

В. М. ГУСЕВ, В. М. АСТАХОВ, С. О. ДУБИНА (Лиман)

НЕКРОТИЧНИЙ ФАСЦІЙТ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ: ДАНІ ЛІТЕРАТУРИ ТА ОПИС ВЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Донецький національний медичний університет <54.145green@gmail.com>

Незважаючи на успіхи сучасної медицини, проблема гнійної хірургічної інфекції до теперішнього часу зберігає свою актуальність і є однією з невирішених і найбільш дискусійних в клінічній хірургії. У структурі гнійно-запальних захворювань м'яких тканин існують форми хірургічних інфекцій, які характеризуються прогресуючим некрозом фасціальних утворень, відрізняються особливою тяжкістю клінічного перебігу, супроводжуються розвитком ендотоксинемії, що в подальшому призводить до розвитку тяжкого сепсису і поліорганної недостатності. Серед генералізованих хірургічних інфекцій особливий інтерес становить некротичний фасційт – один з різновидів великої групи хірургічної інфекції м'яких тканин, в патоморфологічній основі якої лежить гнійно-некротичне ураження поверхневої фасції і підшкірної жирової клітковини. Йому притаманні різноманітні клінічні прояви, відсутність специфічних ознак, що зумовлюють труднощі своєчасної діагностики лікарями різних спеціальностей, розвиток серйозних ускладнень та летальних наслідків. Основою ранньої діагностики некротизуючих інфекцій м'яких тканин, а отже, запорукою успішного лікування цих тяжкохворих, як і раніше, залишається своєчасний аналіз анамнестичних даних і клінічних симптомів. Лікування некротичного фасційту обумовлює важким і складним завданням, що пояснюється особливістю патологічного процесу, успіх якого визначається ранньою діагностикою і невідкладним радикальним оперативним втручанням. Доволі рідкісні публікації з даної проблеми є причиною інформаційного вакууму і необізнаності більшості лікарів у даній патології, потенційної для розвитку критичних станів, що обумовлює необхідність імперативного інформування лікарів суміжних спеціальностей, які практикують в амбулаторно-поліклінічній мережі та госпітальній ланці. У статті описано власне клінічне спостереження фульмінантної форми некротичного фасційту, діагностованого за даними аутопсії.

Ключові слова: некротичні інфекції м'яких тканин; некротичний фасційт; летальний наслідок.

Некротичні ураження шкіри і м'яких тканин відрізняються від більш легких, поверхневих інфекцій клінічною картиною, системними проявами і стратегією лікування. Їх перебіг характеризується швидко прогресуючим некрозом, до якого можуть залучатися шкіра, підшкірна клітковина, фасція і м'язи, що супроводжується вираженою інтоксикацією, а в особливо тяжких випадках – поліорганною дисфункцією та смертю пацієнта [13, 15].

Незважаючи на відносну рідкість випадків (у США щорічно реєструють до 1500 випадків, у Великій Британії – до 500) [2, 3, 14], некротичні інфекції посідають особливе місце в хірургічній практиці, що зумовлено високою частотою летальності, яка у разі розвитку таких інфекцій становить від 13,9 до 50 %, а під час розвитку септичного шоку може досягати 80–100 % [1, 4, 11].

В літературі останніх десятиліть з'являється дедалі більша кількість публікацій, автори яких стверджують [1, 9], що в складному патогенетичному механізмі розвитку некротичних інфекцій важливу роль відіграють медіатори запалення. На їхню думку, перевищення фізіологічних концентрацій цитокінів призводить до системного пошкодження судин ендотелію, перш за все, на мікро-

циркуляторному рівні, з розвитком системного внутрішньосудинного запалення. Надлишкове продукування прозапальних цитокінів (ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-8, ФНП- α) не тільки викликає синдром ендотоксикозу, а й супроводжується адгезією ІЛ-8 до ендотеліальних клітин, обумовленою вивільненням тканинного тромбoplastину з пошкодженням ендотеліоцитів, що в кінцевому результаті призводить до тромбозу судин мікроциркуляторного русла та ішемічно-реперфузійного пошкодження тканин. Вважають, що пошкодження клітин ендотелію судин, викликане цитокінами, супроводжується екстравазальною міграцією та «секвестрацією» рідкої частини крові в інтерстиціальний простір, паравазальною інфільтрацією, яка призводить до розвитку тканинного набряку, а це, в свою чергу, збільшує процес порушення мікроциркуляції в фасціальних структурах і, як наслідок, – до ішемії та некрозу фасції [2, 3].

