ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST, ОСЛОЖНЁННЫМ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕЙРОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Прихода И.В.

Луганский национальный педагогический университет имени Тараса Шевченко

Аннотация. С целью количественной оценки качества жизни больных с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST, осложнённого острой левожелудочковой недостаточностью, сравнения её с таковой у больных со стабильной стенокардией напряжения II – III функционального класса, было изучено качество жизни в динамике в течение 8 нед лечения эналаприлом и карведилолом у 200 больных с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST. Качество жизни больных с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST значительно снижено и тем больше, чем выше класс левожелудочковой недостаточности. В ходе лечения установлена достоверная положительная динамика составных частей качества жизни во всех 3 группах.

Ключевые слова: качество жизни, острый коронарный синдром без элевации сегмента ST, острая левожелудочковая недостаточность, нейромодулирующая терапия.

Анотація. Прихода І.В. Динаміка якості життя хворих з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST, ускладненим гострою лівошлуночновою недостатністю під впливом нейромодулюючої терапії. З метою кількісної оцінки якості життя хворих на гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST, ускладнений гострою лівошлуночновою недостатністю, порівняння її з такою у хворих на стабільну стенокардію напруження II – III функціонального класу, було вивчено якість життя в динаміці на протязі 8 тижнів лікування еналаприлом та карведілолом у 200 хворих на гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST. Якість життя хворих на гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST значно знижена і тим більше, чим вище клас гострої лівошлуночнової недостатності. У ході лікування встановлено достовірну позитивну динаміку складових частин якості життя в усіх 3 групах.

Ключові слова: якість життя, гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST, гостра лівошлуночкова недостатність, нейромодулююча терапія.

Annotation. Prikhoda I.V. Dynamics of quality of life of patients with the acute coronary set of symptoms without ST-segment elevation, complicated acute left ventricular failure under agency neuromodular of therapy. With the purpose of quantitative assessment of life quality in patients with acute coronary syndrome without ST-segment elevation, complicated by acute left ventricular failure, its comparison with the same in patients with stable angina pectoris II – III functional class, life quality was investigated in dynamics during 8-week treatment by enalapril and carvedilol in 200 patients with acute coronary syndrome without ST-segment elevation. Life quality of patients with acute coronary syndrome without ST-segment elevation is considerably reduced and, the more, the higher class acute left ventricular failure. During treatment significant positive dynamics of life quality components in all 3 groups was revealed.

Key words: life quality, acute coronary syndrome without ST-segment elevation, acute left ventricular failure, neuromodular therapy.

Введение.

Исследование качества жизни в медицине – уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного. Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, – интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии (Новик А.А. и соавт., 1999, 2004) [1].

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) существенно ухудшают КЖ больных. При этом основными неблагоприятными факторами являются хроническое течение заболеваний, высокая инвалидность и вероятность фатальных осложнений. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о значительном снижении КЖ у больных ССЗ по сравнению с КЖ здорового населения (популяционная норма). Так, в исследовании, выполненном в Швеции (Brink E et al., 2002) [6], сравнивали КЖ 114 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) через 5 мес после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) с нормативными показателями в соответствующей по полу и возрасту выборке населения. В результате значимые различия получены по всем шкалам общего опросника SF-36, что свидетельствует о значительном ухудшении физического, психологического и социального функционирования больных ИБС, перенесших ИМ, по сравнению с популяционной нормой. В исследовании, проведенном в Великобритании (Dempster M. et al., 2001) [7], была изучена зависимость показателей КЖ больных ИБС от функционального класса стенокардии. Использовали общий опросник SF-36, из результатов которого установлено, что с ростом функционального класса стенокардии в большей степени нарушается физическое функционирование, чем психологическое (статистически достоверные различия).

Исходя из концепции пожизненного лечения больных ИБС встает вопрос необходимости подбора таких препаратов, которые будут не только улучшать клиническое состояние и увеличивать продолжительность жизни больных, но и не ухудшать КЖ, а по возможности – улучшать его. Как только были подведены итоги и обнародованы результаты многоцентровых исследований, доказавших, что лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и бета-адреноблокаторами (БАБ) может существенно увеличивать продолжительность жизни больных ИБС, немедленно возрос практический интерес к изучению КЖ. КЖ стало рекомендоваться к рассмотрению как самостоятельный критерий оценки эффективности терапии [11], по значимости близкий к клиническим и не уступающий экономическим критериям [8].

