***План***

* ***Вступление***
* ***Из истории области***
* ***Медицина земского периода***
* ***Развитие судебной медицины***
* ***Организация борьбы с туберкулёзом в Запорожской области***
* ***Организация противотуберкулезной работы в современности***
* ***Начало санитарной деятельности в Александровском уезде***
* ***Вывод***

***Вступление***

История медицины доземского периода на территории бывших Александровского, Мелитопольського и Бердянского уездов (которые теперь входят в состав Запорожской области) остается неизвестной для большинства медицинских работников.

Разгром Запорожской Сечи царизмом в 1775 году, многочисленные войны, оккупации, революция и нововведения советской власти уничтожили миллионы наших соотечественников, а также следствия их деятельности: дома, музеи, церкви и мо-настыри, богатые книжные собрания, архивы и т.п..

Лишь за последние десятилетия появились одиночные публикации о медицине периода Запорожской Сечи:

— о лечение казаков в монастырях;

— о введение карантина вследствие выявления случая заболевания чумой 27.09.1760 года;

— о командировке в Сечь на борьбу с чумой врача Христофора Фигнера, а позднее — врача Лимана.

В архивных документах есть просьба Коша к русским вельможам оставить

Х. Фигнера на Сечи.

Общеизвестно, что бедный люд Украины не имел ни больниц, ни врачей. Некоторые преимущества имела медицина на Левобережье, которое было свободно от гнета Польши, а также на Запорожской Сечи, которая была серьезным воинским формированием и защищала от врагов южные границы Русской империи.

Доступными для простого люда были лишь целители и костоправы, оценку деятельности которых уже дало земство.

Медицина на Запорожской Сечи и доземского периода — это малораскрытые страницы истории, которые еще ждут своих исследователей.

Найболее значительными событиями в изучении истории медицины стран восточных славян, в том числе Украины, стали работы выдающегося историка медицины, выходца из Подолья П. Ю. Заблудовского, а позднее — выход книги С. А. Верхратского на украинском языке и прочие пу6ликации этого неутомимого врача-исследователя отечественной медицины.

Определенные исследования в архивах г. Запорожья провели профессор Запорожского медицинского института Г. О. Пушин, соавторы ряда его опубликованных работ, научные работники Запорожского института усовершенствования врачей (профессор

 В. Ф. Посный, доценты В. С. Борисовский, И. В. Кочин, В. С. Авраменко,

к.м. н. С. Г. Пушин). Кропотливую работу провели любители старины — коллектив областной научно-медицинской библиотеки (директор — Л. О. Дикалова), врач-реаниматолог областной детской больницы О. О. Гайволя.

***Из истории области****.*

В период войны России с Турцией в 1768 году от Днепра до Азовского моря была создана Днепровская укрепленная линия. Одна из крепостей этой линии была построена в 1770 году в устье речки Мокрая Московка на месте зимовников Запорожской Сечи и была названа форштадт Александровск.

Захват под крепость 105 десятин земли и уничтожение зимовников вызвали протест Запорожского Коша. В Санкт-Петербург было направлено письмо с перечнем убытков, причиненных Запорожской казне. Но протест не вызвал желаемой реакции правительства.

Крепость разрасталась и укреплялась, сосуществуя с Новой Запорожской Сечью, которая образовалась в 1713 году по возвращении Запорожского Коша из-под протектората Турции под протекторат России..

Александровск перенес страшные тяжелые времена — эпидемии чумы (с 1784 по 1878 год), оспы, голодные года неурожая, в том числе от налета саранчи, гибель переселенцев в лютые морозы. Население края испытало все беды от длинных войн. Для потребностей армии в 90 г. ХVІІІ ст. в Александровске были развернутые три госпиталя.

В 1774 г. среди главного штата Днепровской линии в крепости Александровск был 1 врач — Федор Александрович Иванов. Он одновременно заведовал лазаретом и выполнял функции карантинного врача. При нем были также несколько врачебных учеников.

С июня 1775 г. по усному распоряжению Екатерины II, позднее закрепленным постановлением Сената (манифест от 3 августа 1775 г.), Запорожская Сечь была разгромлена.

Значительная часть запорожцев полегла под неожиданным артиллерийским обстрелом и в бою с русскими войсками. Часть перешла в государственные крестьяне и осталась на проживании там, где была до этого. Другие основали Задунайскую Сечь на славянских землях, которые были во власти Турции; часть Черноморского, Кубанское казачество, а остальные расселилась возле Днепра и неподалеку от крепости (с. Карантиновка, ныне — Калантыровка).

В те времена форштадт Александровск был отнесен к Консководненскому уезду Азовской губернии. 3 1785 г. он был переименован в посад и отнесенный к составу Новомосковского, а с 1798 р, — Павлоградского уезда Новороссийской Губернии. Последняя в 1802 г. была разделена на три: Екатеринославску (с центром в одноименном городе, ныне г. Днепропетровск), Николаевскую (центр —

г. Николаев) и Таврийскую (с центром в г. Симферополе).

В состав последней вошли Бердянский и Мелитопольский уезды.

В 1806 г. посад Александровск стал уездным городом. Открылись городская дума, почтовая контора, уездный и нижний земский суды, казначейство, дворянская опека, были введены городничий землемер, врач с двумя фельдшерами и др. Накануне, в 1804 г. здесь начислялось 387 дворов (с 5 каменными зданиями) и около 2 тысяч жителей. За речкой Сухая Московка был поселок Вознесеновка, а в городе и на его окраинах — ряд немецких колоний. Наиболее близко была колония Шонвизе (ныне территория предприятия „АвтоЗАЗ-ДЭУ”), возле Кичковской переправы — Кичкас, Эйнлаге, Крансвейде. На острове Хортица и на правом берегу было около одиннадцати колоний.

Уездный Александровск до конца 50-х годов ХIХ ст. был одним iз найболее штатных городов губернии. Тюрьма, продсклад и три административных дома были каменные, а остальные здания – деревянные и глиняные. Действовали три заезжих дворы, трактир, конная и почтовые станции.. Четыре улицы в центре не имели освещения и твердого покрытия. Отсутствовали водопровод и канализация (которые были построены лишь после 1930 г. в советский период). Действовали одна больница на 25 коек, главным образом для военнослужащих. 3 1851 г. крестьян обслуживали волостные фельдшеры. На 2-3 уезда был один врач.

