

digestive and immune system of the child. Duration of breast-feeding does not affect the incidence of atopic dermatitis, so nursing mothers should observe a hypoallergenic diet, especially in families with a family history. Considering the high incidence of gastrointestinal comorbidities, the treatment of atopic dermatitis drugs that improve digestion, should be used. The severity of atopic dermatitis is not determined by the level of Ig E in blood serum, but it triggers the influence on the development of allergic inflammation. In general, Th2 polarization in the direction of increasing the functional activity in the acute period correspond to the classical ideas about the immunopathogenesis of atopic inflammation. The obtained results allow us to navigate the functional disorders of the immune system in children with AD and, can be used for adequate therapy.

УДК 616.248-07-053.5:575.2

Григола О.Г.

КЛІНІЧНО-СПІРОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧНОЇ НАПРУГИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Буковинський державний медичний університет МОЗ України, м. Чернівці

На підставі результатів комплексного клінічно-інструментального обстеження хворих на бронхіальну астму дітей шкільного віку, зарупованих у дві групи порівняння залежно від наявності ознак фенотипу астми фізичної напруги (АФН), встановлені його характерні особливості. У дітей із фенотипом АФН, на відміну від однолітків з групи порівняння, відмічено тяжчий перебіг захворювання, яке по мірі дорослішання супроводжується ризиком втрати контролю: співвідношення шансів - 3,45, відносний ризик - 1,47, абсолютний ризик - 26%. Хворі із АФН вирізняються вищими показниками неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів до прямих і непрямих бронхопровокаційних стимулів та виразнішою шкірною гіперчутливістю негайного типу до стандартних побутових алергенів, що, мабуть, обумовлено більшим ступенем обтяженості сімейного алергологічного анамнезу, протекторною (щодо інфекційних захворювань) роллю грудного вигодовування на 1 році життя та наявними несприятливими мікроекосоціальними впливами.

Ключові слова: бронхіальна астма, діти, фенотипи, гіперсприйнятливість, атопія.

Дана робота є фрагментом науково-дослідної роботи: «Фенотипова неоднорідність бронхіальної астми в дітей (діагностичні підходи, індивідуалізоване лікування, прогноз)» (№ державної реєстрації 0112U003542, 2012-2016 рр.), а автор є її співавтором.

Вступ

Бронхіальна астма – поширене хронічне запальне захворювання дихальних шляхів [1, 2]. Розповсюдженість цієї патології в дитячій популяції коливається в межах від 3,4 до 37,6%, що вимагає значних прямих та непрямих витрат, негативно відбивається на якості життя хворих, та, врешті, становить не лише медичну, але й медико-соціальну проблему дітей та їх родин. Останнім часом визначається зростання цікавості фахівців до проблеми бронхіальної астми фізичного зусилля (або напруги) [5], причому думки вчених повсякчас є діаметрально протилежними: від повного заперечення існування даної клінічної форми захворювання до її виокремлення у вигляді самостійного фенотипу. Це пов'язане з тим, що в більшості хворих на БА фізичне навантаження може провокувати загострення захворювання [10], проте і сама по собі АФН є окремим фенотипом захворювання. Адже вже не викликає сумніву той факт, що бронхіальна астма є неоднорідним захворюванням, яке охоплює гетерогенну групу різних фенотипів [3, 7], врахування особливостей яких дозволяє індивідуалізувати терапевтичну тактику [6]. Для астми фізичної напруги (АФН) це тим більше важливо, що такий індивідуалізований підхід сприятиме корекції дезадаптації хворих, нормалізації їх способу життя та створенню рефрактерності до

фізичних навантажень, що є особливо актуальним для дітей з їх постійною руховою активністю.