Работа выполнена по плану НИР Луганского национального педагогического университета имени Тараса Шевченко.

Формулирование целей работы.

Целью исследования была количественная

оценка влияния нейромодулирующей терапии на КЖ больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) без элевации сегмента ST, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛЖН).

Материалы и методы исследования.

Обследовано 200 больных с ОКС без элевации сегмента ST, которые находились на стационарном лечении в инфарктном и кардиологическом отделениях Луганской городской клинической многопрофильной больницы №1 в 2004 – 2006 годах. Все больные были госпитализированы в течение первых 24 часов от начала ишемического приступа. Среди обследованных было 120 (60%) мужчин и 80 (40%) женщин в возрасте от 38 до 76 лет (средний возраст составил $56,5 \pm 8,6$ лет).

Диагноз ОКС без элевации сегмента ST устанавливали на основании клинических, биохимических и электрокардиографических характеристик согласно критериев клинической классификации ИБС, предложенной Украинским обществом кардиологов (1999) [2], изложенных в Рекомендациях по ведению пациентов с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда без элевации сегмента ST Американской ассоциации сердца и Американской кардиологической коллегии (1999) [5] и Европейским обществом кардиологов (2002) [3].

У всех пациентов во время госпитализации отмечены клинические проявления ОЛЖН согласно классификации T.Killip, J.T.Kimball (1967) [10]: I класса – у 124 (62%) больных (составили 1-ю клиническую группу), II класса – у 46 (23%) больных (составили 2-ю клиническую группу), III – у 30 (15%) больных (составили 3-ю клиническую группу).

Диагноз эссенциальной гипертензии установлен у 150 (75%) пациентов: I стадии – у 54 (27%), II и III стадии – у 86 (43%) и 10 (5%) больных соответственно.

Все пациенты получали стандартную общепринятую терапию антиагрегантами: аспирином – по 100 – 160 мг/сут и/или клопидогрелем – 75 мг/сут, прямыми антикоагулянтами: нефракционированным гепарином (вводили внутривенно капельно с последующим переходом на подкожное введение) или эноксапаринном (подкожно в течение 3 – 7 сут), нитратами (нитроглицерином внутривенно капельно и/или изосорбида динитратом внутрь), статинами (симвастатином или аторвастатином – по 20 – 40 мг/сут). В качестве нейромодулирующей терапии использовали ИАПФ эналаприл и БАБ карведилол. С первых суток эналаприл назначали в начальной дозе 2,5 мг /сут, карведилол – 3,125 мг /сут. При отсутствии артериальной гипотензии через 12 часов после приема первой дозы повышали дозу эналаприла до 5 мг/сут (по 2,5 мг 2 раза в день), карведилола – до 6,25 мг/сут (по 3,125 мг 2 раза в день). В дальнейшем проводили ступенчатое повышение дозы эналаприла и карведилола каждые 2 – 3 дня до достижения целевых рекомендованных доз: эналаприла – 20 мг/сут, карведилола – 50 мг/сут.

Контрольную группу составили 30 больных

со стабильной стенокардией напряжения II – III функционального класса (согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов в модификации ВНКЦ АМН СССР). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, длительностью ИБС, длительностью и стадией эссенциальной гипертензии.

Суточный ритм артериального давления (АД) определяли методом суточного мониторирования АД при помощи монитора „Cardio Tens” („Meditech”, Венгрия). Электрокардиограмму (ЭКГ) покоя регистрировали в 12 отведениях на 6-ти канальном электрокардиографе NEC-6. Эхокардиографию (ЭхоКГ) в двухмерном режиме осуществляли с помощью ультразвукового сканера „Hewlett Packard, USA” с датчиком 2,5 МГц по стандартной методике согласно Рекомендаций Американского общества эхокардиографии (ASE). Уровень Тропонина Т определяли фермент связанным иммуносorbентным методом количественно с помощью прибора Cardiac Reader (Roche Diagnostics Corporation, Indianapolis, USA). Толерантность к физической нагрузке оценивали с помощью велоэргометрии (ВЭМ) с применением опросника Борга [4] для характеристики степени выраженности субъективных ощущений, сопровождавших выполнение нагрузочной пробы.

КЖ оценивали с применением общего опросника „SF-36 Health Status Survey” [9], который состоит из 11 разделов и позволяет оценить субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отражает самооценку выраженности болевого синдрома. Результаты представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Количественно оценивались такие показатели:

1. Физическое функционирование (PF) – отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, подъем тяжести и т. п.).

