

Гребняк М.П.<sup>1</sup>, Щудро С.А.<sup>2</sup>, Кирсанова О.В.<sup>1</sup>, Таранов В.В.<sup>1</sup>

## Діалектика розвитку медико-профілактичної справи

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

<sup>2</sup>Дніпровська державна медична академія, м. Дніпро, Україна

nattaranova57@gmail.com, taranov2v@gmail.com

Гребняк Н.П.<sup>1</sup>, Щудро С.А.<sup>2</sup>,  
Кирсанова Е.В.<sup>1</sup>, Таранов В.В.<sup>1</sup>

**Диалектика развития  
медико-профилактического дела**

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Днепровская государственная медицинская академия

Grebnyak N.P.<sup>1</sup>, Schudro S.A.<sup>2</sup>,  
Kirsanova E.V.<sup>1</sup>, Taranov V.V.<sup>1</sup>

**Dialectics reeks  
preventive medical case**

<sup>1</sup>Zaporizhzhia State Medical University

<sup>2</sup>Dnipro State Medical Academy

### Вступ

У сучасний період до глобальних викликів до систем охорони здоров'я в усіх країнах світу відносяться підвищення їх медико-соціальної та економічної ефективності. Оптимізація моделі медичного забезпечення населення вимагає глибокого розуміння усіма учасниками цього багатогранного процесу закономірностей функціонування організму в різноманітних умовах навколишнього середовища. У зв'язку з цим на перший план виходить проблема підготовки нової формації лікарів, націлених на збереження, відновлення і зміцнення здоров'я.

Пріоритетним індикатором інтегральної оцінки втрат здоров'я населення та його добробуту є показник втрачених років потенційного життя [1,2]. В Україні щорічний загальний обсяг втрачених років потенційного життя становить 3 098 840 людино-років. До найбільш вагомих класів причин смерті за цим показником відносяться хвороби системи кровообігу, новоутворення та зовнішні причини [1]. Вказане, а також низька народжуваність, висока смертність, значна міграція суттєво поглибили демографічну кризу та погіршили добробут населення України [3–5]. На кризові явища в стані здоров'я населення держава також вказують зверхсмертність чоловіків, найвищі у Європейському регіоні смертність немовлят та смертність від загальних причин, трансформація вікової структури в бік дуже старого населення [5–8].

До найбільш значущих середовищних факторів, що формують здоров'я населення відносяться хімічні, біологічні та фізичні фактори (піддається 63,8% населення); соціальні фактори (68,1% населення); спосіб життя (56,9% населення). Пріоритетними параметрами, які зумовлюють негативні тенденції в стані здоров'я, є комплексне хімічне навантаження на населення, комплексне біологічне навантаження, комплексний вплив фізичних факторів. З метою поліпшення стану здоров'я населення найбільша кількість управлінських рішень

прийнято щодо забезпечення населення доброякісною водою, охорони навколишнього середовища та поліпшення медичного забезпечення населення [9–10].

**Мета дослідження** – аналіз діалектичних законів та принципів розвитку медико-профілактичної справи.

### Об'єкт і методи дослідження

Вивчили матеріали світових та вітчизняних літературних джерел. У роботі використано бібліосемантичний, структурно-діхронний, аналітичний, структурно-логістичний методи, а також контент-аналізу.

### Результати дослідження та їх обговорення

Покровителькою санітарно-гігієнічної справи – профілактичної медицини є богиня здоров'я Гігієа (греч. Hygieia, лат. Hygia – здоров'я; в Стародавньому Римі – Салус: лат. Salus – здоров'я). Гігієнічні принципи охорони здоров'я населення формувалися починаючи з глибокої давнини (V–II в.в. до н.е.) Мету раннього емпіричного етапу гігієни сформулював нащадок Асклепія Демокрит (460–370 рр. до н.е.): «Hygiene est amigo valetudinis» (Гігієна – друг здоров'я) і «Facilins est morbos evitare quam los curare» (Хворобу легше попередити, ніж лікувати). Онука Володимира Мономаха (12 ст.) Євпраксія (Добродія) описувала правила особистої гігієни та догляду за дитиною, гігієни вагітності, гігієни харчування, дієтичного харчування. Гігієнічні знання вперше систематизував і узагальнив Гіппократ (трактат «О воздухе, воде и почве», «О здоровом образе жизни», «Наставления»). У «Никоновской летописи» і «Киево-Печерском патерике» (XI–XII в.в.) зафіксовано створення лікарень і діяльність «врачев». В «Изборнике» (1076) описувалися причини, способи лікування і попередження хвороб; давалися рекомендації з харчування.