Бронхіальна астма фізичної напруги (АФН, exercise induced asthma, EIA) характеризується виникненням симптомів загострення захворювання у зв'язку із впливом провокації фізичного навантаження. Її об'єктивним параклінічним критерієм може служити виникнення бронхоспазму, що призводить до зниження базисних значень FOV_1 не менше, ніж на 15%. Залежно від застосованих критеріїв даного фенотипу захворювання, він реєструється у межах від 30% до 90% хворих [11, 12, 13], що, в свою чергу, підкреслює його власну неоднорідність та наявність різних патогенетичних варіантів захворювання. Зокрема, якщо звичайна бронхоспастична реакція у хворого з порушенням бронхіальної прохідності виникає під час фізичного навантаження, то для хворих на АФН характерне її виникнення по завершенню навантаження або упродовж найближчих 10-15 хвилин після нього. Така особливість сприяє тому, що погіршення загального стану дитини після фізичної напруги батьки часто пов'язують з ГРВІ або іншими причинами. Разом із тим, невизначеними та не повною мірою обгрунтованими залишаються рекомендації лікарів стосовно занять фізичною культурою дітей, які страждають на бронхіальну аст-

му, що призводить до переважно суворого обмеження фізичних вправ і детренованості дітей, погіршує їх толерантність навіть до незначних фізичних зусиль. З цієї позиції дослідження АФН у дітей шкільного віку є перспективним для встановлення тактики ведення хворих та вдосконалення індивідуальних лікувально-профілактичних заходів.

Мета роботи

Вивчити клінічні показники, маркери атопії та гіперсприйнятливості бронхів до прямих і непрямих чинників у хворих шкільного віку із фенотипом бронхіальної астми фізичної напруги для оптимізації індивідуалізованих лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 57 дітей шкільного віку (середній вік становив $12,3 \pm 1,4$ року, хлопчиків 68,33%, мешканців сільської місцевості – 53,33%), що упродовж у середньому $6,1 \pm 1,2$ року страждають на бронхіальну астму, яка має ознаки АФН. Ці хворі сформували I клінічну групу, критеріями входження до якої були вказівки на провокаційну роль фізичної напруги у розвитку нападів захворювання, а також зниження ФОВ1 на 15% і більше після дозованого бігу. Групу порівняння (другу, II), сформували 53 дітей, у яких наведені вище ознаки БАФН були відсутніми. Ці хворі страждали на бронхіальну астму впродовж $5,56 \pm 0,24$ року, серед них хлопчиків було 74,34%, а кожна друга дитина мешкала у сільській місцевості (50,44%). За основними клінічними характеристиками групи виявилися зіставляваними.

Дослідження проведене в паралельних клінічних групах порівняння, сформованих за принципом випадкової вибірки, методом „випадок-контроль”, із дотриманням основних вимог до нього. Усім хворим в умовах ОДКЛ м.Чернівці проведене комплексне клінічно-параклінічне обстеження, яке передбачало вивчення шкірної гіперчутливості негайного типу до стандартних небактеріальних алергенів (побутових, пилоквих, харчових, епідермальних виробництва ТОВ „Імунолог” (Україна) шляхом їх внутрішньошкірного введення у кількості 10000 PNU в 1 мл; та проведення бронхопровокаційних тестів з прямими (серійні розведення гістаміну) і непрямими (дозований біг) бронхоспазмогенними чинниками.

Обтяженість сімейного анамнезу за атопічними захворюваннями та бронхіальною астмою оцінювали за генеалогічним індексом (ГІ) [4]. При цьому вважали, що чим більш обтяжений сімейний анамнез за даною нозологічною групою, тим вище ГІ (у. о.).

Ефективність менеджменту БА оцінювали за показниками контролю захворювання в процесі базисної протизапальної терапії, для чого використовували АСТ-тест (Астма Контроль Тест, Quality Metric Incorporated, 2002) [8, 9], згідно

якого кожне питання оцінювалося в балах від 0 до 5. Загальна сума балів, що перевищувала 20, – свідчила про повний контроль, від 16 до 19 балів – про частковий контроль, 15 і менше балів – про відсутність контролю над захворюванням.

