

Украины И. С. Смлян - ректор Тернопольской медицинской академии.

Эти и другие ученые - уроженцы Сумщины своими научными достижениями обогатили медицинскую науку, прославили свой край и Украину далеко за ее пределами. Их научно-практическая деятельность заслуживает в современных условиях особого внимания в научной, воспитательной и профориентационной работе.

К ИСТОРИИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ НА СУМЩИНЕ

И. В. Чернобров

Сумской государственной университет.

Одним из главных направлений, предусмотренных Концепцией реформирования здравоохранения Украины, является переход к страховой медицине с перестройкой первичной медико-санитарной помощи на принципах семейного врача. Между тем такая форма медицинского обслуживания и страхования ранее существовала, включая Сумщину, хотя носила классовый характер - для рабочих, служащих и членов их семей.

Развитие страховой медицины на Сумщине осуществлялось в 1912-1914 годах с организацией больничных касс, куда застрахованные отчисляли 2-3 % от своего заработка. Однако, владельцы предприятий считали своей обязанностью обеспечение только амбулаторной помощью и медицинской помощью при несчастных случаях и внезапных заболеваниях. В 1919 г., в период временного прекращения на территории Сумщины военных действий, проводилась активная работа по дальнейшему развитию страховой медицины. Были созданы общегородские больничные кассы за счет объединения всех существовавших. Их средства составляли только страховые взносы предприятий. В тот тяжелый период разрухи больничные кассы ставили перед собой задачу максимального обеспечения своих членов всеми возможными видами медицинской

Сумщины.

В более широких масштабах страховая медицина получила развитие с 1920 г., когда при общегородских больничных кассах были созданы рабочие поликлиники (амбулатории), а территории городов разделены на врачебные участки (районы) с филиалами рабочих поликлиник. Вострахованным каждого из территориальных участков обслуживал домашний врач, который лично оказывал амбулаторную помощь и помощь на дому, проводил профилактическую работу, помогал застрахованным своевременно и наиболее лучшим образом использовать предоставлявшиеся страховой кассой медицинские и финансовые услуги. С другой стороны, домашний врач являлся представителем страховой организации, защищал одновременно ее интересы. При обращении за медицинской помощью больные предъявляли свои страховые книжки. Домашний врач назначал лечение. Только он имел право на выдачу застрахованным своего участка листков временной нетрудоспособности или других документов на получение пособий. Вызовы к больным на дом принимались в поликлинике (амбулатории), а в нерабочее время - непосредственно врачом на его квартире. Вызовы, поступавшие до 13 часов, обязательно обслуживались в тот же день, а поступавшие позже - не позднее утра следующего дня.

В экстренных случаях члены страховкасы обращались к любому врачу, но для дальнейшего лечения и удостоверения такой экстренности вызывался потом домашний врач. Лишь по его заключению страховкасса оплачивала расходы, связанные с обращением к другому врачу. Стационарная помощь застрахованным оказывалась в основном в общих больницах, где для них согласно договора выделялось строго определенное число коек различных профилей.

Страховая медицина Сумщины оказала практическую помощь в организации и расширении сети новых типов учреждений охраны здоровья матери и ребенка, пере-

данных в тот период здравоохранению. Дотации страховых касс способствовали созданию в 1923 г. противотуберкулезных диспансеров. Страховые кассы работали в тесной взаимосвязи с инспекциями охраны труда. Методическую помощь оказывала организованная в 1920 г. рабочая поликлиника № 1 г. Харькова, а затем созданный на ее базе институт рабочей медицины. Но в 1927 г. деятельность страховой медицины была прекращена в связи с ее ликвидацией в стране по решению правительства и поставленными перед здравоохранением новыми задачами. Между тем ее опыт в современных условиях имеет определенное научно-практическое значение.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ
И НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ
В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРДЦА
И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

И. Д. Рачинский
СумГУ

Развитию гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) и хронической сердечной недостаточности (ХСН), которые лежат в основе гипертензивного сердца у больных гипертонической болезнью (ГБ), способствуют расстройства гемодинамики и активности нейрогуморальных систем.

У 236 больных ГБ в сочетании с ишемической болезнью сердца с различными стадиями ХСН изучены корреляционные взаимосвязи между нарушениями гемодинамики и некоторыми показателями систем нейрогуморальной регуляции.

Результаты исследований показали, что у больных ГБ в начальном периоде ХСН определяется заметная корреляционная связь между возрастанием конечного диастолического давления (КДДЛЖ) в левом желудочке