Город Александровск в советские времена стало губернским (согласно декрета тогдашней власти от 5 февраля 1919 г.) — с октября 1920 г. по декабрь 1922 г. В 1922- 1939 годах г. Запорожье входил в состав Днепропетровской губернии, а с 1939 г. является областным центром Запорожской области.

***Медицина земского периода.***

На развитие медицины на территории нынешней Запорожской области во второй половине ХІХ ст, большое влияние оказывало земское самоуправление. В Александрровском уезде оно было образовано в 1866 г.

Земство стало основанием и дало толчок к розвитию народного образования и местной системе здравоохранения, выдвинуло ряд инициативных людей из разных прослоек населения, в том числе медицинских работников. На развитие медицины у нас, как в Украине в целом, в то время не могли не повлиять благотворно большие успехи отечественной и зарубежной медицинской науки. Работы И. М. Сеченова, Э. Дюбуа-Реймона, К. Бернара, И.П. Павлова в области физиологии, открытия Л. Пастера, Р. Коха, И. И. Мечникова в области физиологии и иммунитета, деятельность С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, О. О. Остроумова, Л. Траубе, В. П. Образцова в области терапии, М. И. Пирогова, М. В. Склифосовского, М. О. Вельяминова, Э. Бергмана в области хирургии, Ф. Ф. Ерисмана, О. Г. Добро-славина, М. Петтенкофера в области гигиены, открытия В. К. Рентгена заложили новые направления теоретической и практической медицины. Они быстро воспринимались передовими врачами и успешно развивались в научных работах и повседневной работе земских врачей.

В печатных работах и выступлениях на съездах ряда врачей уезда прослеживается их общественное мужество, направленное на облегчение тяжелой жизни крестьян, рабочих и ремесленников, улучшение условий работы и быта, противостояние эпидемиям. Через множество статей и докладов выразительно проходит искренняя забота этих врачей за сохранение физических и духовных сил населения края.

Так, определенный период в уезде работал санитарный врач М. И Тезяков, который разрабатывал медико-статистические данные о заболеваемости и противоэпидеми-ческих мероприятиях. Он один из первых в России изучал санитарные условия быта и работы сезонных рабочих на сельскохозяйственных работах, выступал с этими вопросами на съездах врачей. Есть также отчет земского врача С. А.Томилина о санитарном состоянии уезда за 1911 год.. Оба врача тогда еще будущей санитарно-гигиенической службы были широко известны на Украине и за ее пределами в советский период своими фундаментальными работами по социальной гигиене и санитарной статистике.

Вместе с тем просматривается и желание к объединению усилий врачей, с целью собрать и обобщить большой фактический материал по разным вопросам общественной жизни. Для этого создавались научные общества, проводились Пироговские съезды врачей, деятельность которых до сих пор вызывает у современных врачей не только познавательную заинтересованность, но и увлечение и уважение. Период, на который випала их работа, характеризуется не только угнетением населения царизмом, но и широким распространением целительства, знахарства и т.п.. Не преуменьшая роли отдельных костоправов и целителей, одновременно следует обратить внимание на их отрицательную роль. Об этом свидетельствует архивный документ- „инструкция земским врачам Александровского уезда (1886 г.): При лечении крестьян земские врачи кротким поведением и заботой с вниманием к состоянию больных стараются вызвать их доверие к своим знаниям и своему лицу, чем оказывают содействие отказу людей от привычки обращаться в болезнях по помощь знахарей и знахарок, которые приносят больше вреда, чем пользы».

История сохранила для потомков имена немногих сподвижников- врачей. В Александровском уезде в 1886 г. планировалось создать 8 врачебных участков, но было образовано лишь шесть: Михайловский (заведующий- врач И. И. Бутякин),

Покровский (заведующий Н. К. Кржижановський), Гуляйпольский (заведующий Т. А. Жила), Конско-Роздорский (заведующий В.Н. Путилин), Жеребцовский (заведующий Р. В. Багницкий), Александровский, с врачом по совместительству. Работало также 16 фельдшеров. На тот же 1868 г. планировалось выделить 11500 руб. с ежегодным удержанием врача на 800 руб. Размеры территории этих земских больничных участков были довольно большими, каждый насчитывала по 60-80 тыс. жителей.

Врач должен был лечить больных, выявлять инфекционных больных, вести санитарный надзор за населенными пунктами и школами, контролировать вакцинацию против оспы, проводить разные санитарные исследования, медико-топографические описания при одно— двухкратных объездах участка ежемесячно.

Земские врачи уезда постоянно добивались уменьшения этих участков и перехода от разъездной медицины к стационарной, создавая амбулатории и фельдшерские пункты. Но земская медицина в Александровском уезде при очень бедном финансировании земством, и недостаточно щедрых пожертвованиях помещиков и купцов, развивалась крайне медленно. Лишь через двадцать лет в отчете о состоянии медицины в Александровском уезде за 1886 г.” отмечалось, что в тот период открыто пять больниц на 120 больничных коек (1 койка на 1500 жителей), работало 39 фельдшеров. На одного участкового врача приходилось в среднем 30000 человек, а на каждого фельдшера — 4600. Эффективность лечения оставалась низкой — с выздоровлением из больниц выходили около 70 процентов пациентов. Лишь накануне 1900 г. в уезде было создано 8 врачебных участков, а число больничных коек достигло 147.

В связи с тем, что царское правительство не дало разрешения на объединение земских врачей России, организующую роль такого объединения взяли на себя съезды Пироговського общества (1885, 1887 г.и т.д.). Уже на III съезде было решено выдавать ”3емский медицинский сборник”, то есть секция общественной медицины стала выде- ляться из многих других.