Видовий склад мікробіоти, що викликає некротичні ураження, відрізняється поліморфізмом. Причиною таких патологічних процесів у більшості випадків може бути як анаеробна моноінфекція (клостридіальна та неклостридіальна), так і комбінація мікробних асоціацій. Незважаючи на таку можливу різноманітність збудників, найчастіше етіологічним фактором виникнення некротизуючої інфекції м'яких тканин є β -гемолітичний стрептокок групи А (*Streptococcus pyogenes*) [1, 9]. Він виділяється з вогнищ некротизуючої інфекції не менше у 8 з 10 випадків [1, 5]. Але деякі автори [8] безапеляційно вважають, що провідну роль у виникненні некротичної інфекції м'яких тканин відіграють β -гемолітичні стрептококи групи А. Існує думка [2, 3], що провідна роль в етіології і патогенезі некротичних інфекцій може належати не локальній мікробній агресії, а початковій бактеріемії, обумовленій транслокацією мікрофлори в системний кровообіг з просвіту кишечника при його захворюваннях (дисбактеріоз, хвороба Крона, синдром кишкової недостатності) або з місцевого гнійного вогнища, яка, сприяючи пошкодженню клітин ендотелію судин, запускає гіперкоагуляційний каскад через механізм утворення тромбoplastину.

Серед великої групи захворювань виділяють одну з найтяжчих патологій – некротичний фасціт (*fasciitis necroticans*), морфологічну основу якого становить прогресуючий некроз поверхневої фасції (*fascias superficialis*) і підшкірної жирової клітковини (*tella adiposa subcutanea*), а клінічний перебіг відрізняється особливою тяжкістю і супроводжується артеріальною гіпотензією та поліорганною недостатністю. Він має лавиноподібний перебіг з ознаками гіпертоксичного варіанта бактеріальної інфекції, призводить до летального наслідку за відсутності адекватної терапії протягом 6–8 год від початку захворювання, що потребує ранньої діагностики, оперативного втручання за життєвими показниками та проведення активних терапевтичних заходів [1, 12, 13]. Поширення патологічного процесу визначається анатомічними особливостями уражених тканинних структур. Поверхнева фасція обмежує нижню підшкірну жирову клітковину на всій її довжині. Вона є тонким шаром щільної сполучної тканини, що включає щільно розташовані пучки колагенових волокон. Аналогічним шаром вкриті підлеглі м'язи. Між обома фасціальними листками є нерізко виражений прошарок пухкої волокнистої сполучної тканини з ділянками жирової клітковини, саме по якому і прогресує запальний процес [10].

Особливістю цього захворювання є відсутність гною або його поява на пізніх стадіях захворювання [9]. Цей факт, до речі, є однією з причин діагностичних помилок і неадекватної лікувальної тактики, часто призводить до фатальних наслідків. Запізніла діагностика захворювання, недооцінка тяжкості стану хворого і, отже, відсутність адекватного комплексного хірургічного лікування в значній кількості випадків призводять до смерті пацієнта від септичного шоку, іноді до встановлення правильного діагнозу [6, 7]. Наводимо опис власного клінічного спостереження.

Породілля Я. (пологи 26.04.2016 р., строкові, нормальні, анемія легкого ступеня, виписана на 3-тю добу у задовільному стані) 03.05.2016 р. викликала бригаду швидкої медичної допомоги у зв'язку із скаргами на біль у правому колінному суглобі, висип на стегнах геморагічного характеру, що виникли напередодні. Встановлено попередній діагноз гострого тромбоемболію глибоких вен правого стегна. Гострий артрит правого колінного суглоба. Міозит правого стегна.

Хвору госпіталізовано до хірургічного відділення міської лікарні, о 8.35 її оглянув черговий хірург. На момент огляду даних про гостру судинну патологію кінцівок не виявлено. Підтверджено попередній діагноз гострого артрити правого колінного суглоба. Міозит правого стегна. Рекомендовано лікування в умовах терапевтичного відділення.