Одним з перших пам'ятників вітчизняної гігієни було «Поучение Владимира Мономаха детям» (XI ст.).

У більш розширеному вигляді вказівки щодо гігієнічних основ викладені в «Домострое» (XV–XVI ст.). У ньому закладені основи санітарного благоустрою закладів для дітей та підлітків. До древніх санітарно-гігієнічних традицій відноситься мощення вулиць у Львові (X ст.); користування паровими лазнями, превентивні протичумні заходи з охорони населення від заражених будинків, вулиць і людей в 1090 року в Києві.

Таким чином, історико-графічний аналіз показав, що витоки вчення про збереження і зміцнення здоров'я знаходяться в глибокій старовині, а зміст здоров'ятворчих технологій обумовлюються суспільно-економічною формацією та запитом на здоров'я. Прагнення до збереження здоров'я є основою діалектичного принципу розвитку. Він детермінує рух від старого до нового, рух від нижчого до більш досконалого, поступальний характер переходу з одного якісного стану в інший.

Науковому розумінню розвитку медико-профілактичної справи допомагає метод типологізації. Він базується на впорядкуванні сукупності явищ здоров'ятворчості на певні типи істотних ознак. З огляду на те, що історичні процеси в суспільному житті розрізняються за конкретно-подієвим змістом здоров'язберігаючих технологій, більш кращий структурно-діахронний метод. Метод типологізації дозволяє виділити етапи просторово-часової сукупності медико-профілактичної справи, що якісно відрізняються від попередніх або наступних станів. Зокрема, емпіричний етап – характеризувався накопиченням гігієнічних знань, обґрунтуванням норм і правил. Профілактика визначалася на основі спостережень у вигляді наукових праць, манускриптів, канонів, правил, текстів.

Науково-емпіричний етап – пов'язаний з природничими відкриттями, появою нового соціально-економічного ладу (капіталістичного (XVIII ст.). Виник експериментальний напрямок в гігієні. Гігієна набула рис доказової медицини. Гігієнічні висновки обґрунтовувалися на основі широкого експериментування в лабораторіях. Перші гігієнічні кафедри в Україні створені в Києві (1871), Харкові (1873), Одесі (1903). Перед Першою світовою війною санітарні установи були в Києві, Херсоні, Одесі. Основними напрямками діяльності цих санітарних організацій були вивчення санітарного стану повітів, з'ясування шкідливих для здоров'я умов, вжиття заходів щодо їх усунення, а також профілактика епідемічних захворювань. У повітових містах санітарний стан контролювали городові лікарі спільно з поліцейськими чинами, дільничні та повітові земські лікарі.

Етап дореволюційної і революційної епох розвитку гігієни мав особливі риси. Основні завдання цього етапу склалися в попередженні поширення заразних хвороб, оздоровленні навколишнього середовища в населених місцях, гігієнічна організація громадського харчування, створення санітарного законодавства.

Діалектично-історичний принцип свідчить, що розвиток практичної медико-профілактичної служби в Україні характеризувався постійним перманентним її реформуванням. Початковий етап диференціювання гігієни характеризувався практичною реалізацією завдань з санітарної охорони навколишнього середовища, праці,

продовольчої сировини і продуктів харчування, боротьби з інфекційними та паразитологічними захворюваннями, охорони здоров'я дітей та підлітків.

До складу губернських і повітових органів входили санітарно-епідеміологічні підвідділи і санітарно-технічні ради. Периферійна санітарна організація включала санітарних лікарів, санітарно-житлових лікарів, осповірівателів в структурних підрозділах (санітарно-бактеріологічні лабораторії, дезстанції, епідемічні загони, санітарні комісії і т.п.). Штати санітарних лікарів встановлювалися виходячи з одного лікаря на 50 тис. міського населення, житлово-санітарного лікаря – на 25 тис., харчового санітарного лікаря – на 100 тис. населення.

