

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра суспільних наук ХНМУ

Центр медичного краєзнавства

АКАДЕМІЯ СОЦІАЛЬНИХ НАУК УКРАЇНИ

***Історичні, економічні, соціально-
філософські та освітні аспекти
розвитку охорони здоров'я:***

**МАТЕРІАЛИ ІІІ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ ІНТЕРНЕТ-
КОНФЕРЕНЦІЇ**

2-9 Листопада 2015 р.

ХАРКІВ 2015

УДК 3:614
ББК 5 (4 УКР)
І 90

*Затверджено Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 9 від 17.09.2015 р.*

Редакційна колегія: *Робак І.Ю.* – доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету – головний редактор;
Демочко Г.Л. – кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету – заступник головного редактора.

Відповідальний за випуск: д-р іст. наук, проф. Робак І.Ю.

І 90 **Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я** : матеріали III Міжнародної наукової інтернет-конференції, 2-9 листоп. 2015 р., / Харк. нац. мед. ун-т ; [редкол. : І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко]. – Х. : Колегіум, 2015. – 183 с. (з іл.)

ISBN 978-966-8604-96-6

Збірник містить матеріали III Міжнародної наукової інтернет-конференції, що відбулася 2-9 листопада 2015 р. Концепція збірника базується на багатоплановому науковому висвітленні проблем охорони здоров'я. Секції конференції охоплюють галузі історичних, економічних, філософських і медичних наук.

Редколегія не завжди поділяє погляди авторів, залишила за собою право скорочувати та редагувати тексти. Автори несуть відповідальність за зміст опублікованого матеріалу, достовірність фактів, цитат, дат, імен та інших даних.

УДК 3:614
ББК 5 (4 УКР)

ISBN 978-966-8604-96-6

© Харківський національний медичний університет, 2015.
© Академія соціальних наук України, 2015.
© Автори, 2015.

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1. ІСТОРІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<i>Альков В. А.</i> ЯКІСТЬ ТА ДОСТУПНІСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ ДЛЯ МЕШКАНЦІВ ХАРКІВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ В ДР. ПОЛ. ХІХ – НА ПОЧ. ХХ СТ.	6
<i>Барабаш Ю.В.</i> МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМАТИКА 20-Х РР. ХХ СТ. У РАДЯНСЬКІЙ ІСТОРІОГРАФІЇ	9
<i>mgr Gorzałka Przemysław</i> LAZARET WOJSK POLSKICH W WARSZAWIE W 1807 ROKU.	11
<i>Гринзовський А.М.</i> ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД В КОМПЛЕКСНОМУ РІШЕННІ ПИТАННЯ ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ В ХVІІІ–ХІХ- СТОЛІТТЯХ	13
<i>Демочко Г.Л.</i> ПІДСУМКИ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ КАФЕДРИ СУСПІЛЬНИХ НАУК ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У 2014 РОЦІ	15
<i>Czesław Jeśman, Zbigniew Kopociński, Krzysztof Kopociński, Krzysztof Kopociński, Agnieszka Młodzik</i> REGIONY WYSTĘPOWANIA KIŁY ENDEMICZNEJ W TERENIE RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ W LATACH 1918-1939.....	22
<i>Исхаков Э.Р.</i> ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ, ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В КОНЦЕ ХVІІІ НАЧАЛЕ ХІХ ВЕКОВ.....	26
<i>Кисільова Т. О., Савчук В. С.</i> П'ЯТИЙ ВСЕСОЮЗНИЙ З'ЇЗД РЕНТГЕНОЛОГІВ ТА РАДІОЛОГІВ У КИЄВІ 18–23 ТРАВНЯ 1928 РОКУ	28
<i>Кистенева О.А., Решетова А.С.</i> ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА	31
<i>Кондратюк Г.Н.</i> ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КРЫМСКОЙ АССР В УСЛОВИЯХ ПОЛИТИКИ КОРЕНИЗАЦИИ (20-30-е годы ХХ века).....	33
<i>Matyja Iwona</i> WARUNKI BYTOWO-ZDROWOTNE NIEWOLNIKÓW W POSIADŁOŚCI JERZEGO WASZYNGTONA NA POSTAWIE RELACJI JULIANA URSYNA NIEMCEWICZA	37
<i>Мякина А. В., Мищенко А. Н., Мельник К. А.</i> МЕДИЦИНА УКРАИНСКОГО КАЗАЧЕСТВА	39
<i>Robak Igor, Srogosz Tadeusz</i> OCENA PRACY DOKTORA JOHANNА WILHELMA MOELLERA W CZASIE EPIDEMII DŻUMY W LATACH 1780-1781	41
<i>Савчук В. С.</i> ЛІКАР-НЕВРОЛОГ ВЛАДИСЛАВ ЕДМУНДОВИЧ ДЗЕРЖИНСЬКИЙ: ПОВЕРТАЮЧИСЬ ДО НАДРУКОВАНОГО	44
<i>Тищенко Е.М.</i> ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В БЕЛАРУСИ В ХІХ ВЕКЕ .	47
<i>Foltyński Jarosław</i> KOMPETENCJE SANITARNO –ZDROWOTNE MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W POLSCE W LATACH 1918 – 1939	49

СЕКЦІЯ 2. МЕДИЧНЕ КРАЄЗНАВСТВО

<i>Брижанева А.С.</i> ОРГАНЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА БЕЛГОРОДЧИНЕ В 1920–30-е ГОДЫ.	52
<i>Пуйн Vadim</i> THE POST-WAR RECOVERY OF THE KHARKIV MEDICAL NETWORK.....	54
<i>Камлык И.В., Белякова Т.В.</i> К ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ ОБЩИНЫ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ В ХАРЬКОВЕ: ПО СТРАНИЦАМ РЕДКИХ И ЦЕННЫХ ИЗДАНИЙ.....	57

<i>Костюкевич Т.В., Киричок І.В.</i> ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ЯК ОСЕРЕДОК ПОДВИЖНИЦТВА І ВОЛОНТЕРСТВА: ПО СТОРІНКАХ РІДКІСНИХ ТА ЦІННИХ ВИДАНЬ	60
<i>Русанова Е.Г., Русанов К.В.</i> В.М. РИХТЕР, В.Н. КАРАЗИН И ИХ «ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ»	66
<i>Русанов К.В., Русанова Е.Г.</i> В.Н. КАРАЗИН КАК ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ.....	69
<i>Чернуха О.В.</i> КОРОТКИЙ НАРИС ІСТОРІЇ СЛУЖБИ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ У ХАРКОВІ.....	73

СЕКЦІЯ 3. ЕКОНОМІКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<i>Агапова В.Ю., Лебединець Т.М.</i> РОЗВИТОК ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ НА ХАРКІВЩИНІ	77
<i>Гапонова Е.О.</i> FINANCING HEALTH CARE IN UKRAINE	79
<i>Зінчук А.М., Куцин М.В., Зінчук О.Г.</i> КОНЦЕПТУАЛЬНІ НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ РАКУ ЛЕГЕНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ	79
<i>Камінська Т.М.</i> ШЛЯХИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	82
<i>Олексюк О. Б.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ МІСЬКИХ ДІТЕЙ З ПРИВОДУ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ.....	84
<i>Подригало Л.В., Платонова А.Г., Сокол К.М.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ОПТИМИЗАЦИИ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	86
<i>Сидоренко М.О., Сокол К.М., Дмуховська Т.М.</i> ВОЄННІ КОНФЛІКТИ І ТЕРОРИЗМ ЯК НОВА ЗАГРОЗА ЕКОЛОГІЧНІЙ БЕЗПЕЦІ	89
<i>Сидоренко М.О., Завгородній І.В., Сокол К.М., Дмуховська, Т.М.</i> ЕКОЛОГІЧНА ПОЛІТИКА ЯК ФАКТОР СОЦІАЛЬНОЇ, ЕКОНОМІЧНОЇ, ЕКОЛОГІЧНОЇ СТАБІЛЬНОСТІ РЕГІОНІВ.....	90
<i>Тищенко Е.М., Лукашевич Ю.Ф., Жиwickая А.Ю.</i> ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ РОДИТЕЛЕЙ ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 3 ЛЕТ	92

СЕКЦІЯ 4. СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ТА ДІХОВНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я

<i>Mateusz Dąsal</i> SOCJOKULTUROWE ASPEKTY ETEROMANII W POLSCE W OKRESIE XX-LECIA MIĘDZYWOJENNEGO	95
<i>Mgr Justyna Migoń-Sasula</i> OBRAZ WODZA – LEKARZA ARMII BIZANTYJSKIEJ WEDŁUG TAKTIKONU LEONA VI.....	97
<i>Mgr Łukasz Sasula</i> HIGIENA ALBO ŚMIERĆ – PRZYSTOSOWANIE SIĘ ŁACINNIKÓW DO WARUNKÓW PANUJĄCYCH W ZIEMI ŚWIĘTEJ	99
<i>Огнев В.А., Огнева Л.Г.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ОСНОВЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	102

СЕКЦІЯ 5. МЕДИЧНА СОЦІОЛОГІЯ

<i>Гончаренко Л. О.</i> ТВОРЧИСТЬ ЯК ПРИНЦИП САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ..	105
<i>Agnieszka Pawlak</i> ZDROWIE EMIGRANTÓW ZAROBKOWYCH I ICH RODZIN A WSPARCIE SPOŁECZNE I POMOC INSTYTUCJONALNA	108
<i>Stempień Jakub Ryszard PhD, Stempień Jakub Ryszard PhD, Tkaczyk Marcin Professor</i> DECLINE OF SOCIAL TRUST FOR HEALTH CARE SYSTEM AND MEDICAL OCCUPATIONS IN POLAND – THE PERSPECTIVE OF PHYSICIANS AND MEDICINE STUDENTS.....	110

<i>Magdalena Wieczorkowska</i> NEW AREAS OF MEDICALIZATION – THE MEDICALIZATION OF PUBLIC AND PRIVATE SPACE	114
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

СЕКЦІЯ 6. ПЕРСОНАЛІ ВИДАТНИХ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<i>Вовк Я.Р., Линник М.С.</i> ХИРУРГ, ГЕНЕРАЛ-МАЙОР МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПЕТР ВАСИЛЬЕВИЧ МАНДРЫКА (1884-1943 гг.).....	117
<i>Dally I.</i> FAMOUS DOCTORS OF LEBANON	119
<i>Czesław Jeśman, Zbigniew Kopociński, Krzysztof Kopociński, Agnieszka Młodzik, Agnieszka Młodzik</i> GEN. DYW. PROF. BOLESŁAW SZARECKI (1874 – 1960), ABSOLWENT WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIWERSYTETU W CHARKOWIE, PATRON WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W ŁODZI.....	122
<i>Krzysztof Kopociński, Zbigniew Kopociński, Czesław Jeśman</i> WIESŁAW HOŁOBUT (1907-1988) – PROFESOR O KRESOWYCH KORZENIACH.....	139
<i>Krzysztof Kopociński, Zbigniew Kopociński, Czesław Jeśman</i> PŁK LEK. WŁODZIMIERZ PIETKIEWICZ (1916-1992) – Z DALEKIEJ KIRGIZJI DO WOJSKA POLSKIEGO	141
<i>Krzysztof Kopociński, Zbigniew Kopociński, Czesław Jeśman</i> PPLK LEK. JERZY DZIESZUK CISZEWSKI (1915-1963) – Z REJONU MOSKWY, POPRZEZ WILNO, NA KOMENDANTA SZPITALA GARNIZONOWEGO W ŻARACH	143
<i>Krzysztof Kopociński, Zbigniew Kopociński, Czesław Jeśman</i> PŁK LEK. MAKSYMILIAN MOŚCISKER (1902-1982) – LOS POLSKIEGO ŻYDA, LEKARZA WOJSKOWEGO NA TLE DRAMATYCZNYCH WYDARZEŃ HISTORYCZNYCH XX WIEKU.....	146
<i>Микулина О.И.</i> МОИСЕЙ БОРИСОВИЧ ФАБРИКАНТ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ХАРЬКОВСКИЙ ХИРУРГ, ПЕДАГОГ, ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ.	148
<i>Мякина А. В., Мищенко А. Н., Мельник К. А.</i> ТВОРЧЕСКИЙ ЧЕЛОВЕК ТАЛАНТЛИВ ВО ВСЕМ	152
<i>Подригало Л.В., Даниленко Г.Н.</i> ПРОФЕССОР М.В. КРИВОНОСОВ – ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ- ГИГИЕНИСТ И ПЕДАГОГ (К 75-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)	153
<i>Andrzej Stroynowski</i> ALBRYCHT RADZIWIŁŁ – WIEDZA MEDYCZNA MAGNATÓW W XVII WIEKU	156
<i>Товкун Л.П.</i> ПРОФЕСОР Л.М. ГОРОВИЦ-ВЛАСОВА (1879–1941) ТА ЇЇ ВНЕСОК У РОЗВИТОК ГІГІЄНИ В УКРАЇНІ ТА ЗА ЇЇ МЕЖАМИ	159
<i>Anna Czerniecka-Haberko,</i> DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWO-SPOŁECZNA LUDWIKA БАТАВПІ	162
<i>Якуба А.О.</i> БІОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЧЕНОГО А. Д. ЧИРІКОВА.....	166

СЕКЦІЯ 7. МЕДИЧНА ОСВІТА

<i>Коцур Н.І.</i> ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ НАУКОВИХ ОСНОВ ГІГІЄНИ В ХАРКІВСЬКОМУ УНІВЕРСИТЕТІ (ПЕРША ПОЛОВИНА ХІХ СТ.).....	169
<i>Лутаєва Т. В.</i> ОСВІТНЬО-ПРОСВІТНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ ІНОЗЕМНИХ НАУКОВЦІВ-МЕДИКІВ ТА ПРИРОДОДОСЛІДНИКІВ НА СЛОБОЖАНЩИНІ (ПЕРША ПОЛОВИНА ХІХ ст.).....	171
<i>Martynenko Nataliya</i> BRUCE LIPTON ABOUT CONSCIOUS PARENTHOOD AND ITS INFLUENCE ON THE FORMATION OF CHIL'D GENES	174
<i>Палієнко О.А.</i> ПРОБЛЕМИ ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ	176
ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ	178

СЕКЦІЯ 1. ІСТОРІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ЯКІСТЬ ТА ДОСТУПНІСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ ДЛЯ МЕШКАНЦІВ ХАРКІВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ В ДР. ПОЛ. ХІХ – НА ПОЧ. ХХ СТ.

Альков В. А., кандидат історичних наук, старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету

По завершенні гострого періоду хвороби пацієнти потребували продовження лікування в спеціальних закладах – санаторіях. Поїздки «на води» були широко розповсюджені серед вищих верств населення в попередній період, але лише в др. пол. ХІХ – на поч. ХХ ст. починає формуватися система лікувально-профілактичних закладів, що охоплює ширшу аудиторію. Як свідчать джерела, лікування в санаторіях реально допомагало в боротьбі з хворобами, пацієнти після нього почували себе в усіх випадках принаймні краще [1, арк. 3]. Та заклади не були позбавлені проблем, внаслідок чого зменшувалась ефективність надання допомоги.

1876 р. під управління міста Харкова було передано Слов'янські мінеральні води. Гідропатичні споруди там виявились надзвичайно примітивними, не було зручностей, внаслідок чого кількість курортників попервах тільки зменшувалась. Хворі розміщувались у номерах, що належали курорту, або на приватних квартирах, які вони винаймали власноруч. До послуг курортників були 10 купалень на березі озера, щотижнева консультація провідних харківських лікарів. Життя в Слов'янську було відносно недорогим, та нудним, хоча новий великий курзал, побудований наприкінці ХІХ ст., загалом відповідав потребам суспільного життя. Та це була єдина розвага в містечку. Втім, лікування тут обходилося дешевше, ніж на інших водах, завдяки чому курорт користувався популярністю. Головний контингент хворих склали золотушні, сифілітичні, ревматичні, психічнохворі, хворі на жіночі та шкірні хвороби. Проживання в приватних оселях було задоволенням не з дешевих. Вартість найму навіть селянської хати складала 30-60 крб на місяць, дачі – 600-100 крб залежно від кількості кімнат. На харчування витрачалось приблизно 15 крб. Ціна теплих ванн становила 40-75 коп, холодних у загальній купальні – 5 коп., у окремії – 10 коп. За дітей платили половину [2, с. 41-42]. Якщо скласти все це до купи, то виходить непідйомна сума для пересічного мешканця губернії, адже норма добових видатків на сім'ю становила від 19 коп. до 1 крб., а оплата праці абсолютної більшості городян становила 70-600 крб на рік [3, с. 69-70]. Прибутки сільських мешканців були ще менші.

У Слов'янську також працював спеціалізований військовий шпиталь, де спостерігались хворі. Хворих офіцерів часто звільняли на рік «на води» з направленням на Слов'янські, Петербурзькі тощо [4, арк. 1, 15, 20].

Інший курорт – Березовські води – складався лишень з джерел та будівлі, де можна було отримати ванни різної температури. Заклад знаходився в запущеному парку. Діяло 2 готелі для хворих із залами для спілкування та танців. До послуг відпочивальників були музика, більярд та читальня. До того ж, закладу належало 9 окремих дач для розміщення хворих. Цей курорт також був задорогим. Дачу можна було винайняти за 80-300 крб за сезон залежно від кількості кімнат. У готелях за сезон платили: у старому – 25-50 крб, у новому – 75-15 крб за номер. Ванни при покупці 100 квитків коштували 45 крб, окремо – по 50 коп., за дітей так само платили половину.

Найдемократичнішим закладом, але й найпримітивнішим, були Мурафські води, що працювали з 1865 р. при повітовій лікарні. Там діяло 5 ванн. Місцеві селяни користувались закладом безкоштовно, інші ж платили по 10 коп [2, с. 43].

На початку 90-х рр. ХІХ ст. відкрилися приватні «Санаторий и водолечебное заведение доктора медицины, приват-доцента К. Я. Данилевского», розраховані спочатку на 20, а пізніше на 25 ліжок. Там діяли амбулаторія, бальнеологічне відділення з найпередовішим обладнанням, де лікували хворих на внутрішні й нервові захворювання. Лікування та повний пансіон коштували від 75 крб на місяць, що пересічному городянину було аж ніяк не доступним [5, с. 297].

1913 р. Харківський відділ ліги боротьби з туберкульозом відкрив протитуберкульозний санаторій на 35 ліжок у Репках під Харковом, а 1914 р. – безкоштовні ясла для дітей, хворих на туберкульоз. Потужності цих лікувальних установ навіть для одного Харкова були вкрай недостатніми [5, с. 148-149]. А потрапляли туди й люди з навколишніх регіонів. Ураження кісток лікувати не могли, не було відповідного устаткування. Тому хворих з тією формою туберкульозу не приймали [6, арк. 16].

Не завжди навіть медики, які потребували медичної допомоги, мали змогу вчасно отримати санаторне лікування [7, арк. 1-4]. Земські працівники жодним чином не могли оплатити лікування, тому вдавались до прохань до земств задля допомоги. Земські збори постановили оплачувати 1/3 вартості, на інші 2/3 існувала спеціальна стипендія на лікування, яку давали за добру службу. Та щоб стипендіальне місце звільнилось, треба було чекати, особливо на Південному березі Криму. Бідних кандидатів на стипендію була маса, та на кошти земства лікувалося 2-3 людини на рік [7, арк. 1-7, 11, 13, 47-48]. Службовців могли зараховувати й напівплатне лікування, та воно швидко виснажувало їх бюджети, службовці просили 100 % допомоги [6, арк. 18]. Приміром, у санаторії «Репкі» напівплатне ліжко коштувало 60 крб на місяць. Та виділяли 50 крб, тобто ще 10 треба було сплатити самому. Для зарплатні, скажімо, вчительки це була значна сума. Реально вчителям на лікування там не вистачало й асигнованих 70 крб [1, арк. 57, 110-111]. Для земських службовців, хворих на туберкульоз, винаймали одне безкоштовне ліжко в Репках, через яке на рік проходило 4-6 хворих (по 2-3 місяці кожен). Зверталась увага на необхідність продовження лікування у випадку медичної необхідності, але коли коштів не було, цього не дотримувались. Недолікована людина поверталась на роботу [6, арк. 1, 11].

Харківське губернське земство забезпечувало відпочинок своїх працівників у різних санаторіях, витрачаючи значні кошти. За лікування в Ялті двох службовців 1909 р. земська управа сплатила 150 крб. Земство утримувало власне ліжко в колонії Червоного Хреста на Кавказьких мінеральних водах у П'ятигорську. Відповідно, там службовці отримували безкоштовне лікування. Інші мали платити. Коштувало 6-тижневе лікування в П'ятигорську до 45 крб за 6-тижневий курс. Це при тому, що в кімнатах жили по двоє [7, арк. 24-29, 31, 47]. Місцевих службовців направляли й до «Русской санаторії» в швейцарському Давосі, виділяючи на це 100 крб, стільки ж, скільки на лікування в «Пермському санаторії» в Алуці [1, арк. 6-7]. Тобто, різниці в ціні тоді не було.

На курортне лікування їхало все більше представників малозабезпечених верств. Та через дорожнечу їм доводилось економити, що погано відбивалось на результатах лікування. Приватні санаторії правили за свої послуги 200-300 крб. і не були на них розраховані [1, арк. 3]. Для забезпечених мешканців губернії проблем не виникало, та вони воліли відвідувати більш якісні закордонні курорти. Наприклад, є згадки про відпочинок заможних харків'ян на Баденських водах [8, арк. 13] тощо.

Отже, система санаторно-курортного лікування, що склалася, була малодоступною за ціною в умовах превалювання незабезпеченого населення. Увага приділялась лише відпочинку земських службовців, на що виділялись кошти. Якість надання допомоги навіть за відносно високих цін була загалом невідповідною, устаткування – недостатнім та примітивним, виключаючи дорогі приватні заклади. Та в цей період були закладені фундаментальні основи для розвитку даної сфери на Харківщині.

Список джерел і літератури:

1. Державний архів Харківської області (ДАХО). Ф. 304 Харківська губернська земська управа. 1865 – 1919 рр. Оп. 1. Спр. 2246. Заявления служащих земства о направлении их на лечение в санатории за счет земства или выдаче на это денежных пособий. 1914 р., 123 арк.
2. Медицинский отдел: Отгиски из «Харьковского календаря» на 1888 год / [сост. Н. А. Смирнитский]. – Харьков : Тип. Губернского правления, 1888. – 48, II с.
3. Альков В. А. Харків наприкінці ХІХ – на початку ХХ століття: дозвілля міських мешканців в умовах модернізації : дис. ... кандидата іст. наук : 07.00.01 / Альков Володимир Андрійович. – Харків, 2012. – 330 с.
4. ДАХО. Ф. 12 Харківська лікарська управа. 1831 – 1864 рр. Оп. 1. Спр. 150. Об освидетельствовании в болезнях гг. офицеров Военного ведомства, находящихся в отпусках. 1846 р., 51 арк.
5. Робак І. Ю. Історичні умови організації та специфіка розвитку охорони здоров'я в Харкові (ХVІІІ – початок ХХ ст.) : дис. ... доктора іст. наук : 07.00.01 / Робак Ігор Юрійович. – К., 2009. – 438 с.
6. ДАХО. Ф. 304 Харківська губернська земська управа. 1865 – 1919 рр. Оп. 1. Спр. 2245. Переписка с харьковским отделом Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом о помещении больных служащих земства в санаторий за счет земства. 1913 р., 22 арк.

7. ДАХО. Ф. 304 Харківська губерньська земська управа. 1865 – 1919 рр. Оп. 1. Спр. 2215. Переписка о направлении на курортное лечение за счет управы служащих харьковского губернского земства. 1909 р., 57 арк.

8. ДАХО. Ф. 304 Харківська губерньська земська управа. 1865 – 1914 рр. Оп. 1. Спр. 844. Ходатайства о приёме больных в губерньскую земскую больницу; цифровые сведения о душевнобольных, находившихся в земской больнице за 1913 год. 1914 р., 15 арк.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМАТИКА 20-Х РР. ХХ ст. У РАДЯНСЬКІЙ ІСТОРІОГРАФІЇ

*Барабаш Ю.В., д.і.н., доцент кафедри теорії та історії держави і права
Університету митної справи та фінансів, м. Дніпропетровськ*

Історичні події періоду 1920-х рр. представляють значний інтерес для широкого кола науковців. Цікавою сторінкою історії зазначеного періоду є розвиток соціальної сфери та одна з її найважливіших ланок – інфраструктура охорони здоров'я. На тлі політичних та економічних подій в країні були здійснені заходи щодо розвитку української системи охорони здоров'я з орієнтиром на інтенсивне впровадження робітничої медицини.

Історіографія медико-соціальних проблем представлена низкою праць радянського періоду. Зокрема, досить цінною є дослідження С.М.Екеля «Інфекційні захворювання на Україні» [1], в якому простежується статистичний аналіз щодо поширення інфекційних захворювань на теренах нашої держави, особливо у першій половині 1920-х років. Зокрема, значна увага приділена характеристиці поширення захворювань на тиф, скарлатину та віспу по губерніях, що дає відповідну картину епідемічного стану в регіоні.

Видання «Медицинская помощь застрахованным в 1925-1926 году» [2], присвячене аналізу надання медичної допомоги застрахованим в Україні у 1925-1926 рр. Цінність його полягає у висвітленні основних питань, що стосуються характеристики як загальних умов існування робітничої медицини, так і окремих питань, присвячених аналізу динаміки розвитку лікувально-профілактичної мережі.

Серед літературно-історичних надбань періоду 20-30-х рр. минулого століття цінним є видання «Травматизм на Україні у 1927-1933 рр.» [3], в якому авторами проаналізовано матеріал, що характеризує динаміку травматизму у період першої п'ятирічки. У рамках висвітлення питань боротьби з травматизмом, й по лінії охорони праці та техніки безпеки, охарактеризовано основні завдання й по лінії медико-санітарного обслуговування працівників підприємств із метою покращення стану їх здоров'я.

Неабияку цінність серед праць 1950-х рр. представляє видання П.Л.Шупика «Досягнення охорони здоров'я в Українській РСР» [4], у якій викладення матеріалу за хронологічним принципом стосується аналізу

інфраструктури охорони здоров'я, починаючи від історії створення законодавчої бази та формування медичних установ, закінчуючи характеристикою основних ланок, а саме шляхів розвитку венерології, стоматології, санаторно-курортної справи та ін. в УСРР.

У 60-70-х рр. ХХ ст. істориками медицини видаються перші монографії з історії розвитку охорони здоров'я. Особливістю праць вказаного періоду є те, що у цей час навіть згадувалися деякі «помилки» у політиці держави щодо розвитку системи охорони здоров'я. Зокрема І.Д.Хорош у своїх двох монографіях «Первые годы развития советского здравоохранения на Украине (1918-1920)» [5] та «Розвиток охорони здоров'я на селі в Українській РСР (1918-1929 роки)» [6] розглянув і проаналізував перші роки розвитку радянської охорони здоров'я в Україні (1918-1920) та у сільській місцевості у період 1918-1929 рр. Основні аспекти, на яких акцентував увагу науковець, пов'язані з характеристикою підвалин розвитку радянської охорони здоров'я в Україні. Автор проаналізував основні передумови зародження радянської системи охорони здоров'я, процес утворення керівних органів даної сфери.

Важливим виданням було «Хронологічне зібрання законів, указів Президії ВР, постанов і розпоряджень Уряду УРСР» [7], на сторінках якого надруковані основні постанови, що стосуються укомплектування установ медичними кадрами; про заходи по боротьбі з епідеміями, венеричними захворюваннями; про націоналізацію лікувальних закладів та санітарних установ, аптечної справи, зуболікарських складів та ін.

Питання розвитку лікувально-профілактичної допомоги населенню, його санітарно-епідеміологічного обслуговування, медичного та медико-технічного забезпечення проаналізовані у ґрунтовному трьохтомному виданні «Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР» під редакцією доктора медичних наук А.Є.Романенко [8].

Отже, серед основних праць радянського періоду, присвячених медико-соціальним проблемам у 1920-х рр. в основному представлені праці медиків, які очолювали керівні органи в системі охорони здоров'я країни і розкрили не лише статистику захворювань та показали дані по формуванню системи закладів охорони здоров'я, а й приділили значну увагу соціології медицини, значущості здоров'я в радянському суспільстві.

Список джерел і літератури:

1. Экель С. М. Инфекционные заболевания на Украине / С. М. Экель. – Харьков : Научная мысль, 1927. – 71 с.
2. Медицинская помощь застрахованным в 1925–1926 году. – Харьков, 1927. – 94 с.
3. Травматизм на Украине / под ред. Кагана С. С. – Харьков, 1934. – 191 с.
4. Досягнення охорони здоров'я в Українській РСР / П. Л.Шупик. – К.: Держмедвидав. – 1958. – 723 с.
5. Хорош И. Д. Первые годы развития советского здравоохранения на Украине (1918–1920) / И. Д. Хорош – К. : Государственное медицинское издательство УССР, 1963. – 206 с.
6. Хорош И. Д. Развитие охорони здоров'я на селі в Українській РСР (1928–1929 роки) / И. Д. Хорош. – К. : Здоров'я, 1969. – 171 с.

7. Хронологічне зібрання законів, указів Президії Верховної Ради, постанов і розпоряджень Уряду УРСР. – К.: Держполітвидав УРСР, 1963. – Т. I. – 771 с.
8. Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР (в 3-х томах). – Т. 1. Здравоохранение в Украинской ССР. Пути и итоги развития / под ред. А. Е. Романенко. – К.: Здоров'я, 1987. – 480 с.

LAZARET WOJSK POLSKICH W WARSZAWIE W 1807 ROKU

mgr Gorzałka Przemysław, doktorant w Instytucie Historii Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Po pogromie armii pruskiej pod Jeną i Auerstadt 14.10.1806 roku Wielka Armia w pogoni za szczątkami wojsk Fryderyka Wilhelma III wkroczyła na dawne ziemie polskie. Dla Napoleona i jego wojsk nie był to jednak koniec kampanii, w obronie swego pruskiego alianta wystąpił car Aleksander I, z którego rozkazu dwie armie rosyjskie, liczące w sumie ponad sto tysięcy żołnierzy ruszyły przeciw korpusom Wielkiej Armii. Nadchodząca z początkiem 1807 roku kampania nazwana „pierwszą wojną polską” zapowiadała się na niezwykle ciężką, dlatego Napoleon postanowił wykorzystać kartę polską. Dając Polakom mgliste nadzieje na odzyskanie własnej państwowości cesarz Francuzów zażądał w zamian dostaw żywności, furazu, organizacji wojska czy wreszcie utworzenia sieci lazaretów dla tysięcy rannych i chorych żołnierzy napoleońskich.

Dla usprawnienia i koordynacji wszelkich działań Polaków dekretem z 14 stycznia 1807 roku powołał Napoleon polski rząd tymczasowy nazwany Komisją Rządzącą. Jednym z istotniejszych jej zadań było zapewnienie opieki zdrowotnej niezdolnym do walki żołnierzom. Wobec ogromnych potrzeb starano się umieszczać rannych i chorych wszędzie gdzie to było możliwe. Najczęściej jednak na tymczasowe lazarety adaptowano klasztory. Jak stwierdził T. Srogosz nadawały się one doskonale posiadając sporą przestrzeń oraz potencjalną obsadę lazaretu w postaci zakonnic lub zakonników [2, s. 68].

Prócz klasztorów lazaretami stawały się większe domy bądź opuszczone pałace. Największym skupiskiem lazaretów była, z oczywistych względów Warszawa. Była największym ośrodkiem miejskim, siedzibą władz centralnych, dysponowała więc najlepszym zapleczem. Budynki wyznaczone na lazarety przystosowywano do nowej funkcji bardzo szybko. Dostarczano łóżka do rozlokowania chorych i rannych żołnierzy, ponadto sprzęty kuchenne, na koniec wyposażenie medyczne [2, 73].

Finansowanie lazaretów ze skarbu państwa było niewystarczające tak więc władze starały się zaradzić brakom w wyposażeniu prowadząc akcję zbierania dobrowolnych składek i darów od społeczeństwa, głównie mieszkańców Warszawy. Apele odwołujące się do ofiarności i patriotyzmu obywateli zamieszczano w prasie. Nie odnosiły one spodziewanych efektów więc władze wprowadziły rekwizycje, a w okresie późniejszym Komisja Rządząca uchwaliła specjalny podatek lazaretowy [2, s. 74-78].

Z serii raportów protomedyka wojsk polskich dra Michała Bergonzoniego i protochirurga dra Leopolda Lafontaine'a do członka Komisji Rządzącej Walentego Sobolewskiego wiemy o funkcjonowaniu w Warszawie lazaretu przeznaczanego dla żołnierzy polskich, a zlokalizowanego w siedmiu domach prywatnych. Były to domy: K(i)ebesa, Niecielskiego, Piaskoskiego, Sierakowskiego, Korytowskiego, oraz Salwatora Scabioli. Ponadto wydzielono osobny dom Ossolińskiego przeznaczony dla rekonwalescentów [1, k. 63]. Chorzy na świerzb przebywali w domach Salwatora Scabioli, Sierakowskiego i Korytowskiego [2, s. 98]. Warto podkreślić, iż był to lazaret przeznaczony dla chorych a nie rannych żołnierzy. Wydaje się, iż ranni trafiali do szpitali położonych bliżej linii frontu. Początkowo do lazaretu trafiali chorzy służący w pierwszej legii dowodzonej przez księcia Józefa Poniatowskiego. W okresie późniejszym trafiali również do niego żołnierze legii drugiej (gen. Józefa Zajączka) [1, k. 117] i trzeciej (gen. Jana Henryka Dąbrowskiego) [1, k. 114].

Z raportów przesyłanych komisarzowi Sobolewskiemu od kwietnia do października 1807 roku [1, k. 3, k. 176] wiemy, iż liczba pacjentów oscylowała pomiędzy sześciuset kilkudziesięciu a nieco ponad 1100 chorych żołnierzy. Sprawozdania podają 16 jednostek chorobowych na które cierpieli a ponadto liczbę rekonwalescentów.

Najwięcej pacjentów legionowego lazaretu cierpiało na różne odmiany febry. Na przykład raport z 12 kwietnia podaje, iż na ogólną liczbę 1056 chorych aż 623 (59%) cierpiało z tego powodu. Sporą grupę stanowili także chorzy na świerzb 163 (15%) [1, k. 6]. Śmiertelność była stosunkowo niska i wynosiła od kilku do kilkunastu żołnierzy tygodniowo. W sumie w całym omawianym okresie zmarło w lazarecie 296 żołnierzy [1].

Żadna armia nie może obyć się bez odpowiednio zorganizowanego zaplecza. W szczególności dotyczy to sprawnie funkcjonującej służby zdrowia i odpowiedniej liczby szpitali wojskowych. Kampania 1807 roku prowadzona na ziemiach polskich była szczególnie trudna nie tylko ze względu na ogromną liczbę rannych, ale też z powodu niezwykle surowych warunków atmosferycznych. Żołnierze Wielkiej Armii zmęczeni po trudach kampanii 1806 roku, maszerujący kilkadziesiąt kilometrów dziennie w deszczu lub mrozie, nieregularnie odżywiający się prowiantem często wątpliwej jakości, byli szczególnie narażeni na wszelkiego rodzaju choroby. Dzięki ogromnemu wysiłkowi Polaków, a w szczególności działaniom Komisji Rządzącej udało się znaczną ich część uratować i przywrócić szeregom. Dobrym przykładem tych działań może być warszawski lazaret dla chorych należących do trzech legii Wojska Polskiego.

Literatura:

1. Raport o stanie lazaretów polskich, Archiwum Główne Akt Dawnych, Komisja Rządząca – akta spraw, sygn. 92
2. Srogosz T., Pomoc weteranom, rannym i chorym na ziemiach polskich w latach 1806-1807, Częstochowa 2001

ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД В КОМПЛЕКСНОМУ РІШЕННІ ПИТАННЯ ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ В XVIII–XIX- СТОЛІТТЯХ

Гринзовський А.М., кандидат медичних наук, заступник директора Інституту гігієни та екології, доцент кафедри гігієни та екології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Окремою сторінкою профілактичної діяльності з попередження виникнення інфекційних захворювань є організація щеплення від натуральної віспи. Особливістю даного процесу було проведення безпрецедентно широких загальнодержавних і громадських заходів. Їх унікальність полягала в об'єднанні зусиль державних, громадських, медичних, освітянських і навіть церковних діячів у сфері популяризації всіх заходів щодо боротьби з натуральною віспою.