Переведена до терапевтичного відділення о 9.00. Загальний стан під час госпіталізації середньої тяжкості. Положення у ліжку: рухи обмежені внаслідок болю у правому суглобі. Шкіра та слизові оболонки чисті, ціанозу губ немає. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. На шкірі обох стегон геморагічний висип, який в деяких місцях зливається. Частота дихального ритму 18 за 1 хв. Аускультативно: дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ритмічні, ясні. ЧСС – 80 уд./хв. Артеріальний тиск (АТ) – 90/60 мм рт. ст. на обох руках. Язик вологий, з білим нашаруванням. Живіт м'який, чутливий у надлобковій ділянці. Печінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний. Випороження 1–2 рази на добу, без особливостей. Діурез 1–2 рази на добу, до 200 мл.

Locus morbi: рухи у правому колінному суглобі різко обмежені внаслідок болю, пальпація болісна. Локальна гіперемія, набряк, болочистість м'яких тканин правого стегна.

Діагноз при госпіталізації: гострий артрит правого колінного суглоба, реактивна форма. Геморагічний васкуліт. Шкірно-суглобова форма?

Хвору обстежено згідно з призначеним планом. Результати лабораторних досліджень (09.00): загальний аналіз крові: ШОЕ – 35 мм/год; гем. – 116 г/л; лейкоц. – $5,4 \cdot 10^9$ на 1 л; глюкоза крові – 3,8 ммоль/л.

Призначено лікування: антибіотикотерапія (цефтріаксон 1 г), протизапальні засоби (Найз® по 1 таблетці 3 рази на добу), глюкокортикоїди (дексаметазон 12 мг).

О 17.30 хвора поскаржилася на посилення болю у правому стегні, задишку, холодний піт. Відмічає збільшення висипу за протяжністю та інтенсивністю з поширенням на сідничну ділянку, передню черевну стінку. Після огляду черговим лікарем стан розцінено як тяжкий. АТ – 60/40 мм рт. ст, пульс – 120 за 1 хв, SpO₂ – 60 %. Організовано постійний судинний доступ для проведення інфузійної терапії (глюкозо-сольовий розчин, гелафузин, стабізол), інотропної і судинної підтримки (дофамін, дексаметазон), респіраторну підтримку зволуженим киснем за призначенням чергового лікаря анестезіолога-реаніматолога згідно з встановленим діагнозом післяпологового сепсису. Інфекційно-токсичний шок. Тромбоемболія легеневої артерії?

Повторно виконано УЗДГ судин нижніх кінцівок – ехографічно артеріальний кровообіг збережено за магістральним типом на всіх рівнях. Глибокі та підшкірні вени прохідні.

Лабораторні показники о 18.00: ер. – $3,4 \cdot 10^{12}$ на 1 л; гем. – 112 г/л; гематокритне число – 32 %; КР – 0,99; лейкоц. – $16,8 \cdot 10^9$ на 1 л; тромб. 40 %; е. – 0; п. – 34; с. – 63; лімф. – 2; мон. – 1, токсична зернистість нейтрофільних гранулоцитів, ретикулоцити – 8 %.

Загальний аналіз сечі: каламутна, реакція кисла, білок – 0,133 г/л, цукор відсутній, ер. – 40–60 у полі зору, лейкоц. – 1–3 у полі зору, епітелій – значна кількість, гіалінові циліндри – 0–1 у полі зору, бактерії – велика кількість.

Біохімічне дослідження: сечовина – 23 ммоль/л, креатинін – 417 ммоль/л, білірубін загальний – 43,8 ммоль/л, прямий – 20,4 ммоль/л, непрямий – 23,4 ммоль/л, АлАТ – 64 од./л, АсАТ – 32 од./л.

ЕКГ – ритм синусовий, правильний. Виражена тахікардія – 175 уд./хв. Вертикальне положення ЕВС. Ознаки навантаження правого передсердя.