Гігієна праці як самостійний розділ саннагляду формується в 1911–1914 рр. Зокрема, контроль за постановою «Про устрій і порядок утримання в санітарному відношенні фабричних, заводських та інших промислових закладів і заходи проти занесення і поширення епідемій на підприємствах Донецького басейну» (1915). У 1918 році видано Декрет про заснування інспекції праці при Народному комісаріаті Праці, які в 1930 р. були переведені в систему Наркомату охорони здоров'я (промислової санітарної станції – Держсанінспекція).

Шкільно-санітарний нагляд в дореволюційний час проводився санітарними (вивчення умов навчання і санітарно-технічний стан будівлі) та дільничними (медичний огляд школярів) лікарями. У 1917–1919 рр. охороною здоров'я дитячого населення займався Народний Комісаріат Освіти, а з 1919 р. – Народний Комісаріат Охорони здоров'я. Санітарним наглядом з шкільної гігієни займався відділ материнства і дитинства. У 1920–1922 рр. пріоритетними завданнями зі шкільної санітарії були боротьба з інфекційними та соціальними хворобами, контроль за харчуванням дітей. До революції санітарний нагляд з гігієни харчування здійснювався лікарями санітарного відділу управи або повітовими санітарними лікарями сільської місцевості. Їх основними завданнями були нагляд за якістю харчових продуктів, попередження харчових отруєнь та розповсюдження інфекцій з аліментарним шляхом.

Початок системи державного санітарного нагляду було покладено декретом Ради Народних Комісарів «Про санітарні органи Республіки» (01.06.1923 р.). Цей законодавчий документ затвердив перехід від громадських земських санітарних рад в державну санітарну службу, тобто цей момент вважається днем народження державної санепідслужби України. Декретом були закріплені права і обов'язки працівників санітарної служби, встановлені завдання і мережу організації санітарної служби, нормативи штатної чисельності працівників, покладені на санітарні органи обов'язки контролю за охороною здоров'я підростаючого покоління.

До 1930 р. санітарна служба не мала своєї організаційної структури: організаційно вона підпорядковувалася управлінням, міськрайвідділів охорони здоров'я; методологічно – губернським профільним установам. Зокрема, нагляд з гігієни праці здійснювали фахівці Наркомату праці, а з гігієни дітей та підлітків – Охмادتиту. У 1931 р. проведено друге

реформування санепідслужби. Зокрема, Радою Народних Комісарів України санітарно-бактеріологічні лабораторії реорганізовані в районні санітарно-епідеміологічні станції. У той же період, в зв'язку з несприятливою епідситуацією, створювалися протималарійні, дезінфекційні, протибруцельозні, протитуляремійні станції або відділи. У 1932 р. проведено Третє реформування санепідслужби. У зв'язку зі зміною адміністративно-територіального поділу скасовані санепідвідділи зі створенням міських і районних санітарно-епідеміологічних станцій. Протягом 1949–1951 рр. проведено четверте реформування санепідслужби (накази МОЗ СРСР від 14.12.1949 р № 937 «Про оголошення положення про Всесоюзну державну санітарну інспекцію», від 01.02.1951 № 98 «Про оголошення положення про санітарно-протиепідемічну службу», від 21.04.1951р. № 357 «Про перебудову роботи санітарно-епідеміологічної служби»). Реформуванням передбачалося об'єднання різних елементів санепідслужби в санітарно-епідеміологічну станцію. П'яте реформування санепідслужби проведено в 1951–1956 рр. Воно передбачало реорганізацію районних санепідстанцій в санепідвідділи центральних районних лікарень з ліквідацією їх юридичної самостійності. Шосте реформування санепідслужби проведено в жовтні 1963 р. Постановою Ради Міністрів СРСР «Про державний санітарний нагляд в СРСР». Суть реформування полягала в створенні єдиної мережі санепідстанцій, затвердження положення про державний санітарний нагляд, встановлення єдиної номенклатури посад. Сьоме реформування проведено Постановою Ради Міністрів СРСР від 31.05.1973 р. № 361. Зазначеною Постановою затверджено нову редакцію «Положення про державний санітарний нагляд в СРСР», змінені назви відділів і відділень, надано державний статус санепідслужбі, введений державний попереджувальний санітарний нагляд. Восьме реформування проведено Законом України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (28.02.1994 р.). Цим документом вперше створені правові основи діяльності організацій і посадових осіб. У нього включені норми і правила з питань збереження здоров'я населення. Дев'яте реформування державної санепідслужби України здійснювалось відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 14.11.2011 р. № 1184 «Про затвердження граничної чисельності працівників територіальних органів центральних органів виконавчої влади». Відповідно до цього документа ліквідовані санітарно-епідеміологічні станції, скорочена чисельність установ державної санітарної служби з 775 до 359, при зменшенні кількості посад з 52 944 посад до 29 996 посад.