Імунопрофілактика як результат наполегливої праці послідовників Е. Дженнера ширилася Європою.

За персональної підтримки найвищого державного та регіонального керівництва в країні було впроваджено нові організаційно-методичні підходи поширення імунопрофілактики. З 1768 р. створювалися віспощеплювальні заклади, спочатку в Санкт-Петербурзі та його околицях, а потім в інших містах імперії. У 1783 р. віспяний дім з'явився в Києві [1].

Питання віспощеплення отримали широку державну підтримку. Згідно з указом «Про поширення щеплення коров'ячої віспи в губерніях» від 03.05.1811 р. були засновані віспяні комітети на губернських і повітових рівнях. Мета створення цих комітетів – «... щоб скрізь ... щеплена була запобіжна віспа всім дітям» [4].

Загальнодержавна програма передбачала в кожному губернському місті створити комітети у складі губернатора, віце-губернатора, губернського предводителя дворянства і одного члена з боку духовенства, а в губернських містах – з інспекторів лікарських управ, у повітових же містах – із дворянських повітових предводителів, городничих, благочинних, протоієреїв, капітан-справників і повітових лікарів.

Ці комітети повинні були: а) доводити до відома по кожній губернії кількість малолітніх дітей, які ще не хворіли на віспу; б) забезпечувати усім дітям проведення відповідними спеціалістами щеплень коров'ячою віспою; в) постачати для осіб, хто проводить щеплення, свіжий віспяний матеріал і найзручніші для цього інструменти; г) забезпечувати медичних чиновників навчанням базовому щепленню.

Проте ефективність роботи віспяних комітетів залежала від багатьох чинників і передусім від кваліфікації персоналу, який проводив щеплення. З 1811 р. віспощеплення увійшло до переліку обов'язкового виду діяльності всіх штатних медичних співробітників цивільного відомства. До обов'язків персоналу лікарської управи входив контроль за якістю біоматеріалу і

своєчасним його оновленням.

Через три місяці після розгорнення мережі віспяних комітетів вийшов указ від 19.06.1811 р. «Про відправлення здібних людей до віспяних комітетів для навчання щепленню віспи» [3], який передбачав безоплатне двомісячне навчання віспощепленню однієї особи на 1000 населення. Крім того, всі, хто проводив щеплення, звільнялися від земських обов'язків і забезпечувалися безкоштовним необхідним медичним інструментарієм, біологічним матеріалом для проведення щеплення, транспортом і житлом за межами власного населеного пункту за рахунок сільських громад в якості обов'язкової мирської повинності. Усі, хто проводив щеплення, були зобов'язані щопівроку звітувати повітовому або губернському віспяному комітету стосовно кількості щеплених дітей [5].

До популяризації щеплення від натуральної віспи залучалося духовенство. З 1804 р. на духовенство покладался обов'язок пояснювати народу про користь від щеплення коров'ячої віспи. На час літургії священники розташовували дітей, які одужали після проведення віспощеплення, на спеціально вказаному почесному місці (попереду всіх прочан), а після церковного богослужіння проголошували їхні імена, підкреслюючи, що вони врятувалися від страшного захворювання – натуральної віспи завдяки щепленню, і переконуючи прихожан в її безпечності та користі.

Відповідні зміни відбулись і в освітянському середовищі. У народних школах викладалося віспощеплення, окремі питання медицини та надання першої допомоги захворілим. Серед учнів випускних класів відбиралися здібні до проведення щеплення. З листопада 1811 р. Височайший указ до проведення віспощеплення серед населення дозволяв залучати військових лікарів, фельдшерів і навіть здібних цирульників.

З метою значного поширення імунопрофілактики натуральної віспи була створена на державному рівні цілісна система заохочення. Якщо з цього часу хто з медичних чинів щепить коров'ячу віспу не менше ніж 2000 людям за один рік і засвідчить про те місцеві комітети, той отримає в нагороду від Імператора подарунок, а тому, хто прищепить за рік не менше 3000, крім подарунка, зменшиться термін вислуги для отримання ордена Св. Володимира». Інформація стосовно кращих у справі віспощеплення друкувалася на газетних шпальтах.

Для відзначення особливих заслуг застосовувалася медаль «За щеплення віспи». З 1825 р. за представленням губернських віспяних комітетів кращі успіхи щодо щеплення від віспи відзначалися золотими та срібними медалями.

Вільне економічне товариство, завдяки своєму авторитету в суспільстві та державі, провело кілька важливих організаційних рішень. У зв'язку з незначною кількістю медичного персоналу в державі, у 1852 р. товариство звернулось до губернських віспяних комітетів із проханням посприяти тому, щоб повивальні бабки та церковні служителі виконували віспощеплення.

Незважаючи на проведену значну роботу, академік М.Ф. Гамалея констатував, що віспощеплення навіть на початку ХХ ст. носило пасивний характер, а державної системи щеплення не створено [2].

Список джерел і літератури:

1. Вєревкин И. История оспы вь Россіи и мѣрь къ ея уничтоженію : дис. ... д.мед.н. / И. Вєревкин. – СПб. : Тип. Я. Трєя, 1867. – 74 с
2. Гамалея Н. Ф. История оспы и значение оспопрививания / Н. Ф. Гамалея. – СПб., 1913. – 94 с.
3. О присылке способных людей в оспенные Комитеты для обучения прививанию оспы от 19.06.1811 г. № 24681 // ПСЗ РИ. – Собрание Первое : 1649–1825 гг. : в 45 т. / под ред. М. М. Сперанского. – СПб. : Тип. II Отделения Собственной Е.И.В. Канцелярии, 1830. – Т. XXXI : 1810–1811 гг. – С. 680–681.
4. О распространении прививания корорвьею оспы в Губерніях от 05.05.1811 г. № 24622 // ПСЗ РИ. – Собрание Первое : 1649–1825 гг. : в 45 т. / под ред. М. М. Сперанского. – СПб. : Тип. II Отделения Собственной Е.И.В. Канцелярии, 1830. – Т. XXXI : 1810–1811 гг. – С. 640–645.
5. Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи / под ред. директора департамента Л. Ф. Рогозина ; Медицинский департамент. – СПб., 1896–1897. – Вып. 2. – С. 135–273.

ПІДСУМКИ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ КАФЕДРИ СУСПІЛЬНИХ НАУК ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У 2014 РОЦІ

*Демочко Г.Л., кандидат історичних наук, доцент кафедри суспільних наук
Харківського національного медичного університету*

Сучасні процеси подолання негараздів перехідного періоду та становлення нової системи охорони здоров'я вимагають від науковців осмислення досвіду минулого та окреслення нових кроків для прогресивного функціонування сфери охорони здоров'я. До вивчення окремих аспектів системи охорони здоров'я України долучилися і співробітники кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету.

У 2014 році кафедра вперше за свою 85-літню історію взялася за розробку наукової теми під державним реєстраційним номером 0114U003392 «Історичні, економічні, політичні та соціокультурні аспекти розвитку охорони здоров'я». Над історичними аспектами теми працювали зав. каф. проф. Робак І.Ю., к.і.н. Глебова Л.І., к.і.н. Демочко Г.Л., к.і.н. Чернуха О.В., к.і.н. Арзуманова Т.В., к.і.н. Альков В.А., Ільїн В.Г. та Троценко О.В. Студіювання політичних та економічних аспектів узяли на себе к.е.н. Кравченко В.І., к.е.н. Громов А.А. та Гапонова Е.О. Соціокультурним аспектом займалася к.і.н. Мартиненко Н.М.

Викладачі кафедри розуміють, що без якісного дослідження організації охорони здоров'я та специфіки місцевих умов розвитку неможливо створити нову українську модель, яка б відповідала вимогам часу та європейським стандартам. Тому обрана тема є надзвичайно актуальною для України в умовах реформаторських процесів.

Дослідження системи охорони здоров'я до сьогодні було доволі однобоким, адже фахівці не завжди вірно трактували поняття «охорона здоров'я», часто зводячи його до медичної допомоги. При цьому соціальні, економічні, адміністративні та юридичні чинники під час досліджень майже не враховувалися. Через це соціально-гуманітарні аспекти системи охорони здоров'я мають прогалини у студіюванні.

Історичні аспекти розвитку охорони здоров'я досліджувалися у декількох напрямках. Перший напрям – це формування, кристалізація та реалізація на практиці поняття «медичне краєзнавство». Другий напрям – дослідження охорони здоров'я через призму повсякденної історії, що значно збагачує її висвітлення. Третій напрям – це персоналізація історії, дослідження особистості як рушія історичного процесу. Четвертий напрям – це вивчення становлення та організації розвитку медичної науки, як предмету дослідження медичного краєзнавства.

З першого напрямку виконавцями теми була видана друкована робота, у якій доведено, що місце медичного краєзнавства досі чітко не визначено, через що наукові студії цієї галузі не мають великої популярності. При цьому медичне краєзнавство має стати органічною частиною національного краєзнавства [1]. Підтримка цієї тези у Національній спілці краєзнавців виявилася у відкритті у провідному фаховому краєзнавчому журналі спеціальної рубрики «Медичне краєзнавство». Як висновок можна стверджувати, що медичне краєзнавство – самостійна галузь краєзнавчих досліджень, воно повинно студіюватися на рівні з іншими галузями – історичним, економічним, географічним краєзнавством тощо. Витоки, цілі та перспективи медичного краєзнавства окреслені авторами у тезах [2]. Зокрема, сформульовано об'єкт медичного краєзнавства, його міждисциплінарні зв'язки, доведено можливості студіювання медичного краєзнавства професійними істориками та краєзнавцями за умови володіння методологією. Також змальовано, що медичне краєзнавство вже мало своїх дослідників на теренах Харківщини. Одним з таких був В.Д. Отамановський – відомий вчений, організатор науки [3].

Другий напрям дослідження охорони здоров'я доволі новий, адже актуальність історії повсякдення посилилася лише в останні роки. Доведено, що цей напрям дозволяє предметно дослідити повсякдення людини, що можна зробити лише на місцевому рівні, з урахуванням специфіки локусу, що її оточує [4–5]. Предметом вивчення історії охорони здоров'я через призму історії повсякдення стала психіатрична допомога у Харківській губернії, а саме проблема переповненості лікарень, проблема ставлення до психічних хворих, обслуговування психічно хворих у Харківській губернській земській лікарні та колонії Сватова Лучка. Під час дослідження була застосована як традиційна історична методологія, так і підходи історії повсякдення, які дозволили студіювати мікроісторію у гармонійному зв'язку з макроісторичними канонами. Цей же напрям роботи активно підтримується виконанням кандидатської дисертації з історії охорони здоров'я у Харкові у післявоєнний період Ільїним В.Г. У дисертаційному дослідженні також

досліджуються окремі аспекти історії повсякдення, використовуються новітні методики тощо. Таким чином сьогодні досліджена боротьба з інфекційними хворобами після визволення міста від німецьких загарбників, обслуговування промислових робітників у 50-60 рр. минулого століття, досвід реформування галузі у 1970–1980-х рр. [6–9]. У цьому напрямі ведеться дослідження й історії 1-ї міської клінічної лікарні м. Харкова. Група дослідників (І. Робак, Г. Демочко, В. Ільїн) вивчають історію закладу з позицій медичного краєзнавства, історії повсякдення тощо. Це дасть змогу не тільки відпрацювати методологію вивчення медичних закладів, а й показати дослідникам потенціал медичного краєзнавства [10–11].

Третій напрям – персоналізація історії – відбивається у студіюванні життя, діяльності та наукового внеску окремих діячів. У цій площині досліджені постаті А. Шалімова, Г. Островерхова, В. Топузова, В. Отамановського, О. Мельникова, І. Попандопуло [12–19]. При цьому дослідження персоналій органічно пов'язувалося з медичним краєзнавством, збагачуючи доробок Харківщини.

Четвертий напрям студіювання цього аспекту пов'язаний з історією вишу, а саме з дослідженням організації та розвитку медичної науки за радянського періоду. Дослідження показує, що медична наука у харківському виші у 20-х рр. минулого століття була зорієнтована на оборонну промисловість [20]. Це дає можливість стверджувати аналіз архівних документів, які не застосовувалися раніше істориками у науковому обігу. В рамках дослідження проаналізовано підготовку медичних кадрів у 70-х рр. у Харківському медичному інституті [21]. Встановлено, що не всі дисертаційні дослідження виконувалися вчасно. У зв'язку з цим сформувалася певна стратегія наукового відділу ХМІ, який не ставив до плану виконання ризиковані роботи. Також відображена висока наукова активність кафедр терапевтичного профілю та відзначено, що це заслуга акад. проф. Л.Т. Малої.

У дослідженні економічних та політичних аспектів охорони здоров'я співробітниками кафедри суспільних наук було окреслено поняття загального ринкового підходу, який передбачає фінансування медичних послуг державним та некомерційним сектором. При цьому модель загального ринкового підходу передбачає, по-перше, розширення ринку медичних послуг в цілому, для того щоб створювати нових користувачів і підвищити рівень використання різних медичних послуг серед цільових груп. По-друге, – створення сегментованого на однорідні групи ринку медичних послуг з подібними потребами і характеристиками цих послуг. По-третє, використання переваг кожного сектору медичних послуг (комерційний, соціальний маркетинг, громадські, неурядові організації тощо) для досягнення максимальної ефективності роботи. Визначена основна мета загального ринку медичних послуг – розуміння можливостей та готовності населення до загального ринку медичних послуг, залучення партнерів до планування загального ринку медичних послуг, інформування щодо концепції реформування охорони здоров'я зацікавленим сторонам, досягнення цієї мети можливо за умови визначення об'єктивної потреби у різних видах медичних

послуг, оцінки впливу зацікавлених сторін, визначення прихильників і опонентів, з'ясування думки про загальний ринок медичних послуг у різних верств населення і про заходи реформування охорони здоров'я, розроблення державної стратегії щодо доступності та якості надання медичної допомоги всім соціальним групам населення України. Е.О. Гапонова довела, що в період реформування економіки загальноринкові підходи до формування пакету медичних послуг дають можливість підтримувати координаційні механізми державно-приватного співробітництва для забезпечення потреб всіх верств населення [22-23].

Дослідження теми також передбачає вивчення політичного аспекту розвитку охорони здоров'я. В.І. Кравченко наголосив, що ефективне, відповідальне, доступне і відповідне вимогам часу функціонування системи охорони здоров'я неможливе без реформування політичної системи України. Це реформування має, по-перше, забезпечити неприпустимість формування влади всіх рівнів на основі фальшування, підкупу, загроз, тиску на виборців. По-друге, розробити і законодавчо закріпити механізм контролю суспільством діяльності всіх гілок влади на всіх рівнях. Для цього необхідно створити нові дієві інститути громадянського суспільства, а зараз законодавчо забезпечити можливість реального впливу на владу існуючих інституцій. По-третє, привести у відповідність до європейських норм видатки на утримання влади, силових структур, соціальної сфери (особливо охорони здоров'я і освіти). По-четверте, унеможливити розкрадання національного багатства через вивіз капіталів та доходів за межі України [24]. Однак, за слушним зауваженням А.А. Громова, це реформування потрібно проводити за широкої участі громадськості, яка, на жаль, сьогодні політично хвора, має купу протиріч, протистоянь. Політикум нашої держави повинен зважати на незгуртованість української нації, для чого треба проводити правильну національну політику. Доведено, що лише спільний діалог політичної еліти та представників громадськості зможе рухати галузь уперед [25].

Вивчення соціокультурних аспектів відобразилося у дослідження духовної еволюції індивіда та його здоров'я. Доцент Мартиненко Н.М. прослідкувала, яким чином залежить здоров'я людини від соціуму, де формуються перші уявлення про духовне здоров'я, психічне та соматичне [26–27]. Доведено, що культура здоров'я починає формуватися у сім'ї, при чому обидва батьки у рівному ступені відповідають за її формування. Вказано, що подальше формування культури здоров'я продовжуватиметься в освітньому закладі, де провідну роль гратимуть педагоги. Дослідниками встановлено, що принципи освіти в сучасну епоху мають змінюватися з урахуванням психологічних особливостей дітей, що народжуються.

Великого внеску додано до кристалізації поняття культура здоров'я. Встановлено, що вона є важливою складовою загальної культури людини, що визначає формування, збереження та зміцнення її здоров'я. Культурна людина є не тільки «споживачем» свого здоров'я, але і його «виробником». Високий рівень культури здоров'я людини передбачає її гармонійне спілкування з природою й оточуючими людьми. Доведено, що

основним елементом культури здоров'я є уважне і правильне ставлення людини до самої себе, прагнення до самопізнання, формування, розвитку і самовдосконалення своєї особистості.

За визначенням Мартиненко Н.М. – це не тільки сума знань, обсяг відповідних умінь і навичок, але й здоровий спосіб життя гуманістичної орієнтації. Рівень культури здоров'я визначається знаннями резервних можливостей організму (фізичних, психічних, духовних) і вмінням правильно використовувати їх. Якщо люди часто хворіють, мають надлишкову масу тіла, вживають алкоголь, палять, дратівливі, некомфортно почувають себе з оточуючими, тобто не дотримуються здорового способу життя, – це означає, що у них низький рівень культури здоров'я. З метою формування у молодого покоління культури здоров'я розроблено освітній курс для населення. Практика показує, що люди не мають елементарних знань в цій галузі і є сенс проводити так званій «лікнеп» для формування у населення принципів здорового способу життя. Узагальнено значну кількість літератури філософської, психологічної та валеологічної тематики, на підставі якої створено лекційний курс з елементами практичних завдань. Практичні завдання спрямовані на формування принципів здорової емоційної та харчової поведінки слухачів, доступних фізичних вправ для ранкової гімнастики і т.ін. [28]. З метою популяризації КЗ вивчено спадок М. Амосова та А. Ворона [29–32]. Доведено, що позиції по збереженню здоров'я, сформульовані ними, якомога краще відображають українську ментальність та за умови застосування порад на практиці допоможуть у формуванні здорової нації.

Підбиваючи перший рік вивчення теми «Історичні, економічні, політичні та соціокультурні аспекти розвитку охорони здоров'я» можна зазначити, що позиції, викладені у 15 статтях та 42 тезах доповідей доводять ефективність розробки історичних, політичних та економічних аспектів, запровадити освітні професійно орієнтовані курси «Краєзнавство» з циклом медичного краєзнавства та «Культура здоров'я», надають можливість підготувати рекомендації до місцевих органів влади з метою запозичення минулого досвіду та запровадження ефективних схем фінансування охороноздоровчої сфери.

Список джерел та літератури:

1. Демочко Г. Л. Історичне та медичне краєзнавство: проблеми ідентифікації та співвідношення / Г. Л. Демочко // Краєзнавство: науковий журнал. – 2014. – № 1. – С. 93–99.
2. Робак І. Ю. Медичне краєзнавство: витоки, місце, перспективи / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко // Матеріали Всеукраїнської наукової конференції «Історичні регіони України: минуле та сучасність» (м. Харків, 28–29 листопада 2013 р.) – Х. : ХНАДУ, 2013. – С. 17–19.
3. Демочко Г. Л. Розвиток медичного краєзнавства у Харківському національному медичному університеті / Г. Л. Демочко // Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (м. Харків, 13-15 січня 2014 р.): Харків, 2014. – С. 355–356.

4. Верменич Я. Макро-, мезо- мікропідходи в історіографічному аналізі: концептуальний плюралізм / Я. Верменич // Україна – Європа – Світ. – 2012. – № 10. – С. 282–287.
5. Альков В. А. Повсякдення: проблема дефініції та предмету на локальному рівні / В. А. Альков // Гуржіївські історичні читання : збірник наукових праць / ред. кол. В. А. Смолій, О. І. Гуржій, А. Г. Морозов. – Черкаси : Вид-во Чабаненко Ю. А., 2014. – Вип. 7. – С. 98–101.
6. Ільїн В. Г. Боротьба з інфекційними хворобами в Харкові у перші повоєнні роки (1943–1947 рр.) / В. Г. Ільїн // Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету ім. Г.С. Сковороди. Серія «Історія та географія» / Харк. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. – Х., 2013. – Вип. 47. – С. 156–163.
7. Ільїн В. Г. Деякі риси медичного обслуговування робітників промислових підприємств Харкова у 50-60-ті рр. ХХ ст. / В. Г. Ільїн // Молодь, освіта, наука, культура і національна самосвідомість в умовах європейської інтеграції: збірник матеріалів XVII Всеукраїнської науково-практичної конференції (Київ, 25 квітня 2014 р.) : у 2-х т. – К.: Вид-во Європейського університету, 2014. – Т. 1. – С. 276–280.
8. Ільїн В. Г. Радянський досвід реформування охорони здоров'я в Харкові у 70-80-ті рр. / В. Г. Ільїн // Історичні регіони: минуле та сучасність: Матеріали Всеукраїнської наукової конференції (Харків, 28-29 листопада 2013 р.) – Х., 2013. – С. 204–208.
9. Пін В. The 1st Lenin hospital during the post-war recovery period (1943-1952) / V. Pin // Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я: матеріали Міжнародної наукової Інтернет-конференції, присвяченої 75-річчю кафедри суспільних наук ХНМУ (Харків, 4-11 листопада 2013 р.) / ХНМУ; [редкол.: І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко, В. А. Мац]. – Х., 2013. – С. 38–40.
10. Ільїн В. Г. Особливості розвитку Першої міської клінічної лікарні Харкова у 1950-60-х рр. / В. Г. Ільїн // Гуржіївські історичні читання: збірник наукових праць / ред. кол.: В. А. Смолій, О. І. Гуржій, А. Г. Морозов. – Черкаси : Вид-во Чабаненко Ю. А., 2014. – Вип. 7. – С. 321–324.
11. Демочко Г. Л. Перша радянська лікарня ім. В. І. Леніна у 1920-30-ті роки як об'єкт медичного краєзнавства / Г. Л. Демочко, І. Е. Зінов'єв // Український науково-медичний журнал. – 2014. – № 2 (78). – С. 69.
12. Робак І. Ю. Українська емігрантська історіографія ХХ ст. про В. Д. Отамановського / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко // Історичні архів. Наукові студії: збірник наукових праць / ЧДУ ім. Петра Могили. – Миколаїв, 2013. – С. 32–40.
13. Робак І. Ю. Харківський період життя та діяльності Олександра Васильовича Мельникова / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко // Історичні записки: збірник наукових праць. – Вип. 38. – Луганськ, 2014. – С. 177–187.
14. Робак І. Ю. Нез'ясований факт біографії В. Д. Отамановського / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко // Актуальні питання вітчизняної, світової історії та історії науки: пошуки, роздуми, знахідки: Матеріали п'ятої міжнародної наукової конференції (Луганськ, 25-26 квітня 2012 р.) / ВНУ ім. В. Даля. – Луганськ, 2012. – С. 120–121.
15. Демочко А. Л. Иван Васильевич Попандопуло – профессор Харьковского медицинского института (1882-1938 гг.) / А. Л. Демочко // Медицинская профессура СССР: материалы международной конференции (Москва, 6 июня 2013 г.) / НИИ истории медицины РАМН. – М., 2013. – С. 90–92.
16. Робак І. Ю. Валентин Отамановський і медичне краєзнавство / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко // Науковий діалог «Схід-Захід»: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Камянець-Подільський, 7 червня 2014 р.) : у 4-х частинах. – Дніпропетровськ : Інновація, 2014. – Ч. 3. – С. 146–149.
17. Демочко А. Л. Научное наследие В. С. Топузова / А. Л. Демочко // Наука и здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 29–33.
18. Демочко А. Л. Георгий Ефимович Островерхов – воспитанник Харьковского медицинского института / А. Л. Демочко, Д. А. Замковая // Медицина третьего

- тисячоліття: зб. тез міжвуз. конф. молодих вчених та студентів (Харків, 14 січня 2014 р.) / ХНМУ. – Х., 2014. – С. 356–357.
19. Демочко А. Л. Имя в харьковской медицинской науке – А. А. Шалимов / А. Л. Демочко, Я. О. Гирик // Медицина третьего тысячелетия: зб. тез міжвуз. конф. молодих вчених та студентів (Харків, 14 січня 2014 р.) / ХНМУ. – Х., 2014. – С. 356.
 20. Демочко Г. Л. Науково-дослідна робота Харківського медичного інституту, спрямована на оборону країни в 20-х-30-х роках ХХ століття / Г. Л. Демочко // Гуржіївські історичні читання: збірник наукових праць / ред. кол. В. А. Смолій, О. І. Гуржій, А. Г. Морозов. – Черкаси : Ви-во Чабаненко Ю. А., 2014. – Вип. 7. – С. 134–137.
 21. Демочко Г. Л. Аналіз підготовки наукових кадрів у Харківському медичному інституті у 1970-х – на поч. 1980-х рр. / Г. Л. Демочко // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. – 2014. – № 1088. – Вип. 17. – С. 88–93. (Серія «Історія України. Українознавство: історичні та філософські науки»)
 22. Гапонова Е. О. Розробка дорожньої карти загально ринкового підходу до формування пакету медичних послуг у період реформування економіки України / Е. О. Гапонова // Медицина третьего тысячелетия: зб. тез. міжвуз. конф. молодих вчених та студентів (Харків, 14 січня 2014 р.) / ХНМУ. – Х., 2014. – С. 351.
 23. Корнійчук О. П. Трансформація системи охорони здоров'я: стан та перспективи / О.П. Корнійчук // Український медичний часопис. – 2013. – № 4.
 24. Кравченко В. І. Політична система України та охорона здоров'я / В.І. Кравченко // Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах: матеріали науково-практичної конференції, привченої 210-й річниці ХНМУ та 55-річчю кафедри філософії (Харків, 27 березня 2014 р.) – Х. : ХНМУ, 2014. – С. 98–99.
 25. Громов А. А. К вопросу о «политическом здоровье» украинской нации / А. А. Громов // Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах: матеріали науково-практичної конференції, привченої 210-й річниці ХНМУ та 55-річчю кафедри філософії (Харків, 27 березня 2014 р.) – Х. : ХНМУ, 2014. – С. 47–49.
 26. Мартиненко Н. М. Духовна еволюція індивіда і здоров'я / Н. М. Мартиненко // Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти: науково-практична конференція (25-26 січня 2014 р., м. Рубіжне). – Рубіжне, 2014. – С. 258–260.
 27. Варій М. Й. Соціальна психіка нації: наукова монографія / М. Й. Варій. – Львів: Сполом, 2002.
 28. Мартиненко Н. М. Освітній курс «Культура здоров'я» / Н. М. Мартиненко // Здоров'я населення, актуальні проблеми та перспективи розвитку системи охорони здоров'я: науково-практична конференція, присвячена 90-річному ювілею з дня заснування кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ХНМУ (Харків, 31 жовтня – 11 листопада 2013 р.) / ХНМУ. – Х., 2013. – С. 160–161.
 29. Мартиненко Н. М. Постулати здоров'я українських старожилів / Н. М. Мартиненко // Гуржіївські історичні читання: збірник наукових праць / ред. кол. В. А. Смолій, О. І. Гуржій, А. Г. Морозов. – Черкаси : Ви-во Чабаненко Ю. А., 2014. – Вип. 7. – С. 196–198.
 30. Martynenko N. Codex of conscious longevity / N. Martynenko // Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах: матеріали науково-практичної конференції, привченої 210-й річниці ХНМУ та 55-річчю кафедри філософії (Харків, 27 березня 2014 р.) – Х. : ХНМУ, 2014. – С. 123–125.
 31. Система довголіття від Миколи Амосова [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://aptechka.rv.ua/medychni-statti/systema-dovholittya-vid-mykoly-amosova/>
 32. Таємниці щасливого життя від 104-річного карпатського мудреця Андрія Ворона [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://ar25.org/article/tayemnyci-shchaslyvogo-zhyttya-vid-104-richnogo-karpatskogo-mudrecya-andriya-vorona.html>

REGIONY WYSTĘPOWANIA KIŁY ENDEMICZNEJ W TERENIE RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ W LATACH 1918-1939

Czesław Jeśman, *Dr hab. n. med. prof. nadzw., kierownik Zakładu Historii Medycyny, Farmacji i Medycyny Wojskowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,*
Zbigniew Kopociński, *doktor nauk medycznych, asystent 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią w Żarach,*
Krzysztof Kopociński, *doktor nauk medycznych, kierownik Pododdziału Okulistyki 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią w Żarach,*
Agnieszka Młudzik, *doktorantka stacjonarnych studiów doktoranckich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

Początek zaistnienia kiły na ziemiach polskich datuje się na średniowiecze. Jak wiadomo istnieją w tym względzie kontrowersje, gdyż część ludności uważa, że schorzenie zostało „zawleczone” do Europy przez żeglarzy Krzysztofa Kolumba, zaś inni dowodzą występowanie choroby wcześniej widoczne są cechy kiły wrodzonej na tryptyku Wita Stwosza w kościele Mariackim w Krakowie.

Jedną z pewnych wzmianek o chorobach wenerycznych na ziemiach polskich pochodziło z 1493 r.: „tegoż roku po porażce Polaków na Bukowinie był głód wielki w Litwie. Poczęła się mnożyć w ludziach niemoc wielka i niesłychana franca do Polski z Rzymu a z Polski do Litwy przeniesiona” [1].

W XIX wieku notowane uporczywe epidemie tych chorób w czasie wojen napoleońskich i wojny francusko-niemieckiej 1870–1871.

Na ziemiach polskich kiła stanowiła olbrzymi problem bowiem chorowało około 40-50% wszystkich schorzeń związanych z Wenerą. W latach I wojny światowej i działań wojennych lat 1919 – 1921 nastąpiło rozpowszechnienie kiły. Zjawisko to spowodowane było licznymi migracjami ludności, przemarszami wojsk, oderwaniem mężów od żon, a także wzrostem prostytucji zarobkowej. Problem zwalczania tych schorzeń stał się bardzo istotny dla młodego Państwa Polskiego, gdyż stanowiły one jedno z najważniejszych chorób. Na terenie Galicji liczbę chorych szacowano na 1 milion, a na terenie byłego Królestwa Kongresowego na 2 miliony [2].

Od 1919 rozpoczęto tworzenie nowego spisu chorych wenerycznych, lecz dane były jedynie szacunkowe.

Bardzo osobliwym zagrożeniem było występowanie na ziemiach polskich kiły endemicznej. Schorzenie to miało miejsce w dwóch zasadniczych regionach w woj. wileńskim oraz na Pokuciu i Huculszczyźnie. Na Wileńszczyźnie obejmowały powiaty: dziśnieński, postawki i święciański [3].

Pokucie to obszar leżący na Ukrainie w górnym biegu rzeki Prud, Huculszczyzna to obszar leżący w zachodniej części Ukrainy, obejmujący region tzw. Książąt Wschodnich, m.in. pasmo Czarnohory.

Na tym terenie schorzenie występowało właściwie endemicznie. Pierwsze masowe zachorowania sięga 1843 roku, najpewniej wskutek dłuższego pobytu na tym terenie wojsk carskich. W latach 1917–1918 szacowano, że ok 7% ludności cierpiało na kiłę [4].

Ogniska kiły endemicznej na Huculszczyźnie obejmowały następujące powiaty: Kosów, Żabie, Hryniawę, Pasieczną, Delatyn, Kałusz, Peczenizyn, Kosmacz i Mikuliczyn [5].

W 1923 roku stwierdzono liczbę zachorowań na kiłę w województwach: lwowskim – 767 na ogólną liczbę schorzeń wenerycznych 1911, woj. stanisławowskie – 491/847, woj. wołyńskie – 250/619, woj. tarnopolskie – 182/442 [6].

W roku 1925 odpowiednio: 755/1708, 814/1721, 341/772 i 204/456 [7]. Liczby te nie odzwierciedlają prawdy, gdyż w rzeczywistości liczba chorych była kilkukrotnie większa, ponieważ nie wszystkie przypadki trafiały do statystyk. Jak wspomniano wcześniej mamy pewność, że na terenie województwa wileńskiego, kiła szerzyła się wśród tzw. staroobrzędowego wyznania prawosławnego. W XIX wieku rodziny te zostały w ramach restrykcji przesiedlone znad Wołgi na tereny Wileńszczyzny. W przypadku Pokucia i Huculszczyzny wydaje się wspomniany powód też możliwy, ale bardziej prawdopodobnym jest zawleczenie na te tereny kiły przez żołnierzy carskich, którzy wiele lat stacjonowali na tym obszarze.

W roku 1928 na Huculszczyźnie i Pokuciu, przeprowadzono masowo akcję diagnozowania schorzeń, którą objęto około 60% ludności [4]. Kiłę wykryto w 18% przy 38% zachorowań w rodzinach. U dzieci do lat 5, schorzenie stwierdzono w 2% przypadków, a do lat 15 w 15%, co dowodzi szerzenia się kiły poza drogą płciową [4].

Zwalczanie kiły i przewlekłych chorób wenerycznych rozpoczęto wcześniej, nawet w czasie zaborów. Pierwszym były przepisy przeciwko szerzeniu się chorób zakaźnych w tym wenerycznych, przyjęte przez Delegację Rady Królestwa Polskiego.

W 1918 roku Szef Sekcji Zdrowia Publicznego, wydał odezwę dotyczącą „zwalczania chorób wenerycznych jako ciężkiej plagi Narodu Polskiego” [8].

W tym czasie na ziemiach polskich obowiązywały przepisy ograniczające prostytucję jawną w domach publicznych i niejawną. To źródło szerzenia tych schorzeń było najważniejszym. Zostały wydane przepisy policyjne dla osób zarobkowo uprawiających nierząd oraz dla tzw. „kobiet dorabiających”.

Zniesiono domy publiczne i wprowadzono wiele zaostreżeń dla prostytutek. W ten sposób dawny system tzw. reglamentacyjny, został zastąpiony systemem kontroli sanitarnej prostytutek, do chwili prowadzenia abolicjonistycznego. Profilaktyka była więc prowadzona w 14 Urzędach Sanitarno-Obyczajowych oraz w każdym mieście powiatowym (kierował pracownikami lekarz powiatowy) [9].

Wiele miejsca poświęcone było leczeniu chorych na kiłę. W pierwszym rzędzie lekarze powiatowi mieli prowadzić ścisłą ewidencję chorych. Karty kontroli miały być założone w szpitalach. Wszelkie odczyny, leczenie i ruch chorych i zalecenia miały być naniesione na odpowiednie listy lub karty w systemie poufnym. Karty kontroli pozostawały u lekarza powiatowego. System poufnej ewidencji spełniał rolę zwiększenia zaufania chorego wobec służby zdrowia.

We Lwowie dnia 9 grudnia 1920 roku, po naradzie zainteresowanych stron, nakreślono plan działania w związku z bliską demobilizacją. Postanowiono wzdłuż linii rozejmowej – rozdzielające wojska polskie i sowieckie – w miejscu postoju

stacji sanitarno-kontrolnej przy ewentualnych obozach demobilizacyjnych utworzyć komisję cywilno-wojskowe w celu wyselekcjonowania chorych wenerycznie.

Na czele komisji stał lekarz powiatowy, w innych miastach naczelny lekarz załogi. Jako członkowie w skład komisji wchodził poza wymienionymi delegaci Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu ds. Zwalczenia Epidemii i organizacji Jeńców Uchodźców i Repatriantów (JUR), dowódca żandarmerii polowej, dowódca policji oraz przedstawiciele Urzędów Sanitarno-Obyczajowych. Do zadań komisji obok zwalczania nierządu i lepszego wykrywania chorych w wojsku i środowiskach cywilnych należało opracowanie odpowiednich zarządzeń, kontrola urzędów sanitarno-obyczajowych oraz rozpatrywanie zażaleń cywilnych i wojskowych, opracowywanie sprawozdań dotyczących walki z chorobami wenerycznymi, stanu tych schorzeń wśród ludności cywilnej i wojska, stanu prostytutki jawnej oraz utajonej.