Стан хворої при огляді суміжними спеціалістами о 18.40 розцінено як вкрай тяжкий. У свідомості, але загальмована. На шкірі спини, попереку, промежини, живота, верхніх та нижніх кінцівок визначаються багрові плями різних розмірів, що місцями зливаються. Припухлість обох колінних суглобів, більше справа. Місцева температура не підвищена. Праве стегно збільшене у розмірі на 4,5 см. Дихання везикулярне, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тахікардія – 120 уд./хв. АТ – 60/30 мм рт. ст. на фоні проведення протишокової та масивної антибактеріальної терапії. Має місце здуття живота, перистальтика

відсутня. Печінка різко збільшена, + 7 см нижче реберної дуги, край її заокруглений. Анурія. SpO₂ 36 % незважаючи на проведення оксигенотерапії, гіпотермія – 35,7 °С.

Діагноз: післяпологовий сепсис. ДВЗ-синдром. Синдром поліорганної недостатності. Інфекційно-токсичний шок.

Враховуючи наростання клінічних симптомів і тяжкий стан пацієнтку переведено до реанімаційного відділення, в якому проводили штучну вентиляцію легень, моніторинг вітальних функцій, корекцію життєзабезпечення. Незважаючи на проведену комплексну терапію, стан хворої прогресивно погіршувався. О 22.10 (03.05.2016 р.) на фоні розвиненого інфекційно-токсичного шоку при явищах поліорганної недостатності констатовано смерть.

При патологоанатомічному розтині звернуто увагу на тьмяність підшкірної клітковини та фасції, просякнуті каламутним серозним ексудатом, некротично змінені м'язи передньої поверхні правого стегна.

Таким чином, у породіллі на фоні зниження імунної відповіді (вагітність та пологи, анемія легкого ступеня) мав місце некротичний фасціт правого стегна, фульмінантна форма, що призвело до розвитку поліорганної недостатності та інфекційно-токсичного шоку, який став безпосередньою причиною смерті даної пацієнтки.

Наслідок захворювання обумовлений тяжкими проявами гнійно-септичного процесу, що відповідає тяжкому сепсису. При даній формі гнійно-септичного захворювання необхідне своєчасне хірургічне втручання з видаленням уражених некротизованих тканин, імунокорегуюча і кортикостероїдна терапія, застосування потужної антибактеріальної терапії.

Даний клінічний випадок підтверджує актуальність генералізованих форм інфекцій, які не так поширені, але можуть зустрічатися у практиці лікаря будь-якої спеціальності і за відсутності професійної настороженості призводити до фатальних наслідків.

Список літератури

1. Брико Н. И., Глушкова Е. В., Дмитриева Н. Ф. и др. Инвазивная стрептококковая инфекция (группы А) мягких тканей в хирургическом стационаре г. Москвы // Вестн. РАМН. – 2013. – № 6. – С. 15–20.
2. Гринёв М. В., Гринёв К. М. Некротизирующий фасциит в структуре хирургических инфекций мягких тканей // Амбулаторная хирургия. – 2005. – № 3. – С. 6–8.
3. Гринёв М. В., Гринёв К. М. Некротизирующий фасциит. – СПб: Гиппократ, 2008. – 120 с.
4. Ерохин И. А., Гельфанд Б. Р., Шляпников С. А. и др. Хирургические инфекции: Практическое руководство. – СПб: Питер, 2003. – 864 с.
5. Липатов К. В., Комарова Е. А., Гурьянов Р. А. Диагностика и хирургическое лечение стрептококковой некротизирующей инфекции мягких тканей // Раны и раневые инфекции. – 2015. – № 1. – С. 6–13.
6. Молчанов В. В. Клиническая диагностика некротизирующих инфекций мягких тканей в условиях общехирургического стационара: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 36 с.
7. Светков В. О., Молчанов В. В. Проблема клинической диагностики и дифференци-
1. Briko N. I., Glushkova E. V., Dmitrieva N. F. i dr. Invazivnaya streptokokkovaya infekciya (gruppy A) myagkih tkanej v hirurgicheskom stacionare g. Moskvy // Vestn. RAMN. – 2013. – № 6. – P. 15–20.
2. Grinyov M. V., Grinev K. M. Nekrotiziruyushchij fasciit v strukture hirurgicheskij infekcij myagkih tkanej // Ambulatornaya hirurgiya. – 2005. – № 3. – P. 6–8.
3. Grinyov M. V., Grinev K. M. Nekrotiziruyushchij fasciit. – SPb: Gippokrat, 2008. – 120 p.
4. Erohin I. A., Gel'fand B. R., Shlyapnikov S. A. i dr. Hirurgicheskie infekcii: Prakt. rukovodstvo. – SPb: Piter, 2003. – 864 p.
5. Lipatov K. V., Komarova E. A., Gur'yanov R. A. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie streptokokkovoj nekrotiziruyushchej infekcii myagkih tkanej // Rany i ranevye infekcii. – 2015. – № 1. – P. 6–13.
6. Molchanov V. V. Klinicheskaya diagnostika nekrotiziruyushchih infekcij myagkih tkanej v usloviyah obshchekhirurgicheskogo stacionara: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2010. – 36 p.
7. Svetkov V. O., Molchanov V. V. Problema klinicheskoy diagnostiki i differencial'noj dia-