Поряд з цим в становленні санітарно-епідеміологічної служби були і елементи регресу. Зокрема, ліквідація юридичної самостійності санепідслужби в ході її п'ятого реформування; ліквідація санітарно-епідеміологічних станцій в результаті дев'ятого реформування; скорочення питомої ваги академічних годин для вивчення окремих гігієнічних дисциплін в медичних університетах.

Виходячи з діалектичних позицій, категорією індивідуального здоров'я людини є процес розвитку, збереження біологічних, фізіологічних і психічних функцій оптимальної працездатності та соціальної активності при максимальній тривалості життя. Воно пов'язане зі значною варіацією головних параметрів життєдіяльності людини і адаптаційно-компенсаторних можливостей його організму.

Отже, кількісні зміни, що накопичилися у функціонуванні організму детермінують якісні, тобто є реалізацією діалектичного закону переходу кількісних змін у якісні. Таким чином, міра здоров'я на індивідуальному, колективному, когортному і популяційному рівнях може служити інтегральним критерієм ефективності медико-профілактичної справи.

Санітарна характеристика навколишнього середовища і діяльності людини по відношенню до гігієнічних регламентів (ГДК, ГДУ, ОБРВ) детермінують розвиток патологічних процесів в організмі людини. У свою чергу, диференціація різних якостей здоров'я (хвороба – здоров'я, норма – патологія) дозволяють обґрунтувати лікувально-профілактичні заходи щодо попередження/зменшення ступеня розвитку патологічного процесу.

Стрижневим законом діалектики в цілому і по відношенню до розвитку медико-профілактичної справи є закон взаємного переходу кількісних і якісних змін. Зокрема, накопичення патологічних змін в організмі під впливом негативних факторів середовища детермінують хворобу, а сприятливі фактори сприяють зміцненню здоров'я. Отже, якісні та кількісні зміни в результаті взаємодії є основою диференціації різних станів здоров'я і визначення тактики здоров'язберігаючих технологій.

На підставі діалектичного принципу загальності зв'язків інтегральною величиною внутрішніх зв'язків системи організму як біологічної системи є рівень здоров'я: норма, донозологічний стан, хвороба. Норма – це міра життєдіяльності організму, при якій фізіологічні процеси підтримуються на оптимальному рівні, людина здатна оптимально задовольняти всі матеріальні та духовні потреби. Донозологічні стани діагностуються за напругою механізмів адаптації, низьким резервом потужності основних функціональних систем і наявністю морфо-функціональних відхилень. Хвороба – це причинно-обумовлений патологічний стан, що характеризується обмеженням важливих функцій. Всі внутрішні зв'язки розташовуються в ієрархічному порядку, що підкоряються збереженню здоров'я. Категорія зовнішніх зв'язків характеризує взаємини людини в соціальному середовищі, тобто. специфіку факторів та їхнього внеску у формування здоров'я. Вони диференціюються на наступні групи: хімічні, фізичні, біологічні, тяжкості і напруженості праці, соціальні та медичного обслуговування.