Przystąpiono także do stworzenia podobnych komisji w innych miastach oraz do zwiększenia do 1000 liczbę łóżek wenerycznych. Akcja zapoczątkowana na południowym wschodzie rozprzestrzeniła się na inne regiony kraju.

Komisja zobowiązała się do ułatwienia dostępu dla ludności cywilnej lecznictwa ambulatoryjnego i szpitalnego. Wiele bowiem szpitali wenerycznych cywilnych zostało zajętych przez wojsko. Ze względu na działania wojenne zarządzenie Ministerstwa Zdrowia Publicznego w zakresie utworzenia urzędów sanitarno-obyczajowych na Kresach, było wykonywane z dużym opóźnieniem. Na terenie Małopolski Wschodniej, w grudniu 1920 roku, działały jedynie urzędy w Przemyślu i Kołomyi, w trakcie uruchomienia były we Lwowie, Tarnowie i Stanisławowie, planowano zorganizować w Stryju i Drohobyczu. Na tym terenie akcja zapobiegania i zwalczania w aspekcie propagandowym była prowadzona na terenie jednostek wojskowych w szkołach, a także przez duchowieństwo [9].

W końcu lat 30 – stych w porównaniu do roku 1922, zapadalność na choroby weneryczne w tych latach zmalała o połowę. W 1922 roku organizację walki z kiłą powierzono starostwom. Lekarze powiatowi jak dotąd wykonywali swoje funkcje zaś urzędy policji pełniły funkcję wykonawczą. Organem opiniodawczym w powiecie był komisje sanitarno-obyczajowe. Od 1923 roku w dużych miastach, w tym we Lwowie, powołano do życia brygady policji sanitarno-obyczajowej [6]. Walkę z kiłą prowadzono również też wśród młodzieży akademickiej.

Przez wiele lat pracowano nad ustawą o zwalczaniu chorób wenerycznych.

W latach 1933–1934 ostateczny projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych został opracowany. W projekcie m.in. zabroniono chorym wenerycznie zbliżeń seksualnych, wstępowania w związki małżeńskie, chorym po porodzie przyjmowania do karmienia osesków itp. Lekarzy obowiązywała ścisła tajemnica zawodowa w zakresie leczonych osób ale i przywilej przymusowej hospitalizacji i terapii chorych [11]. W razie unikania leczenia mogła grozić kara aresztu lub grzywny. Według projektu ustawy lekarze powiatowi byli zobowiązani ściśle współpracować w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób wenerycznych z naczelnymi lekarzami jednostki wojskowej.

Niestety, ustawy nie skierowano do sejmu, głównie ze względu na niemożność obciążenia skromnego budżetu samorządów. W roku 1935

wprowadzono zarządzenie dotyczące poszerzenia działalności szpitalnych przychodni przeciw wenerycznych. Od tego roku również rozszerzono profil działalności zapobiegawczej, przyznając prowadzenie nadzoru nad nierządem 252 miejscowościom w tym 24-rem miastom oraz 288 powiatom [12]. Działalność prowadziły wspomniane wyżej urzędy i referaty sanitarno-obyczajowe, w mniejszych miejscowościach lekarze powiatowi.

Ogólnie akcja zapobiegania i zwalczania tej grupy schorzeń przebiegała konsekwentnie i z dobrym wynikiem zarówno prowadzona przez cywilną jak i wojskową służbę zdrowia. Działanie wydatnie wspierało kilkanaście towarzystw naukowych i stowarzyszeń społecznych. Pomimo nie uchwalenia przez Sejm z różnych przyczyn przygotowanej od połowy lat trzydziestych ustawy, zwalczanie chorób wenerycznych należy uznać za dobrze prowadzoną akcję.

PIŚMIENNICTWO:

1. Mirzecki M. *Choroby weneryczne a armia*, Lekarz Wojskowy 1922, R. 3, nr 5, s. 360 – 377
2. Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918 – 1938, Warszawa 1939, s.63
3. Zbiory Państwowego Zakładu Higieny (PZH) w Warszawie, *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1932 – 1933*, Warszawa 1935, s. 49, s. 47
4. <http://kila-endemiczna.html>
5. Zbiory PZH, *Sprawozdanie ... w roku 1926*, Warszawa 1928, s. 41
6. Zbiory PZH, *Sprawozdanie ... w roku 1923*, Warszawa 1925, s. 79, s.77
7. Zbiory PZH, *Sprawozdanie ... w roku 1925*, Warszawa 1927, s. 154 – 155
8. Archiwum Akt Nowych (AAN), Ministerstwo Opieki Społecznej 1918 – 1939, t. 1571, s. 29
9. AAN, Min. Op. Społ. 1918 – 1939, 1572, s.1 – 11
10. Centralne Archiwum Wojskowe (CAW), Szef Sanitarny, t. 170, s. n1b
11. AAN, Min. Op. Społ. 1918 – 1939, t. 1576, s. 2 – 20. Ustawa o zwalczaniu chorób wenerycznych
12. Zbiory PZH, *Sprawozdanie... za 1934/1935 rok*, Warszawa 1937, s. 47

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ, ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В КОНЦЕ XVIII НАЧАЛЕ XIX ВЕКОВ

Исхаков Э.Р., доктор медицинских наук, профессор кафедры педагогики и психологии в деятельности сотрудников органов внутренних дел Уфимского юридического института МВД России

Исследователи раскрывают преимущественно становление государственной системы здравоохранения в Российской Империи [1, с. 59-62]. К началу правления Павла I (годы правления 1796-1801) уже существовали законодательные акты, поддерживающие благотворительность в медицинской деятельности. Законодательным актом от 7 ноября 1775 года под названием «Учреждения для управления губерний Всероссийской Империи» Екатерина II организовала создание в 40 губерниях специальных учреждений под названием «Приказы общественного призрения» [2, с. 267]. Принцип гуманного отношения к людям заболевшим («доброхотство к роду человеческому», «человеколюбии»), а также призыв к благотворительности и ее поддержке предводителей дворянства и руководителей администрации городов по отношению к медицинским учреждениям изложены в статье 392 «О особенных установлениях».

Ряд указов Павла I был также посвящен вопросам поддержки благотворительности. Это находится в противоречии с мнением ряда авторов, например В.Н. Галузо, который считал, что Павел I был одержим идеей «все созданное Екатериной II изменить и переделать» [3, с. 43-46]. Так, 3 июня 1797 г. было определено Высочайше утвержденное положение «Об учреждении в городе Павловск Городового правления, а для купечества, цеховых и мещан Ратуши», согласно которому финансирование деятельности городского госпиталя должно было проводиться за счет личных средств Императора: «содержится на собственном иждивении Ея Императорского величества» [4, № 17.983. С. 620]. Следует заметить, что в поселениях, принадлежащих царю и его семье, расходы на содержание госпиталей и богаделен для престарелых собирались с самих жителей данных населенных пунктов. Данное положение содержится в указе «Учреждение об императорской Фамилии (что принадлежит и как управляется)» от 5 апреля 1797 г. [4, № 17906, с. 525-530].

Супруга царя покровительствовала работе Воспитательных домов в Москве и Санкт-Петербурге (это учреждение по уходу за доставляемыми младенцами, от которых отказались матери). Об это свидетельствует Высочайше утвержденный доклад от 19 октября 1800 г. «Об учреждении механической бумажно-прядельной и ткацкой мануфактуры» [5, № 19613, с. 349-353]. В нем констатируется положительный эффект воспитательного Дома по уходу за приносимыми младенцами.

Высочайше утвержденным положением от 3 июня 1797 г. «Об учреждении в городе Павловск Городового правления, а для купечества, цеховых и мещан Ратуши» местный городской госпиталь со всеми чинами должен был содержаться на собственном иждивении Ея Императорского величества [6, № 17983, с. 620].

В первые годы правления Александра I (с 12 марта 1801 года) все дела, относящиеся к народному здравью, были переданы от Медицинской Коллегии в Министерство внутренних дел. Одновременно медицинская помощь малоимущим слоям населения Российской Империи оказывалась за счет собственных средств частных лиц. Император благопритствовал такой деятельности в своих нормативно-правовых актах, во-первых, путем моральной поддержки частных лиц, принимавших участие в организации оказания медицинской помощи, рассматривая такие поступки как «человеколюбивые и благонамеренные», «делающих честь человечеству» вплоть до награждения таковых медалями (Указ от 10 марта 1802 года [7, № 20176, с. 69-70] и Указ от 16 июня 1802 года [7, № 20331, с. 193]. Так, первым правовым актом в период своего правления, направленного на поддержку благотворительности в деле оказания медицинской помощи населению, можно считать именной указ от 11 июня 1801 года, в котором государь выражает благодарность за сооружение дворянством в Губернском городе Симбирск больницы для неимущих [8, № 19912, с. 695-696].

Император осуществлял законодательное обеспечение дальнейшего государственного финансирования организованных за счет благотворительности учреждений, оказывающих медицинскую помощь населению, вплоть до полного принятия их на баланс государства. Так, 31 октября 1801 года был издан Сенатский указ «Об отсылке денег, взыскиваемых за неправо по делам апелляции и решения, не в приказ Общественного призренья, а в сиротопитательную сумму Московского воспитательного дома» [8, № 26039, с. 810-811]. (Московский воспитательный дом являлся, в том числе и лечебным учреждением для детей) [9]. Указом от 7 января 1803 г императором устанавливалось следующее правило – часть налогов со староств Митавской губернии должно идти на содержание госпиталей, которые функционировали в городе Вильно и были образованы Обществом сестер Милосердия [10, № 20583, с. 425].

Осуществляя наряду с поддержкой через государственное финансирование и предоставление разнообразных государственных льгот. Так, указом от 18 января 1803 года Государь поддерживает просьбу Министра внутренних дел о передаче основанной частным лицом Обер-Камергером Князем А. М. Голициным в Москве больнице государственных льгот (работающих в ней служащих начали считать состоящих в действительной государственной службе) [10, № 20592. С. 434]. Указом от 25 апреля 1803 года Александр I не только наградил Графа Шереметева специальной золотой медалью за учреждение и финансовое обеспечение деятельности больницы (на 50 коек) для бедных в Москве в составе Странноприемного дома для неимущих престарелых и увечных, но и одновременно с выделением из казны

дополнительное финансирование данного учреждения, освобождает Странноприемный дом от всяких обывательских повинностей, выделяет караул для охраны, работников дома начинают считать находящимися на государственной службе и награждать их чинами [10, № 20727. С. 553-565].

Государь в своих указах поддерживал благотворительную деятельность императрицы Марии Федоровны [10, № 20607. С. 449-454, 12, № 20943. С. 895] и одобрял финансовое участие в благотворительной деятельности по оказанию медицинской помощи населению. Так, Указом от 20 июня 1803 г. дано дозволение, принимать вклады от «доброхотных дателей» и употреблять их на заведения Приказов Общественного Призрения [10, № 20808. С. 686-687].

Список источников и литературы

1. Войтенков Е. А. Становление и развитие основ государственного управления и законодательства в сфере здравоохранения в Российской Империи: теоретические и историко-правовые аспекты / Е. А. Войтенков // История государства и права. – 2014. – № 21.
2. Свод законов Российской Империи. – Т. 15. – СПб., 1909.
3. Галузо В. Н. История прокуратуры или история должности прокурора в России: допустимо ли отождествление? / В. Н. Галузо // Закон и право. – 2014. – № 8.
4. Полное собрание законов Российской Империи. Собрание первое. – СПб., 1830. – Т. 24.
5. Там же. Т. 26.
6. Там же. Т. 24.
7. Там же Т. 27.
8. Там же. Т. 26.
9. Баранов А. А. От Императорского Московского воспитательного дома до научного центра здоровья детей. / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, С. Р. Долгова, С. А. Шер. – М., 2008. – 32 с.
10. Полное собрание законов Российской Империи. Собрание первое. – СПб., 1830. – Т. 27.

П'ЯТИЙ ВСЕСОЮЗНИЙ З'ЇЗД РЕНТГЕНОЛОГІВ ТА РАДІОЛОГІВ У КИЄВІ 18–23 ТРАВНЯ 1928 РОКУ

*Кисільова Т. О., викладач кафедри медико-біологічної фізики і інформатики
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*Савчук В. С., д. і. н., професор кафедри теоретичної фізики
Дніпропетровського національного університету ім. Олеся Гончара*

Участь українських науковців у з'їздах та конференціях різного рівня є важливим чинником процесу становлення та розвитку медичної рентгенології в Україні. В період з 1896 р. по 1941 р. спочатку на території Російської імперії, а в подальшому Радянського Союзу відбулося шість вітчизняних з'їздів рентгенологів та радіологів загального характеру. Примітно, що Перший З'їзд Російських Рентгенологів та Радіологів відбувся в Москві у 1916

році, лише через 20 років після початку застосування рентгенівських променів в медицині.

Після встановлення радянської влади розвиток медичної рентгенології у набув значного піднесення. Всесоюзні з'їзди рентгенологів та радіологів скликалися у 1920-ті – на початку 1930-х рр. досить регулярно: II з'їзд – 1924 р. (Москва-Ленінград); III з'їзд – 1925 р. (Ленінград); IV з'їзд – 1926 р. (Ленінград); V з'їзд – 1928 р. (Київ); VI з'їзд – 1931 р. (Москва). Слід зазначити, що наступний VII з'їзд рентгенологів та радіологів відбувся тільки у 1958 році (Саратов). Така значна перерва, на наш погляд, була спричинена спочатку складною політичною ситуацією в країні і продовжена як наслідок військових подій Другої світової війни та розрухи господарства, що утворилася після неї.

Для нашого дослідження з перелічених з'їздів особливої уваги заслуговує V Всесоюзний з'їзд рентгенологів та радіологів у Києві, який відбувався з 18 по 23 травня 1928 року. Головою організаційного комітету було призначено відомого на той час вченого та організатора рентгенівської і онкологічної допомоги в Україні, директора Українського державного рентгенологічного та радіологічного інституту в Харкові (УДРПІ), професора Г.І. Хармандар'яна. Документальні джерела (зокрема програма з'їзду з інформаційним бюлетенем) [1] та інші [2; 3] свідчать про досить ретельну підготовку організаційного комітету до роботи з'їзду.

Повідомлення щодо проведення з'їзду в Києві були розміщені в медичній пресі, навіть закордонній (зокрема в квітневому номері «British Journal of Radiology» за 1928 р.). Планувалося персональне запрошення деяких провідних іноземних рентгенологів: «*Levy-Dorn, Strause, Holthuren, Grashey, Assmann, Holzknacht, Belluh, Salomon, Fornell, Bervin, Annerlund, E. Ф. Вебера, А. Н. Яницкого, Б. Н. Раевского. По согласовании с Президиумом Ассоциации дополнить список английскими и американскими учеными.*» [2, арк. 9].

Всі делегати з'їзду отримували членські квитки, які мали номери відповідні до місць в залі засідань, та згаданий вище бюлетень [1] з докладною інформацією про всі необхідні адреси та транспортні засоби пересування. Цікавим є наведений наприкінці бюлетеню перелік з 19 київських медичних закладів, обладнаних рентгенівськими апаратами із зазначенням місця знаходження та типу апаратів. До послуг делегатів пропонувалися готелі та ресторани, де вони обслуговувалися за пільговими тарифами, а також безкоштовний гуртожиток. У будівлі Академії наук було організовано виставку рентгенівської апаратури, рентгенограм та інших експонатів, планувалося провести ряд безоплатних екскурсій для ознайомлення з історичними і художніми пам'ятками Києва, серед яких прогулянка Дніпром на пароплаві. Роботу з'їзду щодня висвітлювало власне «Бюро печати». Засідання з'їзду проходили в Музеї революції, також було проведено спільне засідання з делегатами VIII Всесоюзного з'їзду гінекологів в Оперному театрі.

Програма з'їзду передбачала 117 доповідей та ряд демонстрацій за такими темами [1]: «*О последовательности изменений элементов клетки под влиянием лучистой энергии; классификация и рентгенодиагностика*

заболеваний суставов; функциональные и анатомические изменения желудочно-кишечного тракта после оперативного вмешательства; рентгенотерапия заболеваний кроветворного аппарата».

Згідно звіту [3], Всесоюзний з'їзд рентгенологів та радіологів в Києві відвідала найбільша, порівняно з попередніми з'їздами, кількість делегатів – 350 науковців з різних міст СРСР: Москви, Ленінграда, Києва, Харкова, Одеси, також були присутні науковці зі Сталіно, Сімферополя, Житомира, Саратова, Ростова-на-Дону, Казані, Омська, Тифлісу, Сухумі. Як зазначається *«организация съезда была проведена безукоризненно и налицо были все данные для продуктивной работы»*: за 5 днів роботи заслухано близько 125 доповідей.

Перше та друге засідання були присвячені дослідженням біологічної дії рентгенівських променів, значну увагу надано способам вимірювання доз X-променів. Питання дозиметрії на той час стояло дуже гостро. Широке використання іонізуючого випромінювання в медицині потребувало точного дозування, крім цього відсутність єдиної системи мір ускладнювало обмін досвідом між рентгенологами різних країн. До речі, саме в липні 1928 року на II Міжнародному конгресі радіологів у Стокгольмі було прийнято міжнародну одиницю вимірювання дози X-променів – «Рентген».

На третьому засіданні розглядалися питання рентгенодіагностики кісткової системи, четверте засідання було присвячено вивченню органів черевної порожнини, п'яте – рентгенотерапії кровотворного апарату. Шосте та сьоме засідання відбулися спільно із засіданнями VIII-го Всесоюзного з'їзду гінекологів й мали відповідну спрямованість. На дев'ятому засіданні обговорювалися методи дослідження м'яких тканин, також було порушено питання про викладання медичної рентгенології у вищих медичних закладах.

Українські науковці прийняли активну участь у роботі з'їзду та показали високий рівень розробок висунутих тем. Значну частину доповідей та демонстрацій зробили рентгенологи УДРРІ (Хармандар'ян Г.І., Лемберг А.О., Безчинська Н.М., Міщенко І.П., Варшавський Б.М., Варшавська Б.Б., Мельніков А.В., Бриль Е.Я. та ін.), їх київські (Воскресенський Н.М., Биховський М.А., Богаєвський А.Я., Кронтовський А.А., Порховник Я.Б.), та одеські (Розенблат Я.М., Нікітін С.А., Дубовий Е.Д.) колеги.

З організаційних питань важливим стало створення Української Асоціації рентгенологів та радіологів, філії якої були організовані в Києві, Харкові, Одесі, Дніпропетровську, Сталіно. Було прийнято рішення про перейменування Всесоюзної асоціації рентгенологів та радіологів у Всесоюзну асоціацію рентгенологів, радіологів та онкологів.

Окремої уваги потребує той факт, що Труди З'їзду були надруковані лише в 1929 році у «Віснику рентгенології та радіології». У передмові зазначалося, що окреме видання трудів планувалося в Києві, але за певних причин виявилось неможливим. Не всі рукописи доповідей надійшли до редакції «Вісника» та й ті *«пришлось совершенно переработать»* [2].

Висновки. Проведення в Києві заходу загальносоюзного значення підтверджує високий рівень наукової роботи, що проводилась у галузі медичної рентгенології українськими вченими. Не зважаючи на значні

організаційні та фінансові труднощі під час попередньої підготовки [1], V Всесоюзний з'їзд рентгенологів та радіологів виявився дуже масовим і плідним. Присутність на з'їзді іноземних рентгенологів поки не підтвердилась, однак серед доповідачів та учасників дебатів їх не було виявлено. Єдиним складним моментом виявилось видання Трудів з'їзду, але достовірних відомостей щодо причин такої ситуації поки немає.

Список джерел і літератури:

1. Программа V-го Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов в Киеве 18–23 мая 1928 года. – К. : Тип. «Инвалид-Печатник», 1928. – 20 с.
2. ЦДВОВУ України. Ф. 342. Оп. 2. Спр. 2235. Всесоюзні з'їзди рентгенологів. Листування про підготовку до Всесоюзного з'їзду рентгенологів у Києві (29 грудня 1927 р. – 12 вересня 1928 р.), 11 арк.
3. Пятый Всесоюзный съезд рентгенологов и радиологов в Киеве 18–23 мая 1928 года // Вестник рентгенологии и радиологии. – 1929. – Т. VII. – Выпуск 6. – С. 489–530.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА

Кистенева О.А., к.и.н., доцент кафедры факультетской терапии факультета лечебного дела и педиатрии;

Решетова А.С., студентка I курса факультета информационных технологий и прикладной математики Белгородского государственного национального исследовательского университета

Много книг написано о героической обороне Ленинграда во время Великой Отечественной войны. Однако лишь единицы из них посвящены работе медиков, стоящих на службе здоровья жителей блокадного города и Ленинградского фронта. Богатейший же архивный материал, немалый объем газетных, журнальных и научных публикаций историко-медицинского характера долгое время оставались необобщенными. Это была величайшая несправедливость, причина принижения немалого вклада военных и гражданских медиков в Победу над фашистской Германией вообще и в битве за Ленинград в частности [1, с. 7].

В ходе вражеского огневого террора на лечебные учреждения города и фронта было совершено 708 воздушных налетов и артиллерийских обстрелов, при этом нанесен ущерб 482 таким объектам, выведено из строя 36829 госпитальных и больничных коек; убито 139, ранено и контужено 791 человек из числа проходивших лечение и обслуживающего персонала (данные о людских потерях только по военно-лечебным учреждениям). Некоторые лечебные учреждения, в их числе Научно-исследовательский нейрохирургический институт, госпитали МПВО № 86, 90, 93, 98, одна из станций «Скорой помощи» по указанной причине были вынуждены вообще прекратить свою работу [2, с. 101].

Однако самым тяжелым и значительно более трагичным по своим последствиям испытанием для осажденных был голод.

С конца августа 1941 г. железнодорожное сообщение Ленинграда со страной было прервано. В город прекратился ввоз продовольствия. Обстановка настоятельно требовала снижения норм выдачи населению хлеба, составлявшего 50% получаемого им питания.

Тяжелое положение с продовольственным снабжением усугублялось суровыми метеорологическими условиями первой блокадной зимы. 14 октября в 11 часов утра выпал первый снег, а 31 октября снежный покров достиг 10 см. – наступили невиданные ранее ранние холода.

До войны в городе в основном использовалось привозное топливо. С началом блокады его поступление, естественно, прекратилось. Неизбежным в такой обстановке явилось использование населением разного типа самодельных печей («буржук»), неумелое обращение с которыми приводило к частым пожарам. Только с января по март 1942 г. имели место 1578 подобного рода пожаров [3, с. 5].

У ослабевших от голода людей не хватало сил поддерживать элементарную чистоту в городе и в своих жилищах. В результате на улицах и во дворах скапливались кучи мусора и нечистот; снег и лед толстым слоем покрыли площади, проспекты, дворы. Это создавало реальные предпосылки для распространения инфекционных болезней.

Условия работы всех звеньев системы гражданского и военного здравоохранения, и в особенности лечебных учреждений, были невероятно трудными. Здания больниц и госпиталей протапливались нерегулярно, стены в палатах, процедурных комнатах и во всех других помещениях покрывались инеем, чернила замерзали, и истории болезней приходилось писать карандашом при тусклом свете коптилки. Больных при осмотре не раздевали, а лишь приоткрывали часть тела, чтобы поставить стетоскоп; белые халаты, для стирки которых не имелось возможностей, надевались медицинским персоналом поверх зимней одежды.

«Фанера и картон, которыми были заделаны выбитые при артиллерийских обстрелах и авиабомбардировках окна, – писал проф. П. А. Куприянов, вспоминая это страшное время, – не удерживали в палатах госпиталей тепла, они лишали палаты естественного освещения в короткие зимние дни <...> Отсутствие воды и действующей канализации очень осложняло обслуживание раненых и гигиенический уход за ними. Медицинский персонал, к тому же находившийся и работавший в тех же условиях, выбывал из строя в значительном числе, а оставшиеся не были достаточно работоспособны <...> Раненые, сохраняясь от холода, содержались в собственной одежде <...> и всемерно укутывались [4, с. 54].

Медико-санитарная служба Ленгорздравотдела, действовавшая на «Дороге жизни», существовала до 7 августа 1943 г., когда, по решению Ленгорисполкома, ее учреждения стали ликвидироваться. В целом из числа эвакуируемых через ее санитарные части прошло 92322 больных, из них 1475 умерло. Всего личным составом санитарных частей эвакуатрассы была оказана

медицинская помощь более 100 тыс. больным. Эту работу проделали совместными усилиями 50 врачей, 107 медицинских сестер, 126 санитарок, 8 дезинфекторов и 39 человек административно- хозяйственного аппарата. Среди них имелись боевые потери. Только в санитарной части в Кобоне были ранены 19 ее сотрудников, трое из которых умерли [5, с.8].

Значительную помощь городскому здравоохранению в медицинском обслуживании трудармейцев оказала военно-медицинская служба. Только в июне 1942 г. Силами и средствами медицинской службы 23А санитарной обработке было подвергнуто более 20 тыс. чел., прибывших в загородную зону для ведения оборонных и заготовительных работ.

Кроме выполнения своих профессиональных обязанностей медицинские работники принимали также личное участие в возведении оборонительных укреплений. В 1941 г. лишь от лечебно-профилактических учреждений Приморского района на этих работах было занято 1462 чел., а от Общества Красного Креста – 2765 санитарных дружинниц. В 1942 г. Медицинский персонал посменно трудился и в подсобных хозяйствах [6, 335].

Как и все ленинградцы, медицинский персонал города и фронта стойко и мужественно преодолевал неисчислимые трудности и лишения, обусловленные блокадой, и проявлял в своей деятельности исключительно самоотверженность, стойкость и героизм.

Источники и литература:

1. Гладких П. Ф. Здравоохранение и военная медицина в битве за Ленинград. Глазами историка и очевидцев / П. Ф. Гладких. – СПб., 2006. – 520 с.
2. АВММ. – Ф. 21. – Оп. 9014. – Д.1. – Л. 101.
3. ЦГА СПб. – Ф. 98. – Оп. 5879. – Д.1. – Л.5.
4. Куприянов П. А. Лечение и эвакуация раненых на Ленинградском фронте / П. А. Куприянов // Труды 5-го Пленума Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ Красной Армии. – М., 1942. – 294 с.
5. ЦГА СПб. – Ф. 7384. – Оп.26. – Д.33. – Л. 8.
6. Князев С. П. На защите Невской твердыни / С. П. Князев, М. П. Стрешинский, И. М. Фронтишев. – Л., 1965. – 464 с.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КРЫМСКОЙ АССР В УСЛОВИЯХ ПОЛИТИКИ КОРЕНИЗАЦИИ (20-30-е годы XX века)

Кондратюк Г.Н., доктор исторических наук, доцент кафедры истории Республиканского высшего учебного заведения «Крымский инженерно-педагогический университет»

Актуальность темы исследования обусловлена необходимостью обращения к практике реформирования здравоохранения в сложный межвоенный период отечественной истории. Коренизация в сфере здравоохранения предполагала реализацию широкого комплекса

преобразований. Это борьба с так называемыми «социальными болезнями», создания национальных больниц и амбулаторий, подготовка врачей и среднего медицинского персонала из представителей определённых национальностей.

В катастрофической обстановке голода и эпидемий была образована в ноябре 1921 года Крымская Советская Социалистическая Республика. В структуре органов управления был создан Народный комиссариат здравоохранения Крымской ССР. Начинается самая энергичная и решительная борьба с эпидемиями, последствием голода. К началу 1923 года такими мерами эпидемии были почти ликвидированы, хотя процент смертности продолжает еще оставаться довольно высоким. Сеть лечебно-санитарных учреждений Крыма в 1923 году состояла из 36 больниц с 3.920 коек. Из них 1.215 для инфекционных больных, 92 амбулатории, 34 дезинфекционных пункта. За год через стационарные учреждения прошло 21.050 больных, из них 9.442 инфекционных. Больными проведено 388.140 койко-дней. Умерло 4.728 пациентов, что составило 22,4%. Эта смертность особенно резко обозначилась среди детей и хронических больных. Через амбулаторную сеть за год прошло 148.647 больных, проведших 291.409 посещений [1].

Перенаселенность Крыма нахлынувшими сюда беженцами, резко ухудшила санитарное состояние Крыма; жилища были все переполнены, жилищный фонд полуразрушен. В совокупности все перечисленные факторы сделали сферу здравоохранения одним из приоритетов в работе ЦИК и СНК Крымской ССР [2].

Для подготовки медиков был создан национальный татарский техникум с количеством 122 человека татарской молодежи, с выпуском в 1932 года – 30 человек среднего медицинского персонала. Также был создан фармацевтический техникум с количеством 120 человек, из которых 45 крымских татар. Медполитехникум с течением времени был переведен в Ялту с целью подготовки курортных работников, с акушерским отделением на базе комплектования из национальных районов – с общим числом 100 человек. Был открыт медицинский институт, с обучающимися в нем 238 человек, из которых 36,5% крымских татар. В медицинском рабочем факультете из 402 студентов имелось 60% крымских татар. По сети краткосрочных курсов в 1931 году подготовлено 92 человека ясельных работников из них 45 человек крымских татарок.

Если в татарском медицинском техникуме преподавание велось в основном на родном языке, то в других учебных заведениях (фармтехникум, медицинский институт, медполитехникум) преподавание велось на русском языке, за редким исключением на татарском, ввиду отсутствия специалистов преподавателей крымских татар по медицинскому образованию [3, л. 21].

Развитие Крыма как здравницы, растущая потребность во врачебных кадрах требовали подготовки специалистов-медиков. В 1930 году Народный комиссариат здравоохранения Крымской АССР предложил к 10-й годовщине Советского Крыма открыть в Симферополе медицинский институт. Организационное бюро возглавил заместитель наркома здравоохранения Крыма Волошин Б. М., назначенный затем директором института. Назвать вуз

было предложено «Крымский медицинский институт имени Перекопской Победы», но в процессе организации название изменили: «Крымский государственный медицинский институт имени Фрунзе» – в честь командующего Южным фронтом.

С сентября 1930 года начали работу подготовительные курсы, и уже в начале 1931 года был произведен первый набор – 100 студентов. В августе 1931 года на первый курс было принято еще 90 студентов. Затем, в течение четырех лет, наборы проводились в январе и в августе.

Торжественное открытие Крымского мединститута, состоящего из одного лечебно-профилактического факультета, состоялось 1 апреля 1931 года, когда были прочитаны первые три лекции – по химии, физике, анатомии. Эта дата и считается днем рождения Крымского государственного медицинского института.

25 сентября 1931 года вузу присваивается имя И.В. Сталина. Его именем институт назывался до апреля 1956 года.

С февраля 1932 года директором вуза являлся В. А. Таргулов. Успехи в развитии материально-технической базы, организации научных исследований, формировании профессорско-преподавательского состава во многом связаны с его деятельностью. В те годы студенты вуза одновременно учились и строили. Студенческими рабочими отрядами были построены общежитие, спортзал, церковь перестроена под клуб, по проекту талантливого крымского архитектора Б. И. Белозерского возведено новое здание корпуса №2.

17 февраля 1936 года состоялся первый выпуск. 97 студентов получили диплом врача, 18 – с отличием. А в июле дипломы получили еще 94 выпускника. Большинство из них были направлены работать в города и районы Крыма.

В 1938 году директором вуза назначается М. И. Сальков. Тогда же начинается создание нового факультета – педиатрического. 1 сентября 1938 года на факультете приступили к занятиям 100 студентов. В 1939 году лечебно-профилактический факультет переименовали в лечебный. К 1940 году студенческий контингент вуза составлял уже около 1,5 тысячи человек. На 32 кафедрах работали 23 профессора, 16 доцентов, более 100 ассистентов и преподавателей [4, л. 41].

Исследуя деятельность национальных медицинских учреждений, нельзя не отметить Татарскую консультацию Охраны материнства и младенчества (Охматмлад). В начале 1927 года сеть Охматмлада состояла из 4-х единиц: Дом ребенка – на 50 детей; ясли № 1 в городе – на 40 детей; ясли № 2 на Татарской слободке – на 40 детей; консультация с двумя отделениями: женскими и детскими. К концу года сеть Охматмлада увеличилась на 2 единицы: была открыта молочная кухня, которая начала функционировать с 1-го мая 1928 года, и на Корабельной стороне в рабочем районе были открыты производственные ясли №3 для детей рабочих Морзавода и Военпорта. В Доме ребенка в течение 1927 – 1928 годов поступило 113 детей, выбыло 98. Из числа выбывших, отдано на воспитание 14. Оставалось на 1-е октября 1927 год – 49 ребят; на 1928 год – 34 ребят. В течении 1928 года консультация

Охматмлада работала 262 дня. За этот период было принято по детскому отделению 11540 детей, из них первичных было 1408 посещений. Из общего числа посещений на застрахованных пришлось 90% и на незастрахованных 10%. По женскому отделению консультации число посещений составляло 8352, из них 1993 было первичных. Всего на содержание консультации израсходовано 7805 рублей, при чем из этой суммы на застрахованных было израсходовано 770 рублей и на незастрахованных 735 рублей [5, л. 163].

Признавая большое политическое значение коренизации аппарата и сети лечебно-санитарных учреждений Крымской АССР как одно из средств приближения медико-санитарной помощи к коренным национальным группам, а также втягивание этих групп населения в советское строительство, был принят подготовленный Наркомздравом Крымской АССР пятилетний план коренизации аппарата и сети учреждений органов здравоохранения Крыма. Он считался ориентировочным и предполагал осуществить ряд мероприятий.

Таким образом, можно сделать **вывод** о том, что в рамках политики коренизации в Симферополе были созданы: Татарская больница, Татарская консультация Охматмлада и Татарская женская консультация. Одной из главных проблем являлась нехватка врачей и для решения этой проблемы действовали национальные медицинские учебные заведения: Татарский медицинский техникум и Медицинский институт им. И.Сталина. Работа этих учреждений развивалась в рамках политики коренизации.

Источники и литература:

1. Десять лет советского Крыма / под ред. И. Козлова. – Симферополь: Крымское государственное издательство, 1930.
2. Медицинский вестник Крыма. – № 1. – 1922 (сентябрь).
3. Государственный архив Автономной Республики Крым (ГААРК). Ф. Р-26. – Оп.1. – Д. 754. – Л. 21.
4. ГААРК. Ф. Р-26. – Оп.1. – Д. 505. – Л. 41.
5. ГААРК. Ф. Р-26. – Оп.1. – Д. 751. – Л. 163.

WARUNKI BYTOWO-ZDROWOTNE NIEWOLNIKÓW W POSIADŁOŚCI JERZEGO WASZYNGTONA NA POSTAWIE RELACJI JULIANA URSYNA NIEMCEWICZA

Matyja Iwona, mgr, lektor j. ang. w SNJO AJD w Częstochowie

Celem artykułu jest charakteryzacja warunków bytowych oraz zdrowotnych niewolników Jerzego Waszyngtona w XVIII-wiecznej posiadłości Mount Vernon w Wirginii oraz ukazanie paternalistycznych i komercyjnych pobudek J. Waszyngtona w trosce o zdrowie swych poddanych. Badanie oparte jest na listach J. Waszyngtona oraz przekazie Juliana Ursyna Niemcewicza z wizyty w Mount Vernon w 1798 roku.

Okolo 300-osobowa społeczność niewolników zamieszkiwała 5 farm na osiemdziesięciohektarowej plantacji Waszyngtona. Służba domowa oraz rzemieślnicy rezydowali w Mansion Farm House, głównej farmie rodziny Waszyngtonów, pozostałe okolo stu osób mieszkało na pobliskich farmach: River, Muddy Hole, Dogue Run i Union [1, s. 150]. Zwiedzając konno plantację swego gospodarza, Niemcewicz wstąpił do jednej, jak to określił z *murzyńskich lepianek, bo nie można nazwać ich domami*. W jednej izbie *śpią mąż i żona na marnych wyrkach, dzieci na ziemi, relacjonował, mają kiepskie palenisko i trochę naczyń kuchennych* [1, s. 149]. Częstym przypadkiem było jednak rozdzielanie rodzin z uwagi na inny charakter pracy. Choć małżonkowie pracowali na różnych farmach, Waszyngton nigdy nie dopuszczał do kupna czy sprzedaży jednego z małżonków. Zdawał sobie bowiem sprawę jak ważne są więzi rodzinne dla niewolników [2, s. 47; 3. s. 307, 338-39].