Отримані результати дослідження аналізувалися методом біостатистики та клінічної епідеміології, а також за допомогою пакету програм “STATISTICA 7.0” StatSoft Inc. та Excel XP для Windows з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення. Оцінка ризику реалізації події проводилась з урахуванням вірогідності величин відносного (ВР), атрибутивного (АР) ризиків та співвідношення шансів (СШ), а також визначення їх довірчих інтервалів (95% ДІ).

Результати та їх обговорення

У роботі показано, що у хворих із БАФН захворювання частіше мало тяжкий характер перебігу та рідше – легкий. Так, у клінічній групі легка персистуюча БА відмічена у $7,5 \pm 2,4\%$ випадків, середньотяжка – у $45,8 \pm 4,6\%$ і тяжка – у $46,7 \pm 4,6\%$ спостережень. У групі порівняння наведена тяжкість БА траплялася відповідно у $17,0 \pm 2,5\%$ ($P < 0,05$), $57,8 \pm 3,3\%$ ($P > 0,05$) і тяжка – у $23,0 \pm 2,8\%$ спостережень ($P < 0,05$). Отримані результати дозволили дійти висновку, що діти з фенотипом АФН вимагають більш активної тактики протизапальної терапії.

Атопічна форма захворювання траплялася у 49,2% дітей із фенотипом АФН, а в решти 50,83% хворих астма мала ознаки інфекційно-алергічного процесу. У групі порівняння наведені особливості перебігу бронхіальної астми відмічено у 57,08% та 42,92% спостережень ($P > 0,05$). Майже у половини дітей основної групи (45,0%) та групи порівняння (42,54%, $P > 0,05$) в анамнезі відмічені вказівки на наявність шкірних проявів атопії у вигляді «ексудативно-катарального діатезу», а також мали місце супутні алергічні захворювання (56,67% та 46,8% хворих відповідно, $P > 0,05$).

Майже 2/3 представників основної групи виховувалися у несприятливих соціально-економічних умовах: у 15,91% дітей не працював батько, у 27,27% сімей – мати, обидва батьки не мали місця постійного працевлаштування у 20,45% випадків, а 13,64% хворих виховувались у неповних сім'ях чи були сиротами та напівсиротами. У групі порівняння наведені характеристики соціально-економічного статусу сімей, де виховувалися хворі діти, були наступними: 15,44%, 19,85%, 33,09% ($P > 0,05$) та 7,35% випадків ($P < 0,05$).

Загальновідома «гігієнічна гіпотеза» бронхіальної астми отримала часткове підтвердження, оскільки 50,0% хворих із АФН до 3-місячного віку отримували виключно грудне вигодовування, а до 6 місяців – таких дітей було 40,6%. У групі порівняння даний розподіл виявився таким:

47,0% та 34,6% спостережень ($P > 0,05$).

Ретельне вивчення особливостей генеалогічного анамнезу дітей груп порівняння дозволило встановити особливості ступеня його обтяженості алергічними захворюваннями, виражені у вигляді генеалогічного індексу. Так, середні його показники у групах порівняння становили $0,19 \pm 0,05$ у.о. та $0,11 \pm 0,02$ у.о. ($P > 0,05$). Попри відсутність статистично вірогідних відмінностей, можна припустити, що в дітей з більш обтяженим на atopічні захворювання сімейним алергологічним анамнезом, наявність несприятливих зовнішніх мікросоціальних чинників сприяє формуванню гіперчутливості дихальних шляхів до фізичного навантаження з тяжчим перебігом недуги. Так, встановлено, що у дітей із фенотипом АФН трапляється вища лабільність бронхів (індекс лабільності бронхів (ІЛБ) сягав $31,7 \pm 1,8\%$ проти $12,6 \pm 1,6\%$ у групі порівняння, $P < 0,001$) переважно за рахунок групоформувальної ознаки – бронхоспазму (ІБС), індукованого дозованим фізичним навантаженням ($20,9 \pm 1,2\%$ проти $3,5 \pm 0,4\%$ відповідно, $P < 0,0001$). Водночас слід відмітити, що гіперреактивність бронхів на пря-