Таким чином, принцип системності дозволяє розуміти систему медико-профілактичної справи як сукупність взаємопов'язаних параметрів і досягти вирішення головних завдань. До яких відносяться визначення системоутворюючих чинників, аналіз

характеру ієрархічних та горизонтальних відносин між ними і вивчити взаємодію організму із зовнішнім середовищем.

Діалектичний принцип причинності детермінує стан здоров'я екзогенними і ендогенними причинами. Індикаторами якості навколишнього середовища є стан здоров'я, критерії її стану і впливу на здоров'я (якість питної води, атмосферного повітря, продуктів харчування і т.д.), вплив параметрів діяльності (праці, навчання) на функціонування організму, а також рівень захисту здоров'я. При цьому, виходячи з діалектичних позицій, рівень здоров'я служить показником негативного або сприятливого впливу навколишнього середовища та способу життя на населення, і є підставою для прийняття рішень з оптимізації умов життя та діяльності. Оцінка взаємозв'язків між станом здоров'я і визначальними його факторами здійснюється за допомогою кореляційного, регресійного, факторного і кластерного аналізів.

Діалектичний принцип історизму детермінує запит на громадське здоров'я та його розвиток у часі. Він сприяє вивченню медико-профілактичної справи в її генезісі та розвитку (витоків подій, етапів розвитку). У сучасний період переходу до ринкових принципів суспільно-економічної формації на перший план виходить трансформація системи державного медико-профілактичної справи. Її основними принципами є уніфікація соціально-гігієнічного моніторингу, цільові оздоровчі санітарно-протиепідемічні програми, управління епіпроцесами при виникненні та ліквідації надзвичайних ситуацій.

Виятково пріоритетно значущим для становлення медико-профілактичної справи є діалектичний закон заперечення заперечення, що детермінує перехід від одного якісного стану в інший та носить поступальний характер. Надходження і повторення значущих для соціального здоров'я явищ додало становленню медико-профілактичної справи циклічну спіралевидну форму. Вона включає в себе все краще в здоров'ятворчості, накопичене на попередніх стадіях. Воно найбільш емко сформульоване в понятті санепідблагополуччя (стан здоров'я і населення середовища проживання людини, при якому відсутня шкідливий вплив факторів середовища і забезпечуються сприятливі умови його життєдіяльності) [11]. Системоутворюючим фактором санепідблагополуччя є санепідзахист тобто державний нагляд з метою профілактики інфекційних та масових захворювань, запобігання шкідливому впливу на людину середовища проживання.

На сучасному етапі одним з основних інструментів для забезпечення санітарної безпеки населення є аналіз ризику для здоров'я. Зокрема, ризик-орієнтована модель нагляду за безпекою продукції складається з наступного алгоритму: виділення об'єктів, що підлягають найбільш частим поглибленим перевіркам (високий потенційний ризик заподіяння шкоди здоров'ю населення); формування найбільш «ризикових груп» товарів для лабораторних досліджень; оптимізація лабораторного контролю («адресність» показників з найбільш частими

порушеннями нормативів) [12, 13]. Ризик – орієнтована модель з гігієни праці для професійного ризику включає в себе оцінку експозиції виробничого фактора, визначення класу умов праці; розрахунок ймовірності заподіяння шкоди працівникові, заходи профілактики [14].

Прогресивному розвитку системи громадського здоров'я сприяє розроблення інноваційних технологій в рамках інноваційно орієнтованих кластерів (створення стабільного та безпечного довкілля, проведення профілактичних оглядів, усунення факторів ризику для здоров'я, формування здорового способу життя й здоров'я у процесі навчання і виробничої діяльності). Конкретні інноваційні кластери складаються із комплексних заходів та диференціюються за наступними напрямками: обґрунтування системи заходів з формування сприятливого навколишнього середовища мешкання; моніторингу умов рекреаційної та трудової діяльності; виявлення професійно зумовлених захворювань; динамічний контроль за станом здоров'я працюючих та розробка лікувально-оздоровчих заходів; гігієнічна атестація, діагностика й профілактика професійних захворювань; створення центрів зі збереження здоров'я людей [15].

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на розробку функціонально-організаційної моделі здоров'ятворчості в системі громадського здоров'я.