В работе общества принимали участие врачи разных специальностей, а по его примеру в губерниях и уездах также проводились съезды. Инициативные врачи Александровско-го уезда также проводили свои съезды. Они охватывали такие периоды: 1884— 1886 гг.. 1888, 1889, 1892—94 гг., 1896—1903 гг. Особое внимание на съездах уделялось вопросам санитарного состояния уезда (1882, 1900, 1905, 1907—1914 гг.), школьной гигиены и т.п.. Наверное, врачам нелегко было собираться ежегодно, поэтому съезды проводились иногда раз в 3-5 и больше лет.

Значительное место в повседневной деятельности земских врачей этих участков занимал контроль санитарного состояния населенных пунктов и в особенности — школ. Общеизвестно, что земством открывались не только медицинские учреждения, но и школы.

Сохранился детальный анализ санитарного состояния школ одной участка Александр-ровского уезда на 22 страницах, адресованный Управе с ожиданием соответствующей реакции.

„Очень много школ не имеют достаточных и отдельных дворов, из 55 школьных помещений участка Александровского уезда оказались:

сырыми 17;

с щелями в окнах 26

(перечислены авторами конкретно)

с кровлей, которая протекает 5

Но в общем, гигиеничные качества классных комнат по Ерисману, Циссу и другим не отвечали требованиям: только по площади пола на одного ученика удовлетвори-тельными были только 6, тесными — 49.

Александровский больничный участок (№ 5 по отчету 1876 г.) было сформирован Управой 15.05.1873 г. К тому времени в городе работала воинская временная больница на 25 штатных и 10 нештатных коек за счет воинского министерства, которое гражданских пациентов не обслуживала. Врач этой больницы Струзер взялся также обслуживать новообразованный участок (г. Александровск, с. Вознесенку и колонию Шенвизе). Работал он плохо и поэтому 8 января 1876 г. Управа решила прекратить выплату ему зарплаты в размере 500 руб. Из характеристики на Струзера заметно, что значительно большую пользу населению этого участка приносил врач К. Л. Фрейтаг из имения графов Канкриных. Он принимал жителей всего участка № 5 на стационарное лечение в больницу с. Григоровки, которое входило во второе отделение этого участка.

Эта Елизаветовская больница на 35 коек была размещена в каменном доме, пожертвованном графом А. С. Канкриным, который был объявлен Почетным гражданином г. Александровска в честь 10-летия его бескорыстной помощи земству.

Больница содержалась на предназначенные земским собранием 500 руб., из которых 400 вносил сам граф-меценат .

Кроме этих специалистов, в Александровске работали и другие: городской (от правительства), уездный и частный врачи, а также городской фельдшер и частная акушерка (на все 2853 „ревизорские души”)

После Струзера участок возглавил инициативный врач Турский, который принял также земскую больницу на 10 штатных и 5 внештатных коек. С ним также работали фельдшер, акушерка и прививающий от оспы.

Жизнь ставила перед медицинскими работниками новые требования. Вследствие общих усилий появились и результаты. В отчете Уездной Земской Управы очередным Уездным Земскими собранием (1877 г.) записано: „13 июня 1876 г. в г. Александровске основана также земская больница на общих Земства с городом затратах. Больница эта располагается в доме, нанятом у дворянина Воеводина на условиях на 6 лет... из 7 комнат с приёмной, каморкой при нем, с флигелем на три жилые комнаты, с кухней, ледником, хлевом, конюшней, погребом и т.п.... На удержание этой больницы Чрезвычайные Земские сборы постановлением от 15 мая э. г. ассигновали 1000 руб. в помощь городу, обязанному также выдавать по 500 руб. ежегодно. Эту заботу земства оценил даже сам царь Александр II, о чем „высочайше повелеть изволил объявить этим учреждениям”.

Следует отметить и то, что дворянин Воеводин взял на себя значительные затраты на ремонт и удержание помещений больницы.

Жизнь не стояла на месте и уже в 1894 г. в уезде было 125 больничных кроватей (1 на 1697 душ), в Александровской больнице — 40.

С середины 90-х годов эту больницу принимает М. А. Лукашевич. Известно, что его сын Валентин Михайлович много лет возглавлял центральную больницу Ореховского района. Там же до пенсии работала врачом (хирургом и отоларингологом) и его внучка Светлана Валентиновна.

Чтобы быть компетентным в разных областях медицины, В. М. Лукашевич покупал фундаментальные работы и изучал их. Так, вскоре после его смерти нам с женой — студентам-практикантам медицинского института — посчастливилось приобрести из его собрания новые руководства по неврологии, акушерству и гинекологии, терапии, каждое в 5-6 томах (прим. автора).

С ростом сети врачебных участков, амбулаторий и фельдшерских пунктов постепенно развивалась и сеть сельских больниц. Их строительство велось медленнее, так как стоило это значительно дороже, чем сооружения амбулаторий. Но земство шло на определенные затраты для обеспечения сельского населения хотя бы какой-нибудь медицинской помощью, для чего прибегало и к коробочным сборам на строительство больниц.

Развитие асептики и антисептики помогало врачам в их нелегкой работе, подталкивало к хирургической деятельности и т.п.. Благодаря постоянным требованиям врачей, перед земством в Александровске первая уездная больница на 30 коек была расширена до 50 кое за счет первого этажа, который был холодным и сырым. Недостаточное количество мест приводил к тому, что в больнице довольно часто находились до 70 и больше больных. Их обслуживал всего один врач. Лишь в 1897 г. ввели должность второго врача, которую занял К. С. Караманов. Его обязали вести амбулаторию и врачебный участок.

Обращает на себя внимание такой факт: Александровская земская больница была открытой для потребностей гражданского населения, но в первые годы в ней лечились преимущественно военные и чиновники. По данным „ведомостей о количестве больных, пролеченных в Александровской земской больнице с 1 июля 1876 по 1 июля 1877 г.”, из 349 больных за этот период лиц воинского ведомства было 294 (то есть 84,2 процента). Из остальных 55 гражданских лишь 12 было женщин. То есть об их здоровье не очень беспокоились.