мий фармакологічний бронхоспазмогенний стимул (гістамін) суттєво не відрізнялася у групах порівняння, що, напевне, вказувало на різні механізми гіперсприйнятливості ДШ до прямих і непрямих провокаційних стимулів. Так, середні показники реактивності бронхів у вигляді кута нахилу дозозалежної кривої (ДЗК) становили у I групі $1,74 \pm 0,09$ у.о. а у II – $1,58 \pm 0,08$ у.о. ($P > 0,05$), а маркери гіперчутливості дихальних шляхів, представлені провокаційною концентрацією гістаміну (ПК₂₀Г) відповідно становили $1,58 \pm 0,08$ мг/мл та $2,37 \pm 0,32$ мг/мл ($P > 0,05$). Попри відсутність статистично вірогідних відмінностей, виявлені тенденції свідчили про вищі показники гіперчутливості та гіперреактивності бронхів у дітей із фенотипом АФН, що співпадало із клінічними його особливостями.

Шкірну гіперчутливість негайного типу, яка відображує наявність та міру atopії, вивчали за результатами внутрішньо-шкірних алергопроб зі стандартними не бактеріальними алергенами, які наведені у таблиці у вигляді максимального розміру папули.

Таблиця

Результати внутрішньо-шкірних алергопроб зі стандартними небактеріальними алергенами ($M \pm m$)

Клінічні підгрупи	Середні розміри папули, мм (95%ДІ)			
	Побутові алергени	Епідермальні алергени	Харчові алергени	Пилкові алергени
1 підгрупа	$17,7 \pm 0,86$ (16,01-19,45)	$13,68 \pm 0,95$ (11,78-15,56)	$10,59 \pm 1,36$ (7,81-13,38)	$9,89 \pm 0,87$ (8,14-11,64)
2 підгрупа	$15,13 \pm 0,59$ (13,96-16,31)	$14,07 \pm 0,66$ (12,78-15,37)	$8,58 \pm 0,7$ (7,17-9,99)	$10,28 \pm 0,82$ (8,64-11,92)
P	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примітка: P – критерій Ст'юдента; 95% ДІ – довірчий інтервал.

Наведені результати підкреслюють наявність виразнішої atopії у дітей, які мають ознаки бронхіальної астми фізичної напруги, та узгоджуються із виявленими відмінностями у показниках мікросоціального оточення хворих, що на тлі успадкованої схильності до atopічних реакцій підтримують гіперчутливість до побутових аероалергенів та сприяють формуванню даного фенотипу захворювання.

Проведено аналіз самооцінки хворими стану контрольованості бронхіальної астми. Так, за результатами опитування за анкетною АСТ, контрольований перебіг АФН мала у 36,84% дітей віком до 11 років та у 21,05% хворих старшого віку, частково контрольований у 36,84% та 23,68% відповідно, а неконтрольований – у 26,31% та 55,26% відповідно. Напевно, зростання частки хворих з неконтрольованим перебігом серед дітей віком 12 років і старше могло пояснюватися тривалістю перебігу захворювання і недостатньою ефективністю стандартної базисної протирецидивної терапії. Так, пацієнти віком 12 років і старше, що страждали на АФН, мали вищий ризик втрати контролю над захворюванням порівняно з молодшими за віком хворими: СШ = 3,45 (95%ДІ 1,1-11,5), ВР = 1,47 (95%ДІ 0,7-3,29) і АР = 26%.

Серед хворих групи порівняння віком до 11 років контрольована астма траплялася у 23,54%

випадків, частково контрольована – у 41,18% та неконтрольована – у 35,29% спостережень (в усіх випадках $P > 0,05$). Серед хворих віком 12 років і старше аналогічні результати менеджменту захворювання мали місце у: 23,53%, 27,45% та 49,02% спостережень (в усіх випадках $P > 0,05$). Отже, відсутність вірогідних відмінностей за результатами самооцінки контролю бронхіальної астми хоча і не узгоджувалася з результатами спірографічних досліджень, проте відмічалася тенденція до більшої частки дітей з неконтрольованою астмою у віці до 11 років серед хворих групи порівняння, а у віці 12 років і старше – серед хворих із фенотипом АФН.