## Висновки

Структурно-діхронний метод, що враховує відмінність між історичними процесами в суспільно-економічній формації та конкретно-подієвим змістом здоров'язберігаючих технологій, дозволив виділити емпіричний, дореволюційний, революційний і сучасний етапи становлення медико-профілактичної справи. Пріоритетними діалектичними законами розвитку медико-профілактичної справи є закон взаємного переходу кількісних змін у якісні (що є основою диференціації різних станів здоров'язберігаючих технологій) і закон заперечення заперечення (детермінує поступальний характер переходу з одного якісного стану в інший). Міра здоров'я на індивідуальному, колективному, когортному та популяційному рівнях може служити інтегральним критерієм ефективності медико-профілактичної справи. Основними принципами діалектики розвитку медико-профілактичної справи є загальності зв'язків, системності, історизму, причинності. Розвитку медико-профілактичної справи характерне постійне перманентне реформування. Іноваційні здоров'яформуючі технології на кожному етапі розвитку медико-профілактичної справи представляють собою підходи та прийоми інноваційної діяльності спрямовані на створення і матеріалізацію нововведень у медицині та суспільстві, реалізація яких зумовить якісні зміни у здоров'ї. Перспективи використання отриманих результатів полягають у реформуванні медико-профілактичної справи в системі громадського здоров'я.

## Література

1. Сердюк А.М. Втрачені роки потенційного життя серед населення України як індикатор визначення пріоритетних завдань охорони здоров'я / А.М. Сердюк, С.С. Карташова // Довкілля та здоров'я. – 2019. – № 3. – С. 4–10.
2. Murray C.J.L. Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 (The Global Burden of Disease and Injury) / C.J.L. Murray., A.D. Lopez // Geneva: WHO, 1996. URL: <http://www.who.int/iris/handle/10665/41864>.
3. Демографічний щорічник за 2017 рік. URL : [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/katu/2018/zb/11/zb\\_dy\\_2017.pdf](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/katu/2018/zb/11/zb_dy_2017.pdf).
4. Бердник О.В. Здоровье населения как критериальная характеристика его качества / О.В. Бердник, О.В. Добрянская, О.П. Рудницкая, Т.П. Скочко // Довкілля та здоров'я. – 2018 – № 1 – С. 4–8.
5. Гребняк Н.П. Здоровье населения Украины в глобальном измерении / Н.П. Гребняк, В.А. Агарков, С.В. Грищенко // Медичні перспективи. – 2012. – Т. XII. – № 1. – С. 128–134.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України. ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2017. – 516 с.
7. Оприлюднення експрес-випусків Держстату у 2018 році. URL : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
8. World health statistics 2015. Part II. Global health indicators / Publications of the World Health Organization from WHO Press.- Geneva: WHO. – 2015 – P. 125–135.
9. Список стран по ИРИП // Электронный ресурс. Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki>.
10. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения в Российской Федерации в 2017 году». – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. – 2018. – 268 с.
11. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
12. Гаевский И.В. О методическом обеспечении риск-ориентированного надзора за безопасностью потребительской продукции на едином экономическом пространстве Союза / И.В. Гаевский, Н.В. Зайцева, Н.В. Май и др. // Анализ риска здоровью. – 2019. – № 1. – С. 4–16.
13. Попова А.Ю. Анализ риска – стратегическое направление обеспечения безопасности пищевых продуктов. Анализ риска здоровью. 2018 – № 4. – С. 4–12.
14. Денисов Э.И. Шум на рабочем месте: ПДУ, Оценка риска и прогнозирование потери слуха // Анализ риска здоровью. – 2019 – № 3. – С. 13–23.
15. Гребняк М.П. Формування кадрового потенціалу громадського здоров'я / М.П. Гребняк, О.В. Кірсанова, В.В. Таранов // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 3. – С. 17–21.