По составу стационарных больных этой больницы, наибольшее количество их болело гриппом, острым катаром органов дыхания (12 процентов), на втором ранговом месте- простое воспаление глаз, а также воспаление легких и ревматизм — приблизительно по 6,8 процента, на третьем — воспаление мочевых и половых органов, венерические заболевания составляли почти 4,8 процента. Немало было больных чесоткой и травмированных.

Вызывает удивление незначительное количество больных туберкулезом („бугорчаткой”), разными опухолями, холерой, тифом и столбняком, если учесть тот уровень иммунизации, технического обеспечения диагностической аппаратурой и лабораторных исследований.

Поражает также стиль сопроводительной записки врача „... при семъ честь имею представит” (Земский врач Турский), а также его высокая исполнительная дисциплина: отчет за период по 1 июля 1877 г., предоставленный им уже 9 июля.

Из информации этого же врача о больших операциях видно, какие тяжелые травмы случались в сельском хозяйстве:”Солдатскому сыну Семену Попкову локомотивом оторвало предплечье. Сделана 25.07.1876 г. ампутация плеча”. „селянин Ниже- городской губернии Петр Сазонов поступил 27.12.1876 г. с оторванными локомотивом рукой и ногой; 30 декабря больной умер”. Если обратить внимание на место его проживания, можно считать, что Сазонов приезжал на заработки. Тяжелой была судьба рабочих и их семей, как и большинства крестьян России..

Наш край нередко «посещали» эпидемии чумы, холеры, оспы, сибирской язвы и прочие. Поэтому и проводилась их профилактика.

Отдельную страницу истории медицины нашего края, очевидно, как и других регионов Украины, составляла деятельность людей необразованных, из крестьян. В отчете земству являются сведения о низком качестве материала для прививок против оспы, и об именах прививающих от оспы. „Независимо от поручения вакцинации против оспы земским фельдшерам и акушеркам, в уезде оставались и предыдущие прививающие от оспы из крестьян, которых выдвигала общественность, с удержанием в размере 75 руб. в год за счет земства, с обязанностями подчинения каждого из них местному участко-вому городскому врачу. Таких прививающих от оспы в этих санитарных участках 21”.

Другое, не менее интересное событие, характеризует становления женщины в условиях того времени, даже если она врач. Единственная в уезде женщина-врач Н. П. Кирпо-тенко была уволена земской управой с должности заведующей врачебным участком, так как, оказывается, не имела права, как женщина, занимать руководящую должность. Потом она длительное время работала санитарным врачом западного санитарного участка уезда. Коллеги давали ей высокую профессиональную оценку..

Интересные сведения черпаем мы при знакомстве с данными об амбулаторном приеме врача Турского в Александровской земской больнице за период с 1 июля 1876 г. по

1 июля 1877 г. Например, на 3028 больных диагноз „запой” поставлен двум, столбняк — одному. Разные несчастные случаи, травмы и отравления — 165 (из них последние — 2, и действие низких температур — 2).

Вообще, классификация болезней и диагнозы за более, чем 100-летний период, очень изменились. Сегодня, наверное, почти каждый врач призадумается над такими записями: „...Органические болезни брюшных внутренностей”; „золотуха, английская болезнь”; „воспаления подкожной клетчатки, нарывы, ногтоеды»; „карбункул и веред” и т.п..

В г. Мелитополе земских врачей (без работающих „при богоугодных учреждениях”) было трое, с жалованьем в год, квартирными затратами и затратами на командировку в сумме 1200 руб. Было также три земских фельдшера.

***Развитие судебной медициныв Запорожской области.***

С конца ХVІ столетия всей судебной медициной в России ведал Аптекарский приказ, который был первым экспертным учреждением, которое систематически исследовало трупы, занималось вопросами военно-медицинской экспертизы, определением тяжести повреждений, незаконного врачевания и т.п.

Следующий период развития судебной медицины начинается после введения в воинском уставе Петра І (1714 г.) артикула 154 про обязательное вскрытие трупов в случаях внезапной и насильственной смерти, который имел большое значение для развития и формирования судебно-медицинской экспертизы в Российкой империи.

Это был первый законодательный акт, который предусматривал проведение вскрытия трупа во всех случаях насильственной смерти врачом, который должен был своё заключение подать в письменной форме суду. Таким образом, законодательством

 Петра І были заложены основы организации судебно-медицинской экспертизы.

В первой четверти ХVІІІ ст. эта служба была создана в Москве, Санкт-Петербурге, а с 30-х годов она начала образовываться в других городах России.

В 1797 г. во всех губернских городах были основаны врачебные управы, в состав которых входили инспектор и 2 врача. Кроме руководства всей медицинской службой, они были обязаны проводить судебно-медицинские исследования, в частности — вскрытие трупов.

Основными документами, которые регламентировали проведения судебно-медицинской экспертизы в тот период, были Устав судебной медицины (1828 г.) и „наставления врачам в судебном осмотре и вскрытии мертвых тел” (1829 г.). Переработкой в

1842 г. Устава судебной медицины была завершена организационная структура судебно-медицинской службы в России, которая просуществовала почти без изменений до Октябрьского переворота.

Соответственно этому Уставу, судебно-медицинские обязанности в уездах выполняли уездные врачи, в городах — городские, полицейские, военные и гражданские свободно практикующие врачи.

Судебная медицина в Украине развивалась как составная часть медицины в Российской империи, обогащаясь выдающимися научными достижениями, которые принадлежат, в частности, Киевской и Харьковской школам судебных медиков.

Период после Октябрьского переворота характеризовался дальнейшим интенсивным развитием судебной медицины и прогрессивными изменениями организационной структуры судебно-медицинской службы.

Организация судебно-медицинской экспертизы в Украине началась в 1919 г., когда в Киеве при Наркомате здравоохранения был создан отдел медицинской экспертизы. В его обязанности входили подготовка инструктивных материалов к проведению разных видов экспертизы, руководство деятельностью судейско-медицинских органов.

В минувшем столетии самостоятельной судебно-медицинской службы в г. Александ-

ровске не существовало, обязанности судебных медиков исполняли городские и уездные врачи.

В 1913 г. в г. Александровске работало шесть небольших больниц с бараками для инфекционных больных на 250 коек.