Висновки

Таким чином, комбінація спадкової схильності до алергічних захворювань, негативних зовнішніх впливів, atopічної реактивності організму та гіперсприйнятливості бронхів по мірі дорослішання пацієнтів призводить до формування фенотипу більш тяжкої і недостатньо контрольованої астми фізичної напруги в дітей, що, можливо, з клінічної точки зору, проявляється саме підвищеною чутливістю дихальних шляхів до фізичних навантажень. У таких хворих трапляється вища неспецифічна гіперсприйнятливості бронхів не лише до непрямих бронхопровокаційних

стимулів, але і прямого бронхоспазмогенного фармакологічного агента, що свідчить про наявність сформованих процесів гіперчутливості і гіперреактивності бронхів до різного спектру провокаційних агентів. У хворих віком 12 років і старше у 3,5 рази вищим є ризик втрати контролю за перебігом бронхіальної астми фізичної напруги, ніж у дітей молодшої вікової групи, що вимагає індивідуалізованого підходу до тактики базисного протизапального лікування.

Перспективи подальших розробок полягають у вивченні генотипових особливостей хворих на бронхіальну астму фізичної напруги, зокрема, генів, які кодують активність ендотеліальної NO-синтетази.

Література

1. Геппе Н.А. Новые международные рекомендации по бронхиальной астме у детей PRACTALL / Н.А. Геппе, В.А. Ревякина // Пульмонология и аллергология. – 2008. – № 1. – С. 60-67.
2. Литвиненко С.Н. Самооценка детьми степени контроля над бронхиальной астмой / С.Н. Литвиненко, Н.К. Тихонова // Актуальные вопросы педиатрии : Мат. конф. – Калининград, 2013. – С. 22-27.
3. Колоскова О.К. Особливості біохімічних показників конденсату видихуваного повітря у дітей за різних фенотипів бронхіальної астми / О.К. Колоскова, Л.О. Безруков, Л.А. Іванова [та ін.] //

- Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 13-19.
4. Мачулина Л.Н. Комплексная оценка состояния здоровья ребёнка / Л.Н. Мачулина, Л.М. Белеева, Л.И. Матуш : Метод. рекомендации. – Минск : Нормативный документ Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, 1999. – 52 с.
 5. Новик Г.А. Бронхиальная астма физического напряжения и методы ее лечения / Г.А. Новик // Лечащий врач. – 2012. – № 6. – С. 8-12.
 6. Уманец Т.Р. Фенотипи формування бронхіальної астми у дітей дошкільного віку / Т.Р. Уманец // Астма та алергія. – 2012. – № 1. – С. 18-22.
 7. Bacharier L.B. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report // L.B. Bacharier, A. Boner, K.-H. Carlsen [et al.] // Allergy. – 2008. – V. 63. – P. 5-34.
 8. Juniper E.F. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control / E.F. Juniper, P.M. O'Byrne, G.H. Guyatt [et al.] // Eur. Respir. J. – 1999. – V. 14. – P. 902-907.
 9. Juniper E.F. Measuring asthma control. Clinic questionnaire or daily diary? / E.F. Juniper, P.M. O'Byrne, P.J. Ferrie [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. – 2000. – V. 162. – P. 1330-1334.
 10. Lee T.H. Heterogeneity of mechanisms in exercise induced asthma / T.H. Lee, S.D. Anderson // Thorax. – 1985. – V. 40. – P. 481-487.
 11. Lopesa W.A. Exercise-induced bronchospasm in obese adolescents / W.A. Lopesa, R.B. Radominskib, N.A. Rosa'rio Filhoc [et al.] // Allergol. Immunopathol. – 2009. – V. 37. – P. 175-179.
 12. Petersen R. Treatment of exercise-induced asthma with beclomethasone dipropionate in children with asthma / R. Petersen, L. Agertoft, S. Pedersen // Eur. Respir. J. – 2004. – V. 24. – P. 932-937.
 13. Wilkerson L.A. Exercise-induced asthma / L.A. Wilkerson // J. Am. Osteopath. Assoc. – 1998. – V. 98. – P. 211-215.