2. Ролевое функционирование (RP) – влияние физического состояния на выполнение будничной деятельности, работы.

3. Физическая боль (BP) – ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. Общее состояние здоровья (YH) – оценка больным состояния своего здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Жизненная сила (VT) – ощущение больным силы и энергии или, напротив, обесценности.

6. Социальное функционирование (SF) – степень, в которой физическое или психическое состояние ограничивает социальную активность.

7. Эмоционально-ролевое функционирование (RE) – в какой степени эмоциональное состояние мешает выполнению повседневной деятельно-

сти или работы.

8. Ментальное здоровье (МН) – характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Результаты исследования обрабатывали путем определения для каждого вариационного ряда средней арифметической величины „М” и стандартного отклонения „SD”. Определение достоверности полученных данных устанавливали с помощью критерия t Стьюдента. Проводили корреляционный и регрессионный анализ показателей. Расчеты проводили на персональном компьютере при помощи пакета программ Excel 2000. Достоверными считались различия при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Через неделю у 114 (57%) больных доза эналаприла была увеличена до 10 мг/сут, у 74 (37%) – до 20 мг, у 12 (6%) больных не удалось увеличить дозу из-за развития артериальной гипотензии и кашля; у 110 (55%) больных доза карведилола была увеличена до 12,5 мг/сут, у 64 (32%) – до 25 мг/сут, у 16 (8%) больных не удалось увеличить дозу из-за развития артериальной гипотензии и выраженной брадикардии. К концу исследования (8 нед) 10 мг/сут эналаприла получали 44 (22%) больных, 20 мг/сут – 144 (72%), 12 (6%) – 5 мг/сут; 25 мг/сут карведилола получали 46 (23%) больных, 50 мг/сут – 128 (69%), 12,5 мг/сут – 16 (8%) больных.

Показатели КЖ больных, перенесших ОКС без элевации сегмента ST, осложненный ОЛЖН в сравнении с лицами контрольной группы, а также их динамика через 8 нед лечения с использованием эналаприла и карведилола представлены в таблице.

Установлено значительное снижение КЖ у больных, перенесших ОКС без элевации сегмента ST, осложненный ОЛЖН в сравнении с лицами контрольной группы. Исключение составили показатели общего психического здоровья, приближавшиеся к таковым у лиц контрольной группы. Особенно были снижены характеристики физического состояния, что значительно ограничивало повседневную и трудовую деятельность. Значительной интенсивности достигал болевой синдром, была существенно снижена активность больных и повышена их утомляемость. В целом состояние физического функционирования у больных 1 группы было снижено по сравнению с группой контроля на 10,7% ($p < 0,05$), 2 и 3 группы – на 21,1 ($p < 0,01$) и 34% ($p < 0,001$) соответственно. Состояние физически-ролевого функционирования у больных 1 группы было снижено по сравнению с группой контроля на 13,4% ($p < 0,05$), 2 и 3 группы – на 22,6 ($p < 0,01$) и 41,9% ($p < 0,001$), соответственно. Состояние эмоционально-ролевого функционирования у больных 1 группы было снижено по сравнению с группой контроля на 12,1% ($p < 0,05$), 2 и 3 группы – на 24,4 ($p < 0,01$) и 37,4% ($p < 0,001$), соответственно. Следствием этого явилось выраженное ограничение социального функционирования на 9% ($p < 0,05$), 18,4% ($p < 0,01$) и

28,3% ($p < 0,001$) у больных 1, 2 и 3 групп, соответственно по сравнению с группой контроля.

В ходе исследования составляющих ментального здоровья отмечено, что у больных, перенесших ОКС без элевации сегмента ST, осложненный ОЛЖН имеет место, в сравнении с лицами контрольной группы, напряженность большинства механизмов психологической защиты. Больные 1 группы в собственных глазах выглядели более здоровыми, чем в действительности. У больных 2 и 3 групп отмечалось изменение чувства тревоги, внутреннего напряжения, снижение настроения, а также фиксированность внимания на состоянии своего здоровья. Таким образом, у пациентов 1 группы чаще встречался астено-невротический синдром, а во 2 и 3 группе – преобладали тревожно-обсессивный и депрессивно-ипохондрический синдромы.