- альной диагностики некротизирующей инфекции мягких тканей // Инфекции в хирургии. – 2010. – Т. 8, № 1. – С. 47–51.
8. *Шагинян Г. Г., Чеканов М. Н., Штофин С. Г.* Некротизирующий фасциит: ранняя диагностика и хирургическое лечение // Сибир. мед. обозрение. – 2011. – Вып. 71, № 5. – С. 55–58.
 9. *Шляпников С. А.* Хирургические инфекции мягких тканей: старая проблема с новой точки зрения // Инфекции в хирургии. – 2003. – № 1. – С. 14–21.
 10. *Catena F., La Donna M., Ansaloni L. et al.* Necrotizing fasciitis: a dramatic surgical emergency // Eur. J. Emerg. Med. – 2004. – Vol. 11, N 1. – P. 44–48.
 11. *Glass G. E., Sheil F., Ruston J. C., Butler P. E.* Necrotising soft tissue infection in a UK metropolitan population // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2015. – Vol. 97, N 1. – P. 46–51.
 12. *Proud D., Bruscinio Raiola F., Holden D. et al.* Are we getting necrotizing soft tissue infections right? A 10-year review // ANZ J. Surg. – 2014. – Vol. 84, N 6. – P. 468–472.
 13. *Sadasivan J., Maraju N. K., Balasubramaniam A.* Necrotizing fasciitis // Indian J. Plast. Surg. – 2013. – Vol. 46, N 3. – P. 472–478.
 14. *Shaikh N., Khawaiter J., Al-Thani H.* Necrotizing Fasciitis: A Surgical and Medical Emergency // Surgical Science. – 2012. – N 3. – P. 518–25.
 15. *Wang J. M., Lim H. K.* Necrotizing fasciitis: eight-year experience and literature Review // Braz. J. Infect. Dis. – 2014. – Vol. 18, N 2. – P. 137–143.
- gnostiki nekrotiziruyushchej infekcii myagkih tkanej // Infekcii v hirurgii. – 2010. – Т. 8, № 1. – P. 47–51.
8. *Shaginyan G. G., Chekanov M. N., Shtofin S. G.* Nekrotiziruyushchij fasciit: rannyya diagnostika i hirurgicheskoe lechenie // Sibir. med. obozrenie. – 2011. – Vyp. 71, № 5. – P. 55–58.
 9. *Shlyapnikov S. A.* Hirurgicheskie infekcii myagkih tkanej: staraya problema s novoy tochki zreniya // Infekcii v hirurgii. – 2003. – № 1. – P. 14–21.

НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ФАСЦИИТ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ: ДАННЫЕ ЛИТЕРАТУРЫ И ОПИСАНИЕ СОБСТВЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

В. М. Гусев, В. М. Астахов, С. А. Дубина (Лиман, Украина)