Pierwszego prezydenta cechowała również pracowitość i perfekcja. Bezskutecznie próbował egzekwować te same cechy wśród swych niewolników [4, s. 144]. Wymagał maksymalnej efektywności w stosunku do możliwości fizycznych poddanych, jednak bez narażenia ich zdrowia [5, s. 223]. Niemcewicz podaje, że niewolnicy pracowali cały tydzień, za wyjątkiem świąt. [1, s. 150]. Prawdą jest, iż służba domowa pracowała 7 dni w tygodniu, natomiast rzemieślnikom i pracownikom polowym przysługiwał dzień wolny w niedziele i święta. Wtedy to mogli odwiedzać swe rodziny na innych farmach czy plantacjach, pływać w rzece Potomac, a także brać udział w zorganizowanych wydarzeniach sportowych. Dzień pracy był jednak bardzo długi. Niewolnicy pracowali od wschodu do zachodu słońca, z dwugodzinną przerwą na posiłek w środku dnia [4, s. 144].

Według opisu Niemcewicza, Murzyni otrzymywali garniec kukurydzy tygodniowo i 20 śledzi miesięcznie. W czasie zniw, niewolnicy pracujący w polu dodatkowo dostawali solone mięso [1, s. 149]. Waszyngton uważał, że jego poddani otrzymują właściwe racje żywieniowe, jak uzasadniał, zwiększenie przydziału skutkowałoby niezwłoczną sprzedażą nadwyżki w celach zarobkowych [6, s. 634]. Niewolnicy na wszystkich farmach suplementowali również swą dietę uprawiając ogródki warzywne. Na odwiedzanej przez polskiego gościa farmie chowano kilka

kur, ponieważ jak wyjaśnia Niemcewicz *nie wolno im chować ani kaczek, ani gęsi, ani świń* [1, s. 149].

Pomimo ciężkiej pracy i nie najlepszych warunków, Waszyngton traktował swych niewolników humanitarnie. Nakazywał zarządcom by byli w stosunku do nich surowi lecz nie okrutni. Prosił by szczególnie troszczyli się o chorych zezwalając na aplikację leków, szczególnie w zapaleniach górnych dróg oddechowych i wszystkich stanach zapalnych powiązanych z bólem. W takich przypadkach zalecał dodatkowe koce, podawanie słodkiej herbaty, bulionu a nawet trochę wina. W cięższych przypadkach praktykowano upuszczanie krwi [7, s. 41]. Niemcewicz był świadkiem sytuacji, w której Waszyngton posłał po lekarza z Aleksandrii by ratować 15-letniego chłopca w konwulsjach [1, s. 149]. James Craik, lekarz rodzinny Waszyngtonów, leczył a także wyrывał zęby białym a także czarnym w Mount Vernon [7, s.41]. Szczególna troska Waszyngtona o zdrowie swych niewolników wielokrotnie prowadziła do symulacji ich choroby celem uniknięcia pracy.

J. U. Niemcewicz twierdził, iż niewolnicy Jerzego Waszyngtona byli traktowani lepiej niż Murzyni innych plantatorów w Wirginii. Według niego *większość tych panów daje swym czarnym tylko chleb, wodę i chłostę* [1, s. 150]. Waszyngton z pewnością kierował się względami ekonomicznymi. By generować zysk ważna była efektywność pracy. Fakt, iż był człowiekiem honoru a także wrażliwy na krytykę, pozwala wysnuć wniosek, że troska o swych poddanych, ich zdrowie, a także nierozzerwalność rodziny, wynikała również z jego ojcowskiego podejścia.

Bibliografia:

1. Niemcewicz J. U., *Podróże po Ameryce 1797-1807.*, Warszawa 1959
2. Fitzpatrick J. C., wyd. *The Writings of Washington from the Original Manuscript Sources, 1745-1799*, t. XXXIV, Nowy Jork 1970
3. Fitzpatrick J. C., wyd. *The Writings of Washington from the Original Manuscript Sources, 1745-1799*, t. XXXVII, Nowy Jork 1970
4. Chernow R., *Washington, A life.*, Londyn 2011
5. Abbot W. W., Twohig D., Chase P. D., Crackel T. J., Lengel E. G., *The Papers of George Washington*, t.I, Letter to John Fairfax, 01.01.1789
6. Abbot W. W., Twohig D., Chase P. D., Crackel T. J., Lengel E. G., *The Papers of George Washington*, t.XII, Letter to Anthony Whiting, 26.05.1793
7. Hirschefeld F., *George Washington and Slavery*, Columbia MO 1997

МЕДИЦИНА УКРАИНСКОГО КАЗАЧЕСТВА

Мякина А. В., к.м.н., доцент,

*Мищенко А. Н., к.м.н., старший преподаватель кафедры социальной
медицины, организации и экономики здравоохранения*

*Мельник К. А., студент Харьковского национального медицинского
университета*

Окинем же мысленно гордым взором нетронутую цивилизацией казацкую степь 400-летней давности. Бескрайнее море трав, где главенствующее положение занимали типчак, евшан и послушный всем ветрам ковыль. С апреля по июль богатое разнотравье украинских степей буйно расцветало. Ковыль достигал такой высоты, что мог скрыть от людских глаз конного всадника, защищая казаков от врагов. Независимо от состава травяного ассортимента, пыльца растений вместе с чистой росой являлись своеобразными, неповторимыми, стимулирующими лекарствами наподобие женьшеня, маралового корня или зеленого чая. Нельзя не упомянуть про калган (аптечный корень), который в Запорожской Сечи казаки называли “казацким женьшенем”. А процедура казацких “зеленых ванн” завораживает своей простотой и полезным воздействием. После купания в речке или озерце казаки не вытирались, а нагишом заходили в степной или луговой травостой и неторопливо по нему продвигались.

Невосприимчивость многих украинцев тех времен к ряду хворей вырабатывалась предварительным заклинанием и, несомненно, генетически. Купание в травах играло при этом неоценимую роль. Важность такой целебной методики прослеживается и в самом таинственном летнем празднике украинского народа – Ивана Купала.

Неисчислимое множество растений экологически чистой природы Великого Луга и Дикого Поля щедро одаривали казаков богатой палитрой натуральных лекарств. Аир (татар-зелье) и крапива, одуванчик и береза, осина и конский каштан, подсолнечник и сон-трава – далеко не полный перечень даров лесов, лугов и степей – помогали казачьему обществу в бою и в часы затишья. Более 50 различных недугов помогал побороть казакам обыкновенный одуванчик, нектар которого, как утверждают пчеловоды, присутствует в каждой капле меда. А если подводили суставы – первой помощницей становилась береза. Подагра и болезни почек, гастрит и малярия поддаются лечению почками осины и ее молодыми побегами. С давних времен у казаков широко применялись целебная сон-трава как успокоительное средство при бессоннице, невралгии, истерии, а также при бронхиальной астме и почечной колике. Что касается конского каштана, то он эффективен при тромбозе, геморрое, трофических язвах.

С походов запорожские казаки возвращались с большим количеством раненных, часть которых оставалась навсегда калеками. По этим причинам казаки вынуждены были иметь свои госпитали.

Первый такой госпиталь был основан в Дубовом лесу на острове между реками Старой и Новой Самарой. Там были построены дома и церковь, окруженные защитными рвами. В конце XVI века главным шпиталем казаков становится госпиталь в Трахтемировском монастыре на Днепре ниже Киева.

В дальнейшем главный госпиталь размещался в Межгорском монастыре круг Киева.

В казацких госпиталях, в противовес гражданским в городах и селах, находили убежище не только калеки, здесь лечили раненых и больных. В самой Запорожской Сечи раненных и больных лечили цирюльники.

Как у всякого народа, у казаков существовало большое число ведунов, знахарей, которые лечат не только травами и другими средствами, но также заговаривают и прочими магическими приемами...

Интересным было медицинское обеспечение на Запорожской Сечи. Жизнь запорожских казаков проходила в походах и боевых схватках. Помощь при различных повреждениях и заболеваниях они подавали по правилам и средствами народной медицины. Казаки умели пускать кровь, вырывать зубы, делать пластыри для лечения ран, накладывать тиски при переломах. Отправляясь в поход, они вместе с запасами оружия и продуктами принимали лекарства.

Казаки умели лечить и открытые переломы, удалять раздробленные кости. Владели они и основами антисептики, то есть умели оперировать так, чтобы не попадали в рану микробы и бактерии; справлялись с гнойными ранениями, “выкатывали” пули и осколки, проводили ампутации...

Сохранились описания хирургических операций, сделанных казачьими лекарями. Свидетелем одной из таких операций однажды был знаменитый русский врач Н. Пирогов.

Все делалось только после захода солнца. Во-первых, в это время почти нет мух – главных разносчиков инфекции, а во-вторых, сам человеческий организм, в частности мозг, вступает в фазу торможения... Раненого укладывали на соломенные снопы или только что выструганные доски. Поили его допьяна (это был один из немногих случаев, когда казаки пили водку, а не вино). Раненое место, в описываемом случае – ногу, обкладывали льдом или лили холодную воду. Перетянутая жгутами нога теряла чувствительность.

Тогда приступал к делу врачеватель. Он долго мыл руки и протирал их водкой. Все инструменты, которыми он пользовался, тщательнейшим образом и долго кипятились в соляном растворе. Кроме того, помощник вылавливал их из кипящей воды только специальными щипцами и подавал лекарю, обязательно пронося их через огонь. Нож, которым расширялась рана, накалялся докрасна и прижигал кровоточащие края разреза.

Раскрыв специальными крючками рану, лекарь металлическими крючками выхватил из раны пулю и вынул раздробленные кости, зашил края раны, предварительно вложив в нее какое-то снадобье и длинный конский волос...

Прооперированную ногу уложили в специально выструганные самшитовые лубки и забинтовали.

Ампутации делали еще быстрее, и культю обязательно макали в кипящую смолу, чтобы спасти человека от гангрены. Следует поражаться силе духа и терпению не только казаков, но и лекарей – ведь все делалось без наркоза. Правда, есть сведения, что какие-то дурманящие сознание и обезболивающие травяные настои лекари применяли. В частности, отвар из мака.

Некоторые ведуньи хорошо владели лечебным гипнозом, “отчитывали болезни во сне”.

Наряду с костоправами в казачьих станицах и хуторах всегда было много травознаев. И сегодня почти в каждой казачьей семье используют для лечения всевозможных простуд и других болезней травы, и ныне здравствуют десятки других удивительных знатков.

OCENA PRACY DOKTORA JOHANNA WILHELMA MOELLERA W CZASIE EPIDEMII DŻUMY W LATACH 1780-1781

Robak Igor, prof. dr hab., kierownik Katedry Nauk Społecznych Charkowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego;

Srogosz Tadeusz, prof. dr hab., kierownik Zakładu Metodologii Historii i Historii Historiografii oraz kierownik studiów doktoranckich Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Ocena działalności przeciwepidemicznej doktora Möllera jest niejednoznaczna. W książce o walce z epidemiami dżumy za panowania Stanisława Augusta Poniatowskiego Tadeusz Srogosz, opierając się na raportach urzędników skarbowych, krytycznie ocenił pracę doktora Möllera [3, s. 102–108]. Z kolei Ignacy Z. Siemion, opierając się na jego zapiskach, pozytywnie wypowiedział się na temat jego działalności przeciwepidemicznej (2, s. 114–118). Autor ten widocznie zafascynował się znaczącymi dokonaniemi krajoznawczymi i naukowymi doktora Möllera. W celu weryfikacji tych sprzecznych opinii podjęliśmy jeszcze raz analizę działalności tego lekarza w czasie epidemii dżumy w latach 1780-1781.

Główną troską władz skarbowych było zabezpieczenie komór celnych w wykwalifikowaną opiekę medyczną. W tym celu Komisja Skarbu Koronnego 23 października 1780 r. zatrudniła rekomendowanego przez lekarzy warszawskich doktora Jana Wilhelma Möllera i felczera Kicińskiego, uchwalając jednocześnie dwie instrukcje dla ludności oraz dyspozycje dla superintendentów prowincji ukraińskiej i ruskiej [1, k. 10–18, 31–36, 47–53, 65–75]. Komisja Skarbu Koronnego nakazała medykom jak najspieszniej wyjechać z Warszawy i udać się do Cudowna, gdzie urzędowały władze skarbowe prowincji ukraińskiej. Po drodze opiekę nad nimi miał sprawować superintendent prowincji ruskiej Jan Piegłowski, natomiast od Cudowna miał ich przejąć superintendent prowincji ukraińskiej Franciszek Lasocki.

Z Cudowna doktora Möllera i felczera Kicińskiego należało od razu wyekspediować w zagrożone rejony nad rzeką Dniestr, czyli do kwarantann w okolicach Krzywego Jeziora i Swinny. W jednej kwarantannie powinien przebywać lekarz, w drugiej zaś felczer zaopatrzone we wskazówki profilaktyczne i terapeutyczne. Gdyby doktor Möller uznał, że dotychczasowe budynki nie nadają się na odbywanie kwarantanny lub należy je rozbudować, to superintendent Lasocki „za zniesieniem się z komendą wojskową, najgorszy domy na kwarantanny zgodne, a gdyby tych najgorszych miejsc nie zadowalało, nowe kosztem skarbowym czyniąc expensa, ile tego wyciągać potrzeba będzie przyzwolitą wystawił” [1, k. 11].

Komisja Skarbu Koronnego z całą mocą podkreślała, że nie należy wpuszczać kupców z prowincji tureckich bez odbycia kwarantanny nie krótszej niż cztery tygodnie. W tym celu do każdej kwarantanny zostali przydzieleni – oprócz lekarza i felczera – rewizor skarbowy i dwaj strażnicy. Mieli oni załatwiać wszelkie formalności związane z odprawą kupców i odbywaniem kwarantanny oraz przesyłać do Komisji Skarbu Koronnego raporty o sytuacji epidemicznej i liczbie zatrzymanych (z podaniem danych personalnych, pozycji społecznej, miejsca zamieszkania, miejsca przybycia i celu podróży).

Do obowiązków doktora Möllera i felczera Kicińskiego należała opieka medyczna nad zatrzymanymi w Krzywym Jeziorze i Swinnie, a w razie potrzeby wyjazd w inne zadżumione rejony. Komisja Skarbu Koronnego odebrała od felczera rotę przysięgi następującej treści: „*Ja N przysięgam Panu Bogu, iż wyznaczonym będąc dla dopilnowania ludzi kwarantannę wysiadających i strzeżenia szerzącej się zarazy powietrza, ich osobi i zdrowie ciał ich sumiennie examinaować będę. Dozór tychże przynajmniej w trzeci dzień wizytując z równym examinaowaniem zdrowia zachowam, w nie poznanych przeze mnie chorobach do doktora referować się i od niego rezolucji żądać będę, a podług mego i doktora przeświadczenia, przy kończącej się kwarantannie, każdego zdrowość lub zarazę sprawiedliwie i nie uwodząc się żadnym datkiem, bojaźnią, przyjaźnią lub nienawiścią i nic nie biorąc, choćby mi co dobrowolnie na zdradę ofiarowane było, zaświadczę. Tak mi Panie Boże dopomóż*” [1, k. 16-16v]. Dla doktora Möllera przygotowano identyczną rotę przysięgi, pomijając jedynie fragment o konsultacji.

Doktor Möller i felczer Kiciński wolno podróżowali z Warszawy w rejon komór celnych nad Dniestrem, a i po przybyciu na miejsce nie kwapili się do pracy. Pisarz komory Józefgród Bałta Jerzy Jabłoński skarżył się na ich opieszałość: „*JM Pan doktor Moeller i Kiciński felczer dnia 11 praesentis stanęli w Berszadzcie, gdzie zabawiwszy dni dwa dla przygotowania medycyny i przyjęcia felczera, którego za zł. 15 zgodzili, wraz ze mną, wzięwszy u brygady tu stojącej konwój, ruszyli ku Bałcie, z którymi nie tylko ja wyjechałem, ale i JMP. porucznik Perekladowski, i najprzód zaprowadziliśmy onych do zarażonych w polu będących, potym pojechaliśmy pod miasto Złotnik, sądząc, że gdy nie w polu zarażonym, to przynajmniej w mieście zdrowym dadzą jakowąś pomoc, ale gdy nawet i z konia żaden zsiść nie chciał i żadnego zaradzenia ludziom zdrowym w mieście nie uczynił, bez żadnego dania gdyby mieli siedzieć w Berszadzcie, toby na jedno wypadło, jak gdyby z Warszawy nie wyjeżdżali*” [1, k. 94–94v]. Medycy postanowili początkowo mieszkać z dala od kwarantann, czyli w Berszadzcie, domagali się o wypłatę drugiej połowy

wynagrodzeń, dopominali się o przysłanie jeszcze trzech felczerów z Warszawy oraz pieniędzy na zakup medykamentów lub dostarczenie ich z apteki berdyczowskiej.

Po początkowych trudnościach ze świadczeniem pracy przez medyków do działania przystąpili superintendenci prowincji ruskiej i ukraińskiej. Pieglowski udzielił pełnomocnictw pisarzowi komory Józefgród Bałta Jabłońskiemu, aby zmusił do pracy opieszłych według instrukcji Komisji Skarbu Koronnego, osadzając doktora Möllera w Swinnie nieopodal Bałty, a felczera Kicińskiego w Krzywym Jeziorze koło Bohopola. Jeśli nie rozpoczną działań przeciwepidemicznych (też pomocy medycznej wypędzonym w pole), to należy ich zwolnić, nie płacąc drugiej raty wynagrodzenia. Po takich naciskach doktor Möller przystąpił do pracy, ale dopiero w grudniu 1780 r. i po zatrudnieniu dodatkowo miejscowego felczera. Do jego pracy urzędnicy skarbowi mieli dużo zastrzeżeń: nieprzydatność leków przywiezionych z Warszawy, przedwczesna decyzja skierowania odizolowanych ludzi do domów (zapobiegły temu władze skarbowe), optymizm co do uśmierzenia zarazy wraz z nadejściem mrozów itd. Działalność medyków rychło się zakończyła, ponieważ 13 lutego 1781 r. pełnomocnik Rady Nieustającej do zwalczania epidemii dżumy Antoni Dzieduszycki raportował o odwołaniu akcji ratunkowej [3, s. 91].

Należy podtrzymać opinię, że wybór doktora Möllera na pogranicznego lekarza kwarantann okazał się nietrafny, bowiem pracował on opieszale i niekompetentnie.

ŹRÓDŁA I LITERATURA

1. Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie.- Zbiór Popielów.- nr 81.
2. Siemion I.Z. Jana Wilhelma Möllera dwie podróże badawcze na kresach Rzeczypospolitej // *Analecta*.- 2000.- nr 2.
3. Srogosz T. Dżuma ujarzmiona? Walka z czarną śmiercią za Stanisława Augusta.- Wrocław: Wydawnictwo Arboretum, 1997.

ЛІКАР-НЕВРОЛОГ ВЛАДИСЛАВ ЕДМУНДОВИЧ ДЗЕРЖИНСЬКИЙ: ПОВЕРТАЮЧИСЬ ДО НАДРУКОВАНОГО

*Савчук В. С., д. і. н., професор кафедри теоретичної фізики
Дніпропетровського національного університету ім. Олеся Гончара*



Родина Дзержинських завжди привертала увагу дослідників вітчизняної історії. І це не дивно, тому що саме ця родина дала світові Фелікса Едмундовича Дзержинського. Постать ця неординарна, й така, що викликала і викликає широкий спектр думок про його життя та здебільшого негативну оцінку його діяльності. Але у тіні постаті Ф.Е. Дзержинського довгий час перебували інші представники цієї родини, життя та діяльність яких заслуговують на звернення до них.

Особливо цікавою є постать Владислава Едмундовича Дзержинського, який певний час мешкав і працював у Катеринославі (Дніпропетровську). Сторінки життя та наукової діяльності В.Е. Дзержинського у Катеринославі до останнього часу були не досить відомими. Авторіві вдалося прояснити ці питання у попередній публікації [1]. Про діяльність В.Е. Дзержинського у Катеринославі (Дніпропетровську) до зазначеної публікації було написано лише коротенький нарис у багатотиражній газеті Дніпропетровської медичної академії (за матеріалами професора Т.О. Бажан) [2] та наведена скупа інформація в книзі, присвяченій історії Дніпропетровського медичного інституту [3].

Цікаво, що постать В.Е. Дзержинського досить довго була непоміченою навіть у Польщі, де завершився його життєвий шлях. Так, польський історик-дослідник Войцех Зродляк (Zródlak) писав у своїй статті: *«Владислав Дзержинський, професор медицини, лікар-невролог, відомий учений, полковник Війська Польського, у нинішній час відомий тільки в тісному колі неврологів, що опікуються історією кафедр і медицини. Дуж еважко з'ясувати, чому так сталося...»* [4].

Основні дати життя і діяльності В.Е. Дзержинського під час його перебування у Москві окреслені у вже названій роботі Войцеха Зродляка [4]. У Москві Владислав Дзержинський взяв шлюб з Софією Сіла-Новіцькою. У травні 1906 р. в сім'ї Дзержинських народилася дочка Софія (Зоф'я).

То ж звернемося до перебування вченого у Катеринославі, в першу чергу до його родинного життя. Зазначимо тільки, що переїзду до Катеринослава передував час життя і діяльності В. Е. Дзержинського у Харкові, до якого вчений поїхав у 1913 р. уже маючи родину. У Харкові Владислав Дзержинський обіймав посаду ординатора у Губернській земській лікарні. Одночасно керував поліклінікою при лікарні нервових хвороб.

Подружнє життя В.Е. Дзержинського не складалося. Можливо тому він почав шукати нове місце роботи. У Катеринославі з 1916 р. існували Вищі жіночі курси з двома факультетами – медичним та фізико-математичним. У 1918 р. за часів гетьмана П. Скоропадського ці курси були перетворені на університет з чотирма факультетами, одним із яких став медичний. На ньому працювало багато відомих лікарів – учених із Харкова та Москви. Очолював університет відомий гістолог В.П. Карпов, а на чолі медичного факультету був відомий московський фахівець, професор М.О. Кабанов. Тому видається не випадковим переїзд у 1919 р. В.Е. Дзержинського до Катеринослава. Тут він обіймає посаду завідувача кафедри медичного факультету Катеринославського університету і читає низку курсів за спеціальністю.

У своїй попередній публікації я вказував на те, що у місті на Дніпрі він познайомився із вдовою колишнього царського прокурора Катериною Аверьяною (за даними В. Зродляка прокурор загинув за часів жовтневої революції) і побрався з нею 8 лютого 1922 р. З різних історіографічних джерел було з'ясовано, що прокурор окружного суду Аверьянов розстріляний махновцями під час захоплення ними Катеринослава у 1918 р. Дослідники вказують, що цей факт може знайти пояснення і в особистому мотиві, бо Аверьянов був обвинувачем Н. Махна у справі про братовбивство. Ще тоді мною була висловлена думка про те, що цей сюжет потребує додаткового дослідження.

Повертаючись до цього сюжету та відшукуючи нові матеріали щодо життя і діяльності В.Е. Дзержинського у Катеринославі, вдалося знайти більш вірогідне історичне джерело [5], яке дозволяє змінити інтерпретацію подій щодо зазначеного вище сюжету. Це джерело стало відкритим лише за часів незалежності України.

За матеріалами, викладеними у джерелі [5], Н. Махно навідався до тюрми 30 грудня 1919 р., відвідав виправні арештантські роти та розпустив частину арештантів – дрібних злочинців. Нагадаємо, що «Приднепровский край» навряд чи можна віднести до тих видань, які підтримували Н. Махна. Це щоденна політична, економічна й літературна газета, що була органом буржуазних конституціоналістів. Про розстріли когось в тюрмі під час саме цього відвідування мова в публікації не йде.

В той же час в цій публікації повідомляється, що «в губернской тюрьме караул... сменили большевики. И сейчас же начались расстрелы. Расстреляны, как нам передают, бывший член Государственной Думы, а затем енисейский губернатор и председатель Екатеринославского союза земельных собственников

Я. Г. Гололобов, товарищ прокурора окружного суда Аверьянов, один из помощников начальника тюрьмы, бывший помощник начальника уголовно-розыскного отделения Царьгородский, бывший участковый начальник варты Левандовский и несколько тюремных надзирателей...» [5, с. 6].

З наведеної інформації випливає, що Аверьянов був не прокурором окружного суду, а товаришем прокурора. Крім того, вона прояснює питання щодо того, як і коли загинув Аверьянов.



Отже, можна тепер більш впевнено говорити і про те, що В. Е. Держинський взяв другий шлюб зі вдовою товариша прокурора Катеринославського окружного суду Аверьянова, і про обставини смерті останнього. Проживало подружжя Держинських у нагірній частині м. Катеринослава на нинішній вулиці Жуковського у будинку № 7.

У 1922 р. родина Держинських переїздить до Польщі. Перед виходом у відставку (30 червня 1934 р.) В. Е. Держинський працював старшим ординатором неврологічного відділення ІV-го окружного шпиталю у Лодзі.

В.Е. Держинський був розстріляний під час публічної страти ста польських громадян гітлерівцями в окупованій Польщі 20 березня 1942 р. у м. Згеж, де останнім часом проживав цей відомий вчений і лікар.

Катерина (Katarzyna) Держинська пережила свого чоловіка на 34 роки і померла 27 травня 1976 р. Похована на православному цвинтарі у Згежі (*фото автора – В. С.*).

Список джерел і літератури:

1. Савчук В. С. Учений-психіатр Владислав Едмундович Держинський і його діяльність в Україні / В. С. Савчук // Історичний архів. Наукові студії: 36. наук. пр. – Миколаїв : ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. – Вип. 3. – С. 123–127.
2. В. Е. Держинський (за матеріалами професора М. О. Бажан) // Пульс. – 2006. – № 15-16 (26 мая).
3. 50 лет Днепропетровского медицинского института / под ред. проф. И. И. Крыжановской. – К., 1966. – 380 с.
4. Źródłak W. Brat «krwawego» Feliksa Władysław Dzierzyński (1881–1942) // W. Źródłak // Kronika Miasta Łodzi: kwartalnik. – 2007. – № 1. – S. 204–213.
5. Кровавые дни 27–31 декабря. Разстрелы в тюрьме // Приднепровский край. – 1918. – № 6627.

ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В БЕЛАРУСИ В XIX ВЕКЕ

Тищенко Е.М., доктор медицинских наук профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского университета

К концу XIX века в ведении приказов общественного призрения имелось 35 больниц на 1211 коек, а стоимость лечения (6-7 руб. в месяц) умеренно соизмерялось с заработной платой (в 1880-е получали: сельский врач – 92, фельдшер – 24, повивальная бабка – 17,5 руб.) и ценой на продукты питания (в 1911 г. в Минске, в среднем, рабочий зарабатывал 15-30 руб. в месяц, а 1 кг хлеба стоил 7 коп., говядины – 37 коп., сливочного масла – 90 коп.), а также была значительно ниже частных медицинских услуг (размер оплаты за койко-день в частной лечебнице доходил до 5 руб.)[1].

В XIX веке в Беларуси возникла ведомственная медицина. Медицинский персонал и больницы содержали военные, тюремные, духовные, железнодорожные и иные ведомства.

В начале XIX века открываются первые постоянные военные госпитали в северо-западном крае (Минск, 1805; Витебск, Гродно, Могилев, 1808; Бобруйск, 1810; Брест, 1816). К концу XIX века военное ведомство имело значительное число медицинских учреждений (так, в 1899 г. в Гродненской губернии было развернуто 17 госпиталей и лазаретов на 1699 коек). Как отрядный момент следует отметить, что в военных госпиталях медицинская помощь оказывалась не только военнослужащим, но и гражданскому населению (к примеру, в 1870 г. в среднем, третью часть всех ежедневно пролеченных больных в Бобруйском, Гродненском, Могилевском военных госпиталях составляли гражданские лица). Второе место после военного ведомства занимало число тюремных больниц. К 1915 г. тюремные больницы были не только в губернских (Минск, Гродно по 40 коек), но и уездных городах (так, они были развернуты в 6 из 9 уездов Минской губернии). Количество лечебных учреждений других ведомств было незначительным. К концу XIX века в Беларуси созданы и действовали первые медицинские учреждения при фабриках и заводах (больница при Слонимской суконной фабрике, 1865; больница при Добрушской бумажной фабрике, 1880-е годы; приемный пункт на 2 койки при Гродненской табачной фабрике, 1897). К 1915 г. в Минской губернии завершено строительство железнодорожной больницы в Минске, действовала железнодорожная больница в Новогрудке (34 койки) и по два приемных покоя в Минске (4 койки), Пинске (6 коек), а также больницы при двух духовных училищах в Минске (22 койки) и одном – в Пинске (10 коек). В 1912 г. в Минске открыта «почтово-телеграфная амбулатория. Ведомства имели свой медицинский персонал: в 1912 г. в Минске из 46 служащих врачей было 11 – при учебных заведениях, 8 – железнодорожных, 1 – тюремный.

В XIX веке разнообразные по числу и характеру (по вероисповеданию, национальности, полу, возрасту, профессии, состоянию здоровья – беременные, раненые больные, инвалиды по зрению и слуху) больницы и приюты организовывались на основе светской, общественной и церковной благотворительности. Одной из первых таких (1811) являлась больница Минского благотворительного общества.

Образование обществ врачей в губернских городах Беларуси соответствовало общероссийским срокам (Могилев, 1862 – шестое в Российской империи; Минск, 1867 – тринадцатое; Гродно, 1869 – девятнадцатое; Витебск, 1874). Общества врачей создавались также в уездных городах Беларуси (Гомель, 1898; Бобруйск, 1902; Брест, 1903). На территории Беларуси организовывались и действовали местные отделения и управления Российских обществ: борьбы с заразными болезнями (Минск, 1897; Гродно, 1898); военно-санитарное (Минск, 1894); попечения о раненых и больных Красного Креста (Гродно, 1868; Минск, 1872; Витебск, 1876; Могилев, 1877).

Первые в Беларуси амбулатории (до этого амбулаторную помощь и визитацию к больным осуществляли только врачи больниц) также были открыты на основе благотворительности (в 1867 г. в Могилеве за счет православного братства). В 1870 г. в Витебске организована первая светская амбулатория на средства врачей, которые вели бесплатный прием и выписывали рецепты со скидкой. В 1879-1881 гг. Общество минских врачей содержало свою амбулаторию, в которой работало 16 врачей и 10 фельдшеров, проводивших первичный и повторный прием по шести специальностям, а также по установленному принципу визитацию на дому. Общества врачей оказывали консультативную и организационную помощь обществу Красного Креста в создании лечебных учреждений и формировании медицинского персонала. Так, были образованы общины сестер милосердия (Витебск, 1892; Могилев, 1895; Гродно, 1901; Минск, 1903). Общество Красного Креста открывало и содержало лечебные учреждения (лечебница, Могилев, 1895; амбулатория, Гродно, 1902; лечебница, Гродно, 1904; лечебница, Минск, 1910; аптека, пункт скорой помощи, Минск, 1911). Организуемые местные отделы Российской лиги борьбы с туберкулезом (Минск, Бобруйск, 1911; Пинск, 1912; Витебск, 1914) стали проводить сбор пожертвований (22 июля 1911 г. в Бобруйске – первый день «белого» цветка). Используя их и частную благотворительность, были созданы первые противотуберкулезные учреждения: санатории (Новинки, 1904; Наднеман, 1908); дачи-колонии (Шмарговка, Бобруйск, 1913); амбулатория (Минск, 1912).

В XIX веке еврейские общины за свои средства открывают и содержат больницы (Гродно, 1802; Минск, 1819; Могилев, 1846). К концу XIX века евреи составляли до половины населения (особенно Гродненской и Минской губерний), имели, несмотря на ограничения на обучение, большую долю среди медицинского состава, в связи с чем еврейские больницы приобретают второе после больниц приказов общественного призрения значение. Так, в 1890 г. в Гродненской губернии третья часть всех развернутых коек содержалась за еврейские сборы. Еврейское население организовывало за свои средства и другие лечебные учреждения (приюты, детские колонии, амбулатории, аптеки), которые

при необходимости оказывали помощь без учета национальности. На основе общественной и частной благотворительности открыты первые детские дневные приюты-ясли (Минск, 1903, 1910), консультации и пункты питания («капля молока») для грудных детей (Минск, Витебск, Гомель, 1915–1916), временные детские больницы (Минская губерния, 1916).

С общественным попечением связаны первые противоалкогольные начинания (Гродненский губернский комитет попечения о народной трезвости, 1897; приют для вытрезвления, Минск, 1913).

В открывающихся частных лечебницах (1887-гинекологическая, 1904 – зубная, Гродно; 1889 – акушерская, Бобруйск; 1903 – глазная, Минск) оказывалась не столько общая, сколько специализированная помощь, а зубоврачебная помощь носила исключительно частный характер. Кроме того, вслед за аптеками организуемые частные кабинеты (Витебск, 1894; Минск, 1902) стали проводить химико-бактериологические, а затем (Минск, 1904) и патолого-гистологические исследования.

В 1907–1910 гг. в Минске организованы частные лечебницы: акушерско-гинекологическая, зубная, физических методов лечения и ортопедии. Частные лечебницы имели небольшое число коек. Так, в 1912 г. в Минске действовали 7 хирургических лечебниц на 8 и одна на 10 коек; 2 гинекологические на 14, 2 на 9, одна на 6 коек; родильный приют на 2 койки; офтальмологическая на 6 коек. В Гродно сохранились два жилых дома врачей (1906, 1911), в которых проводился прием больных.

Список источников и литературы:

1. Тищенко Е. М. Здоровоохранение Беларуси в XIX–XX веках / Е. М. Тищенко. – Гродно, 2003. – 269 с.

KOMPETENCJE SANITARNO – ZDROWOTNE MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W POLSCE W LATACH 1918 – 1939

Foltyński Jarosław, magister, doktorant profesora dr hab. Tadeusza Srogosza w Akademii Jana Długosza w Częstochowie

Odradzające się państwo polskie stanęło w obliczu rozwiązania całej masy problemów. Jednym z głównych była kwestia szeroko pojętego bezpieczeństwa w tym również sanitarno – zdrowotnego.

Była to sprawa niezwykle istotna choćby z kilku powodów: migracji ludności w tym również rannych czy chorych, różnego stanu ustawodawstwa w tej materii byłych zaborców czy wreszcie z powodu braku jednej instytucji mogącej koordynować ewentualne działania w zakresie sanitarno – zdrowotnym.

W związku z taką sytuacją podjęto decyzję o włączeniu tego typu działań w ramy instytucji, która z zasady miała bezpieczeństwo u swych podstaw, czyli do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (dalej: MSW).

W całym dwudziestoleciu międzywojennym MSW ulegało wielokrotnym przekształceniom, co bezpośrednio wiązało się ze zmianą kompetencji, podobnie było i w omawianych kwestiach. I tak w 1918 roku Dekretem Rady Regencyjnej zdecydowano o utworzeniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej, jako samodzielnej jednostki [1, s. 21] wcześniej podlegającej MSW [2, s. 3,4].

Wydaje się, że u podstaw, opisaney zmiany, leżały kłopoty ze zbyt rozległymi kompetencjami tylko jednego ministra i związanymi z tym trudnościami choćby kompetencyjnymi.