В ходе анализа полученных данных установлена достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь ($r = -0,45$, $p < 0,01$) между показателями физического функционирования и возрастом больных (чем старше больные, тем ниже КЖ по этой шкале). Показатели по шкалам PF, RP, VT, SF, RE достоверно коррелировали с классом ОЛЖН ($r = 0,46$; $r = -0,49$; $r = -0,48$; $r = -0,49$; $r = -0,45$, соответственно, $p < 0,01$). Положительная корреляционная взаимосвязь с величиной фракции выброса (ФВ) ЛЖ была установлена для показателей шкалы физического функционирования ($r = 0,45$; $r = 0,47$ и $r = 0,49$, в 1, 2 и 3 группах, соответственно, $p < 0,01$). Аналогично положительная корреляционная взаимосвязь с величиной ФВ ЛЖ была установлена для показателей шкалы физически-ролевого функционирования ($r = 0,48$; $r = 0,50$ и $r = 0,52$, в 1, 2 и 3 группах, соответственно, $p < 0,01$). Также положительная корреляционная взаимосвязь с величиной ФВ ЛЖ была установлена для показателей шкалы социального функционирования ($r = 0,50$; $r = 0,52$ и $r = 0,54$, в 1, 2 и 3 группах, соответственно, $p < 0,001$).

При повторном исследовании КЖ через 8 нед лечения отмечено статистически достоверное улучшение по шкалам физического функционирования, боли, общего здоровья, жизнеспособности и общего физического здоровья во всех трех группах. Изменения показателей КЖ по шкалам физически-ролевого функционирования, социального функционирования и эмоционально-ролевого функционирования были недостоверны.

Динамика показателей КЖ в значительной степени коррелировала с результатами нагрузочного теста на ВЭМ, в ходе которого проводилась количественная оценка ощущений – одышки, общей слабости, утомляемости, сердцебиения и боли по опроснику Борга. Улучшение субъективной переносимости физической нагрузки в процессе лечения было тесно связано с повышением КЖ больных во всех трех группах по всем параметрам (в 1 группе – PF: $r = 0,62$; BP: $r = 0,56$; YH: $r = 0,64$; VT: $r = 0,45$; SF: $r = 0,57$; RE: $r = 0,54$; МН: $r = -0,54$, $p < 0,001$; во 2 группе – PF: $r = 0,60$; BP: $r = 0,54$; YH: $r = 0,62$; VT: $r = 0,42$; SF: $r = 0,55$,

Таблица.

Показатели качества жизни больных, перенесших острый коронарный синдром без элевации сегмента ST, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью в сравнении с лицами контрольной группы, до и после лечения

Показатель шкалы SF-36	Величина показателя (M±m), до/после лечения			
	Больные с ОКС без элевации сегмента ST, осложненным ОЛЖН (n=200)			Группа контроля (n=30)
	ОЛЖН I кл (n=124)	ОЛЖН II кл (n=46)	ОЛЖН III кл (n=30)	
Физическое функционирование (PF)	32,6±2,5*□Δ 42,5±3,7#	28,5±2,3*оΔ 36,2±2,5#	24,13±2,2*о□ 30,2±2,4#	36,5±2,7
Физически-ролевое функционирование (RP)	16,1±2,5*□Δ 16,8±2,8	14,4±2,3*оΔ 15,2±2,5	10,8±2,1*о□ 11,3±2,3	18,6±3,3
Физическая боль (BP)	40,8±5,3*□Δ 52,7±4,9#	35,6±4,3*оΔ 44,8±4,5#	30,8±3,8*о□ 39,6±4,1#	45,2±4,4
Общее здоровье (YH)	36,9±3,5*□Δ 46,3±3,8#	32,7±3,3*оΔ 40,2±3,4#	27,8±3,2*о□ 34,8±3,2#	40,8±3,7
Жизненная сила (VT)	35,5±4,3*Δ 49,8±4,9#	30,4±4,1*оΔ 43,2±4,3#	25,3±3,4*о□ 37,6±4,1#	43,6±4,4
Социальное функционирование (SF)	50,5±4,6*□Δ 53,8±4,9	45,3±4,3*оΔ 47,2±4,4	39,8±3,5*о□ 40,4±4,0	55,5±4,5
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	28,5±3,3*□Δ 29,4±3,5	24,5±3,2*оΔ 26,4±3,3	20,3±3,0*о□ 22,1±3,2	32,4±3,8
Ментальное здоровье (MH)	47,7±3,1 58,4±3,7#	47,3±3,0 55,8±3,6#	47,1±2,8 53,9±3,4#	49,8±3,2

Примечание: Разница показателей достоверна в сравнении с такими: * – с контрольной группой; % – с 1 группой; % – с 2 группой; “ – с 3 группой; # – после лечения (p<0,05–0,001).