## References

1. Serdiuk A.M. Vtracheni roky potentsiinoho zhyttia sered naseleння Ukrainy yak indyktor vyznachennia priorytetnykh zavdan okhorony zdorovia/ A.M.Serdiuk, S.S. Kartashova // Dovkillia ta zdorovia, 2019.–№3.–S.4-10.
2. Murray C.J.L., Lopez A.D. Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 (The Global Burden of Disease and Injury) Geneva: WHO, 1996. URL: <http://www.who.int/iris/handle/10665/41864>.
3. Demohrafichnyi shchorichnyk za 2017 rik. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2018/zb/11/zb\\_dy\\_2017.pdf](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/11/zb_dy_2017.pdf).
4. Berdnyk O.V. Zdorove naselenyia kak kryteryalnaia kharakterystyka eho kachestva / O.V.Berdnyk, O.V.Dobrianskaia, O.P.Rudnytskaia, T.P.Skochko // Dovkillia ta zdorovia. 2018.–№1.–S.4-8.
5. Grebnyak N.P. Zdorove naselenyia Ukrayny v hlobalnom yzmerenyy / N.P.Grebnyak, V.A. Aharkov, S.V. Hryshchenko / Medychni perspektyvy. 2012.–T.XII.–№1.–S.128 -134.
6. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleння, sanitarно-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2016 rik / MOZ Ukrainy. DU «UISD MOZ Ukrainy».–K.–2017.–516 s.
7. Opyliudnennia ekspres-vypuskiv Derzhstatu u 2018 rotsi. URL : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
8. World health statistics 2015. Part II. Global health indicators / Publications of the World Health Organization from WHO Press.- Geneva: WHO.–2015.–R. 125 -135.
9. Spysok stran po YRYP // Elektronnyi resurs. Rezhym dostupa: <http://ru.wikipedia.org/wiki>.
10. Hosudarstvennyi doklad «O sanytarно-epydemyolohycheskom blahopoluchyy naselenyia v Rossyiskoi Federatsyy v 2017 hodu». – М.: Federalnaia sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebytelei y blahopoluchyia cheloveka. – 2018.–268 s.
11. Federalnyi zakon ot 30.03.1999 № 52-F3 (red. ot 03.08.2018) «O sanytarно-epydemyolohycheskom blahopoluchyy naselenyia».

12. Haevskiy Y.V. O metodycheskom obespechenyy risk-oryentyrovannoho nadzora za bezopasnostiu potrebytelskoi produktsyy na edynom ekonomycheskom prostranstve Soiuzu Analyz ryska zdoroviu / Y.V. Haevskiy, N.V. Zaitseva, N.V. Mai y dr. 2019.–№ 1.–S.4-16.
13. Popova A.Iu. Analyz ryska – stratehycheskoe napravlenye obespecheniya bezopasnosti pyshchevykh produktov. Analyz ryska zdoroviu. 2018.–№ 4.–S.4 -12.
14. Denysov E.Y. Shum na rabochem meste: PDU, Otsenka ryska y prohnozyrovanye potery slukha. Analyz ryska zdoroviu // 2019. – № 3.–S. 13-23.
15. Grebnyak M.P. Formuvannia kadrovoho potentsialu hromadskoho zdorovia / M.P. Grebnyak, O.V.Kirsanova, V.V.Taranov // Ukraina. Zdorovia natsii. –2018. – №3. – S. 17–21.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.09.2019 р.

---

**Мета дослідження.** Аналіз діалектичних законів і принципів розвитку медико-профілактичної справи.

**Матеріали та методи.** Вивчили матеріали світових та вітчизняних літературних джерел. В роботі використані бібліосемантичний, структурно-діхронний, аналітичний, структурно-логічний методи і контент-аналізу.

**Результати.** Протягом тисячоліть відбувався постійний пошук здоров'язберігаючих технологій. Структурно-діхронний метод дозволив виділити емпіричний, дореволюційний, революційний і сучасний етапи становлення медико-профілактичної справи. На сучасному етапі пріоритетними інструментами медико-профілактичної справи є ризик-орієнтовані моделі, інноваційні здоров'я формуючі технології в системі громадського здоров'я.