Niemniej jednak przy MSW dalej funkcjonowały jednostki odpowiedzialne za stan sanitarno – zdrowotny. Należy tu wymienić takie jak: Państwowy Zakład Higieny [3], Państwowy Zakład Badania Surowic [4] czy Państwowy Instytut Farmaceutyczny [5]. Powyższe instytucje działały niezależnie od siebie aż do roku 1927 kiedy to ukazało się rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 10 czerwca 1927 roku na mocy, którego wszystkie wymienione jednostki włączono do Państwowego Zakładu Higieny (dalej: PZH) dalej podlegającego ministrowi spraw wewnętrznych. Do podstawowych zadań tej instytucji, a co za tym idzie i do kompetencji ministerstwa, należały m. in. sprawy związane z [6, s. 750]:

”(...) a) prowadzeniem badań naukowych w zakresie higieny publicznej celem przystosowania zdobyczy wiedzy do potrzeb zdrowia publicznego, a w szczególności do potrzeb administracji sanitarnej;

b) prowadzenie badań bakteriologiczno – serologicznych, chemicznych, farmakognostycznych, epidemiologicznych itp. dla użytku władz administracyjnych w związku z działalnością tych władz w zakresie administracji sanitarnej;

c) wyrób surowic, szczepionek, i produktów biologicznych stosowanych w medycynie i weterynarii w celach zapobiegawczych i leczniczych oraz w miarę konieczności innych środków leczniczych;

d) wykonywanie według zasad, jakie ustali Minister Spraw Wewnętrznych, czynności zleconych w zakresie administracji sanitarnej, a w szczególności w akcji zwalczania chorób zakaźnych oraz akcji propagandy higieny;

e) szkolenie fachowego personelu, zatrudnionego w państwowej i samorządowej administracji sanitarnej, personelu zatrudnionego w innych dziedzinach administracji publicznej, wkraczających w zakres spraw zdrowotnych oraz kształcenia pomocniczego personelu lekarskiego (akuszerki, pielęgniarki itp.)(...)”.

Jak widać z powyższego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych ponosiło odpowiedzialność za pełny stan sanitarno – zdrowotny Polaków. Taki stan rzeczy utrzymał się do 1 lipca 1932 roku, kiedy to PZH został włączony w struktury Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej [7, s. 884].

Inne, niezwykle ważne z punktu widzenia ochrony sanitarnej, instytucje podległe ministerstwu to Państwowe Zakłady Badania Żywności i Przedmiotów Użytku [8, s. 755]. Z kolei do ich zadań należały sprawy związane z [9, s. 757]:

”(...) a) dokonywanie kontroli i przedwstępnych badań artykułów żywności i przedmiotów użytku, objętych niniejszym rozporządzeniem, w pomieszczeniach, w których są wyrabiane, przetwarzane, przechowywane, sprzedawane lub w inny sposób wprowadzane w obieg, tudzież dokonywania kontroli tychże pomieszczeń.

Kontrolę należy odbywać podczas godzin, w których pomieszczenia są zwykle otwarte dla czynności przemysłowych lub handlowych;

b) pobierania prób z artykułów żywności i przedmiotów użytku sprzedawanych lub w inny sposób wprowadzanych w obieg, tudzież z artykułów żywności i przedmiotów użytku przeznaczonych do tego celu, dla dokonania badań (...).”

Po przeanalizowaniu powyższego śmiało można powiedzieć, że uprawnienia ministerstwa w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego szły daleko dalej niż zaopatrzenie w leki czy reagowanie na zagrożenia tu i teraz. Dotykały, bowiem również spraw związanych z nadzorem nad praktycznie całą produkcją, jaka miała miejsce wtedy w Polsce nie wyłączając z tego kontroli produktów żywnościowych i wszystkich produktów z tym związanych.

Powyższy stan utrzymał się do 1935 roku, kiedy to kolejnym dekretem zakres działalności wspomnianych zakładów wcielono do PZH [10, s. 2285].

Powyższe reorganizacje nie oznaczały jednak dla ministerstwa zaprzestania działalności z zakresu sanitarno – zdrowotnego. Po części realizowała je Policja Państwowa, w której szeregach utworzono referat tzw. policji kobiecej [11] do zadań, której należała kontrola prostytutek w tym również ich stanu zdrowia (kierowanie na badania itp.). Te działania przyczyniały się niewątpliwie do mniejszego rozprzestrzeniania się chorób wenerycznych.

Reasumując widzimy, że ministerstwo mimo wyraźnego ograniczenia swych kompetencji sanitarno – zdrowotnych w 1935 roku, aż do 1939 roku wykonywało szereg zadań w taki czy inny sposób powiązanych z omawianymi zagadnieniami.

ŹRÓDŁA:

1. Dziennik Praw Królestwa Polskiego (dalej: DPKP), 1918, nr 5, poz. 8, Dekret Rady Regencyjnej Królestwa Polskiego z 4.4.1918 r. o utworzeniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Pracy,
2. DPKP, 1918, nr 1, poz.1, Dekret Rady Regencyjnej o tymczasowej organizacji władz naczelnych w Królestwie Polskim,
3. Monitor Polski (dalej: MP), 1921, nr 258, Rozporządzenie Rady Ministrów z 6.10.1921 r. o utworzeniu Państwowego Zakładu Higieny,
4. MP, 1922, nr 1, Rozporządzenie Rady Ministrów z 1.12.1921 r. o utworzeniu Państwowego Zakładu Surowic,
5. MP, 1922, nr 101, Rozporządzenie Rady Ministrów z 13.4.1922 r. o utworzeniu Państwowego Instytutu Farmaceutycznego,
6. Dziennik Ustaw Państwa Polskiego (dalej: DUPP), 1927, nr 54, poz. 477, rozporządzenie Prezydenta RP z 10.6.1927 r. o Państwowym Zakładzie Higieny,
7. DUPP, 1932, nr 52, poz. 493, rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o wyłączeniu PZH z MSW,
8. DURP, 1928, nr 36, poz. 343, s.755, rozporządzenie Prezydenta RP z 22.3.1928 r. o Państwowych Zakładach Badania Żywności i przedmiotów użytku,
9. DRPP, 1928, nr 36, poz. 343, s. 757, rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 22.3.1928 r. o Państwowych Zakładach Badania Żywności i przedmiotów użytku,
10. DURP, 1934, nr 110, poz. 977, rozporządzenie Prezydenta RP z 28.12.1934 r. o złączeniu Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku z PZH,
11. www.policjapanstwowa.pl/index.php/pl/strona-glowna/2-podstrony/2-publikacje2.

СЕКЦІЯ 2. МЕДИЧНЕ КРАЄЗНАВСТВО

ОРГАНЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА БЕЛГОРОДЧИНЕ В 1920–30-е ГОДЫ

Брижанева А.С., студентка 1 курса факультета лечебного дела и педиатрии Белгородского государственного национального исследовательского университета

Первым центральным органом советского здравоохранения являлся медико-санитарный отдел, организованный в 1918 году на основании декрета Совнаркома РСФСР от 21 июля 1918 года [1, с. 283]. Он был создан для решения задач по организации лечебного и аптечного дела, задачи борьбы с эпидемическими заболеваниями. В 1919 году медико-санитарные отделы преобразованы в уездный отдел здравоохранения (Уздравотдел). Белгородский уездный отдел руководил работой медицинских учреждений Белгородской области, занимался организацией медицинской помощи населению, охраной материнства и младенчества, борьбой с эпидемиями, и так называемыми социальными болезнями (алкоголизм, венерические заболевания и т.д.), вел учет медицинских средств и персонала.

Также Уздравотдел занимался санитарно-просветительной работой. В 1923 году 24 декабря были организованы курсы для усовершенствования врачей при Петроградском Государственном Клиническом Институте. В составе группы было отправлено 50 человек сроком на 4 месяца [2, с. 166].

На 1924 год Белгородскому Уездному Отделению Здравоохранения были подведомственны следующие лечебно-санитарные учреждения [2, с. 251]:

1. Белгородская народная больница на 120 кроватей г. Белгород;
2. Корочанская народная больница на 75 кроватей г. Короча;
3. Томаровская народная больница на 35 кроватей с. Томаровка;
4. Дом матери и ребенка.

С момента утверждения советской власти состоянию женщины было отведено важное место в политике здравоохранения. В тезисном отчете по состоянию народного Здравоохранения по Белгородскому уезду за 1925/26 г. говорится, что «работа по охране материнства и младенчества широко охватило деревню, установлен консультационный день и проведена с большим успехом ясельная компания». В 1925/26 г. количество яслей было открыто 10, а в 1924/25 г. – 3. Через Дом Матери и ребенка в 1924/25 г. прошло – 98 человек, включая матерей и детей. В 1925/26 г. матерей – 105, детей – 417 [3, с. 82, 83]. Но, несмотря на повышение уровня оказания медицинской помощи женщинам, количество прерываний нежелательной беременности путем аборта оставалось высоким.

Несмотря на проведение курсов по повышению квалификации обслуживающего персонала, на селе ощущался острый недостаток врачей. Имеющийся персонал был чрезвычайно перегружен. Нагрузка участкового врача составляла прием от 40 до 100 больных за день. За 1925/26 г. приемы достигали 80–120 человек в день.

В 1926 г. был представлен отчет Белгородского Уездного Исполнительного Комитета, в котором отражено состояние здравоохранения на тот момент [3, с.21]:

1. Расширилась сеть: 1) Уездная народная больница увеличена до 124-х коек (01.10.1925 г. – 100); 2) Городская рабочая амбулатория преобразована в уездную поликлинику, с приемом крестьян; 3) Открыто 5 участковых больниц на 70 коек; 4) Оборудованы и открыты в уезде (в г. Короче и в сл. Томаровке) 2 зубокабинета;

2. Во всех амбулаториях за год больными сделано 578053 посещения. Количество дней в больницах на одного больного – 20. Средняя стоимость содержания больного составляет 1 р. 02 коп.

3. Борьба с социальными болезнями проводилась через туберкулезный и венерологический диспансеры. В туберкулезном сделано 5965 посещений, в венерологическом – 11100.

4. Дом матери и Ребенка принял 417 детей и 105 матерей.

5. В разных волостных и сельских пунктах было открыто 10 яслей, в которых находилось до 2000 детей.

В 1928 г. уездный отдел здравоохранения был ликвидирован, с изменением административно-территориального деления.

Отдел здравоохранения Белгородского окружного исполнительного комитета образован в августе 1928 г. На Окргдравотдел возлагалось руководство делом здравоохранения в пределах округа, а именно: общее руководство райздравотделами и непосредственное управление учреждениями здравоохранения, а также наблюдения за деятельностью медицинских учреждений, непосредственно подчиненных облздравотделу; обеспечение лечебно-санитарных учреждений квалифицированными кадрами; организации судебно-медицинской экспертизы; организация лечебно-профилактической помощи населению; организация лекарственной помощи, контроль над аптечным делом и наблюдение за торговлей медикаментами; охрана материнства и младенчества, здоровья детей и подростков; участие в окружных призывных комиссиях и т.д.

Окргдравотдел состоял из административно-организационного, лечебного и санитарнопрофилактического подотделов. В 1929 г. из лечебного подотдела выделились подотделы охраны материнства и младенчества (ОХММ) и охраны здоровья детей

В августе 1930 г. в связи с изменением административно-территориального деления Белгородский окргдравотдел был ликвидирован [4, с.1].

Список источников и литературы:

1. Государственный архив Белгородской области: Путеводитель. / редколлегия: Е. В. Кривцова, Н. Ф. Тюремских, Т. И. Утенина. – Белгород : «Везелица», 2005.
2. Государственный архив Белгородской области (далее – ГАБО). – Ф. Р – 691. – Оп. – 1. – Д. – 166.
3. ГАБО. – Ф. Р – 691. Оп. – 1. Д. – 177.
4. ГАБО. – Ф. Р – 697. Предисловие.

THE POST-WAR RECOVERY OF THE KHARKIV MEDICAL NETWORK

Ilyin Vadim, teaching assistant of the department of social sciences of KhNMU

Remembering the 70th anniversary of the victory over Nazi Germany which we celebrate this year we also remember civilians who restored normal life in a previously occupied and devastated rear. This article highlights efforts of residents of Kharkiv – the biggest city of the USSR which was under the German occupation, – to restore its medical network in the first year after its final liberation in August of 1943.

Before the occupation in Kharkiv functioned 32 city hospitals with 5017 beds and 13 clinics of educational and research institutes, together – 45 hospitals with 8124 beds [1, p. 1]. During the bombing and the fighting for the city were completely destroyed 85 and partly 121 healthcare facilities [2, p. 112]. Germans robbed all medical equipment and closed the majority of hospitals in the first days of occupation.

Some physicians and lower medical staff who remained in the city risked their lives saving the wounded soldiers and officers of the Red Army like a surgeon Olexander Meshchaninov who gave false certificates of identity to Soviet prisoners of war and thus save with other physicians near 2000 of people from death in a concentration camp or from forcible transfer to Germany. Other doctors like a staff of the Kharkiv Institute for Radiology and Oncology tried to save equipment from looting. They dismantled a power station which was designed to make X-ray images. Medicines from the pharmacy they distributed among personnel of the institute [3].

Restoration of medial facilities began immediately in August of 1943 after the second liberation of the city from Nazis. By the end of spring of 1944 were spent 123 millions of rubles to restore urban utilities [4]. For a comparison a pre-war annual city budget amounted to over 193 millions. About of a quarter of the city budget in 1944 (32 millions) was planned to spend for the healthcare.

As a result of such funding after 3 months were restored 17 hospitals, 17 polyclinics and 9 ambulatory clinics, 43 medical stations, 3 dispensaries, 10 sanitary

stations, ambulance station, 13 children's and 14 women's consultations, 4 children's sanatoria, 45 crèches, stations of dairy nutrition for children, 3 children's homes [5]. In spring of 1944 were opened children's polyclinic and physiotherapy hospital. Finally on January 1st of 1945 in Kharkiv functioned as many hospitals as were before the war – 32 with 4898 beds plus 22 polyclinics, 80 medical stations, 15 sanatoria, 52 crèches.

In general were activated 46,7 % of pre-war amount of beds [6, p. 1]. At the same time in 1944 Kharkiv population counted 56,6 % of pre-war level what together with shortage of medical staff, bad conditions of hospitals, low nutritional standards there meant low availability of the hospital care for the residents [ibid – p. 10].

The polyclinic network was restored in 1944 but the size of outpatient therapeutic care reached the prewar level only by 1949. It happened also because territorial medical districts were staffed with nurses only in half.

The public activity in a restoration of the city manifested in a mass felling of wood around the city, repair of municipal buildings including hospitals, “voluntary Sundays” – cleansing of city in holydays, participation in military loans. Townspeople on their own restored 9th hospital and many other medical facilities.

Most of those steps were organized by city authorities. The mobilizing logic of Soviet authorities who could rely in a recovery only on internal forces describes a statement of the head of the Executive Committee of the Kharkiv city Council who thought that reason for unsatisfactory rates of reconstruction was insufficient involvement of citizens into the restoration by the city and raion Councils. Following the example of Leningrad he proposed introduce specific books for each citizen where should be written results of its labor on the restoration. City authorities mobilized thousands of industrial workers and housewives to cut trees in vicinity of Kharkiv thus obtaining fuel for hospitals and schools. Using measures of criminal prosecutions, labor service of citizens and temporal mobilization of cartage transport and vehicles of enterprises, Councils of People's Deputies in short terms liquidated sanitary consequences of the occupation cleansing streets and squares from solid wastes [7]. 3000 people of different professions including professors, students and engineers were organized by party committees of their enterprises to clean and restore symbol of the city, House of State Industry – Derzhprom.

In conditions when construction organizations couldn't cope with a restoration of housing and medical facilities because they have been involved in the restoration of industry authority willingly supported the initiative of residents and medical staff to restore houses and hospitals by their own. But even when initiative came from masses the common thing was an aspiration of the Communist party and Soviet bodies to activate, organize voluntary movement of citizens and make it total and compulsory. Local Soviet and Communist bodies tried to lead such initiatives of citizens, to spark a socialist competition between inhabitants of neighboring houses, streets and districts [8].

Sometimes townspeople who wanted to restore the hometown as soon as possible outstripped Party activists in the implementation of such mobilizing activity as it happened in the 2d city hospital. Its medical staff voluntarily in a free time for

two-three additional hours a day restored infectious clinic of the hospital. The head and engineer of the hospital elaborated the plan of its restoration and organized medical staff for repair. Physicians and nurses sincerely and enthusiastically retrained as carpenters, bricklayers and roofers. Finally at the general meeting of collectives of the 2d hospital and attached enterprise Kharkiv Electromechanical Plant, medical staff decided that each employee every month must work in its spare time no less than 10 hours to restore the above-mentioned facilities [9].

The common practice was patronage of youth or housewives over wounded soldiers and officers. For example Komsomol activists voluntarily repaired hospital for them, collected and made in free time bedding, equipment for hospital, dining room and kitchen. Collecting scrap of aluminum they cast spoons. Activists-housewives created other hospital, cleansed rooms, collected among residents of their district Pavlivka necessary furniture, dinnerware, bedclothes and when hospital had opened they systematically visited and cared the wounded, gave them hand-made gifts like tobacco pouches, post-cards, flowers, food [10]. At that time the little “patron” who treated wounded with a song was also eight-year girl Lyudmila Gurchenko survived during the German occupation – in future famous Soviet actress and singer. In memoirs she recalled as regularly visited hospital in the former monastery on the Rymarska street. “I sang to them, tell them what is happening in the city, performed small errands, cheered them” [11]. Patriotic or love songs strongly impressed medical staff and patients, forced them to stop and listen: “The wounded cried, old nannies were crying”. In wards of seriously wounded “there were few beds. Especially quiet, especially clean, always there were flowers...”.

During the summer of 1944 Kharkiv medical department planned cover by recreational activities 19500 children. Instead they managed to provide the rest outside the city in sanatoria and Young pioneer camps for 24200 children. Remembering her first visit to the pioneer camp Lyudmila Gurchenko wrote: “There were no window glasses – windows were covered with bed sheets; at night we were freezing... There fed four times a day! But all the time I was hungry. The sugar we received once a day – in the morning... Life in the camp was beautiful! I ate, bathed, went to the forest, performed on stage!”.

The first year of peaceful life in the post-occupational Kharkiv was marked by the rapid restoration of its medical and educational facilities, sewerage, water and electro supply, transport, cultural enterprises, industry and housing. All those changes which happened in ruined city that experienced four battles, when war wasn't finished not in Ukraine, nor in Europe, were possible thanks to the selfless joint work of Kharkiv citizens among whom significant contribution was done by medical workers.

REFERENCES:

1. ДАХО. Ф. Р-5125. Оп. 1. Спр. 26, 127 арк.
2. Лісовий В. М. Історія охорони здоров'я в Харкові: навч. посібник / В. М. Лісовий, І.Ю. Робак. – Харків : ХНМУ, 2008. – 178 с.
3. Дружный коллектив // Соціалістична Харківщина. – 1943. – 13 жовтня.

4. Енергійніше відбудувати житловий фонд Харкова // Соціалістична Харківщина. – 1944. – 27 травня.
5. XIII сесія Харківської міської Ради депутатів трудящих // Соціалістична Харківщина. – 1943. – 11 грудня.
6. ДАХО. Ф. Р-5125. Оп. 1. Спр. 26, 127 арк.
7. Обов'язкова постанова // Соціалістична Харківщина. – 1944. – 25 квітня.
8. В якому стані ваш будинок? // Соціалістична Харківщина. – 1944. – 23 квітня.
9. Відбудуймо рідне місто // Соціалістична Харківщина. – 1944. – 1 травня.
10. В їх справах – любов до воїнів // Соціалістична Харківщина. – 1944. – 27 травня.
11. Гурченко Л. М. Моє взросле детство [Електронний ресурс] / Л. М. Гурченко // Наш современник. – 1980. – Режим доступу до ресурсу: http://militera.lib.ru/memo/russian/gurchenko_lm01/index.html.

К ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ ОБЩИНЫ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ В ХАРЬКОВЕ: ПО СТРАНИЦАМ РЕДКИХ И ЦЕННЫХ ИЗДАНИЙ

Камлык И.В., заведующая сектором Научной библиотеки Харьковского национального медицинского университета

Белякова Т.В., заведующая отделом Научной библиотеки Харьковского национального медицинского университета

*«...важно не то, сколько вы
сделаете, а то, сколько любви
вы вложите в свой труд...»
Мать Тереза*

К концу XIX столетия в России сложилась оригинальная организационная структура оказания благотворительной и государственной медицинской помощи населению. Строились и организовывались не только больницы и вдовьи дома, но и богадельни, детские приюты, воспитательные дома. Одной из форм благотворительности и милосердия становятся общины сестер милосердия.

Историю создания и развития общины сестер милосердия в Харькове можно проследить, изучая документы из фондов Научной библиотеки Харьковского национального медицинского университета, Центральной научной библиотеки Харьковского национального университета им. В. Н. Каразина и Харьковской научной медицинской библиотеки. Много интересных фактов о работе Харьковской общины сестер милосердия мы узнаем из Отчетов местного отделения Российского общества Красного Креста за разные годы.

В 1867 г. основано «Российское общество попечения о больных и раненых воинах», в 1879 г. переименовано в «Российское общество Красного Креста» (РОКК), деятельность которого регламентировалась Главным Управлением. Многие ранее созданные общины сестер милосердия

передаются в ведение РОКК не только в столице, но и по всем крупным городам и губерниям.

Из речи **«Задачи русского Красного Креста...»**, произнесенной профессором А. Якобием узнаем, что местные управления РОКК *«заведуют делами общества в пределах своих губерний, а местные и дамские комитеты прилагают заботы в организации лазаретов, образовании сестёр милосердия и санитарной прислуги, устройстве складов и запасов»* [1, с. 15].

По предложению губернатора князя Д.М. Кропоткина в 1876 г. в Харькове было открыто отделение РОКК (ХО РОКК). Четыре года ранее, в 1872 г. была организована первая Харьковская община сестер милосердия, и в 1886 г. местное управление РОКК стало руководить общиной. Как сообщается в **«Отчете о деятельности Харьковского местного управления Российского Общества Красного Креста... за 1892 г.»**: *«1 декабря 1892 г. исполнилось 6 лет со дня основания в Харькове общины сестер милосердия русского общества Красного Креста. В пользу общины проводились крупные сборы в приходских и некоторых домовых церквях г. Харькова, Покровском мужском монастыре (на ранней и поздней литургии) – поступило 526 руб. 18 коп.»* [2, с. 81].

В статье журнала **«Хирургия» № 55, за 1901 г.** отмечается, что с первых дней возникновения ХО РОКК, профессор В.Ф. Грубе был одним из его самых *«ревностных и полезных деятелей»*. Избранный в 1872 г. членом правления, а в следующем году *«товарищем председателя названного отделения»*, он настойчиво *«проводил в сознании Харьковских жителей необходимость содействовать развитию деятельности РОКК»* и организации в Харьковской губернии учреждений этого общества: *«... по его почину и под его непосредственным руководством, перед объявлением Турецкой войны в 1877г., был обучен и снаряжен отряд сестер милосердия и санитаров – 100 человек»* [3].

В мае 1892 г. на заседании ХО РОКК было принято решение приобрести дом для местного управления, общины сестер милосердия и ее амбулаторной лечебницы. Этот дом был приобретен *«на углу Вознесенской площади и улицы за 24.000 руб.»* и передан в пользование общины сестер милосердия. На первом этаже открылась аптека с лечебницей для проходящих больных. Она была единственной в этом районе и пользовалась особым успехом. В этом же доме, на верхнем этаже стало располагаться общежитие для сестер [2, с. 82].

Из **«Правил о сестрах Красного Креста...»** следовало, что сестры милосердия должны удовлетворять двум требованиям: бескорыстного стремления на помощь ближнему и знания дела. Поступающие в общину сестры именовались испытываемыми и налагали на себя *«нравственную обязанность в избранной ими трудной задаче ухода за больными..., выполняя свое дело с любовью и кротостью»* [4, с. 2–5]. Автор книги **«Красный крест и сестры милосердия в России и за границей»** Д. Михайлов отмечает качества сестер милосердия: *«Кроткая сестра всегда найдёт средство для раздражительного и вспыльчивого больного. Ещё большую роль в этом отношении играет развитое терпение... – это основа всякого»*

самопожертвования и всяких дел милосердия, а в особенности у постели больного» [5, с. 80].

Особое внимание уделялось и внешнему облику сестер милосердия, обязательным было ношение установленной формы для всех. Профессор Ф.Л. Герман в книге **«Заслуги женщин в деле ухода за больными и ранеными»** описывает установленную для них форму одежды, которая *«состояла зимою из шерстяного, ... а летом из холстяного коричневого платья, белой косынки и белого передника с нашитым на нагруднике красным крестом»*. Обучающиеся на сестер милосердия имели такую же одежду, но без креста [6, с. 10].

В **«Отчёте о деятельности Харьковского местного управления Российского Общества Красного Креста... за 1987 год»** сообщаются интересные сведения о Правилах приема на подготовительные курсы сестер милосердия: они должны быть не моложе 20 лет, христиане, без различия званий. Желаящие поступить подавали следующие документы: свидетельство о звании; метрическое свидетельство о рождении и крещении; свидетельство об образовании; свидетельство врача о состоянии здоровья и о привитии оспы; для несовершеннолетних согласие родителей; для замужних – свидетельство от мужа о его согласии на принятие женой обязанностей сестры милосердия Красного Креста [7, с. 56–57].

Помимо основной своей задачи по уходу за больными в различных медицинских учреждениях, в том числе и на полях сражений, община активно занималась подготовкой сиделок и сестер. В **«Отчёте о деятельности Харьковской Общины Сестёр Красного Креста... за 1899 год»** указывается, что практику сестры проходили *«в хирургическом, терапевтическом, гинекологическом, детском кабинетах, в аптеке и стационарной больнице Общины. Под руководством врачей, они накладывали повязки, горчичники, мушки, промывали раны, язвы, ставили банки, делали массаж»*. В дни войны община организовывала ускоренные курсы для подготовки сестер милосердия военного времени. [8, с. 22].

Это лишь малая часть сведений, которые можно почерпнуть, изучая книжные памятники по медицинскому краеведению. История движения сестер милосердия чрезвычайно богата, особенно интересна для нас история благотворительности в Харькове. Она продолжает свою летопись и сегодня, поэтому знакомство с редкими и ценными изданиями может быть интересным не только для историков, но и для медицинских работников, преподавателей и студентов медицинских вузов, всех тех, кто решил посвятить себя служению людям.

Список источников и литературы:

1. Задачи русского Красного Креста. Речь, произнесённая на торжественном акте Императорского Харьковского Университета, 17 января 1880 года, ординарным профессором Аркадием Якобием. – Харьков : В Университетской типографии, 1880. – 56 с.
2. Отчёт о деятельности Харьковского местного управления Российского Общества Красного Креста, состоящего под покровительством её Императорского Величества

- Государыни Императрицы... за 1892 год. – Харьков : Типо-Литография М. М. Гордона, 1893. – 114 с.
3. Дракин И. Н. Деятельность проф. В. Ф. Грубе в обществе Красного Креста / И. Н. Дракин. – Москва : Товарищество Скоропечатни А. А. Левенсон, 1901. – 15 с. – Отд. оттиск из журнала «Хирургия» 1901 г. № 55.
4. Правила о сестрах Красного Креста, назначаемых для ухода за больными и ранеными воинами // Вестник Общества попечения о больных и раненных воинах. – 1875. – № 2. – С. 2–5.
5. Михайлов Д. Красный крест и сёстры милосердия в России и за границей / Д. Михайлов. – Петроград – Киев : Книгоиздательство «Сотрудник», 1914. – 91 с.
6. Герман Ф. Л. Заслуги женщин в деле ухода за больными и ранеными / Ф. Л. Герман. – Харьков, 1898. – 82 с.
7. Отчёт о деятельности Харьковского местного управления Российского Общества Красного Креста, состоящего под покровительством Её Императорского Величества Государыни Императрицы Марии Фёдоровны, и подведомственных ему Харьковской Общины Сестёр Милосердия и амбулаторной при ней лечебницы, Сумского и Змиевского комитетов Общества Красного Креста, за 1897 год. – Харьков : Паровая Типография и Литография Зильберберг, 1898. – 101 с.
8. Отчёт о деятельности Харьковской Общины Сестёр Красного Креста и состоящих при ней стационарной больницы и амбулаторной лечебницы за 1899 год. – Харьков : Паровая Типография и Литография Зильберберг, 1900. – 47 с.

ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО ЯК ОСЕРЕДОК ПОДВИЖНИЦТВА І ВОЛОНТЕРСТВА: ПО СТОРІНКАХ РІДКІСНИХ ТА ЦІННИХ ВИДАНЬ

Костюкевич Т.В., завідувача відділом

Киричок І.В., директор Наукової бібліотеки Харківського національного медичного університету

Харків – перша столиця України. Пройшовши великий і складний шлях у понад 360 років, він став одним із найгарніших і розвинутих міст нашої країни. Харків завжди був у центрі уваги, йшов своїм новаторським шляхом. За ці роки сформувався особливий менталітет міста та його жителів: «Ми любимо своє місто і зробимо все для його мирного життя і процвітання».

Подвижництво, благодійництво, волонтерство... Такі близькі слова. Подвижництво – у сучасному розумінні самовіддана діяльність, героїзм і самопожертва в роботі. Волонтерство – це добровольчество; широке коло діяльності, включаючи традиційні форми взаємодопомоги, офіційне надання послуг та інші форми суспільної участі, які здійснюються добровільно в ім'я громади без надії на грошову винагороду, тобто благодійно.

Цього року ми відзначаємо 210-ту річницю Харківської вищої медичної школи. У фонді Наукової бібліотеки Харківського національного медичного університету (ХНМУ) є документи – рідкісні та цінні видання, що дають змогу прослідкувати розквіт медичного подвижництва і волонтерства у Харкові на початку 19 століття, в авангарді яких стояло Харківське Медичне Товариство.

У 1805 році в лоні Харківського Імператорського Університету народився один із перших чотирьох факультетів – медичний. Перші кроки його діяльності були несміливими, але цьому факультету випала доля відіграти важливу роль у створенні відомої Харківської медичної школи, перетворенні провінційного Харкова з нездоровим санітарно-гігієнічним становищем у потужний сучасний мегаполіс.

Вже з перших років свого існування медичний факультет активно включився у громадське життя міста. Так, у грудні 1807 року на засіданні факультету професор В.Ф. Дрейсіг читав доповідь про жахливе забруднення м. Харкова, яке породжує різноманітні захворювання. До доповіді долучився і професор Л.Й. Ванноті [1, с. 14].

В роки народних бідувань члени медичного факультету не залишалися осторонь. Вони завжди охоче ставали корисними працівниками під час епідемій в Харківській та суміжних губерніях.

Під час Кримської війни (1853-1856) професори медичного факультету з патріотичним піднесенням влаштовували госпіталі, а потім безкорисно там працювали. Серед них – К.О. Демонсі, В.Ф. Альбрехт, І.Й. Вілкомірський, Д.І. Кисельов, І.П. Щелков та інші. Разом з викладачами університету у госпіталях чергували і студенти-медики [1, с. 48–49].

Важливого значення для міста набуло створення у 1861 році Харківського медичного Товариства (ХМТ). Це був рік відміни кріпацтва, залишався у минулому архаїчний пережиток. Попереду замаячили зміни суспільства, розвиток у сфері наук і громадського життя. З ініціативи професора В.Ф. Грубе та з бажання місцевих лікарів і викладачів медичного факультету вже 27 травня 1861 року відбулось перше засідання ХМТ [2, с. 7].

Первісні завдання і цілі ХМТ, зазначені у статуті його засновниками, були вузькі та скромні. Обставини того часу, розпочатий підйом суспільного настрою спонукали ХМТ розширювали рамки своєї діяльності з кола наукової праці та професійних інтересів до народних потреб та служіння суспільному добробуту [2, с. 7].

На другий рік після відкриття ХМТ скарбник Товариства І.К. Зарубін у своїй доповіді розкриває безпомічність бідного прошарку населення у медичному відношенні, брак лікарень для нужденних і пропонує відкрити безкоштовну лікарню. З цією метою члени Товариства розпочали збирати пожертви, відкрили передплату, клопотали перед міською владою про сприяння. Але найбільш прибутковими стали щорічні «шляхетні вистави» та розваги, влаштовані госпожею Шабельською, концерти та лотерея.

Утримання безкоштовної лікарні, не зважаючи на працю лікарів-волонтерів, приносило багато клопоту аж до 1877 року, коли ХМТ одержало велику посмертну пожертву від Д.А. Донець-Захаржевського. Лікарню вирішили назвати ім'ям благодійника [3, с. 23]. За півстолітній період вона надала допомогу амбулаторно 391 893 особам і госпіталізувала 3 017 хворих [2, с. 11].

Наступне завдання, яке ставило перед собою Товариство щодо цивілізації міста – це продовження вивчення місцевості та її оздоровлення –

перенесення сміттєзвалищ, проведення каналізації, водозабезпечення, розповсюдження серед населення здорових санітарно-гігієнічних знань. Проводились обласні з'їзди, створювались комісії для боротьби з епідеміями. В період ймовірного очікування спалахів заразних хвороб читались лекції населенню, організовувались виставки за темами правил поведження при епідеміях. Серед активних подвижників були А.І. Якобій, Е.Ф. Беллін, М.В. Томашевський, Я.С. Кремянський, В.І. Порай-Кошиц, В.В. Фавр, К.М. Гамалей, С.В. Коршун, В.І. Недригайлов та інші [2, с. 15; 4; 5].

Члени ХМТ копітко збирали статистику епідемічних спалахів як у самому Харкові, так і за його межами – у відрядженнях, куди їх направляв уряд на боротьбу із заразними хворобами. Так, у 1892 році після відрядження на боротьбу з холерою по Харківській губернії члени Товариства представили ґрунтовні звіти, статистичні дані на захворюваність [6; 7; 8]. Оpubлікована статистика епідемій, зібрана членами ХМТ, збереглася і по наш час.

Наукове життя Товариства не стояло на місці. Новітні винаходи і дослідження відразу ж втілювались у життя на служіння суспільству. Відкриття Пастерівського Інституту (1887 р.) спасло багато життів від сказу. А на бактеріологічній станції при ньому розпочали розробляти і створювати сироватки від хвороб, що раз за разом спалахували в Харківській та сусідніх губерніях. З 1889 р. по 1895 р. завідувачим Пастерівського Інституту був В.К. Високович, якому вдалося розвинути цю справу.

Згодом бактеріологічна станція стала більш відокремленою і називалась Бактеріологічним Інститутом. Створені ентузіазмом медиків-прогресистів інституції працювали на благо народу та нужденних прошарків населення. При Інституті відкрився притулок для покусаних, що давало змогу приїжджим одержувати лікування [9].

У 1910–1913 рр. Бактеріологічний Інститут звітував ХМТ за такими напрямками: виготовлення лікувальних сироваток та запобіжних і лікувальних вакцин; виробництво бактеріологічних досліджень з діагностичною метою, спеціальних досліджень підозрілих біологічних об'єктів на присутність холерних вібріонів, реакції Wassermann'a для діагностики сифілісу, Пастерівських запобіжних від водобоязні щеплень; підтримка бактеріологічної колекції; ветеринарне відділення; наукова та педагогічна діяльність [10; 11].

Протягом всього свого існування ХМТ широко розповсюджувало свої знання серед населення, влаштовуючи курси, популяризуючи медичні, санітарно-гігієнічні знання. Прогресивним досягненням науково-педагогічної діяльності ХМТ стало відкриття у Харкові Жіночого Медичного Інституту. Не перебільшуючи, можна сказати, що Товариство жило життям міста, обслуговуючи широкі прошарки населення, не чекаючи на користь від своєї діяльності, заробляючи від людей довіру [12, с. 83–85].

Черговим випробуванням для Харкова стала Перша світова війна. Місту, яке вже на той час стало великим медичним центром і було розташоване в тилу на крупній залізничній розв'язці, випала доля приймати, розподіляти, лікувати хворих і поранених, давати притулок тисячам біженцям. Читаючи хроніки подій 1914–1916 рр. на сторінках «Харківського медичного журналу»

(видавався ХМТ з 1906 р.), відчувається патріотичне піднесення, згуртованість і готовність прийти на допомогу [13, 14].