RE: r=0,52; MH: r=-0,52, p<0,001; в 3 группе – PF: r=0,56; BP: r=0,50; YH: r=0,58; VT: r=0,38; SF: r=0,50, RE: r=0,48; MH: r=-0,48, p<0,001).

Повышение результативности нагрузочного теста (увеличение времени педалирования) сопровождалось ростом удовлетворенности своей способности к физическому (r=0,64; r=0,62 и r=0,58, p<0,001) и социальному (r=0,54; r=0,52 и r=0,48, p<0,001) функционированию, увеличением „свободы от боли” (r=-0,60; r=-0,56 и r=-0,52, p<0,001) у больных 1, 2 и 3 группы, соответственно. Отмеченное увеличение ФВ ЛЖ на фоне проведенной нейромодулирующей терапии прямо коррелировало с улучшением КЖ по шкале физического функционирования (r=0,49; r=0,45 и r=0,42, p<0,01) у больных 1, 2 и 3 группы, соответственно.

При оценке суммарного показателя (QLcp) составляющих КЖ выявлено, что после проведенного лечения с использованием эналаприла и карведилола во всех трех группах имеет место его статистически достоверное улучшение (QLcp=1,7; QLcp=1,5 и QLcp=1,3) у больных 1, 2 и 3 группы, соответственно.

Выводы.

1. Количественные показатели КЖ объективно отражают особенности нарушений жизнедеятельности, зависят от класса ОЛЖН у больных с ОКС без элевации сегмента ST и могут учитываться

при установлении уровня ограничения жизнедеятельности и степени утраты трудоспособности.

2. Повышение точности количественной оценки КЖ предусматривает отдельный анализ его физической, психоэмоциональной и социально-экономической составляющих.

3. Нейромодулирующая терапия с использованием эналаприла и карведилола приводит к достоверному улучшению КЖ больных, перенесших ОКС без элевации сегмента ST, осложненный ОЛЖН по шкалам физического функционирования, боли, общего здоровья, жизнеспособности и общего физического здоровья.

Дальнейшие исследования предполагается провести в направлении изучения других проблем качества жизни больных.

Литература

- Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
- Рекомендації з лікування хворих з гострими коронарними синдромами – Консенсус кардіологів України // Укр. кардіол. журн. – 2001. – № 2. – С. 48 – 51.
- Bertrand M.E., Simoons M.L., Fox K.A.A., Wallentin L.C., Hamm C.W., McFadden E., De Feyter P.J., Specchia G., Ruzyllo W. Management of Acute Coronary Syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Task Force of the ESC // Eur. Heart J. – 2002. – Vol. 23. – P. 1809 – 1840.
- Borg Y., Linderholm H. Exercise performance and perceived exertion in patients with coronary insufficiency, arterial hypertension and vasoregulatory ischemia // Asta Med. Scand.

- 1970. – Vol. 17. – P. 17 – 26.
5. Braunwald E., Antman E.M., Beasley J.W., Califf R.M., Cheitlin M.D., Hochman J.S., Jones R.H., Kereiakes D., Kupersmith J., Levin T.N., Pepine C.J., Schaeffer J.W., Smith E.E. III, Steward D.E., Theroux P. ACC / AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-elevation myocardial infarction: executive summary and recommendations: report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients with Unstable Angina) // *Circulation*. – 2000. – Vol. 102. – P. 1193 – 1209.
  6. Brink E., Karlson B.W., Hallberg L.R.-M. Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women and men health-related quality of life after five months // *Psychol. Health. Med.* – 2002. – Vol. 17, № 1. – P. 5 – 16.
  7. Dempster M., Donnelly M.A. Comparative Analysis of the SF-12 and the SF-36 among Ischemia Heart Disease Patients // *J. Health Psychol.* – 2002. – Vol. 6, № 6. – P. 707 – 711.
  8. Erdmann E. Health economics and quality of the as sues in heart failure / Foreword // *Eur. Heart. J.* – 1998. – Vol. 19 (Supple 1). – P. 1.
  9. Jenkinson C., Jenkinson D., Shepperd S. et al. Evaluation of treatment for congestive heart failure in patients ages 60 years and older using generic measures of health status (SF-36 and COOP charts) // *Age Ageing*. – 1997. – Vol. 26, № 1. – P. 7 – 13.
  10. Killip T., Kimball J.T. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: a two year experience with 250 patients // *Am. J. Cardiol.* – 1967. – Vol. 20. – P. 457 – 464.
  11. Rector T.S. Measurement of clinical efficacy in studies of heart failure letter; comment // *Circulation*. – 1998. – Vol. 97. – P. 707.