В апреле 1922 года в городе работало три поликлиники, пять больниц (в т.ч. детская и две инфекционные) на 545 коек, психиатрическая больница, пять аптек, рентгеновский кабинет.

В эти года судебно-медицинские или медико-милицейские вскрытия трупов выполняли в основном врачи амбулаторий и больниц— терапевты, хирурги по требованию органов милиции (народных следователей).

В районах были медицинские участки, где работали врачи разных специальностей, которые также выполняли судебно-медицинские вскрытия трупов.

В 1923 году был создан Запорожский окружной отдел здравоохранения. Окружным судебно-медицинским инспектором был предназначен И. Я. Кундин. Окружным судебным врачом — Савченко.

В 20-30 гг. И. Я. Кундин работал окружным врачом и выполнял по доверенности окружного отдела здравоохранения функции окружного судебно-медицинского инспектора: составлял рецензии на акт исследования трупов, требовал выполнение действующих правил исследования трупов. По доверенности народного суда проводил обследование граждан (в т.ч. и на определение состояния здоровья).

Вскрытия трупов осуществлялись, как правило, в приспособленных помещениях, которые не отвечали минимальным санитарным требованиям, не хватало секционных инструментов, реактивов, материалов, оснащения и оборудования. Специального помещения в Запорожье для проведения судебно-медицинских вскрытий трупов не было. По этому поводу в архивах сохраняется письмо Днепропетровского губздрава Запорожскому окрздраву от 07.01.1924 г.: „губздрав предлагает позаботиться оборудованием теплого помещения в г. Запорожье для производства судебно-медицинских и медико-милицейских вскрытий”.В 1939 году была созданная Запорожская область. К сожалению, в областном государственном архиве отсутствуют документы с 1930 г. по 1943 г. о деятельности судебно-медицинской экспертизы.

За годы Великой Отечественной войны учреждения здравоохранения в Запорожье были полностью разрушены и любая документация о их деятельности не сохранилась.

Запорожская областная судебно-медицинская экспертиза, как самостоятельная служба, начала свою деятельность после освобождения города от временной немецко-фашистской оккупации в ноябре 1944 г. (основание: Акт № 1 судебно-медицинского исследования трупа от 10 ноября 1944 г.).

***Организация борьбы с туберкулезом в Запорожской области***.

На нынешней территории Запорожской области (созданной по правительственному указа в 1939 г. из состава Днепропетровской и Херсонской областей) в те далекие времена уже намечались организационные формы борьбы с туберкулезом. В уездном городе Бердянске по инициативе Земства в 1904 г. на берегу Азовского моря был открыт противотуберкулезный санаторий на 14-22 места для взрослых, больных туберкулезом, который в летний период расширялся до 30 коек. Стоимость лечения составляла 12 руб. 50 коп. в месяц (были и бесплатные места для неимущих).

Ведал санаторием земский врач, который посещал больных 2-3 раза в неделю. Санаторий функционировал 9 лет и прекратил существование из-за отсутствия у земства средств на его дальнейшее содержание.

В отчете в борьбе с туберкулезом в России, который был составлен А. А. Владимировым по поручению Лиги для I Международной конференции по туберкулезу, отмечено, что в 1913 г. в Александровском уезде открыта противотуберкулезная амбулатория с попечительством, которая располагала собственной лабораторией для исследования мокроты на содержание туберкулезных палочек.

Александровск (ныне Запорожье), будучи уездным огородом Екатеринославской губернии (теперь Днепропетровской области), к момента открытия отделения Лиги представлял собой значительный промышленный и железнодорожный центр на левобережье Днепра. Судя по сохранившимся в областном архиве отчетам, в отделении Лиги Александровска трудились весьма инициативные люди. Так, наряда с собственной лабораторией при амбулатории в числе немногих отделений Лиги, включая и более крупные города страны, была открыта аптека, продававшая лекарства больным по оптовым ценам, а несостоятельные больные их получали бесплатно, что было очень важно, так как в то время широко использовалось общеукрепляющее и симптоматическое лечение. Больным назначались фосфацид, дустал, креозотал, ихтиол, мышьяк, отхаркивающие и наркотические средства, из патогенетических широко применялась туберкулинотерапия, в чем упоминается во всех отчетах амбулатории, начиная с 1913 г.

Судя по ежегодным архивным отчетам, объем выполняемой работы Александровской амбулатории с попечительством, был довольно значительным. Именно здесь, в отличии вот многих вторых городов России, попечители, не имевшие медицинского образования, добровольцы предварительно проходили обучение применительно к характера предстоящей работы, связанной с посещением и обслуживанием больных туберкулезом на доме.

Подробно изучались клинические формы заболевания и многие другие вопросы, включая социальные контингенты, взятые на учет. Учитывалось число посещений, распределение больных по полу, возрасту, национальности, профессии, месту жительства и дохода. Следует отметить, что именно в Александровском отделении Лиги большое значение придавалось изучению условий проживания больных. В годовом отчете Лиги за 1913 ч отмечено, что на улучшение жилищных условий больных израсходовано 348 руб. 50 коп. Ежемесячная стоимость квартиры каждого больного обходилась в 2 г. 35 коп. Кроме того, нуждающимся больным за счет Лиги выдавались бесплатные кровати и плевательницы. После смерти больных туберкулезом или смены ими квартиры, проводилась в освободившемся помещении дезинфекция, в начале амбулатории в виде простой побелки известью, кипячением белья и проветриванием вещей умершего. Позже, по извещению противотуберкулезной амбулатории-попечительства городским санитарным бюро Александровска производилась полная — как сказали бы ныне заключительная дезинфекция.

Работа попечительства в уезде была построена фактически по участковому принципу. Так, в годовом отчете за 1914 г. в санитарном состоянии уезда, составленном земским врачом Н. Н. Поповым — активным деятелем Лиги по борьбе с туберкулезом, подробно расшифровывается один из 18 участков- Копанский, которым заведовал доктор В. В. Венустов, также деятель Лиги. Площадь участка составляла 252 кв. версты с плотностью населения 22,7 на одну версту. Крайние селения находились вот места жительства врача на 7-12 верст, что по тем временам не вызывало больших затруднений для обращения больных за врачебной помощью.

