950). Підсумки багаторічних експериментів і клініко-гігієнічних розробок узагальнені в докторській дисертації «Мікромеркулізм як гігієнічна проблема», захищеній через 14 років (1964), матеріали якої відображені в монографії «Хронічний вплив ртуті на організм» (1969).

У 1972 р. вчений перейшов на роботу до Київського інституту гігієни праці та профзахворювань (нині Інститут медицини праці НАМН України), в якому організував і очолив лабораторію промислової токсикології та гігієни праці при використанні хімічних речовин. Колектив лабораторії під його керівництвом понад 40 років успішно розробляє актуальні проблеми медицини праці, профілактичної токсикології, медичної екології.

Очоливши лабораторію, І. М. Трахтенберг виконав ряд оригінальних теоретичних праць з обґрунтування та вдосконалення методів гігієнічного нормування шкідливих речовин в повітрі робочої зони і встановлення гранично допустимих концентрацій нововведених у виробництво хімічних сполук, аналіз загальних закономірних реакцій організму на екзогенні токсичні впливи, вивчення механізмів виникнення патологічних порушень хімічної етіології. Важливі його розробки з обґрунтування патогенетичної терапії та профілактики професійних інтоксикацій.

Серед фахівців широко відомі праці І. М. Трахтенберга та його учнів з різних аспектів норми в експериментальній та клінічній токсикології. Результати цих досліджень знайшли відображення в низці наукових монографій, зокрема в одній з них «Показники норми». Остання присвячена проблемі «норми» у лабораторних тварин у токсикологічному експерименті (1978), була видана також і за кордоном (1984). Монографії, а також публікації Ісаака Михайловича з даної теми в періодичних виданнях – визначні наукові праці з питань біологічної норми.

Стрижень його книг – десятиліття пошуків і досягнень, у тому числі на педагогічній ниві, пов'язані з Київським медичним інститутом (нині Національним медичним університетом імені О. О. Богомольця). За його участю почалося друге відродження інституту після Великої Вітчизняної війни. Сучасниками Ісаака Михайловича були талановиті викладачі, відомі вчені – М. Стражеско, Л. Медведь, В. Іванов, Б. Маньковський, Ю. Сапожников, І. Ліхтенштейн, Г. Фольборт, М. Спіров, С. Шахов, Є. Чайка, Я. Фрумкін, М. Губергріц, Н. Зазибін, Г. Шахбазян, яких він тепло згадує у своїх спогадах.

І. М. Трахтенберг присвятив викладанню у Київському медичному інституті 20 років життя, до цього він пройшов шлях від аспіранта кафедри гігієни праці до професора кафедри. Його експериментальні дослідження того періоду присвячені токсикології металоорганічних сполук – етилмеркурфосфату та етилмеркурхлориду, проблемам впливу на організм людини токсичних хімічних речовин.

Ним опубліковано понад 900 праць, присвячених загальним і приватним проблемам токсикології, гігієни та медичної екології, з яких 25 монографії та посібники. Під керівництвом і при консультації І. М. Трахтенберга підготовлено 55 дисертаційних робіт – докторських і кандидатських.

У кабінеті Ісаака Михайловича над шафами висять кілька портретів, серед яких класики вітчизняної медицини Ф. Ерісман і Г. Хлопін, а також сучасники А. Черкес, А. Лазарєв, Н. Правдін. У цьому кабінеті він написав монографії «Методи вивчення хронічної дії хімічних і біологічних забруднювачів», «Проблеми норми в токсикології», «Важкі метали: гігієнічні та екологічні аспекти», «Ртуть та її сполуки в навколишньому середовищі». Деякі праці перевидані в Китаї, Польщі, Швеції, а книга про ртуть удостоєна академічної премії президентів

НАМН України. Профілактична токсикологія та медична екологія – дві нові інтегральні дисципліни в руслі гігієнічної науки, які разом з іншими вченими-однодумцями ініціював І. Трахтенберг.

Ісааку Михайловичу властива активна громадянська позиція. Він член Президії Українського наукового товариства гігієністів, редакційних рад та колегій ряду газет і журналів, в тому числі «Література і життя», автор великої кількості публіцистичних статей. Виступає на сторінках преси з проблем розвитку науки та підготовки наукових кадрів, екологічної безпеки, охорони навколишнього середовища, з питань організації та вдосконалення діяльності фахівців профілактичної медицини й охорони здоров'я в цілому.

І. М. Трахтенберг співпрацює переважно з двома особливо улюбленими ним виданнями – московським «Медична газета» та київським «Дзеркало тижня»: «Прикмети смутного часу (або кожен вік має своє середньовіччя)» ... «Кому загрожують хвороби цивілізації» ... «Отруєння чи отрути?» ... «Громадське здоров'я на госпрозрахунку?» ... «Прокрустове ложе науки» ... «Академоманія» ... «Будь проклятий той, хто забути посміє» ... Ці назви свідчать про інтереси і позицію автора.

Друзі Ісаака Михайловича – відомі медики Володимир Фролькіс, Микола Амосов та Микита Маньковський, художники Данило Лідер і Ернест Катков, кінорежисери покійний Сергій Параджанов і Роман Балаян. Як реліквію він зберігає листи Аркадія Райкіна. В пам'ять про В. Фролькіса за ініціативи і підтримки Ісаака Михайловича створено елітарний клуб, засідання якого відбуваються щомісячно у рідному інституті.

Останніми десятиліттями поряд з активною дослідницькою діяльністю, підготовкою та публікацією наукових монографій, посібників, навчальних посібників багато уваги Ісаак Михайлович приділяє літературній та публіцистичній діяльності. Ним опубліковано ряд біографічних і мемуарних книг, серед яких трилогія «Запізнілі нотатки» і «Із записників і не тільки», диалогія «Зупинитися, озирнутися ...», книга «П'ятдесят ескізів» та ін. До ювілею Національного медичного університету видана книга «Слово про Alma mater».

«Будь проклятий той, хто забути посміє ...». Цим рядком з вірша Миколи Бажана Ісаак Михайлович почав свої роздуми у зв'язку з 55-річчям від дня трагедії у Бабиному Яру. Це був погляд не тільки в минуле, а й у майбутнє. На підставі фактів автор підкреслював: не можна залишатися байдужим, якщо насіння расизму раптом дають сходи ... Зрозуміло, спокійніше не помічати їх, але тоді треба змусити замовкнути совість. ... О, це вічно – роби, що повинно.

За активну трудову та громадську діяльність в період Великої Вітчизняної війни, а також плідну викладацьку та науково-дослідницьку роботу І. М. Трахтенберг був нагороджений рядом урядових нагород, серед них медалі «За оборону Києва», «За трудову доблесть у Великій Вітчизняній війні».

Ісаак Михайлович залишається вірний істині, поетичне формулювання якій дав великий Йоганн Вольфганг Гете: «Теорія без практики мертва, але дерево життя вічно зеленіє». Принциповими для нього є доведена доцільність і безпека впровадження у виробництво та практичну діяльність кожного з наукових досягнень. Тільки так, на переконання вченого, може зеленіти вічне дерево життя.

У його учнів є можливість вчитися організованості, енергійності, прагненню до пізнання нового, вмінню відрізнити головне від другорядного, здоровій конкуренції, повазі до вчителів та науки.

Його учні, колектив Інституту медицини праці НАМН України, редколегія журналу «Лікарська справа=Врачебное дело», друзі та колеги щиро вітають Ісаака Михайловича з ювілеєм і бажають йому міцного здоров'я та творчих успіхів.