Організація допомоги пораненим йшла повсюдно. Міська Дума перелаштовувала лікарні на госпіталі. Головне управління сестер милосердя Червоного Хреста розпочало ряд заходів з організації госпіталів, лазаретів і лікарських загонів, необхідних у військовий час [14, с. 213]. Харкову довелося влаштувати замість згаданих 400 ліжок для поранених – 1 200 [15, с. 199].

У переліку найбільш крупних госпіталів та лазаретів, відкритих різними установами та організаціями і утримуваних на їх кошти, є такі:

- ХМТ – 100 ліжок (завідувач – проф. Б.Г. Пржевальський);
- Союз «Гірничопромисловців» – 200 ліжок (д-р медицини К.Ф. Вегнер);
- Лазарет службовців і робочих Південних залізничних доріг – 200 ліжок (завідувач – д-р А.Н. Гарн'є, консультант проф. Б.Г. Пржевальський);
- Педагогічний госпіталь, відкритий на кошти службовців-педагогів Харківського Осередку – 100 ліжок (завідувач терапевтичним відділенням – проф. П.І. Шатілов, хірургічним – проф. Н.П. Тринклер).

Окремо працює університетський шпиталь; гурток харківських громадян під головуванням О.В. Репрева організував 1-й районний лазарет нагорної частини Харкова (завідувач – проф. М.С. Воронін). Дамським комітетом по збору пожертвувань на лазарети та губернською опікою дитячого притулку відкритий лазарет на 200 ліжок (завідувач – приват-доцент М.М. Філіппов, консультанти – професори І.М. Оболенський, М.П. Тринклер, Я.О. Анфімов та приват-доцент О.П. Браунштейн). Організовано лазарет «Швидкої допомоги» та багато інших [14, с. 311].

На Харківському залізничному вокзалі відкрили розподільний пункт на 2 000 місць. Харків прийняв на лікування багато тисяч поранених. В багатьох лазаретах і розподільниках безкоштовно працювали і надавали поміч бійцям члени ХМТ. Ще більше поранених провозили транзитом через Харків. Вони по кілька днів не отримували медичної допомоги. Тому правління медичного Товариства влаштувало на вокзалі лікарський перев'язувальний пункт, де працювали лікарі-добровольці [16, с. 192].

За час роботи пункту (менше 2-х місяців) була надана допомога 1 716 пораненим [16, с. 10]. До пункту йшли пожертви – бинти, вата, білизна, ліки та цигарки. У звіті про діяльність лазарету ХМТ і Всеросійського Союзу міст за листопад 1914 року зазначено, що харків'яни вносили пожертви на устаткування та утримання ліжок в лазареті, надано списки цих громадян. Також для кращого постачання лазарету білизною, обладнання кухні, нагляду за чистотою в лазареті запрошено цілий ряд дам – дружин членів ХМТ та інших, які взяли на себе труд нести чергування і допомагати кормити поранених, читати їм, писати листи і слідкувати за порядком у лазареті. Дами розподілили між собою працю по збору пожертв на придбання святкових подарунків пораненим бійцям [17].

В «Медичній частині звіту про діяльність лазарету» його завідувач професор Б.Г. Пржевальський згадує і працю волонтерів, зазначивши, що чергували і дами-патронеси в межах своїх спеціальних задач у палатах та

їдальні. Завдяки їм для хворих влаштовувались концерти, співи хорів, і з великою вдячністю лікарі та поранені згадують про відпочинок в музичні години, в які вклдала свої сили невтомна патронеса А.М. Гершкович. Також не можна не згадати вдячність тих поранених, які, заліковуючи свої рани, проходили в той же час вперше у своєму житті курс грамоти, що викладався безперервно з дня відкриття лазарету А.П. Сімонович [18, с. 307].

Бактеріологічний Інститут ХМТ, в свою чергу, теж вносив свій внесок у справу спасіння людських життів під час війни. На публічному засіданні ХМТ 2 вересня 1914 р. директор цього інституту професор С.В. Коршун ставить питання про відкриття на інститутській дачі лазарету і безкоштовний відпуск сироваток та вакцин госпіталям м. Харкова. Всі службовці Бактеріологічного Інституту, господарський персонал, навіть конюхи вирішили відрахувати із свого заробітку деякі кошти на влаштування лазарету, тож збори одногосно дають згоду.

Далі професор С.В. Коршун від імені ради Бактеріологічного Інституту з огляду на посилення попиту на дизентерійну сироватку у зв'язку з війною просить дозволу на придбання Інститутом додатково 10 коней для виготовлення протидизентерійної сироватки та 4 коней для одержання протиправцевої сироватки. Раніше протиправцеву сироватку виписували з Парижу, але через воєнні дії робити це стало неможливо. Це прохання також було задоволено [16, с. 196].

Велике переміщення і скупченість людей під час воєнних конфліктів неминуче тягнуть за собою спалахи епідемій, а питання щеплення на той час серед широких мас ще не набуло бажаного розвитку. Дієвість запобіжних щеплень проти черевного тифу і холери доведена результатами щеплень, проведених в різних умовах, і була прийнята як обов'язковий профілактичний захід для всіх військових частин багатьох західних держав [19, с. 222]. Тому на нараді бактеріологів 1915 року було прийнято ряд постанов про широке проведення вакцинацій у військах і бажане постачання передових загонів протиправцевою сироваткою у профілактичних цілях. Необхідно було швидко організувати підготовку достатньої кількості вакцин. Тож з осені цього ж року Бактеріологічний Інститут ХМТ розпочав виготовляти у великій кількості запобіжні тифозні та холерні вакцини для потреб армії [20, с. 125].

Планомірна та організована добродійна діяльність ХМТ і в мирний час була тим двигуном, який сприяв росту культури, економічного благополуччя, оздоровлення жителів міста і не тільки. Тим більш важливішою стала його добродійна діяльність у роки страшного воєнного потрясіння та епідемій, коли вимагалось велике напруження сил всієї країни, щоб утриматись хоча б на попередній сходинці розвитку і не розгубити досягнутого.

З часу тих подій пролетіли сотні років. Велика справа медиків-гуманістів, розпочата 210 років тому медичним факультетом Харківського Імператорського університету, сформувала знамениту Харківську медичну школу. Її представники завжди являли собою взірець добровольчества і благодійництва, самовідданої праці і героїзму.

Ми з вдячністю згадуємо тих хранителів бібліотечних фондів, які через всі роки революцій, воєн зберегли для нашого покоління документи – книжкові пам'ятники, що дають нам змогу крок за кроком прослідкувати ланцюг подій минулих часів. Фонд рідкісних та цінних видань є перлиною та історичною пам'яткою Наукової бібліотеки ХНМУ.

Список джерел і літератури:

1. Медицинский факультет Харьковского университета за первые 100 лет его существования (1805–1905): I. История факультета. 2. Ист. очерки кафедр. 3. Биографический словарь профессоров и преподавателей / под ред. И. П. Скворцова и Д. И. Багалея. – Харьков: Изд. ун-та, 1905–1906. – 471, 314, XV с., 27 л. портр.
2. Харьковское Медицинское Общество 1861–1911 гг. : Очерки его пятидесятилетней деятельности / под ред. С.Н. Игумнова. – Харьков, 1913. – 539 с.
3. Отчет о деятельности Харьковского Медицинского Общества за 1901 год. – Харьков, 1902. – 140 с.
4. Лекции по азиатской холере, читанные для врачей и студентов при Харьковском Медицинском обществе в 1905 году. – Харьков, 1905. – 222 с.
5. Областной съезд Юга России по борьбе с эпидемиями. Харьков, 26 мая – 4 июня 1910 г. Отдел IV : Протоколы заседаний. – Харьков : Печатное Дело, 1910. – 156 с.
6. Отчет о деятельности Харьковского Медицинского Общества за 1892 год. – Харьков, 1893. – 97 с.
7. Ромашкевич А. Заразные болезни среди населения Харьковского уезда. Санитарно-гигиеническое исследование за 1892-96 г.г. Выпуск первый: Врачебные пункты / А. Ромашкевич. – Харьков : Печатное Дело, 1899. – 19 с., табл., схемы.
8. Ромашкевич А. Заразные болезни среди населения Харьковского уезда. Санитарно-гигиеническое исследование за 1892–96 гг. Выпуск второй: Фельдшерские пункты / А. Ромашкевич. – Харьков : Печатное Дело, 1899. – 15 с., табл., схемы.
9. Отчет о деятельности Харьковского Медицинского Общества за 1904 год. – Харьков, 1906. – 112 с.
10. Бактериологический Институт. Отчет за 1910 год / Харьковское Медицинское Общество. – Харьков, 1911. – 46 с.
11. Отчет о деятельности Бактериологического Института Харьковского Медицинского Общества за 1913 год. – Харьков, 1914. – 40 с.
12. Хроника и мелкие известия. Харьковское Медицинское Общество // Харьковский медицинский журнал. – 1910. – Т. 10, № 6. – С. 81–88.
13. Хроника. Война // Харьковский медицинский журнал. – 1914. – Т. 18, № 8. – С. 212–214.
14. Хроника и мелкие известия. Помощь раненым // Харьковский медицинский журнал. – 1914. – Т. 18, № 9. – С. 311–315.
15. Протокол № 17 публичного заседания Харьковского Медицинского общества 4-го октября 1914 года // Харьковский медицинский журнал. – 1915. – Т. 19, № 2. – С. 199–205.
16. Протокол № 16 публичного заседания Харьковского Медицинского общества 2-го сентября 1914 года // Харьковский медицинский журнал. – 1915. – Т. 19, № 2. – С. 192–196.
17. Протокол № 1 публичного заседания Харьковского Медицинского Общества. Приложение № 1: Отчет о деятельности Лазарета Харьковского Медицинского Общества и Всероссийского Союза Городов за ноябрь и декабрь 1914 года // Харьковский медицинский журнал. – 1915. – Т. 20, № 8. – С. 1–17.
18. Пржевальский Б.Г. Медицинская часть отчета о лазарете для раненых воинов Харьковского Медицинского Общества и Всероссийского Союза Городов № 4 /

- Б. Г. Пржевальский // Харьковский медицинский журнал. – 1916. – Т. 22, № 10. – С. 305–320.
19. Тарасевич Л. Новейшие данные по вопросу о предохранительных прививках против брюшного тифа и холеры / Л. Тарасевич // Общественный врач. – 1915. – № 5. – С. 217–225.
20. Тимофеев Т. Е. О штандартизации предохранительной тифозной вакцины в Бактериологическом Институте Харьковского Медицинского Общества / Т. Е. Тимофеев // Харьковский медицинский журнал. – 1916. – Т. 22, № 8. – С. 125–138.

В.М. РИХТЕР, В.Н. КАРАЗИН И ИХ «ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ»

Русанова Е.Г., Русанов К.В., краеведы, г. Харьков

Через год после изгнания армии Наполеона в Москве начала издаваться «История медицины в России» профессора В.М. Рихтера. На немецком языке (Geschichte der Medizin in Russland) три ее части вышли в 1813, 1815 и 1817 гг. На русском языке первая часть «Истории», охватившая время до появления Аптекарского Приказа, была издана в 1814 г.; выход остальных частей затянулся из-за трудностей финансирования перевода и печати до 1820 г. [1].

Хотя В.М. Рихтер довел изложение лишь до конца царствования Елисаветы Петровны (1761 г.), в его фундаментальном труде было более 1600 с. Для сравнения: «Краткое обозрение врачебной науки в России» В.Я. Джунковского, вышедшее в 1811 г., имело 144 с. [2], большую часть которых занимало описание недавних событий конца XVIII – начала XIX вв.

Вильгельм Михайлович Рихтер (1767–1822), сын лютеранского пастора, родился и умер в Москве. Он окончил медицинское отделение Московского университета в 1786 г., после чего повышал квалификацию в Германии, Франции, Англии и Голландии. В 1788 г. Рихтер защитил в Эрлангене диссертацию на степень доктора медицины (Experimenta et cogitata circa bilis naturam, inprimis ejus principium salinum). В 1790 г. он был назначен экстраординарным, а в 1795 г. – ординарным профессором Московского университета. Рихтер дважды избирался деканом, 28 лет занимал кафедру повивального искусства; в 1819 г. его избрали заслуженным профессором.

Историей медицины в России он занялся в 1810 г., став председателем Московского физико-медицинского общества. Оно не первый год «замахивалось» на эту тему, но лишь В.М. Рихтер перешел от слов к сбору архивных материалов. Весь 1811 г. и в начале 1812 г. он выступал с сообщениями на заседаниях Общества [3, с. 336–338].

Начав в 1813 г. работать над второй частью книги, В.М. Рихтер не нашел в архиве материалов Аптекарского Приказа, что поначалу отнес на счет бесчинств оккупантов. Но вскоре узнал, что документы были вывезены в Петербург В.Н. Каразиным в 1801 г. Ситуацию помог прояснить архивист и

филолог К.Ф. Калайдович (1792–1832), гостивший у Рихтера и Каразина (жившего тогда в Москве) и заносивший в дневнике впечатления [4]:

«22 февраля (1814 г. – Е.Р., К.Р.) обедал у Василия Назарьевича Каразина. В приятной с ним беседе <...> я всегда провожу очень хорошо время. Мы с ним согласны в словесности, а в его предметы я редко вступаюсь». <...>

«28 февраля. Был <...> у Вильгельма Михайловича Рихтера. Этот человек своею ласкою все из меня делает. Давши слово никогда не сообщать ему ничего касательно его медицинской в России истории <...>, я теперь обещал ему прислать все для ее поправки и дополнения. Г-н Рихтер дал мне первую половину I тома своей истории и просил сделать самые строгие замечания».

Речь здесь идет уже о русском переводе: В.М. Рихтер обратился за помощью к К.Ф. Калайдовичу, работавшему в Московском архиве Коллегии иностранных дел и уже известному исследованиями древнерусских рукописей.

«8 марта обедал у В.Н. Каразина. Говоря об ученой краже (по поводу Фаберова в №8 «Сына Отечества» объявления о книге «Дух Наполеона», собранной Николаем Васильевичем Гольтековым [5]), он упоминал, что некто в СПб. журнале шутил подобным образом с его «Историею медицины в России», поданною давно им в Коллегию, напечатав ее под своим именем. <...>

7 апреля доставил В.М. Рихтеру несколько замечаний на его «Историю медицины в России»; он остался ими очень доволен».

В.Н. Каразин, безусловно, имел в виду «Краткое обозрение» своего сослуживца по Медицинской коллегии В.Я. Джунковского [2], опубликованное в петербургском журнале. Но Джунковский сослался там на рукописную записку сослуживца (см. «В.Н. Каразин как историк медицины» в настоящем сборнике); Каразин же никогда не заявлял публично о претензиях к Джунковскому. Спустя годы судьба свела их в Харькове, куда Джунковский был назначен профессором (1818), а затем и ректором университета. Но о его встречах или переписке с Каразиным в этот период ничего не известно.

Инициированный Калайдовичем контакт авторов двух «Историй медицины в России» состоялся весной 1814 г. Хотя его следов почти не сохранилось [3, с. 340], очевидно, что приоритетного скандала не было и здесь. По словам Н.И. Тихого [6, с. 26], в 1829 г. Каразин «слишком хорошо отзывался о Рихтере, чего не позволил бы себе по отношению к литературному хищнику».

В.М.Рихтер в том же году просил вернуть материалы Аптекарского Приказа в Москву из Медицинского департамента, но ему прислали копии документов [3, с. 339–340], и он включил их во вторую часть своей «Истории».

«Записки» К.Ф. Калайдовича были опубликованы в 1861 г., но лишь через 30 лет на них обратил внимание Н.П.Бочаров (1832–1912). Этот краевед и археолог-любитель, известный книгой «Москва и москвичи» (1881), в 1860-е гг. пытался издавать «Московскую газету», но прогорел, а в 1892 г. опубликовал в столь же недолговечной «Московской иллюстрированной газете» статью [7].

«Находки» Бочарова поспешил перепечатать в Харькове некий аноним. Мол, до сих пор мы знали только, что В.Н. Каразин много занимался в московских и петербургских архивах, но не было известно о цели его занятий (очевидно, что «мы» не читали обзор В.Я. Джунковского 1811 г. – Е.Р., К.Р.). Но теперь найденные московским архивистом новые данные, наконец, раскрывают нам эту цель – сочинение истории о введении и успехах врачебного искусства в России. И далее буквально: «Каразин, несомненно, нашел в московских архивах богатый материал для своей работы, но его труд не появлялся в печати. Не послужил ли он основанием для «Истории медицины в России» Рихтера?»

Исходно сомнительная гипотеза о плагиате, подхваченная советскими историками, стала совсем скандальной: «Существуют серьезные основания предполагать, что это сочинение Каразина каким-то образом похитил немец Рихтер, составляя свою «Историю медицины в России» [8, с. 92–93].

Но фактическими основаниями для проф. А.Г. Слюсарского были германофобия и борьба за русский приоритет, актуальные в конце 40-х – начале 50-х гг. XX в. Отдал дань им и искусствовед В.П. Зубов (1900–1963), не пожалевший темных красок для книги Рихтера и ее автора [3]. Мол, там есть кое-какой ценный фактический материал (который собрали немцу молодые русские помощники), но все прочее у Рихтера «не выдерживает критики».

«Русский Леонардо» Зубов договорился даже до утверждения [3, с. 341], будто ««История медицины» Рихтера сыграла особенно отрицательную роль потому, что была написана на немецком языке и оказалась доступной западноевропейским ученым, которые основывались в своих отрицательных суждениях именно на его «Истории», приходя к выводу, что история русской медицины начинается в XIX в., а до этого она сводится к приключениям английских, немецких, французских и датских практиков в России».

Но и современники, и потомки еще долго высоко оценивали труд русского немца, признавая: большая заслуга Рихтера состоит в том, что он написал первую и до сих пор единственную «Историю медицины в России» – результат терпеливого и добросовестного изучения первоисточников. В ней проявились и его любовь к России, и справедливое отношение к историческим событиям и лицам. Книга Рихтера была повсюду принята с уважением и признательностью как явление в культурной жизни России и в истории страны – не только медицинской.

В.Н. Каразин, конечно, знал, что В.М. Рихтер не похищал его сочинения. Знал он и подлинную цену обеим «Историям» – рихтеровской [9] и своей, без остатка растворившейся в докладе министра В.П. Кочубея (см. «В.Н. Каразин как историк медицины» в настоящем сборнике), «Обозрении» В.Я. Джунковского и др. публикациях. И лишь молча сожалел (и я бы мог!), что когда-то оставил плодотворную тему ради миражей власти и славы.

Но говорить и сегодня [10, с. 37], что труд Каразина «не получил никакого употребления» – неверно. Его «История медицины» стала той почвой, на которой наша наука взрастала уже без личного участия харьковского ученого.

Список источников и литературы:

1. История медицины в России, сочиненная Вильгельмом Рихтером, Двора Его Императорского Величества лейб-медиком, действительным статским советником и кавалером <...>. – М. : Унив. тип.– Ч.1.– 1814.– 440 с.; Ч.2. – 1820. – 513 с.; Ч.3. – 1820 г. – 656 с.
2. Джунковский В. Я. Краткое обозрение врачебной науки в России с древних до нынешних времен / В. Я. Джунковский // Всеобщий журнал врачебной науки. – 1811. – №1. – С.1–31; №2. – С.1–44; №3. – С.1–69.
3. Зубов В. П. О некоторых работах по истории естествознания, появившихся в России на рубеже XVIII – XIX вв. / В. П. Зубов // Труды Института истории естествознания и техники.– Т.4. История биологических наук. – М.: АН СССР, 1955.– С. 315–342.
4. Записки важные и мелочные К. Ф. Калайдовича // Летописи русской литературы и древности, издаваемые Николаем Тихонравовым.– 1861. – Т. III. – С. 81–116.
5. Никита Васильевич Гольтеков (Голтыяков, 1792–1830), учившийся вместе с Калайдовичем в Московском университете, известен как поэт, переводчик и автор скандальных исторических сочинений. В конце 1813 г. – начале 1814 г. вышли сразу две книги Голтыякова «Характер Наполеонов, или Дух и свойства Наполеона Бонапарте и всех его сродственников и сообщников и проч. Сочинение, взятое из секретных французских записок» (в Москве) и ««Дух Наполеона Бонапарте или Жизнь и ужасные деяния его, начиная со дня рождения до 1814 года» (в Петербурге). В 1813 г. там же вышла книга Г.-Т.Фабера «Бич Франции, или Коварная и вероломная система правления нынешнего правителя французов, описанная очевидным наблюдателем» (автор был свидетелем штурма Бастилии и одно время обедал за одним столом с поручиком Бонапартом). Полагали, что Голтыяков многое позаимствовал из антинаполеоновского памфлета популярного европейского публициста.
6. Тихий Н. И. В.Н. Каразин. Его жизнь и общественная деятельность / Н. И. Тихий. – Киев: Императорский университет св. Владимира, 1905. – 301 с.
7. Бочаров Н. П. Памяти В.Н. Каразина. Новые данные к его биографии / Н. П. Бочаров // Московская иллюстрированная газета. – 1892. – № 307 (цит. по «Южному краю» № 4070 от 8.11.1892 г.).
8. Слюсарский А. Г. В.Н. Каразин, его научная и общественная деятельность / А. Г. Слюсарский. – Харьков : Изд. ХГУ им. А. М. Горького, 1955. – 157 с.
9. В.Н. Каразин наверняка заметил, что на с.520 Ч.3 книги В.М. Рихтера среди лекарей-иммигрантов 1743 г. назван грек Мануил Каразена из Константинополя.
10. Грачева Ю. Е. «Позвольте мне быть полезным!»: В.Н.Каразин на государственной службе и в общественной жизни России в I трети XIX в. / Ю. Е. Грачева. – М. : Православный Свято-Тихоновский гуманитарный университет, 2011. – 183 с.

В.Н. КАРАЗИН КАК ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ

Русанов К.В., Русанова Е.Г., краеведы, г. Харьков

Василий Назарович Каразин (1773–1842) был человеком талантливым и разносторонним. Не окончив и среднего учебного заведения, он стал правителем дел Министерства народного просвещения, основал Харьковский университет. В.Н. Каразин опубликовал около 200 работ по многим областям науки и техники. Первым его исследованием стала работа по истории

медицины в столичной Медицинской коллегии (МК). Однако судьба этой работы была и остается предметом споров и живучих легенд.

По Е.А. Узбек [1, с. 26–27], В.Н. Каразин, собрав в ходе научной и архивной работы много материалов, в 1800 г. составил фундаментальную «Историю медицины в России», за что был награжден чином коллежского асессора.

По А.Г. Слюсарскому [2, с. 92–93], этот обстоятельный обзор был написан Каразиным, делопроизводителем в Департаменте финансов (куда входила МК), в 1799–1801 гг. по материалам архивов Петербурга и Москвы и передан президенту МК для печатания. Но текст «Истории» не сохранился.

Действительно, высокие оценки труда В.Н.Каразина, не найденного ни в печатном, ни в рукописном виде, даны «по косвенным данным», а мнения о сроках его написания и содержании серьезно различаются. Одни считают [3, с. 319–320], как и Е.А.Узбек, что работа была начата в марте и завершена к концу 1800 г. Другие, как и А.Г.Слюсарский, говорят о трех годах работы над обзором [4, с. 26]. А третьи полагают [5, с. 34], что написать такой обзор за 10 месяцев невозможно: в 1800 г. Каразин собрал в Москве лишь часть материалов по истории управления медициной в России и продолжил поиск в 1801 г.

Обратимся к историческому контексту. Осенью 1798 г. Павел I помиловал В.Н. Каразина, схваченного при незаконном переходе границы, и определил его на службу, позволив выбрать себе начальника – действительного тайного советника и сенатора барона А.И. Васильева. Алексей Иванович Васильев (1742–1807) более 30 лет прослужил в Сенате и по финансовому ведомству. В момент встречи с Каразиным главный директор МК (с 1793 г.) и государственный казначей (с 1797 г.) завершал подготовку всеподданнейшего доклада о реформе управления медициной в России.

МК была высшим органом этого управления, контролировавшим медицинскую помощь населению и работу аптек, руководившим подготовкой, учетом и распределением кадров, рассматривавшим научные труды по медицине и переводившим их с иностранных языков на русский.

В феврале 1799 г. доклад А.И. Васильева был Высочайше утвержден [6]; документ положил начало Медико-хирургической академии и др. полезным новациям. На фоне солидного финансового обоснования в докладе выделялась слабость исторической ретроспективы, начинавшейся к тому же с XVIII в.

Реформу планировалось продолжить, и В.Н. Каразин включился в этот процесс. В 1799 г. он состоял канцеляристом Экспедиции о государственных доходах, а в феврале 1800 г. стал младшим переводчиком МК и был отправлен (с письмами влиятельных лиц) в Москву «для приискания в архивах Коллегии иностранных дел и Медицинской конторы, какие есть тамо сведения, касающиеся медицины, кои бы послужить могли к сочинению истории медицины в России, и выяснить, как сия часть у нас началась и возрастала и какие <...> были на то разные учреждения и заведения» [3, с. 319–320; 5, с. 34].

Пишут [4, с. 25; 7, с. 6], что В.Н.Каразин сам пожелал заняться такой работой, а начальство сочло его «способным к одной должности», поскольку он, посещая (частным образом) Горный корпус, будто бы «с математикою, химиею, физикою, ботаникою, *медициною* ознакомился так, что мог бы занять кафедру каждой из сих наук в любом заграничном университете» [8, с. 99–100].

Но в ноябре 1800 г. А.И.Васильев, отказав в деньгах царскому фавориту, был отстранен от руководства. Поэтому остановился и московский поиск; не ясно и то, кому переводчик МК передал по возвращении плоды своего труда. В ожидании новых перемен Каразин был «расположен в свободное от должности время писать сию историю, имея на то достаточные материалы...» [3, с. 319].

И вскоре перемены наступили. После убийства Павла I 12.03.1801 г. А.И.Васильев был немедленно восстановлен Александром I на прежних постах с титулом графа, а в 1802 г. назначен министром финансов. В.Н.Каразина новый император в апреле 1801 г. произвел сразу в коллежские советники, и поиск в Москве возобновился. Позже Каразин сообщал [3, с. 339], что «им в 1801 г. по приказанию графа Васильева самонужнейшие по части медицинской рукописи бывшего Аптекарского приказа <...> из архива Медицинской конторы выбраны и 25 мая того же года отправлены в двух ящиках в С.-Петербург с канцеляристом Долговым, в бывшую МК, а по уничтожении ее в целости хранятся в Медицинском департаменте Министерства полиции».

Интересно, что когда эти документы Аптекарского приказа «в 14 картонах» публиковались Медицинским департаментом (1881–1884), то понадобились «тщательная разборка и приведение их в хронологический и систематический порядок» [9, с. III]; имя В.Н. Каразина при этом не вспомнили.

Но в 1801 г. продолжение поиска в архивах лично курировал Александр I [10]: «Находясь по случаю коронации в Москве, Государь удостоил Московского генерал-губернатора графа И.П. Салтыкова собственноручным письмом, полученным 18.10.1801 г.: «Вручитель сего, коллежский советник Каразин, оставлен мною в Москве <...> для приискания в здешних архивах исторических сведений. Он мне лично известен с хорошей стороны, почему и приятно мне поручить его в ваше особенное благораспоряжение».

Реформа медицинского управления продолжалась. В 1803 г. был утвержден документ «О новом образовании Медицинского управления» [11, с.1103–1114]. Большую часть его (с.1104–1109) составлял исторический обзор «О начале и переменах медицинского управления, о настоящем положении и неудобствах оногo», охватывающий и времена Аптекарского приказа.

Высочайший доклад представил граф В.П.Кочубей (1768–1834, уроженец Диканьки), с 1802 г. министр внутренних дел Российской империи); готовили документ, безусловно, в МК. Но вряд ли в этом участвовал В.Н. Каразин, вовлекшийся в куда более масштабные и резонансные проекты: личному другу императора, спешившему ковать железо, пока не остыло, стало

не до истории. Скорее всего, его вклад ограничился сбором исходных материалов и подготовкой их перечня – возможно, с выписками.

После Каразина его материалами воспользовался старший переводчик МК В.Я. Джунковский (1767–1826), уроженец Лебедина [5]. Будущий ректор Харьковского университета (с 1821 г.) опубликовал в 1811 г. обзор по истории медицины в России, где указал [12, с. 30]: «Сии <...> сведения заимствованы из рукописной исторической записки, поданной в 1800 году в МК от бывшего при оной переводчика Василья Назарьевича Каразина, который был послан в Москву для отыскания в древних ея архивах сведений по врачебной части».

Сам В.Н. Каразин вспомнил о той рукописной записке, «поданной давно в Коллегию», лишь в 1814 г. [13, с. 105]. Ни до, ни после он не заявлял о своем приоритете, который в других случаях отстаивал упорно и горячо. Острая дискуссия о том, какое употребление нашел труд Каразина, был ли кем-то «похищен», разгорелась к концу XIX в. Но о ней надо говорить отдельно.

Реальным же вкладом В.Н. Каразина в историю медицины остается публикация «подлинной бумаги, найденной между делами Аптекарского приказа, которые сохранились в архиве Медицинской конторы в Москве» [14]. В ней изложен указ царя Федора Алексеевича от 27 января 1682 г. о постройке в Москве двух «шпитален» по примеру «европейских городов».

Но уже в апреле тот царь умер. Началась борьба за престол, и проект остался на бумаге, хотя, кроме фантастических, содержал и рациональные идеи. Так, предлагалось, чтобы молодые врачи совершенствовались «изошрение в своей науке и искусство в лечеб» на бедных пациентах шпитален, используя «лекарства не дорогие, однакож которые чинят пользу». На этом контингенте собирались проверять умения лекарей, поступающих на государеву службу.

Более важно, однако, другое. Описание (более краткое) этого указа Федора Алексеевича уже было опубликовано за 20 с лишним лет до Каразина – в фундаментальном трехтомнике проф. В.М.Рихтера [15, с.283–289].

Список источников и литературы:

1. Узбек Е. А. Василий Каразин из рода Караджи / Е. А. Узбек. – Харьков : Майдан, 2002. – 132 с.
2. Слюсарский А. Г. В.Н. Каразин, его научная и общественная деятельность / А. Г. Слюсарский. – Харьков : ХГУ им. А. М. Горького, 1955. – 157 с.
3. Зубов В. П. О некоторых работах по истории естествознания, появившихся в России на рубеже XVIII – XIX вв. / В. П. Зубов // Труды Института истории естествознания и техники. – Т.4. История биологических наук. – М. : АН СССР, 1955. – С. 315–342.
4. Тихий Н. И. В.Н. Каразин. Его жизнь и общественная деятельность / Н. И. Тихий. – Киев : Императорский университет св. Владимира, 1905. – 301 с.
5. Березюк Н. М. Неизвестный В.Я. Джунковский: ректор Харьковского университета в 1821–1826 гг. / Н. М. Березюк. – Харьков, 2008. – 312 с.
6. Об устройстве Медицинской коллегии с ее частями. Высочайше утвержденный 12.02.1799 г. доклад Главного директора Медицинской коллегии барона Васильева // Полное собрание законов Российской империи. – Собрание первое. – Т. XXV. – 1799. – № 18554. – С. 555–562.

7. Абрамов Я. В. В.Н. Каразин: его жизнь и общественная деятельность / Я. В. Абрамович. – СПб., 1891. – 96 с.
8. Василий Назарьевич Каразин (1773-1842) // Сочинения Г. П. Данилевского. – Т.21.– СПб.: А.Ф. Маркс, 1901. – С. 95–146.
9. Материалы для истории медицины в России.– СПб.: Тип. М. М. Стасюлевича, 1881. – 150 с.
10. Бочаров Н. П. Памяти В.Н. Каразина. Новые данные к его биографии / Н. П. Бочаров // Московская иллюстрированная газета. – 1892. – № 307 (цит. по «Южному краю» № 4070 от 8.11.1892 г.)
11. О присоединении дел Медицинской коллегии к ведомству Департамента внутренних дел под именем Экспедиции Государственной медицинской управы; об установлении при Департаменте сем Медицинского совета <...> // Полное собрание законов Российской империи. – Собрание первое. – Т. XXVII.– 1803.– № 21105. – С. 1102–1114.
12. Краткое обозрение врачебной науки в России с древних до нынешних времен. Собрано из разных исторических записок по препоручению Конференции Императорской медико-хирургической Академии <...> В. Джунковским // Всеобщий журнал врачебной науки. – 1811. – №1. – С.1–31.
13. Записки важные и мелочные К. Ф. Калайдовича <...> // Летописи русской литературы и древности, издаваемые Николаем Тихонравовым. – 1861. – Т. III. – С. 81–116.
14. Подлинная бумага, почерка последней половины XVII в. (сообщено В.Н. Каразиным) // Молодик на 1844 год. Украинский литературный сборник, издаваемый И. Бецким. Отдел «Науки и материалы».– Харьков: Унив. тип., 1843.– С. 131–141.
15. Рихтер В. М. История медицины в России / В. М. Рихтер. – Ч.2. – М. : Унив. тип., 1820. – 352 с.

КОРОТКИЙ НАРИС ІСТОРІЇ СЛУЖБИ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ У ХАРКОВІ

Чернуха О.В., к.і.н., старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету

Службу швидкої медичної допомоги в Харкові було створено в 1910 році як Товариство швидкої допомоги. Натхненником та організатором її заснування був завідувач кафедри загальної патології й клініки факультетської терапії Харківського університету, Дійсний Статський Радник Іван Миколайович Оболенський [1, с. 3]. Основна мета «швидкої» – надавати безкоштовну медичну допомогу в нещасних випадках, що відбуваються на вулицях міста, в громадських місцях і на виробництві.

Кошти на діяльність товариства надходили від вступних і членських внесків та пожертвувань почесних членів.

Після Жовтневої революції «Общество скорой медицинской помощи в гор. Харькове» було націоналізовано, а станція швидкої допомоги перейшла у відання Наркомату Охорони Здоров'я [там само, с. 3]. За даними одного з джерел, посада старшого лікаря була перейменована на головного, ним став М.О. Молохов [2, с. 109; 3, с.23]. Однак в архівних матеріалах за 1920 рік

маємо чіткий запис: «Молохов Н.А. – старший врач, заведующий станцией» [4, арк. 15, 17]. Тому схилиюся до того, що за штатним розкладом назва посади не змінилася. Саме завдяки його зусиллям станція швидкої допомоги зберегла свій будинок та основну частину майна в часи громадянської війни. А найголовнішим, мабуть, було те, що зберігся колектив станції [там само, арк. 15 об.]. На початку 20-х років до роботи стало 20 осіб персоналу станції (з них 1 завідувач, 1 канцелярський працівник, 8 санітарів, 2 кучери та 1 кухарка), в розпорядженні вони мали лише 2 карети [5, арк. 28]. В тяжкі часи розрухи працівники станції по п'ять місяців не отримували зарплатні, але не полишали своєї роботи [4, арк. 17]. У 1925 році станції було передано перший автомобіль італійської марки «Лянча» [3, с. 27]. Сидіння в авто були самотужки зняті, установлені кріплення для нош і одне сидіння для лікаря. Таким чином, транспорт станції складався із двох кінних карет і одного автомобіля, який працював в години пік – з 12.00 до 20.00 шість днів на тиждень, оскільки у штаті був всього один шофер .

Надзвичайно важливим було донести до харків'ян правила виклику карети швидкої, щоб така цінна послуга була насамперед надана тим особам, життя яких могло обірватися щосекунди. Правила виклику були вміщені на сторінках місцевої преси і багато років залишалися незмінними:

- «швидка допомога» викликала тоді, коли в наявності був нещасний випадок або раптове тяжке захворювання;
- «швидка допомога» працювала цілодобово і надавала медичну допомогу всім, кому вона була потрібна без винятків (раніше карета не виїжджала до п'яних, заразливих хворих, психічних хворих та на приватні квартири);
- лікар лише надавав першу медичну допомогу, але надалі хворий мав звернутися до своєї лікарні;
- той, хто викликав «швидку», повинен був назвати своє прізвище, а по прибутті карети (пізніше автомобіля) мав зустріти лікарів біля під'їзду, щоб лікарі не гаяли часу, розшукуючи потерпілого;
- особи, які викликали «швидку» не за потребою, або надавали неправдиві свідчення про стан хворого, підлягали адміністративній відповідальності і сплачували штраф у розмірі 25 карб., або заарештовувалися на термін до 7 днів [6, с. 24].