В значительной распространенности туберкулеза в Александровском уезде можно судит по сохранившимся материалам в областном архиве. Так, заболеваемость в расчете на 10 тыс. населения в 1907 г. составила 387, в том числе органов дыхания — 290, вторых — 97. Эти показатели из года в год регулярно нарастали и в 1913 г. составили 1097 (854 — легочным и 243 — внелегочным туберкулезом). Столь быстрый рост заболеваемости, видимо, в значительной степени обусловлен привлечением внимания медицинской общественности к выявлению туберкулеза. Необходим учесть и то, что 17,4 процента случаев туберкулеза в 1913 г. диагностировались фельдшерами. Статистические показатели исчислялись, в основном, по обращаемости в амбулатории и земские больницы. Самая диагностика туберкулеза базировалась на клинических признаках, обнаружении микробактерий, частично, на материалах вскрытий умерших. Летальность среди больных туберкулезом, госпитализированных в общие больницы, созревала 25 процентов, что указывало на тяжесть поражений и составляло большую эпидемиологическую опасность для больных с иной патологией. Но к этому времени стационаров для больных туберкулезом еще не было, несмотря на рекомендацию тубсекции Пироговского общества (1912 г.) организовать такие стационары и прекратить практику госпитализации больных туберкулезом в общие больницы.

В Бердянском уезде заболеваемость туберкулезом регистрировалась еще выше, Она, по данным Всероссийской Лиги, наряда с отдельными уездами Петербургской и Московской губерний была самой высокой в России.

Исключительно высокой была пораженность сельских жителей, поэтому на совете Лиги неоднократно заслушивался вопрос об организации борьбы с туберкулезом в сельской местности. Одним из энтузиастов в решении этой проблемы был земский санитарный врач Александровского уезда С. А. Томилин, который обобщил свои наблюдения в прибавит на заседании Всероссийской Лиги в 1913 г. на тему: „сельские жилища в России как один из факторов распространения туберкулеза”.

***Организация противотуберкулезной работы***

Различают районные диспансеры ( в нашем городе 19 районов - 19 диспансеров). Головным диспансером является городской противотуберкулезный диспансер. В каждой области имеется свой областной противотуберкулезные диспансер, который тоже является головным учреждением. Область состоит из нескольких районов, в каждом из которых в зависимости от количества населения есть либо противотуберкулезный кабинет, либо противотуберкулезный диспансер. Затем республиканский противотуберкулезный диспансер (например КОМИ, Башкирия, Карелия и др.).

Республиканский диспансер. В больших республиках были министерства здравоохранения, и в замен республиканского противотуберкулезного диспансера было управление противотуберкулезной службой.

 Функции и задачи республиканского диспансера:

1. организационно-методическая работа
2. распределение по областным диспансерам финансов
3. приобретение оборудования
4. приобретение медикаментов и их распределение
5. подготовка кадров
6. распределение кадров

Областной диспансер.

Это головное учреждение и одним из главных пунктов работы является организационно-методическая работа. Но в отличие от республиканского диспансера областной диспансер может иметь стационар, куда госпитализируются больные с туберкулезом.

Районный диспансер.

1. Основной функцией является наиболее раннее выявление ранних форм туберкулеза.
2. Лечение больных туберкулезом
3. Учет выявленных больных
4. Профилактика туберкулеза в своем районе

 В борьбе с туберкулезом районный диспансер несет основную нагрузку. Районный диспансер также может иметь в своей структуре стационар , но помимо этого в районе, области организуются противотуберкулезные больницы. В нашем городе несколько таких больниц.

 Помимо стационаров, еще с 20-х годов было принято решение об организации противотуберкулезных санаториев ( Ялта, Алушта и др). Со времен А. П. Чехова (умер от туберкулеза) считалось что Крымский климат благотворно влияет на систему дыхания (что действительно так).

СТРУКТУРА ДИСПАНСЕРА.

Структура районного диспансера. Любое лечебно-профилактическое учреждение и диспансер в частности является учреждением для амбулаторного лечения.

 В регистратуре ведется учет больных по месту жительства, на каждого заводится медицинская карта, которые разложены по адресам.

 Кабинеты участковых фтизиатров, которые проводят физикальное исследование. Каждый противотуберкулезный диспансер обязан иметь собственную лабораторию, где имеется гематологическая, иммунологическая, биохимическая, цитологическая лаборатории. Также существуют процедурные кабинеты. Так как основным методом диагностики туберкулеза является рентгенологический то существует рентгенологический кабинет.

 Помимо этого существуют кабинеты специалистов - вплоть до стоматолога. Специалисты как правило работают не на полную ставку.

 Также при районном диспансере может быть стационар. Кроме того выявленные больные в этих диспансерах берутся на учет. Таким образом в нашей стране все больные туберкулезом состоят на учете.

 Задачи противотуберкулезного диспансера:

1. Выявление туберкулеза в наиболее ранних формах (выявление малых форм туберкулеза). Это те формы туберкулеза, которые характеризуются ограниченном распространенностью - небольшие очаги в виде очагового туберкулеза , ограниченные формы инфильтративного туберкулеза без распада легочной ткани и бактериовыделения. Эти формы наиболее легко и с меньшими затратами лечатся. На сегодняшний день затраты на один койко-день для больных с ограниченными формами туберкулеза приходится 92 тыс. Рублей, а для больных с запущенным туберкулезом - 340 - 360 тыс. рублей. Благодаря этой функции к 90 году заболеваемость в нашей стране была минимальной (19 на 100 тыс населения).

Методы выявления - флюорография. До 1989 года все население города начиная с 12-14 лет обязано было проходить флюорографию, а некоторые категории должны были проходить 2 раза в год. На флюорографии выявляли больных туберкулезом на ранних стадиях до 80%. Каждый такой больной должен быть пройти курс лечения в стационаре. Там где на флюорограмме картина какой-то легочной патологии не ясна, таких лиц направляли на контрольную рентгенографию, где делали обзорный снимок. Если на обзорном снимке было что-то не ясно, то направляли больного на прицельный снимок.