**Висновки.** Пріоритетними діалектичними законами розвитку медико-профілактичної справи є закон взаємного переходу кількісних змін у якісні (що є основою диференціації різних станів здоров'язберігаючих технологій) і закон заперечення заперечення (детермінує поступальний характер переходу з одного якісного стану в інший). Міра здоров'я на індивідуальному, колективному, когортному і популяційному рівнях може служити інтегральним критерієм ефективності медико-профілактичної справи. Основними принципами діалектики становлення медико-профілактичної справи є загальність зв'язків, системність, історизм, причинність. Розвитку медико-профілактичної справи характерно постійне перманентне реформування.

**Ключові слова:** становлення медико-профілактичної справи, закони і принципи діалектики.

---

**Цель исследования.** Анализ диалектических законов и принципов развития медико-профилактического дела.

**Материалы и методы.** Изучили материалы мировых и отечественных литературных источников. В работе использованы библиосемантический, структурно-дихронный, аналитический, структурно-логический методы и контент-анализа.

**Результаты.** На протяжении тысячелетий происходил постоянный поиск здоровьесохраняющих технологий. Структурно-дихронный метод, учитывающий различия между историческими процессами в общественно-экономической формации и конкретно-событийным содержанием здоровьесохраняющих технологий в становлении медико-профилактического дела, позволил выделить эмпирический, дореволюционный, революционный и современный этапы становления медико-профилактического дела. На современном этапе пріоритетными інструментами медико-профілактичного дела являються ризик-орієнтовані моделі, інноваційні здоров'я формуючі технології в системі громадського здоров'я.

**Выводы.** Пріоритетними діалектичними законами розвитку медико-профілактичного дела являються закон взаємного переходу кількісних змін у якісні (являються основою диференціації різних станів здоров'язберігаючих технологій) і закон заперечення заперечення (детермінує поступальний характер переходу з одного якісного стану в інший). Міра здоров'я на індивідуальному, колективному, когортному і популяційному рівнях може служити інтегральним критерієм ефективності медико-профілактичного дела.

Основними принципами діалектики становлення медико-профілактичного дела являються всеобщности связей, системности, историзма, причинности. Развитию медико-профилактического дела характерно постоянное перманентное реформирование.

**Ключевые слова:** становление медико-профилактического дела, законы и принципы диалектики.

---

**Purpose.** Analysis of the dialectical laws and principles of medical and prophylactic business.

**Materials and methods.** We studied the material world and domestic literature. The paper used bibliosemanticheskyy, analytical, structurally-logical methods and content analysis.

**Results.** For thousands of years there was a constant search health-saving technologies. Structural diachronic method that takes into account the differences between the historical processes in the socio-economic structure and the concrete event-content health-saving technologies in the development of medical and prophylactic business, enabled us to identify the empirical, pre-revolutionary, revolutionary and modern stages of development of preventive health affairs. The development of medical and

prophylactic business characterized by continuous permanent reform. At the present stage the priority instruments of medical and preventive works are risk-oriented models, innovative health-saving technologies in the public health system.

**Conclusions.** The priority of the dialectical law of development of medical-prophylactic works are the law of mutual transformation of quantitative to qualitative changes (which is the basis for the differentiation of the various states of health-saving technologies) and the law of negation of negation (Sustained-determining nature of the transition from one qualitative state to another). Health measure on the individual, team, cohort and population levels can serve as an integral criterion for the effectiveness of medical and prophylactic business. The main principles of the dialectic of becoming a medical-prophylactic works are universal connection, system, historicism, causality.

**Key words:** formation of medical and prophylactic business, laws and principles of dialectics.

---

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

**Conflicts of interest:** authors have no conflicts of interest to declare.

#### Відомості про авторів

**Гребняк Микола Петрович** – д.мед.н., проф., професор кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.  
+380 (99) 205-27-57, nattaranova57@gmail.com.

**Щудро Світлана Анатоліївна** – д.мед.н., доцент кафедри загальної гігієни та екології Дніпровської державної медичної академії; вул. Володимира Вернадського, буд. 9, м. Дніпро, 49044, Україна.

**Кірсанова Олена Валентинівна** – к.мед.н., доцент кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.  
+380 (67) 725-50-76.

**Таранов Володимир Володимирович** – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, охорони здоров'я та ЛТЕ; пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.  
+380 (68) 447-25-10, taranov2v@gmail.com.