Робота швидкої допомоги завжди проходила в напруженому ритмі, однак через нестачу транспорту «швидка» могла задовольняти лише 50% запитів на свої послуги [7, арк. 76]. Щороку збільшувалася кількість викликів до хворих. Так, наприклад, у 1925/1926 роках здійснено 3016 виїздів, у 1926/1927 – 3884, у 1927/1928 – 7848, а у 1928/1929 – 15593 виїзди [6, с. 7]. У 1928–1929 рр відмови на виїзд вже склали 70 % [8, с. 23]. Слід відмітити, що значну кількість становили виїзди без потреби [9, с. 19]. Наприклад, у 1929 році було зроблено 623 виїзди без потреби. Це значним чином знижувало рівень меддопомоги мешканцям міста. До того ж в окрздоровінспектуру постійно надходили дані, що «швидка» привозить до лікарень тих осіб, що не потребують госпіталізації, або тих, яким допомога могла бути надана на місці. Для того, щоб визначити потребує людина госпіталізації чи ні , її треба

детально оглянути в стаціонарі, який у «швидкої» був, але не працював. Як і раніше, не виїжджала карета швидкої до інфекційних хворих, адже після перевезення таких осіб треба було відправляти машину на дезінфекцію, тобто деякий термін вона не зможе виїжджати на виклики [10, арк. 9].

Оскільки у 1928 році було ліквідовано нічні чергування при 2-й, 6-й, 7-й та 9-й поліклініках, то попит на швидку допомогу дещо зріс [11, арк. 45]. Для того, щоб зробити можливим обслуговування більшої кількості викликів кінні карети було замінено автомобілями. Таким чином станція швидкої допомоги мала 3 санітарні машини марки «АМО», один «Кадилак» та 2 легкові машини. З цього парку тільки «АМО» були новими (працювали з 1927 року), інші ж автівки були зношеними, часто стояли на ремонті. З більш ширшим застосуванням автомобілів коефіцієнт обслуговування станцією швидкої допомоги склав 88,75% [там само, арк. 45].

Вже у 1930 році швидку допомогу цілком перевели на автотягу, було придбано нову машину. Кількість авто в тому році підвищили ще на 4 одиниці [11, арк. 9]. Однак і тепер машини швидкої не мали змоги обслуговувати населення відділених районів міста, тому міськрада все частіше наголошувала на необхідності створення в допомогу центральній станції швидкої допомоги ще й районної. Всі ліжка першої радлікарні були відведені саме для «швидкої».

Під час окупації станцію було розграбовано (8 машин, медичне майно). Але співробітники змайстрували велоносильну установку, завдяки якій впродовж 1942–43 років було здійснено 1433 виїзди, амбулаторно обслуговано 1385 хворих. Після звільнення міста під санітарну було пристосовано військову машину. В 1945 році таких машин було вже дві, а ще через рік – три. Того ж року станція отримала автомайстерню.

Початок 70-х років ознаменував ще один етап у розвитку «швидкої» – появу кардіологічних бригад. На початку 60-х років розпочалось масове будівництво спеціалізованих приміщень для підстанцій швидкої допомоги у всіх районах міста.

Виклики у Харкові і Харківській області сьогодні обслуговують 244 автомобілі екстреної медичної допомоги. У Харкові час, за який бригада «швидкої» доїжджає до хворого, становить у середньому 7 хв 35 с, причому 98,3 % викликів виконуються ще швидше. В області цей показник дещо вищий: 18 хв 53 с, і для 1,7 % викликів — більше 20 хв [12]. Звичайно, можуть бути звернення громадян до телефонної «гарячої лінії», адже дуже великі зміни відбуваються в медицині у межах області, а тому не може скрізь все бути добре. Але ті реформи, які розпочалися в галузі охорони здоров'я нашої області та в Україні в цілому, спрямовані на цивілізований європейський підхід, впровадження сучасної європейської моделі екстреної допомоги, і всі вони проводяться на користь харків'ян.

Список джерел та літератури:

1. «Скорая помощь»: 85 лет без перерыва // Город. – 1995. – 22 апреля. – С. 3.
2. Лісовий В. М. Історія охорони здоров'я в Харкові: Навч. посібник. / В. М. Лісовий, І. Ю. Робак. – Харків : ХНМУ, 2008. – 178 с.
3. Вехи развития и становления Харьковской скорой помощи / под ред. А. Е. Зайцева. – Харьков, 2000. – 56 с.
4. Державний архів Харківської області, м. Харків. Ф. Р-821 – Отдел здравоохранения Харьковского Губернского Исполнительного Комитета Советов Рабочих, Крестьянских и Красноармейских депутатов, гор. Харьков, оп. 1 (1919 – 1925 гг.), спр. 135. Списки сотрудников лечебных учреждений и ведомости на зарплату. (1920 г.). – 237 арк.
5. Державний архів Харківської області, м. Харків. Ф. Р-203 – Харьковский губернский исполнительный комитет советов рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов, гор. Харьков, оп. 1. (1917-1925 гг.), спр. 584. Переписка отдела здравоохранения с центральными и местными учреждениями и организациями. (2 окт – 5 дек 1922). – 44 арк.
6. Медичні установи, організації та підприємства Харкова. Довідник. – Харків, 1930. – 167 с.
7. Державний архів Харківської області, м. Харків. Ф. Р-203 – Харьковский губернский исполнительный комитет советов рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов, гор. Харьков, оп. 1. (1917–1925 гг.), спр. 307. Отчеты о деятельности Харьковского губернского отдела здравоохранения. (26 фев. – 1 авг. 1921 г.). – 175 арк.
8. Постановление Коллегии Харьковской Окр. РКИ по материалам обследования системы обслуживания лечебной помощью населения и по вопросам рационализации лечебного дела. // Хроника здравоохранения. – 1928. – № 5. – С. 21-25.
9. Резолюція по докладу д-ра Молохова о работе Станции Скорой Помощи // Хроника здравоохранения. – 1928. – № 18–19. – С. 19
10. Державний архів Харківської області, м. Харків. Ф. Р-855 – Инспектура охраны здоровья Харьковского окружного исполнительного комитета Советов Рабочих, Крестьянских и Красноармейских депутатов, г. Харьков, 1920–1931 гг., оп.1, спр. 53. Протоколы № 43–62 заседаний Коллегии окружной инспектуры здравоохранения. (6 июля – 7 сентября 1928 г.). – 34 арк.
11. Державний архів Харківської області, м. Харків. Ф. Р-855 – Инспектура охраны здоровья Харьковского окружного исполнительного комитета Советов Рабочих, Крестьянских и Красноармейских депутатов, г. Харьков, 1920 – 1931 гг., оп. 1, спр. 105. План работы на 1930 год и отчет о работе секции здравоохранения горсовета за 1928 – 1929 гг. (1 октября 1930 г.). – 57 арк.
12. Федак Б. С. Швидка допомога Харківщини: кроки історії та сьогодення [Електронний ресурс] / Б. С. Федак, В. Ф. Забашта – Режим доступу до ресурсу: <http://emergency.in.ua/history/323-st-4-18>.

СЕКЦІЯ 3.

ЕКОНОМІКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

РОЗВИТОК ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ НА ХАРКІВЩИНІ

Агапова В.Ю., викладач Медичного коледжу Харківського національного медичного університету;

Лебединець Т.М., кандидат педагогічних наук, директор Медичного коледжу Харківського національного медичного університету

Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини, в Україні «щороку помирають понад 700 тисяч осіб, з них — близько 80 тисяч через онкологічні захворювання. Потреба в паліативній допомозі складає майже 600 тисяч хворих та близько 1,2 мільйони їхніх рідних» [1].

Саме тому актуальними є створення та розвиток системи надання спеціалізованої паліативної та хоспісної допомоги населенню, а також питання, пов'язані з підготовкою медичних і соціальних працівників, психологів, священнослужителів, волонтерів по догляду за тяжко та невиліковно хворими.

Задача нашого дослідження полягала у вивченні рівня розвитку паліативної допомоги на Харківщині.

Згідно з даними вісника паліативної медицини «розвиток мережі закладів паліативної допомоги в Україні відстає від потреби. За даними ВГО «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги» та МОЗ наразі в Україні функціонують 7 хоспісів та 50 відділень, які можуть бути ідентифіковані як хоспіси, та відділення паліативної допомоги, в яких розгорнуто 1054 ліжок паліативної допомоги, за мінімальної потреби у 4,5 тис. ліжок. Матеріально-технічна база цих закладів не відповідає міжнародним стандартам, а умови перебування хворих у більшості з них — незадовільні. Не створена система надання паліативної допомоги вдома, практично тільки почалось створення мобільних бригад паліативної допомоги» [1].

Для вирішення задачі нашого дослідження нами проаналізовано дані інтернет – видань та літературних джерел.

На території Харкова діє два центри з надання паліативно-хоспісної допомоги – обласний центр «Хоспіс» і відділення паліативної медицини «Хоспіс» на базі Харківської міської клінічної багатопрофільної лікарні № 17.

Обласний центр паліативної медицини «Хоспіс» у Харкові створений у 1999 році В.О. Екзарховим. Це державна установа, яка оснащена необхідним обладнанням та предметами догляду за хворими. До складу хоспісу входять: амбулаторно-патронажна служба, соціально-амбулаторна служба, стаціонарна служба, що складається з онкологічного відділення на 30 ліжок з палатами інтенсивної терапії на 6 ліжок і неврологічного відділення на 50 ліжок. Для задоволення духовних потреб хворих створена релігійна громада Святителя і

сповідника Луки при Харківській Єпархії Української Православної Церкви МП. Також протягом 3,5 років працює виїзна служба «Хоспіс на дому», яка надає амбулаторну допомогу хоспісним хворим.

28 жовтня 2010р. на базі Харківської міської клінічної багатoproфільної лікарні № 17 було відкрито перше відділення «Хоспіс» на 50 ліжок для онкологічних хворих в останній стадії захворювання. 4 жовтня 2012 було відкрито друге відділення, розраховане на 30 ліжок.

Діє благодійний та волонтерський проект – «Рука допомоги»: виїзна бригада надає безкоштовну медичну та психологічну допомогу хворим, а також їх родичам.

Створено громадську молодіжну службу хоспісної та паліативної допомоги «ЕРА МИЛОСЕРДЯ». У рамках цього проекту пройшли теоретичну та практичну підготовку 120 майбутніх волонтерів: студенти Харківського національного медичного університету, КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія», Харківської державної академії культури, Національного технічного університету «Харківський Політехнічний Інститут» та представники молодіжного відділення Харківської Єпархії.

12 листопада 2013 року відкрито навчально-методичний тренінговий центр на базі Харківського обласного центру паліативної медицини «Хоспіс» та Харківського базового медичного коледжу №1. Мета створення центру – навчання та підвищення кваліфікації медиків, а також соціальних працівників, волонтерів, родичів пацієнтів. Крім того, «у Харківській області на 1 січня 2014 року чисельність населення Харкова складає 1 млн. 451,1 тис. Чоловік»[2]. Згідно з рекомендаціями ВООЗ на 250-300 тис. осіб потрібно 25-30 хоспісних ліжок [1]. Харків має близько 160 ліжок паліативної допомоги, що відповідає міжнародним вимогам.

Таким чином, Харків має позитивний досвід у галузі надання паліативної і хоспісної допомоги. Однак, існує реальний дефіцит кадрів, які володіють науково обґрунтованими медичними знаннями у цій галузі. Для розвитку сфери паліативної допомоги в Україні необхідна систематизація навчання медичних працівників на підставі міжнародних стандартів.

Список джерел і літератури:

1. Вісник паліативної медицини [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.hospicefund.ru/manual/istoriya-sozdaniya-hospisov/>
2. Чисельність населення Харкова [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.city.kharkov.ua/ru/news/chiselnist-naselennya-kharkova-zalishaetsya-na-kolishnomu-rivni-23224.html>
3. Харьковский областной центр паллиативной медицины «Хоспис»: фонд «Хелпус» [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://helpus.org.ua/show_article.php?a_id=520465
4. Хоспис. Харьковская городская клиническая многопрофильная больница №17 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.hospital17.org/hospice/>

FINANCING HEALTH CARE IN UKRAINE

Gaponova E.O., department of social sciences Kharkiv National Medical University

The number and structure of hospitals in Ukraine requires optimization, and restructuring of beds and hospitals. Financial investments from budgetary funds are directed on them, but they are ineffective and unproductive for patients and society. Context of a single hospital network suggests that all medical institutions should provide access for the patients to their medical services and perform general rules, that are specified in contract with procurement services agency. Proposed to form a three-level hospitals, which will be included in a single network: local hospitals, regional hospitals and national reference centers. Specialized medical institutions should be reorganized in multipurpose medical centers for providing a wide range of services. Considering the current situation military hospitals can remain intact. Also, an important step is the redistribution of existing resources and improving system productiveness. Radical measures for retrenchment costs are inevitable in the short term as part of government reforms, but they can be accepted only after determining the effectiveness of government expenditure, taking into account existing economic potential and budgetary resources. Reform of health care financing therefore focus primarily on increasing of costs effectiveness, in particular, through purchasing sector reformation. Additional funding sources and new organizational models, that integrate funding (such as public or private insurance system) must be considered in establishing order, but only after the reform process will be established. Current situation in Ukraine with a large informal sector payments recommended in the short term, that the bulk of government funding received from general taxes to reduce informal expenditures. Targeted taxes on alcohol / tobacco should serve as an additional source of funds that allocated, primarily to reimbursement of medicines and primary medical care – those segments of the medical sector, where most needed public investments.

КОНЦЕПТУАЛЬНІ НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ РАКУ ЛЕГЕНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ

*Зінчук А.М., асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету;
Куцин М.В., студент Харківського національного медичного університету;
Зінчук О.Г., викладач Харківського базового медичного коледжу №1*

Рак легень посідає чільне місце серед онкологічних захворювань. Щорічно новоутворення в легенях діагностуються приблизно у 1,2 мільйона чоловік, причому більше 1 мільйона мешканців планети гинуть від раку.

У структурі онкологічної захворюваності рак легень має 12,8%. Показники 5-річної виживаності при цьому захворюванні виглядають вельми гнітючими: навіть у країнах з найвищим стандартом охорони здоров'я вони складають всього 15%, а в країнах із середнім рівнем розвитку медицини ця цифра ледве сягає 5-7%. У різних географічних регіонах серед чоловіків щорічно реєструється від 5,3 до 99,7 нових випадків раку легень на 100000 осіб, захворюваність жінок в 6-10 разів нижча, а рівень захворюваності серед городян на 15% вищий, ніж серед сільського населення [1; 2].

На підставі проведених нами досліджень, та ґрунтуючись на показниках смертності від онкологічної патології (в Україні смертність від раку легень складає 56,1%) встановлено, що провідними факторами ризику при виникненні цього захворювання є тютюнопаління, хронічні обструктивні хвороби легеневої системи, фактори промислової шкідливості, іонізуюче випромінювання та ін.

За останні п'ять років питома вага основних нозологічних форм злоякісних новоутворень у структурі смертності практично не змінилася. Це деякою мірою свідчить про те, що відсутні ефективні профілактичні заходи, а система ранньої діагностики раку легень серед населення не є стовідсотково ефективною.

Експерти визнають, що багато видів раку виліковні сьогодні, але успіх лікування пацієнта залежить від стадії захворювання на якій було діагностовано хворобу, і кількість грошей, виділених на лікування місцевими органами охорони здоров'я. Шанси на повне одужання зростають, коли хворобу вдається виявити на ранніх стадіях [3; 4].

В Україні на даний час немає єдиної досконалої моделі ранньої діагностики раку легень, яка була б прийнятною для міського та сільського населення. Це не просто медична проблема, і вона вимагає міжсекторального підходу до її вирішення.

Метою оптимізованої системи раннього виявлення раку легень серед населення є постановка діагнозу на ранніх стадіях, а також покращення та зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя, збільшення здорового, соціально-активного довголіття та очікуваної тривалості життя людей шляхом підвищення якості медичної допомоги та усунення причин і умов виникнення хвороб та смертності [5; 6].

Основними принципами оптимізованої моделі є єдність дій на всіх рівнях надання медичної допомоги з метою раннього виявлення захворювання на рак легень та формування здорового способу життя, багаторівневий та міжсекторальний підхід до організації профілактики захворюваності та смертності, пріоритет превентивних заходів профілактики, безперервність та спадкоємність всіх вищезазначених заходів на всіх етапах та рівнях, комплексність та системність здійснення [7; 8].

Пріоритетна увага в оптимізованій моделі раннього виявлення раку легень, перш за все приділяється виявленню захворювання на початкових етапах його розвитку, а саме, попередженню виникнення та впливу факторів ризику, розвитку захворюваності та смертності. До цього мають долучатися

заклади охорони здоров'я, підприємства, служби праці та соціального захисту, громадські організації та молодіжні рухи, засоби масової інформації, оскільки рак легень превалює серед інших онкологічних захворювань і зумовлений способом життя, шкідливими умовами праці, спадковістю. Проте розвиток цього захворювання може бути попереджений або виявлений на ранніх стадіях, що надає людині шанс зберегти життя у випадку отримання адекватного лікування. Поєднання популяційної профілактики із стратегією профілактики впливу факторів ризику та вторинної профілактики на індивідуальному рівні (індивідуальна профілактика) безперечно призведе до покращення здоров'я населення.

До оптимізованої моделі раннього виявлення раку легень серед дорослого населення доцільно залучити: підприємства всіх форм власності та сфер виробництва; освітні заклади; громаду, яка допоможе створювати доступні умови для здорового способу життя; засоби масової інформації, які за активної взаємодії з Головним управлінням охорони здоров'я нададуть можливість планувати і координувати дії та сприяти формуванню вітальної поведінки і мотивації до ведення здорового життя; громадські організації та молодіжні рухи, служби соціального захисту зобов'язані у відповідності з діючим законодавством активно сприяти працевлаштуванню працездатного населення, знижуючи рівень безробіття, здійснювати взаємодію із закладами охорони здоров'я в питаннях працевлаштування людей із хронічною патологією; Інтернет ресурси; медичні ВНЗ IV рівня акредитації.

Реалізація запропонованих змін дозволить отримати наступні позитивні ефекти: медичний – зниження показників онкологічної патології в ускладнених станах; зниження кількості госпіталізацій; розширення контингенту дорослого населення охопленого цільовими профілактичними оглядами (повнота диспансерного спостереження); скорочення термінів лікування; поліпшення якості медичних послуг; зниження рівня інвалідизації; підвищення коефіцієнта досягнення позитивного результату; соціальний – збільшення тривалості життя; підвищення коефіцієнта якості життя; зниження рівня впливу факторів ризику, в тому числі скорочення поширеності тютюнопаління і наркоманії; доступність медичної допомоги; задоволеність якістю медичної допомоги; зниження інвалідності; та економічний – приріст ВВП; скорочення виплат за тимчасовою та стійкою непрацездатністю; зменшення збитків від зниження продуктивності праці дорослого населення, послаблених онкологічним захворюванням; зменшення збитків на додаткову підготовку робітників, що заміщують хворих, інвалідів та померлих; скорочення витрат на медичну допомогу в закладах охорони здоров'я у зв'язку із зменшенням чисельності пацієнтів із тяжкими формами раку легень.

Список джерел і літератури:

1. OECD Health Data [Electronic resource] – Access mode : <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

2. Ukrainian State Service of Statistics [Electronic resource] – Access mode : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. Skills supply and demand in Europe. / Medium-term forecast up to 2020 [Electronic resource] – Access mode : http://www.cedetop.europa.eu/EN/Files/3052_en.pdf
4. The Law of Ukraine “Fundamentals of Ukrainian legislation on Healthcare” (amended 2012) [Electronic resource] – Access mode : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
5. The Law of Ukraine “On Amendments to the Basic Laws of Ukraine on health care for the improvement of medical care” 07.07.2011 № 3611-VI [Electronic resource] – Access mode : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>
6. Economic Reform Program for 2010-2014 “Prosperous Society, Competitive Economy, Effective State” [Electronic resource] – Access mode : http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf
7. National Program “Health – 2020: Ukrainian Dimension” [Electronic resource] – Access mode: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20120316_1.html
8. МОН from 16.09.2011, № 597 “On approval of the National Standardization Program of Health Care 2020” [Electronic resource] – Access mode : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/36438>

ШЛЯХИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Камінська Т.М., доктор економічних наук, професор кафедри економічної теорії Національного медичного університету імені Ярослава Мудрого

Метою соціально-економічної модернізації охорони здоров'я є суттєве підвищення економічної ефективності використання суспільних ресурсів, зростання якості лікування і забезпечення рівного доступу до нього усіх громадян. Необхідність і складність досягнення цієї мети обумовлено потребами кращого інвестування людського капіталу в постіндустріальній економіці, нераціональним використанням видатків державного бюджету України на макро- і макрорівнях протягом багатьох років, скороченням фінансових можливостей держави у 2014-2015 рр., зниженням рівня життя громадян і зростанням захворюваності, небезпечною епідеміологічною ситуацією на сході країни, необхідністю лікування та реабілітації поранених, збільшенням витрат на медичне обслуговування вимушених переселенців. Їх кількість сягнула, за даними ООН, понад 1,3 млн. [1]. В умовах обмежених ресурсів значні кошти були вимушено витрачено на воєнні дії. Не дивно, що у 2014 р. державне фінансування охорони здоров'я знизилося на 7,2 % (з 61 до 57 млрд. грн.) у номінальному вираженні, але реально – на 30 %, з причини високої інфляції. Якщо прогнози щодо інфляції на 2015 р. збудуться, то заплановані видатки на охорону здоров'я скоротяться ще більше, на тлі зростаючої вартості ліків відповідно до девальвації гривні.

Підвищення економічної ефективності використання суспільних ресурсів передбачає декілька напрямів. Це – впровадження Інтернет-економіки в охорону здоров'я задля зниження витрат та кращого задоволення потреб пацієнтів, мінімізація корупційної складової при закупівлях ліків (її здійснення

прямо у міжнародних організацій, без посередників, перехід на електронні торги, участь у них максимальної кількості бажаючих фармацевтичних фірм-продавців, спрощення реєстраційних процедур для групи ліків), децентралізація бюджетних коштів, фінансова автономізація лікувальних закладів і впровадження сучасного менеджменту, ув'язка оплати праці лікарів з кількістю і якістю медичних послуг, скорочення неформальних платежів від пацієнтів до медичних працівників, розвиток неурядового, некомерційного сектору охорони здоров'я, який компенсує недоліки і державної бюрократії, і приватного ринку.

Зростання якості лікування потребує впровадження новітніх медичних технологій та оновлення виробничих фондів. За даними Національного інституту стратегічних досліджень України, зношеність основних фондів в охороні здоров'я та наданні соціальної допомоги дорівнює 50,8 % [2]. На їх модернізацію потрібні додаткові інвестиції, які сьогодні здійснюються за рахунок лише кредитів. Залучення прямих інвестицій можливе за умови створення сприятливого інвестиційного клімату країни загалом і прозорого розвитку приватного медичного ринку.

Важлива умова для якісної медицини – це її комп'ютеризація. До економічної кризи 2014 р. темпи зростання ІТ-ринку в Україні дорівнювали 25 % щорічно. У 2013 р. його обсяг становив майже 1,5 млрд дол. [3]. ІТ-технології використовують у сучасній діагностиці (наприклад, комп'ютерна томографія), радіохірургії (безкровні операції), наукових дослідженнях. Необхідні медичні реєстри із захищеною інформацією по кожному пацієнту. Вони зберігають усі лікарські рішення, які завжди можна перевірити. Задоволенню потреб пацієнтів сприяє їх право на вибір лікаря та клініки (поліклініки), яке теж краще здійснити за допомогою електронних реєстрів. В умовах конкуренції некомпетентні лікарі потрапляють у зону ризику. Прозорі реєстри висувають нові вимоги до головних лікарів. Вони мають стати менеджерами, які в умовах обмежених ресурсів приймають оптимальні та прозорі рішення. Потрібні також реєстри з референтними цінами на лікарські засоби і медичне обладнання. ІТ-технології скорочують корупцію, а також покращують доступ до європейських протоколів якості лікування, їх адаптування до українських реалій, мінімізують похибки при розрахунках собівартості лікування. Прозорі реєстри скорочують транзакційні витрати переходу хворих з первинного на вторинний і третинний рівень лікування і облегшують реструктуризацію медицини.

Раціональне використання фінансових потоків, зниження витрат та відповідно цін на медичні послуги сприяє зростанню їх конкурентоспроможності на глобальному ринку, особливо на фоні неухильного збільшення вартості лікування у розвинених країнах. Деякі з іноземних споживачів прагнуть економити на зайвому комфорті, який на батьківщині значно дорожчий. На конкурентні переваги наших послуг впливає також менш жорстке регулювання медицини з боку законодавства і страхових компаній. Іноземців цікавлять в Україні стоматологічне лікування, дитяча

кардіохірургія, репродуктивна медицина, естетична медицина і пластична хірургія, унікальне лікування стовбуровими клітинами.

Експорт медичних послуг дозволяє отримувати доходи, які трансформуються у внутрішні інвестиції в охорону здоров'я та сприяють її модернізації.

Список джерел і літератури:

1. В Україні кількість переселенців сягнула 1,3 млн осіб – ООН / Тиждень.UA. – 2015. – 15 травня. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://tyzhden.ua/News/136527>
2. Пріоритети інвестиційної політики у контексті модернізації економіки України Аналітична доповідь. / Національний інститут стратегічних досліджень. – К.: НІСД, 2013. – 48 с. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/ynvestyc_polityka-5b7ef.pdf
3. Експорт ІТ-послуг з України складає близько 1,2 млрд доларів / Голос столиці. – 2013. – 29 листопада [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://newsradio.com.ua/2013_11_29/Eksport-IT-poslug-z-Ukra-ni-sklada-blizko-1-2-mlrd-dolar-v-ekspert/

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ МІСЬКИХ ДІТЕЙ З ПРИВОДУ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Олексюк О. Б., кандидат медичних наук, асистент кафедри організації та управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

Гострі захворювання верхніх дихальних шляхів – актуальна проблема сучасної педіатрії. У структурі дитячих інфекцій гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів (ГРІ) посідають значне місце. Так, у м. Львові захворюваність дітей на ГРІ в середньому за рік становить $604,5 \pm 101,3$ випадків на 1 тис. дітей у віці 0-17 років.

Метою дослідження було вивчення гендерних аспектів госпіталізації міських дітей у віці 0-17 років, хворих на ГРІ.

Матеріали та методи. Проведений персоніфікований аналіз даних статистичних форм № №066/о, заповнених на дітей (0-17 років), які лікувались протягом року з приводу ГРІ у стаціонарі міської дитячої лікарні (МДЛ) м. Львова.

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом року у стаціонарі МДЛ було зареєстровано 1215 випадків госпіталізації 1218 дітей з приводу ГРІ (код МКХ-10 – J00-J06). Летальних випадків не було зареєстровано. Середня тривалість одного випадку лікування становила $7,2 \pm 0,1$ календарних днів.

Середня тривалість одного випадку лікування у хлопців ($7,1 \pm 0,1$ дня) та дівчат ($7,3 \pm 0,1$ дня) статистично значуще не відрізнялась ($p > 0,05$).

Серед госпіталізованих дітей хлопці становили $51,5 \pm 1,4\%$ (дівчата – $48,5 \pm 1,4\%$). На хлопців припадало $51,9 \pm 1,4\%$ усіх випадків стаціонарного лікування з приводу ГРІ (проти $48,1 \pm 1,4\%$ у дівчат).

Повторні випадки госпіталізації протягом року в МДЛ склали $3,4\%$ усіх випадків у зв'язку із ГРІ, в т. ч. $3,4\%$ серед хлопців та $1,7\%$ серед дівчат. Хлопці значуще ($p < 0,001$) частіше, ніж дівчата, повторно госпіталізувались у стаціонар.

Вік госпіталізованих дітей становив $3,2 \pm 1,4$ років. Значущої ($p > 0,05$) різниці між віком хлопців ($3,4 \pm 0,1$ років) та дівчат ($3,0 \pm 0,1$ років) не було.

Госпіталізовані діти, як хлопці, так і дівчата, були розподілені на вікові групи згідно вікової класифікації В. Г. Майданника. Розподіл за віковими групами госпіталізованих хлопців був наступним: до 1 року – $31,7\%$; 1-3 роки – $38,5\%$; 4-6 років – $10,0\%$; 7-12 років – $12,1\%$; 13-17 років – $7,7\%$, а у дівчат – відповідно $39,4\%$, $30,1\%$, $12,0\%$, $12,7\%$ та $5,8\%$. Різниця у віковому розподілі залежно від статі була значущою ($p < 0,001$). Як видно із наведених даних, серед госпіталізованих, як хлопців, так і дівчат, переважали діти перших трьох років життя ($70,2\%$ у хлопців та $69,5\%$ у дівчат). Однак, серед хлопців було значуще менше дітей до року ($31,7\%$ проти $39,4\%$; $p < 0,05$) та більше дітей у віці 1-3 роки ($38,5\%$ проти $30,1\%$; $p < 0,05$).

Середня тривалість одного випадку у хлопців позитивно корелювала із їх віком ($r = 0,1$; $p < 0,05$), у дівчат позитивний кореляційний зв'язок між відповідними показниками був незначущим ($r = 0,01$; $p > 0,05$).

Розподіл дітей за підгрупами ГРІ згідно МКХ-10 показав, що у хлопців серед усіх випадків ГРІ припадало на: гострий назофарингіт (J00) – $3,1\%$, гострий синусит (J01) – $12,3\%$, гострий фарингіт (J02) – $7,9\%$, гострі ларингіт і трахеїт (J04) – $8,3\%$, ГРІ верхніх дихальних шляхів множинних або не уточнених локалізацій (J06) – $68,4\%$, а у дівчат – відповідно $2,3\%$, $12,8\%$, $6,8\%$, $6,8\%$ та $71,3\%$. Розподіл ГРІ за окремими підгрупами діагнозів значуще не залежав від статі госпіталізованих ($p > 0,05$). Як видно із вище наведених даних, як у хлопців та у дівчат, які лікувались у зв'язку із ГРІ, найчастіше діагностували ГРІ верхніх дихальних шляхів множинних або не уточнених локалізацій (J06) – у $68,4\%$ випадків у хлопців, та у $71,3\%$ випадків у дівчат.

Частота госпіталізації за екстремними показаннями становила у хлопців $30,4\%$, а у дівчат – $34,8\%$ ($p > 0,05$).

Аналіз розподілу випадків госпіталізації залежно від шляхів скерування дітей у стаціонар показав, що найчастіше діти були доставлені каретою швидкої допомоги (у $35,0\%$ випадків хлопчики та у $33,9\%$ випадків дівчата). Поступлення дітей в стаціонар відбулось на прохання батьків у $27,7\%$ випадків госпіталізації хлопців та $30,0\%$ госпіталізації дівчат. У $21,0\%$ випадків серед хлопців та $21,6\%$ випадків серед дівчат скерування на госпіталізацію були виписані лікарями консультативної поліклініки (КП) МДЛ і тільки $16,3\%$ хлопців та $14,5\%$ дівчат скерували лікарі первинного рівня за місцем

проживання дитини. Статистично значущої різниці між розподілом хлопців та дівчат за шляхами їх скерування в стаціонар встановлено не було ($p > 0,05$).

Частота скерування на госпіталізацію хлопців та дівчат з даною патологією лікарями первинного рівня була статистично значущою ($p < 0,01$) нижчою, ніж частота їх скерування іншими шляхами.

Висновки. Вивчення гендерних особливостей госпіталізації дітей з приводу ГРІ верхніх дихальних шляхів показало, що хлопці значущо ($p < 0,001$) частіше, у порівнянні з дівчатами, повторно госпіталізувались у стаціонар (3,4% проти 1,7% випадків) та серед них було менше госпіталізованих дітей до року життя (31,7% проти 39,4%; $p < 0,05$) та більше дітей у віці 1-3 роки (38,5% проти 30,1%; $p < 0,05$). Не було виявлено значущих гендерних різниць у розподілі ГРІ за окремими підгрупами діагнозів, розподілі випадків госпіталізації за шляхами скерування на стаціонарне лікування та частоті госпіталізації за екстреними показаннями.

Лікарі первинного рівня надання медичної допомоги за місцем проживання дітей не відіграють вирішальної ролі у їх скеруванні на госпіталізацію з приводу ГРІ. Проведене дослідження показало, що протягом року вони видали скерування на стаціонарне лікування лише у 16,3% випадків госпіталізації хлопців та 14,5% випадків госпіталізації дівчат, що було значущо ($p < 0,01$) нижче, ніж частота скерувань як хлопців, так і дівчат іншими шляхами. Кожна третя дитина, хвора на ГРІ (35,0% хлопців та 33,9% дівчат), були доставлені в стаціонар каретою швидкої допомоги.

ПЕРСПЕКТИВЫ ОПТИМИЗАЦИИ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Подригало Л.В., доктор медицинских наук, профессор кафедры гигиены и социальной медицины ХНУ им. Каразина;

Платонова А.Г., доктор медицинских наук, старший научный сотрудник зав. лабораторией гигиенического обеспечения условий жизнедеятельности детей ГУ «Институт гигиены и медицинской экологии им. А.Н.Марзеева НАМНУ»;

Сокол К.М., кандидат медицинских наук, профессор кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения ХНМУ.

В настоящее время санитарно-эпидемиологическая ситуация в Украине должна быть оценена как напряженная. Негативные демографические изменения в обществе, ухудшение экологической обстановки, снижение уровня здоровья основных групп населения однозначно подтверждают имеющееся неблагополучие. Кроме того, ведение боевых действий на территории страны, перемещение больших групп населения, условия размещения, благоустройства водоснабжения и питания которых не могут быть признаны оптимальными – все это существенно отягощает

существующее положение, повышает вероятность возникновения вспышек инфекционных заболеваний, пищевых отравлений и т.п. В связи со сложившимся положением закономерным становится вопрос контроля санитарного состояния, ликвидации последствий имеющихся нарушений, повышается значимость обоснования, разработки и внедрения в жизнь необходимых профилактических мероприятий и, закономерно, кто будет осуществлять эту деятельность.

На первый взгляд, ответ однозначен – санитарно-эпидемиологическая служба, которая для этого и предназначена. Так, Робак И.Ю., Демочко А.Л., анализируя санитарное состояние Харькова в первой трети XX века, отмечают его неудовлетворительность, приведшую к росту заболеваемости инфекционными болезнями [1]. Эффективным способом борьбы с ними стало создание губернской санитарной организации, предоставление ее специалистам достаточных полномочий.

Однако позиция МЗ Украины свидетельствует о недопонимании значения санитарно-эпидемиологической службы, которую обвиняют в коррупции и бездеятельности, считают ненужной и даже вредной. Некоторые предпосылки для этого есть, достаточно вспомнить 90-е годы прошлого – начало нынешнего века, когда в погоне за внебюджетным финансированием она, как и многие другие службы, перешла на так называемое «оказание платных услуг населению». На практике это привело к тому, что органы санитарно-эпидемиологического надзора проводили исследования, на основании результатов которых выдавали разрешительную документацию, наличие которой сами и контролировали. То есть, используя термины системного анализа, сформировался замкнутый цикл, слабо связанный с внешней средой, то есть не способный к развитию и существованию. Однако, на наш взгляд, в сложившейся ситуации наличие службы, сочетающей в себе оперативные и лабораторные звенья, обеспечивающей осуществление надзорных, контрольных и аналитических функций в области здоровья и состояния окружающей среды, является мощным фактором обеспечения санитарного благополучия страны. Несмотря на то, что во многом функции этой службы на сегодня переданы другим (ветеринарной медицине, охране труда, экологическому контролю и т.п.) она способна выполнять свою работу.