Несмотря на успехи современной медицины, проблема гнойной хирургической инфекции до настоящего времени сохраняет свою актуальность и является одной из нерешённых и наиболее дискуссионных в клинической хирургии. В структуре гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей существуют формы хирургических инфекций, которые характеризуются прогрессирующим некрозом фасциальных образований, отличающиеся особой тяжестью клинического течения и сопровождающиеся развитием эндотоксинемии, что в дальнейшем приводит к развитию тяжёлого сепсиса и полиорганной недостаточности. Среди генерализованных хирургических инфекций особый интерес представляет некротизирующий фасциит – один из разновидностей большой группы хирургической инфекции мягких тканей, в патоморфологической основе которой лежит гнилостно-некротическое поражение поверхностной фасции и подкожной жировой клетчатки. Ему присущи различные клинические проявления, отсутствие специфических признаков, обуславливающих трудности своевременной диагностики врачами различных специальностей, развитие серьёзных осложнений и летальных исходов. Основой ранней диагностики некротизирующих инфекций мягких тканей, следовательно, залогом успешного лечения этих тяжёлых заболеваний, как и раньше, остается своевременный анализ анамнестических данных и клинических симптомов. Лечение некротизирующего фасциита представляет трудную и сложную задачу, что объясняется особенностью патологического процесса, успех которого определяется ранней диагностикой и неотложным радикальным оперативным вмешательством. Довольно редкие публикации по данной проблеме являются причиной информационного вакуума и неосведомлённости большинства врачей в данной патологии, потенциальной для развития критических состояний, что вызывает необходимость в императивном информировании узкопрофильных специалистов, а также врачей, практикующих в амбулаторно-поликлинической сети и госпитальном звене. В статье описано собственное клиническое наблюдение фульминантной формы некротизирующего фасциита, диагностированного по данным аутопсии.

Ключевые слова: некротические инфекции мягких тканей; некротизирующий фасциит; летальный исход.

NECROTIZING FASCIITIS IN OBSTETRIC PRACTICE: REVIEW
OF LITERATURE AND DESCRIPTION OF OWN CLINICAL CASE

V. M. Husiev, V. M. Astakhov, S. A. Dubyna (Liman, Ukraine)

Donetsk National Medical University

Despite the successes of modern medicine, the problem of purulent surgical infection still remains relevant and is one of the unsolved and most debatable in clinical surgery. In the structure of purulent-inflammatory diseases of soft tissues, there are forms of surgical infections that are characterized by progressive necrosis of fascial formations and particular clinical course. They are accompanied by the development of endotoxemia, which further leads to the development of severe sepsis and multiple organ failure. Among generalized surgical infections, necrotizing fasciitis is of particular interest – one of the varieties of a large group of surgical infections of soft tissues, in the pathomorphological basis of which lies the rotten-necrotic lesion of the superficial fascia and subcutaneous fatty tissue. It has various clinical manifestations, the absence of specific signs that make it difficult for clinicians of various specialties to diagnose in time, the development of serious complications and deaths. The basis for the early diagnosis of necrotizing soft tissue infections, therefore, the key to successful treatment of these seriously ill patients, as before, is the timely analysis of anamnestic data and clinical symptoms. The treatment of necrotizing fasciitis is a difficult and complex task, which is explained by the peculiarity of the pathological process, the success of which is determined by early diagnosis and urgent radical surgical intervention. Rarely rare publications on this issue are the cause of the information vacuum and the lack of awareness of the majority of doctors in this pathology, potential for the development of critical states, once again necessitates the imperative informing of narrow specialists, as well as doctors practicing in the outpatient network and hospital level. The article describes the own clinical observation of the fulminant form of necrotising fasciitis diagnosed by autopsy data.

Key words: necrotizing infections of soft tissues; necrotizing fasciitis; lethal outcome.

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК613/614:316.343.37(477.51)“1960–1980”

DOI 10.31640/JVD.1-2.2019(23)

Надійшла 30.11.2017

Л. І. ЛАВРІНЕНКО

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖИТЕЛІВ
ЧЕРНІГІВЩИНИ, ЗАЙНЯТИХ
У СІЛЬСЬКОМУ ГОСПОДАРСТВІ, В 1960–1980 рр.**

Кафедра педагогіки та психології (зав. – проф. С. Б. Пономаревський)
Чернігівського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти
ім. К. Д. Ушинського <Lidlav@ukr.net>

Стаття присвячена дослідженню розвитку лікувально-санітарної допомоги в системі охорони здоров'я України, зокрема працівникам сільського господарства Чернігівщини. Проведено аналіз захворюваності сільських жителів, висвітлено питання причин та профілактики професійних захворювань серед селян, формування їх медико-санітарної культури.

Ключові слова: охорона здоров'я; лікувально-санітарна допомога; професійні хвороби; працівники сільського господарства; профілактика; санітарно-епідеміологічні установи.