 Второй метод - туберкулинодиагностика. Все лица от 1 года до 30 лет должны были обследоваться один раз в год с помощь постановку реакции Манту. В основном подвергается такой диагностике детское и подростковое население - детский сады, ясли, школы. В каждой школе есть свой врач (нештатный), который следит за этой функцией. Фельдшер раз в год делает пробу Манту, анализирует реакцию, составляет список детей. Выделяет детей у которых впервые выявилась гиперергическая реакция на туберкулин что называется виражом. Таким образом становится ясным кто инфицирован. Вторая группа дети с виражом - в прошлом и позапролом году у них реакция была нормоэргическая, а в этом гиперергическая ( папула более 17 мм в диаметре). Эти дети сразу вызывают подозрение. Дети с отрицательной пробой направляются на ревакцинацию. Дети старше 12-14 лет направляются на рентгенологическое обследование.

1. вторая основная задача - лечение больных туберкулезом. До 1993 года СЭС требовала в обязательном порядке госпитализацию больного туберкулезом. Так как коечная емкость на фоне возрастания заболеваемости не увеличилась уменьшилась на 500 коек то встал вопрос о лечении таких больных. Малые формы лечат амбулаторно. Больных малыми формами туберкулеза можно сразу направлять в санатории для прохождения лечения. Больные с распространенными формами, хроники, впервые выявленные больные с распадом проходят курс лечения в стационаре.

Лечение больных туберкулезом задача достаточно не простая. Основным методом лечения туберкулеза является хорошее питание. Сейчас на один койко-день заложено 20 тыс рублей на питание. Больным туберкулезом необходима очень калорийная пища (3300 - 3600 ккал/сут), что требует определенных затрат.

 Химиотерапия при туберкулезе применяется с 1943 года, когда американский исследователь, бактериолог Ваксман предложил стрептомицин. Затем появился изониазид, ПАСК и др.

 Помимо питания и химиотерапии нужны витамины, антиоксиданты. Очень многим больным необходимо проводить регидратационную терапию. Если консервативные методы лечения не помогают, и если есть возможность прооперировать его, то его направляют на оперативное лечение.

1. Третьей задачей является соблюдение преемственности. Больной с выявленным туберкулезом должен обязательно направляться в стационар, но в современных условиях это необязательно. После проведенного лечения в стационаре больной направляется в санаторий. Затем больной снова направляется в диспансер, для наблюдения до полного выздоровления.
2. Профилактика туберкулеза. Специфическая, социальная, санитарная.

**Очаг туберкулезной инфекции.**

 Очагом туберкулезной инфекции называется то место жительства где проживает больной туберкулезом - квартира, общежитие, сельский дом и т.д. Эти очаги делят на три типа:

1. очаг туберкулезной инфекции первого типа - тот очаг где проживает больной туберкулезом с массивным бактериовыделением. Этот очаг наиболее опасен, особенно если в нем проживают дети, подростки, беременные женщины. Еще опасней очаг если жилищно-бытовые условия плохие (плохое освещение, плохое отопление, сырость и т.д.)
2. очаг туберкулезной инфекции второго типа - очаг, где проживает больной с туберкулезом с относительным (условным) бактериовыделением - выделение бактерий непостоянное. Если в этом очаге нет подростков, детей, беременных женщин.
3. очаг туберкулезной инфекции третьего типа - наиболее благоприятный очаг - больной без бактериовыделения, не детей и подростков.
4. очаг туберкулезной инфекции четвертого типа или очаг туберкулезной инфекции в сельской местности - где имеется больной скот с туберкулезом.

 Очаг первого типа наиболее опасен и участковый фтизиатр и эпидемиолог должны посещать его и контролировать и помогать в профилактике не менее 1 раза в месяц.

 Очаг второго типа участковый фтизиатр и эпидемиолог посещают 1 раз в 3-6 месяца. Очаг третьего типа - 1 раз в полгода, необязательно. Четвертый тип очага наблюдается в течение года после забоя больного скота. Врач проводит беседу, оценивает условия жилья, и если оно не соответствует требованиям, то врач дает характеристику очага и ставит больного в очередь на расселение очага. На сегодняшний день это невероятно сложная проблема ( расселяется около 9-14%). Врач объясняет что такое дезинфекция, как ее проводить. И врач также организует профилактическое обследование всех членов семьи. При выявлении положительной пробы Манту у детей в очаге , то таких детей стараются направлять в детские санатории для проведения курса оздоровительного лечения. Если есть беременная женщина, то ее отправляют в роддом. И сразу проводят заключительную дезинфекцию силами горстанции. Больной обязательно изолируется, так чтобы он не возвращался в квартиру.

 В очагах второго и третьего типа проводят те же самые мероприятия, но в менее жестком варианте.

Организационно-методическая работа с общей лечебной сетью. Во всем мире организация противотуберкулезной работа поставлена гораздо хуже чем у нас, так как нет специалистов - фтизиатров. В Швеции заболеваемость 9 на 100000 населения, у нас 42 (все - малые формы, дети с виражом и т.д.). В Швеции это те , у кого выявлен туберкулез при исследовании мазка мокроты. У нас аналогичный показатель составляет 13.5 на 100.000. В Швеции нет туберкулезныз диспансеров. Если больного не долечили , то ему советуют пожизненно принимать изониазид по 3 таблетки в день и отправляют больного на все четыре стороны.

 И диспансер и СЭС обязательно посещают поликлиники, проводят там лекции и беседы, проверяют работу участковых врачей - пульмонологом - правильно ли, и своевременно они проводят рентгенологическое исследование лицам часто болеющим ОРЗ ( если больной находится по поводу ОРЗ не менее 3 раз в году по больничному), пневмониями.

 Стационары проверяются на выполнение клинического минимума больному туберкулезом - если больной поступающий в стационар не делал более 1 года флюорографию , он должен ее сделать.