Поступила в редакцию 25.12.2006г.

ИСТОКИ СТАНОВЛЕНИЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С УЧАЩИМИСЯ В ПЕРИОД КАНИКУЛ В УКРАИНЕ (КОНЕЦ XIX – НАЧАЛО XX В.)

Приходько А.И.

Национальная юридическая академия
Украины имени Ярослава Мудрого

Аннотация. В статье представлены результаты изучения проблемы зарождения в Украине оздоровительной работы с учащимися в период школьных каникул (конец XIX – начало XX в.). Существование летних школьных колоний в исследуемый период было возможным исключительно благодаря общественной инициативе. Основными источниками финансирования были случайные пожертвования, сборы от благотворительных концертов, базаров, вечеров, массовых гуляний, публичных лекций, оплаты, взимаемой с колонистов за пребывание в колонии.

Ключевые слова: оздоровление учащихся, летние школьные колонии, общественность.

Анотація. Приходько Г.І. Витоки становлення оздоровчої роботи з учнями у період каникул в Україні (кінець XIX – початок XX ст.). У статті подано результати вивчення зародження в Україні оздоровчої роботи з учнями в період шкільних каникул (кінець XIX – початок XX ст.). Існування літніх шкільних колоній у досліджуваній період було можливим винятково завдяки суспільній ініціативі. Основними джерелами фінансування були випадкові пожертвування, збори від благодійних концертів, базарів, вечорів, масових гулянок, публічних лекцій, оплати, що стягує з колоністів за перебування в колонії.

Ключові слова: оздоровлення учнів, літні шкільні ко-

лонії, громадськість.

Annotation. Prikhodko A.I. Origins of formation of sanitary work with the pupils during the holidays in Ukraine (end of XIX-beginning of XX century). In article are produced the results of studying the problem of origin the sanitary work with the pupils during the holidays (end of XIX-beginning of XX century). Existence of years school colonys in the explored season possible was extreme due to the public initiative. The basic sources of financing were casual donations, collectings from charitable concerts, markets, evenings, mass walk, public lectures, the disbursement raised from colonists for stay in colony.

Key words: pupil's recovery, holidays, community.

Введение.

„Одной из важнейших задач Украины в сфере социальной защиты детей является реализация их права на оздоровление и отдых,“ – говорится в проекте «Общегосударственной программы оздоровления и отдыха детей, молодежи и семей с детьми на 2008-2013 гг.». Однако можно констатировать, что на фоне различных реформ в социальной сфере, сегодня практически утрачен прогрессивный опыт массового оздоровления детей, накопленный в Украине на протяжении прошлого века. По данным государственной статистики, в Украине в летний период 2006 г. функционировало лишь 18,0 тыс. (в 2005 г. – 18,4 тыс.) оздоровительных учреждений, из которых 16 тыс. лагеря с дневным пребыванием, деятельность которых нельзя назвать оздоровительной, а скорее, они выполняли функцию обеспечения детей организованным досугом, питанием и профилактики беспризорности.

Зародившись еще в конце XIX в., работа по оздоровлению детей достигла своего апогея в советский период развития Украины: повсеместно создавались летние оздоровительные пионерские и комсомольско-молодежные лагеря, отдых в которых был доступен каждому школьнику. Круглогодично предоставляли свои услуги детские санатории. Черноморское побережье было местом, куда на отдых в летний период съезжались дети из Украины, разных республик Советского Союза, зарубежья. Крупнейшую международную детскую здравницу «Артек» по праву можно отнести к национальному достоянию Украины. К сожалению, сегодня многое из этого стало историей.

Снижение интереса к изучению проблемы организации оздоровления учащейся молодежи наблюдается и в научной среде. Так, за последние годы можно отметить лишь отдельные работы, посвященные изучению экономических (Я.Н.Кашуба, 2006), профессионально-педагогических (Л.Е.Пундык, 1999; Е.П.Яковлева, 2002), воспитательных (Г.И.-Шутка, 2002) аспектов работы с детьми в условиях оздоровительного лагеря.

Очерчивая круг вопросов, связанных с проблемой оздоровления детей школьного возраста, которые как ранее, так и сейчас входили в поле зрения ученых, обращает на себя внимание то, что практически неисследованным до настоящего времени остается исторический аспект, в частности, зарожде-