

отделов сердца с формированием легочной гипертензии и развитием хронического легочного сердца. Увеличение величины УО имеет компенсаторно-приспособительный характер, который направлен на сохранение насосной функции сердца.

Таким образом, учитывая наличие однотипных жалоб, а именно, одышки, продуктивного кашля, частоту обострений, особенности клинического течения наличие вентиляционных нарушений смешанного типа, которые максимально выражены у больных с ожирением, а особенно с абдоминальным типом, позволяют выделить фенотип ХОБЛ с ожирением. Таким образом, индивидуальный подход к фенотипированию пациентов с ХОБЛ позволит более рационально подойти к терапии подобного контингента.

ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В БЕЛАРУСИ

Э. А. Вальчук

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Беларусь*

Принятая 21-22 октября 2015г. на Европейской министерской конференции ВОЗ в Минске декларация «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики «Здоровье 2020» провозгласила в качестве основного подхода политики здравоохранения - защиту здоровья на протяжении всего жизненного пути. Было отмечено, что ориентация на этот подход будет способствовать улучшению здоровья и благополучия людей и социальной справедливости.

В Минской декларации в качестве приоритетных предложений предусмотрены «меры по усилению потенциала работников здравоохранения и систем здравоохранения для действий в интересах людей и с уважением достоинства каждого человека, с координацией работы с учетом индивидуальных и групповых потребностей, эффективными междисциплинарными подходами и содействием для ведения достойной самостоятельной жизни и для самопомощи».

Эта политика базируется на взглядах и позициях, впервые сформулированных на Алма-Атинской конференции ВОЗ в 1978 году провозгласившей приоритет первичной медико - санитарной помощи, заключающийся в создании новой культуры здравоохранения, выходящей за пределы биомедицинского детерминизма. Система первичной медико-санитарной помощи обеспечивает не только лечебную, но и профилактическую работу, а также организацию медицинской помощи прикрепленному населению. Значение первичной медико-санитарной помощи для населения определяется высокой доступностью медицинской помощи, возможностью получения квалифицированного обследования и комплексного медицинского обслуживания в течение всей жизни. Основной

фигурой реализации принципов первичной медико - санитарной помощи является врач общей практики (семейный врач).

Центр тяжести медицины все больше перемещается из лечебной деятельности к профилактике. В основу политики здравоохранения положен принцип равенства и доступности медицинской помощи. Законодательное определение и реализация прав гражданина на доступную медицинскую помощь является высшей ценностью государства (ст. 45 Конституции Республики Беларусь). В Законе «О здравоохранении» четко определены основные виды медицинской помощи: первичная, специализированная, высокотехнологичная, медико-социальная, паллиативная. Политика государственной системы здравоохранения в Беларуси ориентирована на преимущественное развитие и поддержку амбулаторно-поликлинической помощи, в системе которой начинают и заканчивают лечение более 80 % населения. С 2015г. 40% бюджетных ассигнований направляется на финансирование амбулаторно-поликлинической помощи и службы скорой и неотложной медицинской помощи.

В государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность», утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь 14.03.2016г. № 200 на 1016-2020гг., в главе IV «Целевые показатели государственной программы» предусмотрено увеличение доли врачей, «работающих по принципу врача общей практики, в общем количестве врачей, работающих в системе оказания первичной помощи» до 100 %. Данная задача полностью согласуется с реализацией принципов Минской декларации в плане «защиты здоровья на протяжении всего жизненного пути».

Становление общей врачебной практики (ОВП) в Беларуси началось с 1992г. Приказом Минздрава была введена в номенклатуру должностей новая специальность – врач общей практики (ВОП). В 1998г. в Белорусском государственном институте усовершенствования врачей был открыт курс «общеврачебная практика», реорганизованный в 1999г. в кафедру. С 2001г. аналогичная подготовка врачей общей практики была организована в Витебском медицинском университете. Первые амбулатории, работавшие по принципу ОВП, были организованы в 1996г. (Крупница, Минская область, Гродно, поселок Южный) и др. В 2005г. функционировали 244 амбулатории ОВП, в том числе в сельской местности – 236 и 80 амбулаторий в составе участковых и больниц сестринского ухода. К 2015г. число амбулаторий ОВП увеличилось до 559, в том числе на селе - до 530, подготовлено специалистов по ОВП 821. В системе первичной медико-санитарной помощи определен норматив обеспеченности ВОП в расчете на врача – 1 300 жителей всех возрастов. Мы трактуем первичную медицинскую помощь и деятельность врача общей практики как способ оказания государством медицинской помощи конкретному человеку на протяжении всей его жизни.

Литература

1. Европейская министерская конференция Всемирной организации здравоохранения. «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики «Здоровье – 2020».

2. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016г. № 200 «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2016-2020гг.».

К БИОГРАФИИ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОДЕССКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА А. И. МИЦКЕВИЧА (1921-1989)

Ю. К. Васильев, К. К. Васильев

Сумской государственной университет

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Александр Иванович Мицкевич был заведующим кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Одесского медицинского института (ОМИ; ныне Одесский национальный медицинский университет - ОНМУ) в 1978-1985 гг. Цель данного сообщения осветить основные вехи его жизни и деятельности, а историческими источниками для нас будут архивные материалы, хранящиеся в ОНМУ – студенческое его дело и дело преподавателя.

Он родился 23 января 1921 г. в Челябинске в семье служащего (отец умер в эвакуации в 1943 г.). В том же году семья переехала в Москву, где в 1930 г. Саша Мицкевич поступил в школу. В январе 1937 г. он переехал в Днепропетровск, где жила его мать Александра Михайловна Минервина (1900-1981; в то время уже замужем за заведующим кафедрой микробиологии Днепропетровского медицинского института С.М. Минервиным), и продолжил учебу в средней школе № 79, которую окончил в 1940 г. В его аттестате зрелости 20 оценок: русский язык, русская литература, арифметика, алгебра, геометрия, тригонометрия, природоведение, история, Конституция СССР и УССР, география, физика, химия, геология и минералогия, астрономия, иностранный язык (какой не ясно, а из его личного листка по учету кадров следует, что он владел немецким языком), рисование, черчение, пение, физкультура и военное дело, а от изучения украинского языка и украинской литературы был освобожден надо считать в связи с тем, что поступил на Украине в старшие классы, а значит приступить к изучению украинского языка ему уже было поздно.

В том же – 1940 - году Мицкевич поступил в Днепропетровский медицинский институт, а в августе следующего года, в связи с приближением фронта, институт был эвакуирован в Ставрополь, где он продолжил учебу уже по программе военного времени. В мае 1942 г. А. Мицкевич был призван в Красную Армию, где служил фельдшером и при переаттестации получил звание лейтенанта медицинской службы (1944 г.). С мая 1949 г. по май 1945 г. служил на фронтах: Сталинградском, 3-м Прибалтийском, Ленинградском, 1-ом Украинском. Попал в окружение и был пленен – с сентября 1942 г. по февраль 1943 г., освобожден наступающими нашими войсками. Дважды был ранен – в сентябре 1942 г. и в июне 1944 г. Заграницей его путь военного -