 Рентгенологическому обследованию в стационаре подлежат:

1. лица получающие длительно глюкокортикоиды
2. лица с выполненной операцией резекции желудка по поводу язвенной болезни
3. лица часто болеющие пневмониями и др легочными заболеваниями
4. больные с сахарным диабетом
5. дети, подростки у которых наблюдалась в течение года гиперергическая, или близкая к гиперергической реакции проба Манту
6. если есть остаточные явления перенесенного туберкулеза.

 Все больные с туберкулезом находятся на учете в диспансере. Учет производится по 7 группам:

1. лица , больные активные формами туберкулеза с бактериовыделением. А -впервые выявленная форма, Б - хроническая форма.
2. все лица с затихающими формами туберкулеза (лечились в стационаре, прекратилось бактериовыделение, началось рассасывание воспалительных инфильтратов)
3. лица, излеченные от туберкулеза. В этой группе наблюдаются 1-3 года. Если у пациента в течение 2-х лет не бактериовыделения, рентгенологически рассасались фокусы бактериовыделения то таких лиц снимают с учета и они могут работать где угодно.
4. здоровые лица из очага инфекции
5. все лица больные нелегочными формами туберкулеза. Здесь они деляется на 4 группы в зависимости от активности процесса
6. дети

лица остаточными изменениями в легких после перенесенного туберкулеза - находятся на пожизненном учете.

***Начало санитарной деятельности в Александровском уезде в дореволюционный период.***

23.05.1868 г. — постановление Александровского Земского собрания об открытии земских врачебных учреждений и приглашении в уезд 8 врачей, 16 фельдшеров и закреплении за ними санитарных участков.

1879 г.- издание первого обязательного постановления „о мэрах по предупрежде-нию повальных и заразительных болезней в Александровском уезде”.

1882 г.— введение должности санитарного врача земства, на которую назначен Иван Кандорский.

1890 г.— участковыми врачами В.В Тучай и Цыганковым составлено первое „санитарное исследование народных школ».

1896 г.―образование первой санитарной организации Екатеринославской губернии, в состав которой входил Александровский уезд. На содержание санитарной службы отпускались незначительные средства, а на разъезды не отпускались вообще.

1897 г.— открытие в г. Мелитополе санитарной станции с примитивной лабораторией (в 1911 г. в этой СЭС числилось три медработника).

1903 г.―издание первых правил для санитарно-исполнительных комиссий „о мэрах по предупреждению и борьбе с холерой”.

1905 г. — Екатеринославская губернская санитарная организация ликвидирована „за революционность” (требование улучшения условий труда).

1907 г. — в связи с эпидемией холеры санитарная служба губернии вновь организована и ее возглавил крупный общественный деятель и санитарный врач

 А. А. Смидович, его помощником был Н.Д. Степанов, а уездными санитарными врачами в разное время были Д. И. Ульянов, А. Н. Марзеев, С. Ф. Казанский,

 А. И. Пыжев, Л.Д. Ульянов, С. А. Томилин, Л. Н. Розов, И.Н.Савон. Все они в советский период стали активными организаторами и руководителями санитарного дела, а некоторые возглавили кафедры гигиены.

1908 г. — по данным С. А. Томилина в Александровском уезде зарегистрировано 72 случая холеры, умерло 48 человек.

1910 г. — вновь зарегистрирована эпидемия холеры — 1915 случаев, умерло 794 больных.

По отчету за 1908 г. заболеваемость в уезде:

|  |  |
| --- | --- |
| натуральная оспа | 925 случаев; |
| дифтерия | 3486 случаев; |
| сыпной тиф | 1647 случаев; |
| брюшной тиф | 1998 случаев; |
| возвратный тиф | 525 случаев; |
| скарлатина | 1060 случаев; |
| холера | 72 случая. |

В Екатеринославской губернии в дореволюционный период регистрировались ежегодно 150 000 случаев заболевания малярией. Подробно в санитарно-эпидемической обстановке в губернии и Александровском уезде к революции и в первые послереволюционные годы можно прочитать в воспоминаниях

С. В. Певзнера, Ю. Э. Бирковского, С. А. Дрейзина и других ветеранов санэпидслужбы.

***Вывод***

Анализируя развитие медицины земского периода с позиций 1992—2000 г., то есть начала реформирования здравоохранения Украины и области, следует отметить значительное приближение отдельных видов медпомощи к селу. Одновременно сформировались и закрепились положительные черты земской медицины, которые сохранились и до сих пор: участковый принцип обслуживания населения, бесплатность услуг, профилактическая направленность. Вдобавок, земские врачи, а также нередко — фельдшери и акушерки были настоящими сподвижниками, которые шли работать „в народ” и которому желали отдать свои знания и силы.

***Литература***

1. Об опасениях насчет чумы, открывшейся в Сечи запорожской, 1760 г.// Архiв Коша Нової 3апорозької Сiчi: Опис справ 1713—1776 р. — К.: Наукова думка, 1994. — С. 57, 66, 139.

2. Бородий Н. К. Из истории медицины Новой Запорожской сечи//Советское здравоохранение. — 1975. — 12. — С. 55—60.

3. Верхоратський С. А. Медицинская помощь в Запорожской Сечи//Врачебное дело. — 1954. — № 5. — С. 451—542.

4. Верхоратський С. А. Iсторiя медицини. — 3-те вид. — К., 1983. — С.382.

5. Оборин Н. А. Из истории медицины в Запорожской Сечи// Врачебное дело. — 1955. — 11. — С. 1115—1118.

6. Інструкцiя,1868 р. — Державний архiв Запорiзької областi (ДАЗО), ф. 56, оп.1.

7. Пушин Г. А. К истории земской медицины в Запорожье// Советское здравоохранение. — 1965. — № 5. — С. 75—81.

8. ДАЗО, ф. 56, оп.1, арк. 8.

9. Статистична таблиця на витрати земства по народному здравiю, освiтi і друкуванню протоколiв по 200 повiтам. Катеринослав. 1869 р. — ДАЗО, ф. 56.

10.Медицина Запорізької області: Історичні нариси /За ред. В. Г.Цисс.- Запоріжжя: Дике Поле, 2001.-412 стор.