Реферат

КЛИНИКО-СПИРОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ФИЗИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Григола Е.Г.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, фенотипы, гипервосприимчивость, атопия.

На основании результатов комплексного клинко-инструментального обследования детей школьного возраста, страдающих бронхиальной астмой, сгруппированных в две клинические группы в зависимости от наличия признаков фенотипа астмы физического напряжения (АФН), установлены его характерные особенности. У детей с фенотипом АФН отмечено более тяжелое течение заболевания, которое по мере взросления пациентов сопровождается риском потери контроля: отношение шансов - 3,45, относительный риск - 1,47, абсолютный риск - 26%. Больные с АФН отличаются высокими показателями неспецифической гипервосприимчивости бронхов к бронхопровокационным стимулам, выраженной кожной гиперчувствительностью немедленного типа к стандартным бытовым аллергенам, что, видимо, обуславливалось большей отягощенностью семейного аллергологического анамнеза, протекторной (относительно инфекционных заболеваний) ролью грудного вскармливания на 1 году жизни и наличием неблагоприятных микроэкологических стимулов.

Summary

CLINICAL AND SPIROMETRICAL FEATURES OF PHENOTYPE OF EXERTIONAL BRONCHIAL ASTHMA IN SCHOOL AGE CHILDREN

Grigola O.G.

Key words: bronchial asthma, children, phenotypes, bronchial hyper-reactivity, atopy.

Introduction. Nowadays childhood bronchial asthma is considered as an ununiform disease that includes a heterogeneous group of different phenotypes. Phenotype of exertional asthma (EA) arouses the particular interest because of its effect on patients' quality of life and, above all, their physical activity. A study of EA in school age children has a great potential to determine the management of such patients and to improve patient-centered treatment and prevention approaches. Objectives: to study the clinical features and markers of atopy and bronchial hyper-reactivity to direct and indirect triggers in school-age patients with exertional bronchial asthma phenotype for improving patient-centered management.

Materials and methods. Two groups of patients were subjected to complete clinical examination. The first (I) clinical group was formed with 57 schoolchildren having signs of EA, the second (II) group of comparison included 53 children with bronchial asthma, which did not manifest bronchial constriction after physical activity. The study involved identical clinical groups of comparison formed on the basis of random sampling method "case-control". The comparison groups did not differ significantly on the main clinical characteristics (sex, age, place of residence). In addition to clinical parameters, including survey by asthma control test (ACT-test), indices of nonspecific bronchial hyper-reactivity, as well as immediate skin hypersensitivity to nonbacterial allergens have been studied.

Results. The patients with exertional asthma compared with children of II clinical group, had significantly more severe course of the disease, and as they were growing up, the risk of losing bronchial asthma control

increased compared with younger patients: OR=3.45 (95% CI: 1,1-11,5), RR=1.47 (95% CI: 0,7-3,29) and AR=26%. Children with exertional asthma were more often breastfed up to 1 year, they suffered from clinical signs of atopic dermatitis and were burdened with a family allergic history. 2/3 of these patients were brought up in adverse social and economic conditions. Children with exertional asthma had higher skin hypersensitivity to domestic allergens as well as bronchial hyper-reactivity to direct (histamine) and indirect provoking stimuli.

Conclusions. In children, as they get elder, a combination of genetic predisposition to allergic diseases, negative external influences, as well as atopic reactivity of the organism and bronchial hyper-reactivity leads to the formation of a more severe phenotype and poorly controlled exertional bronchial asthma that requires a patient-centered approach to anti-inflammatory treatment approach.

УДК 351.77:340.131(477),,19"

Гринзовський А.М.

ПЕРІОДИЗАЦІЯ ТА ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ УКРАЇНСЬКОГО САНІТАРНОГО ЗАКОНОДАВСТВА ДО ПОЧАТКУ ХХ СТОЛІТТЯ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

В роботі показано формування та розвиток нормативно-правової бази протиепідемічних і санітарно-гігієнічних заходів як структурного елемента вітчизняного медико-санітарного законодавства. Санітарне законодавство динамічно мінялось в залежності від розвитку гігієни та епідеміології як галузей науки, а також санітарії як практичного застосування розроблених гігієнічною наукою нормативів, санітарних і протиепідемічних правил, рекомендацій, котрі забезпечують оптимізацію умов навчання та виховання, побуту, праці, відпочинку і харчування людей з метою збереження їх здоров'я.

Ключові слова: гігієна, епідеміологія, санітарне законодавство, медичне право, історія медицини.

Сьогодні, у період реформування в незалежній українській державі, її історичне минуле та медико-правова спадщина відіграють важливу роль під час пошуку сучасних шляхів вирішення завдання поліпшення соціально-побутових умов та підвищення загального рівня життя громадян. Вирішення багатьох проблем, які гостро постали перед українською державою, передбачає всебічний аналіз, проведення об'єктивної оцінки, врахування та використання кращих правових досягнень, які накопичило світове співтовариство, зокрема, в галузі охорони здоров'я людини. Суспільні відносини у цій сфері, які склалися в Україні, потребують медико-правового врегулювання, з урахуванням загальноновизнаних принципів і норм міжнародного права [5, 15].

Все це обумовлює постійно зростаючий інтерес до історико-медичних досліджень, які мають як історичну цінність, так і є своєрідним "ключем" щодо розуміння закономірностей та встановлення тенденцій розвитку гігієни, епідеміології та санітарного законодавства [15, 16, 20, 21].

Мета, задачі та методи дослідження

Дане дослідження ставило на меті встановлення етапів розвитку медико-санітарного законодавства в період з XVIII – до початку ХХ століть.

Метод досліджень – системно-історичний. Джерелами дослідження були наукові публікації та збірки законів та підзаконних актів Російської імперії XVIII – ХХІ століть.

Результати та обговорення

Санітарне законодавство динамічно змінювалося в залежності від розвитку гігієни та епідемі-

ології як галузей наук, та санітарії, як практичного застосування розроблених гігієнічною наукою нормативів, санітарних та протиепідемічних правил, рекомендацій, які забезпечують оптимізацію умов навчання та виховання, побуту, праці, відпочинку та харчування людей з метою зміцнення та збереження їх здоров'я.

Нашими дослідженнями встановлено послідовність процесів формування медичного права у галузі епідеміології, гігієни та санітарії (від звичаєвого тих років до сучасного його розуміння).

Трансформацію санітарного законодавства можна представити наступним ланцюжком: народні традиції – релігійні вимоги або догми – рішення місцевих урядників – прийняття в екстремних випадках разових інструкції або законів – створення загальнодержавних вузько спеціалізованих нормативних актів – формування статусу медичної поліції як комплексного нормативно-правового документу – розробка системи положень та санітарно-епідеміологічних регламентів, надання їм нормативно-правового статусу – створення та впровадження в практику системи загальнодержавних санітарних норм та правил – прийняття профільних законів – імплементація профілактичних засад до конституції держави – гармонізація (узгодження) вітчизняного санітарного законодавства із міжнародним нормативно-правовим полем.

На кожному з цих етапів відбувались послідовні еволюційні процеси розвитку санітарного законодавства, на які інтенсивно впливали загальнодержавні, медичні та політичні події.

На початковому етапі під тиском емпіричного досвіду сформувалося, так зване, звичаєве пра-