Наиболее наглядно данное положение прослеживается на примере осуществления социально-медицинского мониторинга, обязательность которого установлена на государственном уровне [2]. В соответствии с существующим алгоритмом мониторинг состоит из ряда последовательно осуществляемых этапов. Начальная стадия – сбор информации о состоянии окружающей среды и здоровья может быть осуществлена и другими специалистами, как медицинского, так и немедицинского профиля (экологами, педагогами, МЧС и др.), хотя, на наш взгляд, именно врачей-профилактиков целенаправленно обучают этому процессу. Содержанием последующих этапов является анализ полученной информации, выделение факторов риска для здоровья и прогноз их реализации. Данные процедуры однозначно требуют гигиенической компетенции, квалифицированной подготовки в этой области.

А обоснование и разработка целевой профилактической программы, вообще может быть реализованы только специалистами гигиенического профиля, поскольку лишь их квалификация и компетенция позволяет разрабатывать необходимые профилактические, оздоровительные, а в ряде случаев и реабилитационные мероприятия. Завершением алгоритма мониторинга является реализация принципа «обратной связи», то есть оценка эффективности внедренной в практику программы. Данный этап также в большей степени относится к компетенции специалистов в области профилактической медицины.

Востребованность работы службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора вытекает и из основных направлений политики ВОЗ, согласно которым повышенное внимание должно уделяться вопросам профилактики, здорового образа жизни, повышения гигиенической грамотности населения [3].

Таким образом, на сегодня современное общество не может обойтись без службы, контролирующей санитарно-эпидемиологическое благополучие. Уничтожение существующей системы приведет лишь к тому, что ей на смену придет другая, не имеющая такого потенциала, теоретических и практических наработок, исторического опыта. Правомочность данного положения, к сожалению, подтверждена на практике. Сокращение выпуска специалистов в этой области, ухудшение качества их подготовки привело к тому, что за последние 10–20 лет появились и активно развиваются различные службы, организации, течения, изучающие, контролирующие и защищающие окружающую среду и здоровье. Так, количество служб, осуществляющих контроль в области гигиены питания, приближается к десятку, аналогично обстоит дело и в гигиене труда, в контроле предметов детского ассортимента.

То есть в рассматриваемом контексте необходимо не уничтожать, а реорганизовывать, перестраивать санитарно-эпидемиологическую службу, как службу, имеющую необходимые возможности, являющуюся поистине уникальной в деле обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия государства. В рамках одной публикации невозможно выделить конкретно все направления ее перестройки, но на первое место должен быть поставлен переход от визуализации к мониторингу здоровья и окружающей среды, осуществляемому на различных уровнях (групповом, популяционном и т.д.).

Необходимо коренное обновление правовых основ ее деятельности, включающее подготовку и переподготовку кадров. Следующим направлением должно стать размежевание надзорных и аналитических функций, когда, например, простейшие функции обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, не требующие специальной компетенции, могут быть переданы органами милиции. Важным направлением, на наш взгляд, является объединение усилий практических органов и научно-исследовательского потенциала для оперативного решения возникающих задач. Реализация указанных направлений позволит существенно оптимизировать санитарно-эпидемиологическую ситуацию.

Источники и литература:

1. Робак І. Ю. Охорона здоров'я в першій столиці радянської України (1919–1934 рр.) / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко. – Харків : Колегіум, 2012. – 260 с.
2. Подрігало Л. В. Організація моніторингу здоров'я дітей як складова частина державного соціально-гігієнічного моніторингу / Л. В. Подрігало, Г. М. Даниленко, С. А. Пашкевич. – Харків : ХДМУ, 2008. – 24 с.
3. Бердник О. В. Сприяння здоров'ю – сучасний напрямок медико-профілактичного забезпечення населення / О. В. Бердник // Якість життя як критерій оцінки здоров'я дітей і підлітків: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Харків, 2011. – С. 11–12.

ВОЄННІ КОНФЛІКТИ ТА ТЕРОРИЗМ ЯК НОВА ЗАГРОЗА ЕКОЛОГІЧНІЙ БЕЗПЕЦІ

*Сидоренко М.О., к.мед.н., доц. кафедри гігієни та екології №2 ХНМУ,
Завгородній І.В., д.мед.н., проф. кафедри гігієни та екології №2 ХНМУ,
Сокол К.М., к.мед.н, проф. кафедри соціальної медицини, організації та
економіки охорони здоров'я ХНМУ,
Дмуховська Т.М., к.мед.н. лікар терапевт клініки НДІ гігієни праці та
професійних захворювань.*

Останнім часом, у зв'язку з подіями на Сході у виникненні катастроф і надзвичайних станів, крім природних і техногенних, з'явилися воєнні і терористичні чинники.

Східні регіони України і в мирний час були зоною екологічної небезпеки. За техногенним навантаженням вони не мають аналогів у Європі.

Так, у 2007 році із 14562 екологічно небезпечних об'єктів України. 4966 (34,1%) припадає на Донецьку, Луганську, Харківську, Дніпропетровську і Запорізьку області. Сюди входять АЕС, ТЕЦ, нафто- і газопроводи, водосховища, склади наливних, мастильних і шкідливих речовин. [1]

Із перелічених об'єктів тільки в Харківській області були зареєстровані надзвичайні стани на спецкомбінаті «Радон», на складах боєприпасів у м. Первомайську, на очисних спорудах м. Харкова, Ізюма, Чугуєва, Балаклії, загорання нафтової свердловини у Красноградському районі та ін., як наслідок цих катастрофічних явищ населення пережило такі загрозливі наслідки, як ураження радіоактивними і забрудненими стічними водами, відключення від водопостачання, закриття харчових, лікувальних, оздоровчих та інших об'єктів, загроз спалахів епідемій, токсичної дії хімічних сумішей, відселення через загрозу пожеж і вибухів боєприпасів.

Особливо загрозлива ситуація склалася в Донецькій і Луганській областях у зв'язку з воєнними діями та погрозами терористів підірвати екологічно небезпечні об'єкти з непередбачуваними екологічними наслідками.

Так, цього року і двічі в минулого року на могильниках ядерних відходів Донецького казенного заводу хімвідходів (ДКЗХ) були зареєстровані вибухи, які могли спричинити детонацію підземних складів боеприпасів і стати новим Чорнобилем. На цьому ж підприємстві розміщено ще два могильники, в яких зберігаються високотоксичні відходи – мононітрохлорбензол (кров'яньська отрута). Поряд із згаданим підприємством знаходиться інше небезпечне підприємство – завод «Стирол», на якому зберігається аміак, у випадку порушення цілісності ємностей може викликати загибель населення Горлівки і ще декількох сусідніх міст.

Ще одним об'єктом ризику для Донецька є шахтні води, які через бойові дії вже затопили виробки і можуть підтопити великі території міста. Через розмитий ґрунт можуть руйнуватися, а то й зовсім піти під землю будинки.

Небезпечними є і підприємства металургійного комплексу, на яких знаходяться могильники, ставки-накопичувачі токсичних відходів. При пожежах на них у повітря летять сажа, важкі метали, діоксини.

У Луганській області найбільш небезпечними об'єктами є плотини ТЕС в м. Щастя та каскад 4-х водосховищ. При порушенні плотин можуть бути затоплені території як в Луганській області, так і на прикордонній території РФ. З боку представників ЛНР були погрози підриву дамб та ємностей з аміаком на заводі «Азот» (м. Северодонецьк) у випадку наступу сил АТО.

Таким чином, військові дії і тероризм стає великою загрозою для екології, здоров'я населення не тільки в зонах локальних воєнних конфліктів, а й у інших точках землі, ускладнюючи вже загрозову для людства екологічну ситуацію. Цей новий екологічний фактор потребує прийняття негайних ділових заходів з боку лідерів держав.

Список джерел і літератури:

1. Національна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Україні у 2007 [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://www.menr.gov.ua/dopovidi/nacdopovidi>

ЕКОЛОГІЧНА ПОЛІТИКА ЯК ФАКТОР СОЦІАЛЬНОЇ, ЕКОНОМІЧНОЇ, ЕКОЛОГІЧНОЇ СТАБІЛЬНОСТІ РЕГІОНІВ

*Сидоренко М.О., к.мед.н., доц. кафедри гігієни та екології №2 ХНМУ,
Завгородній І.В., д.мед.н., проф. кафедри гігієни та екології №2 ХНМУ,
Сокол К.М., к.мед.н, проф. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ХНМУ,
Дмуховська, Т.М., к.мед.н. лікар терапевт клініки НДІ гігієни праці та професійних захворювань.*

Інфекційні і неінфекційні процеси, які відбуваються в Україні значною мірою не схожі у порівнянні з країнами, які вийшли із складу СРСР, в яких

побутові, культурні, соціально-політичні фактори дуже схожі. Причиною цих відмінностей слід вбачати у вкрай низькому імунному статусі населення України, який пов'язаний з історико-економічною спадщиною.

У колишньому СРСР в планах індустріалізації Україні була відведена провідна роль. Вона займала 2,7 % загальної площі колишнього СРСР, але випускала близько 20% загально-промислової сільськогосподарчої продукції. На території України були побудовані промислові гіганти металургії, хімії без будь-яких очисних споруд. На 2,7% території припадало 25% забруднень природного середовища, які мали місце в усьому СРСР. При цьому східні області України були найбільш екологічно вразливими, що відобразилося на імунному статусі населення. Якщо в середньому імунний статус був порушений у 50% населення, то у жителів Східних регіонів порушення зафіксовані майже у 95%. Вони були такими ж, як у ліквідаторів Чорнобильської АЕС.

Надалі на імунний статус населення України вплинула найбільша у світі техногенна катастрофа на Чорнобильській АЕС, яка значно ускладнила екологічну ситуацію. Напруженою стала радіаційна ситуація у Київській, Житомирській, Чернігівській, Рівненській, Волинських областях. Упродовж багатьох років у молоці корів, у м'ясі худоби, грибах, ягодах, лікарських рослинах спостерігався підвищений вміст радіонуклідів.

Згідно з даними ОБСЄ в Україні збереглося всього 6% чистої території, виділено зони забруднення: надзвичайного, дуже високого, високого та підвищеного екологічного ризику. До зони надзвичайного екологічного ризику віднесені Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська, Харківська та Чернігівська області.

Не випадково Україна за показниками здоров'я, тривалості життя належить до найбільш критичних. Фактично стан здоров'я населення критичний і загрожує безпеці країни. За прогнозними розрахунками питома вага молоді призовного віку з 23,2% у 1991 році зменшиться до 17,6% у 2016 р.

З метою розв'язання кризових соціальної, економічної ситуацій в Харківській області була розроблена і затверджена «Стратегія сталого розвитку Харківської області до 2020 року», а також програми: «Питна вода Харківської області», «Комплексна програма охорони навколишнього природного середовища Харківської області до 2016 р.», «Програма покращення стану атмосферного повітря у Харківській області до 2016р.», «Програма поводження з твердими побутовими відходами в Харківській області до 2016 р.», «Програма збереження малих річок у Харківській області до 2016 р.» та ін.

Незважаючи на масу розроблених програм екологічна, соціальна, економічна ситуація в області погіршилась. Однією з вагомих причин такого стану є покращення бізнес клімату, одержання прибутку будь-якою ціною. Такий висновок витікає із аналізу «Стратегії сталого розвитку Харківської області до 2020 року» [1] в якій передбачено і вже реалізовано скорочення кількості контролюючих органів, обмеження їх повноважень та кількості перевірок, скорочення та спрощення природоохоронної нормативної бази, скорочення технічних норм та вимог органів контролю. Особливо негативні наслідки для екології мають спрощення дозвільних процедур з впровадженням

декларативного одержання дозволів замість екологічної експертизи. Результатом такої «дозвільної процедури» стала нещодавня катастрофа на нафтовому підприємстві в Київській області, екологічні, медичні, соціальні, економічні наслідки якої ще не визначені.

Недосконалість державних заходів щодо регулювання екологічної політики може обумовити виникнення ризику переходу станів екологічного неблагополуччя у стан екологічної катастрофи.

Вищезазначене обумовлює необхідність науково-методологічного, методичного удосконалення стратегії сталого екологічного розвитку країни.

Список джерел і літератури:

1. Стратегія сталого розвитку Харківської області до 2020 року. – Харків, 2010. – 111 с.

ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 3 ЛЕТ

Тищенко Е.М., проф. д.м.н., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения УО «Гродненского государственного медицинского университета»,

Лукашевич Ю.Ф., Живицкая А.Ю., студентки 6 курса УО «Гродненского государственного медицинского университета»,

Достижения медицинской науки и их внедрение в практическое здравоохранение позволили добиться значительного снижения уровня заболеваемости и смертности от многих, ранее широко распространенных инфекций. Одним из действенных механизмов профилактики инфекционных болезней является вакцинация [2, 3].

Установлено, что существенное снижение заболеваемости и летальности от детских инфекций возможно только при иммунизации 80-95% популяции детей. В то же время не всегда удается своевременно достичь столь высокого уровня охвата прививками [2].

Дети раннего возраста в связи с высоким риском заболеваемости и смертности были и остаются целевой группой населения, которая особо нуждается в вакцинации. Однако одной из современных проблем вакцинации является увеличение количества родительских отказов. Рост негативного отношения к активной иммунизации детей происходит, несмотря на наличие явной медико-социальной эффективности вакцинации. Дебаты относительно побочных эффектов вакцин, которые вводят в заблуждение родителей и заставляют их верить в то, что вакцины могут быть вредны, базируются на неточной информации из сомнительных источников интернета, интервью

популярных, но часто некомпетентных людей, материалов средств массовой информации, откровенно извращающих результаты научных исследований. Часть родителей верит в альтернативные пути профилактики инфекционных заболеваний, используя при этом методы, которые далеки от медицины [1, 4].

Целью данной работы явилось проанализировать отношение к вакцинации родителей имеющих детей в возрасте от 0 до 3 лет.

Нами проведен опрос по специально разработанной анкете 295 респондентов (43 мужчин и 252 женщин). В анкету было включено 16 вопросов открытого типа. Средний возраст опрошенных составил 27,3 года \pm 0,45. Большинство анкетированных имели высшее образование (46,78%), но среди респондентов были и со средним (15,93%), а также средним специальным образованием (37, 29%). Анкетированные преимущественно проживали в городе (71, 86%). Респонденты имели среднее (49,15%) и хорошее (45,76%) финансовое положение семьи.

Критериями включения в исследование были: наличие 1 и более детей в возрасте от 0 до 3 лет, согласие на участие в исследовании, способность адекватно отвечать на поставленные вопросы. Отбор респондентов проводился случайным методом.

Установлено, что большинство (63,41%) родителей получают информацию об иммунизации от врача, некоторые (16,4%) – от медсестры или акушерки.

Более половины, а именно 64,75% опрошенных считают, что информация об иммунизации детей преподносится в доступной форме. При этом, 25,58% мужчин так не считают, тогда как среди женщин не согласных с этим утверждением всего 9,92%.

На мнение родителей о вакцинации также оказывают влияние советы родных и близких (7, 26%). Мужчины гораздо чаще (16,67%) обращаются за советом к своей семье и друзьям, нежели женщины (5, 58%).

При этом каждый десятый опрошенный (12,93%) получает информацию об иммунизации из интернета и средств массовой информации. Значительный удельный вес (86,1%) респондентов считают, что они информированы о рекомендуемых прививках.

Согласно ответам респондентов обязательные прививки в соответствии с календарем были сделаны 81,02% детей, остальные опрошиваемые указали, что прививки по разным причинам были перенесены на более поздний срок. В основном (66,1%) использовалась комбинированная вакцина.

Несмотря на то, что большинство опрошенных (72,81%) имеют верные сведения о вакцине: получение стимуляции иммунной системы для выработки иммунитета, нашлись и такие, причем каждый пятый (18,44%), который указал, что это проверка реакции организма. Встречалось и другое понимание вакцинации: 6,25% анкетированных ответили, что – это дополнительная порция витаминов для правильного развития ребенка, а 2,5% думают, что – это пищевой ингредиент, который используется в дополнение к диете.

О цели вакцинации 86,78% респондентов имеют правильное представление – это иммунизация. Однако, 5,76% опрошенных считают, что

вакцинация не имеет никакой цели, 4,41% полагают, что это болезнь вызова, и 3,05% думают, что целью вакцинации является нанесение вреда малышу.

Среди нежелательных явлений, которые может вызвать вакцинация у детей, анкетированные отметили лихорадку – 33,94%, покраснение – 26,36%, отек – 18,95%, увеличение лимфатических узлов – 16,64%.

Около половины респондентов (47,46%) не уверены в том, что после вакцинации ребенок не заболеет, 29,83% родителей предполагает, что вакцинация защитит ребенка от заболевания.

Таким образом, больше половины опрошенных (57,88%) уверяет, что подготовку ребенка к вакцинации проводит врач, часть респондентов (25,4%) считают, что этим занимается медсестра, некоторые (16,08%) полагают, что ребенка подготавливают родители.

При этом, имелась разница в ответах мужчин и женщин, а именно 26,89% женщин считают, что подготовку к вакцинации ребенка проводит медсестра, среди мужчин только 17,02% согласились с данным утверждением, однако 21,28% мужчин уверены, что этим занимаются родители, в тоже время лишь 15,15% женщин согласны с ними.

По мнению анкетированных, эффективность и безопасность прививок зависит от ряда факторов, а именно, от качества вакцины (39,67%), гиперчувствительности к компонентам вакцины (23,55%), квалификации персонала (15,4%), возраста ребенка (15,04%), предшествующей вакцинации родителей (6,34%). Важно отметить, что 20,48% мужчин полагает, что эффективность и безопасность прививок зависит именно от возраста ребенка, в то время как женщин, согласивших с ними около 14,07%.

Более половины опрошенных респондентов получают информацию об иммунизации детей от врача и считают ее доступной. Основная доля родителей информированы о календаре прививок и соблюдают его. Преимущественно респонденты отметили, что вакцинация их детей проводится комбинированной вакциной. Значительная часть опрошенных имеют правильное представление о цели вакцинации. Однако каждый третий ошибочно указал цели вакцинации. При этом половина респондентов не имеют полной уверенности, что после вакцинации их ребенок не заболеет. В связи с чем подтверждается важность медико-гигиенического обучения родителей о значимости своевременного и качественного вакцинирования детей раннего возраста.

Источники и литература:

1. Абатуров А. Е. Значение медико-социальных факторов в формировании отношения родителей к иммунопрофилактике / А. Е. Абатуров, Е. А. Агафонова, О. В. Седунова // Здоровье ребенка. – Т. 50. – № 7. – С. 35–38
2. Левченко Н. В. Современное отношение родителей к вакцинации против гриппа / Н. В. Левченко, И. К. Богомолова, С. А. Чаванина // Сибирское медицинское обозрение. – Т. 72. – № 6. – С. 59–62
3. Таточенко В. К. Безопасность вакцинации: современные данные / В. К. Таточенко // Педиатрическая фармакология. – Т. 4. – № 3. – С. 73-79
4. Таточенко В. К. Иммунопрофилактика / В. К. Таточенко. – М.: Серебряные нити, 2004. – С. 174

СЕКЦІЯ 4. СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ТА ДІХОВНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я

SOCJOKULTUROWE ASPEKTY ETEROMANII W POLSCE W OKRESIE XX-LECIA MIĘDZYWOJENNEGO

Mateusz Dąsal, dr, adiunkt, Zakład Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Spożycie eteru w Polsce w okresie XX-lecia międzywojennego stanowić może dla współczesnego badacza zaskakujący fenomen. Substancja, która dzisiaj wydaje się być prawie nieznaną, lub kojarzoną z historią anestezjologii, niecały wiek temu była stosowana nagminnie w całej niemal populacji w celach odurzających. Choć w kulturze popularnej przetrwał romantyczny (nawet jeśli mający mało wspólnego z rzeczywistością) wizerunek kokainisty, morfinisty czy opiumisty, to nie istnieje praktycznie w ogóle obraz osoby uzależnionej od eteru. Jest to o tyle zastanawiające, że w omawianym okresie skala spożycia tego psychoaktywnego środka jest nieporównywalnie większa od wszystkich pozostałych narkotyków razem wziętych. Wystarczy porównać skalę wykrytego przemytu: eter – kilka tysięcy kilogramów rocznie na samym Śląsku, podczas gdy wszystkie pozostałe środki w okresie 1918 – 1939 nigdy nie przekroczyły sześciu kilogramów rocznie w całym kraju [1, s. 2]. Niniejszy tekst postara się odpowiedzieć na pytanie, jakie społeczno-kulturowe czynniki doprowadziły do rozkwitu zażywania eteru, jak również dlaczego zjawisko to zostało „wyparte” z kultury oraz z pamięci historycznej.

„Czem szklaneczka wina dla Francuza i Włocha, a kufel piwa dla Niemca — tem szklaneczka eteru dla Ślązaka” – tak donosił, a w zasadzie piętnował, na swoich łamach *Kurier Czerwony* w maju 1935 roku [2, s. 8]. W kilka lat po zakończeniu I Wojny Światowej zażywanie eteru, zwanego powszechnie „kropką” lub „anodyną”, stało się powszechne nie tylko wśród dorosłych, lecz również wśród dzieci. Badania w szkołach z tego okresu wskazują, że w niektórych przypadkach nawet 90% podopiecznych miało kontakt z tą substancją [3, s. 49], natomiast liczbę zażywających, najprawdopodobniej zaniżoną, szacuje się na kilkadziesiąt tysięcy w roku 1936 [4, s. 11]. Należy jednakże zauważyć, że substancja ta była domeną przede wszystkim osób ubogich – rolników, górników, mieszkańców małych miasteczek i wsi, natomiast klasy wyższe uznawały ją za używkę plebsu, samemu preferując opiaty [5, s. 193].

Przyczyn popularności, czy wręcz powszechności, można podać kilka. Najważniejszym czynnikiem, choć nie tłumaczącym całokształtu, była niewygórowana cena. Jak podaje artykuł z 1935 roku, jeden litr eteru kosztował 10 zł, był więc tańszy od piwa i wódki, których cena wzrastała rokrocznie wraz ze zwiększającą się akcyzą. Z jednego litra substancji właściwej można było wytworzyć 10 litrów specyfiku, którego jedna szklanka wystarczała do upojenia dorosłego

mężczyzny [6, s 605]. W dobie wielkiego kryzysu, gdy alkohol był kilkadziesiąt procent droższy w kraju niż w krajach ościennych, eter zastępował go w powszechnym użyciu. Proces ten nie obejmował jedynie funkcji „fizjologiczno-psychoaktywnych”, lecz również kulturowo-symboliczne, czyli stał się elementem świąt, zabaw, wesel, „krzcin”, jak również pracy, zwłaszcza górniczej. Jak pisze Anna Kowszewicz, w środowisku wiejskim eter zastąpił alkohol w społecznych rytuałach, w budowaniu więzi, czy uroczystościach rodzinnych [5, s. 62]. W efekcie nastąpił proces przenoszenia symboli i znaczeń powiązanych z alkoholem na eter – zaczął stawać się ludowym panaceum, zwłaszcza jako środek przeciwbólowy i uspokajający, w tym również na dolegliwości u dzieci i ciężarnych. Zjawisku temu sprzyjał fakt, iż eter faktycznie stosowany był w praktyce lekarskiej oraz, że dostępny był w aptekach (do 22 II 1928 roku bez recepty), czyli partycypował jednocześnie w sferze wyższej kultury i potocznie rozumianej nauki. Z drugiej strony, podległ procesowi sakralizacji, analogicznemu jak w przypadku alkoholu. Na Dolnym Śląsku nielegalne punkty dystrybucji eteru nazywane były „kapliczkami”, a wśród ludności wiejskiej z utrudnionym dostępem do opieki medycznej zaczął być wykorzystywany podczas praktyk magiczno-leczniczych (również zastępując alkohol).

Warto również zastanowić się, czy czasem szeroko zakrojone akcje środowisk powiązanych z kościołem katolickim oraz analogicznych świeckich stowarzyszeń nawołujących do życia w trzeźwości, nie przyniosły paradoksalnego skutku promocji eteru w miejsce zdemonizowanego alkoholu. Nie ulega wątpliwości, że te same środowiska najszybciej zorientowały się z nowego zagrożenia i stosunkowo szybko (w drugiej połowie lat dwudziestych) wdrożyły akcje „anty-eterowe”, w tym również zakrojoną na szeroką skalę propagandę sięgającą do głębokich lęków społecznych (oskarżeń amatorów eteru o pedofilię, kazirodztwo i zoofilię [7, s. 395]).

Należy zwrócić uwagę na to, skąd w ogóle eter wziął się na polskiej wsi i dlaczego akurat śląskie miasteczka miały największy odsetek eteromanów. Wydaje się, że odpowiedź leży w linii zaborów, gdyż w trakcie działań wojennych żołnierze wojsk pruskich i austrowęgierskich nagminnie byli raczeni eterem, w celu zwiększenia ich walorów bojowych oraz redukcji strachu i stresu. Podobnie morfinizm nazywany był „chorobą armii”, a znaczna część weteranów wróciła do domu borykając się z problemem uzależnienia. Z podanymi powyżej przypuszczeniami ewidentnie łączy się również fakt, iż głównym źródłem eteru na ziemiach polskich w dwudziestoleciu międzywojennym były niewielkie fabryczki po niemieckiej stronie granicy (oraz w mniejszym stopniu po czeskiej) [8, s. 220].

Dlaczego więc, w świetle powyższych faktów, zjawisko eteromanii zniknęło z powszechnej pamięci? Można wskazać na kilka przyczyn. Przede wszystkim praktycznie aż do 1936 roku, czyli do czasu zwołania przez Polski Komitet do Spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii specjalnej konferencji poświęconej temu zjawisku, środowiska medyczne nie traktowały eteromanii jako narkomanii oraz odmawiały temu zjawisku rangi problemu medycznego czy nawet społecznego [9, s. 88, 91]. Ponadto, jak zostało wspomniane wcześniej, eter był uważany za używkę plebsu, nizin społecznych i „degeneratów”. Był mało „estetyczny”, a eteromana charakteryzował charakterystyczny, długo utrzymujący się, nieprzyjemny zapach. Najważniejszym chyba jednak czynnikiem jest fakt, iż eter stanowił erzac dla

alkoholu, także mieścił się w innej kulturowej kategorii niż morfina, czy opium. Upijanie się było jeszcze wtedy bardziej problemem moralnym, godnym pogardy upodleniem ciała i ducha, lecz jednocześnie rozumiałą ludzką słabością. Eter jako *sui generis* lek-alkohol oraz rozrywka niegodna wyższych sfer nie miał szans na „uromantycznienie” swojego wizerunku i zniknął z masowej wyobraźni w tym samym momencie, w którym został usunięty z rynku. A rzeczywistość Polski drugiej połowy lat czterdziestych, uszczelnionych granic, gospodarki wykluczającej niewielkie prywatne zakłady chemiczno-przemysłowe oraz szeroka dostępność wysokoprocentowych destylatów doprowadziła do zniknięcia eteru tak szybko, jak wcześniej sytuacja gospodarcza powołała go do istnienia. I tylko współczesny czytelnik stuletnich, bijących na alarm i nawołujących do trzeźwości biuletynów może się zastanawiać, jaki los czeka dzisiejsze substancje psychoaktywne, które w niektórych kręgach zdobywają coraz większą popularność.

BIBLIOGRAFIA:

1. Firstenberg, J. Eteromania na Górnym Śląsku. Streszczenie referatu wygłoszone na posiedzeniu T-wa Medycyny Sądowej i Kryminologii, dn. 15. XII.1938 [w:] „Czasopismo Sądowo-Lekarskie”, 1939, 12,1-4.
2. „Dobry Wieczór – Kurier Czerwony”, 1935, 28 V.
3. Hrabín, K. Narkomanje w szkole [w:] Polskie Towarzystwo Walki z Alkoholizmem, „Trzeźwość”, Warszawa 1934.
4. Firstenberg, J. Walka z narkomanją i handlem narkotykami na terenie sądowym, Warszawa 1936.
5. Kowszewicz, A. Motywacje używania narkotyków w kręgach polskich elit od połowy XIX wieku do roku 1939, Poznań 2014.
6. W sprawie eteryzmu na Śląsku, „Trzeźwość”, r. 1935, nr 11-12.
7. Zandberg, A. Villages... Reek of Ether Vapours: Ether Drinking in Silesia before 1939 [w:] Medical History 2010 Jul; 54(3).
8. Nelken, J. Koncepcje przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii w Polsce okresu międzywojennego, „Archiwum Kryminologii”, r. 1987, nr 14.
9. Abucewicz, M. Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstrukcjonistycznej Część pierwsza: okres międzywojenny, „Alkoholizm i Narkomania” 2005, Tom 18: nr 3.

OBRAZ WODZA – LEKARZA ARMII BIZANTYJSKIEJ WEDŁUG TAKTIKONU LEONA VI

Mgr Justyna Migoń-Sasula, doktorantka III roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Bizantyjskie traktaty wojskowe zawierały szereg wskazówek dla dowódców odnośnie organizowania i przeprowadzania kampanii wojennych, a także dotyczących aspektów taktycznych. Na dowódcy armii spoczywał nie tylko obowiązek obrony granic Cesarstwa, ale także ciążyła odpowiedzialność za życie podległych mu żołnierzy. Autorzy traktatów pozostawili takim dowódcom szereg rad, dzięki którym mogli zapewnić swoim podwładnym możliwość utrzymania ciała w

dobrej kondycji, wykorzystując opisy podstawowych sposobów unikania chorób i rozwoju ich do rozmiarów epidemii, dzięki zachowaniu elementarnych zasad sanitarnych oraz pomocy specjalnie wydzielonych służb medycznych [3, s. 32-35].

Wskazówki pozostawione w tych podręcznikach traktowały jednak zagadnienie zdrowia armii szerzej niż zakres kwestii higieniczno-medycznych, dotyczyły również duchowego i psychicznego wsparcia, które podnosić miały morale oraz waleczność żołnierzy. Na osłabienie ducha, żołnierz był narażony szczególnie po przegranej bitwie, jednak autorzy traktatów zalecali, aby stale dbać o jego zdrowie, podejmując lub unikając różnych czynności. Żołnierze bizantyjscy w trakcie kampanii wojennej mieli zatem zapewnioną podstawową opiekę medyczną, jednak przede wszystkim zwracano uwagę na stan ich ducha, którym, szczególnie opiekować miał się wódz armii – *strategos*.

Bizantyjskim traktatem wojskowym, w którym wyłania się obraz wodza jako lekarza armii jest *Taktikon* [1] autorstwa Leona VI, cesarza bizantyjskiego w latach 886–912. Tekst traktatu jest mocno oparty na starszym o trzy stulecia *Strategikonie* Maurycjusza [2], w wielu miejscach stanowiąc właściwie jego kopię, jest jednak od niego o wiele dłuższy, gdyż omówiono w nim liczne kwestie, dla których nie znalazło się miejsce w starszym tekście.

Leon VI podkreślił wagę dbałości o morale żołnierzy, wprost nazywając wodza lekarzem, którego zadaniem miało być opiekowanie się ciałem, czyli armią. Choroby, leczone przez niego, a trapiące organizm wojska, dotyczyły głównie aspektów moralnych. Autor traktatu wymienił następujące grzechy, które mogły źle wpływać na stan zdrowia tego ciała: rozrzutność, rozpusta, lenistwo, a także przesadna wiara w magiczną moc wróżb, znaków, symboli oraz snów. Armia chora, czyli ta, której żołnierze dopuszczali się owych przewinień, mogła zostać skazana przez Opatrzność na klęskę w boju, gdyż to właśnie Stwórca miał rozsądzać wszystkie ludzkie sprawy, posiadając sprawczą moc dawania zwycięstw lub zsyłania porażek. Wobec tak przedstawionej wizji świata, niezwykle istotne stawało się duchowe oczyszczenie chorej armii, by uniknąć konsekwencji płynących z choroby [1, XX, 213].

Jednym z podstawowych leków na wymienione choroby, miała być przemowa wodza do żołnierzy – to właśnie zdolności oratorskie miały znamionować prawdziwie wielkiego dowódcę [1, II, 12; 1, XX, 217]. Przemowa wodza do żołnierzy była, według Leona VI, niezwykle ważna, gdyż wyraźnie wpływała na poprawę ich psychicznej i moralnej kondycji [1, XX, 110; 181; 217]. Cesarz szczególnie podkreślał jej wagę po przegranej bitwie, gdy wielu żołnierzy poległo w boju, doznało ran i obrażeń w trakcie walki, a ich morale podupadło. Leon VI, przyznawał jej pierwszeństwo nad kosztownymi i czasochłonnymi, medycznymi działaniami lekarzy, którzy mogli wyleczyć jedynie ciało, a nie ducha rannych, wymagając długotrwałych procedur nie dających gwarancji pomyślnego rezultatu. Przemowa wodza działała zaś krzepiąco na wszystkich żołnierzy, nie tylko wybraną grupę. Mogli oni dzięki niej odnaleźć utraconą odwagę oraz wzmocnić, osłabioną niepowodzeniami i przeszkodami, wewnętrzną siłę, przez co mieli być gotowi do dalszego wypełniania swoich żołnierskich powinności, w tym do ponownej walki z wrogiem który już raz ich pobił [1, II, 12].

Cesarz podkreślał, iż decyzje wodza, nie mogą być podejmowane pochopnie, lecz wszelkie działania powinny być poprzedzone dogłębnym przemyśleniem sytuacji i wszystkich dostępnych dróg wyjścia. Wprowadzanie decyzji w życie porównał do medycznych zabiegów lekarzy, którzy długo szukają przyczyny choroby, jednak gdy ją rozpoznają, działają szybko i zdecydowanie by ją usunąć [1, II, 26]. Wódz armii miał zatem cechować się rozważą i opanowaniem, ale także pewnością siebie oraz przekonaniem o słuszności podejmowanych decyzji.

Autor traktatu wymienia inne istotne cechy, którymi musiał charakteryzować się wódz armii, występując jako wzór do naśladowania dla swoich żołnierzy. Aby móc, jako lekarz, przeciwdziałać trawiącym ducha armii chorobom, sam musiał wykazywać się szeregiem cnót [1, XX, 135] w tym zdyscyplinowaniem, skromnością, odwagą, szlachetnością, pracowitością, religijnością. Ponadto wódz musiał cieszyć się nieposzlakowaną opinią wśród żołnierzy, a także gardzić wszelkimi działaniami, w których mógł splamić się zachłannością, przedkładając swój interes nad dobro armii i Cesarstwa [1, II, 1; 3; 6; 13; 18; 22]. Chciwość dowódcy mogła bowiem doprowadzić do jego upadku [1, II, 8], sprowadzając na armię niebezpieczeństwo klęski w wojnie [1, XX, 91; 120], co w konsekwencji mogłoby doprowadzić do zguby całego Cesarstwa. Zatem, według cesarza Leona VI, aby wódz mógł przeciwdziałać zdeprawowaniu żołnierzy, odwodząc ich od popełniania grzechów i leczyć moralne zepsucie w szeregach armii, sam musiał wykazywać się duchową czystością, podobnie jak lekarz może skutecznie pomóc choremu tylko wtedy gdy jego ciała nie trawią jego własne schorzenia.

Źródła i literatura:

1. Leo VI, *Taktikon*, ed. and trans. G. T. Dennis, Washington 2010.
2. Maurikios, *Strategikon*, trans. G. T. Dennis, Philadelphia 1984.
3. Migoń J., *Sposoby leczenia i zapobiegania chorobom żołnierzy armii bizantyjskiej w świetle Taktikonu Leona VI*, [w:] *Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я*, Харків, 2014.

HIGIENA ALBO ŚMIERĆ – PRYZSTOSOWANIE SIĘ ŁACINNIKÓW DO WARUNKÓW PANUJĄCYCH W ZIEMI ŚWIĘTEJ

Mgr Łukasz Sasuła, doktorant III roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Pierwsza Wyprawa Krzyżowa zakończyła się sukcesem, jeżeli weźmiemy pod uwagę jej pierwotne założenia – zdobyto Jerozolimę oraz wiele innych miast, znacząco zmieniając układ sił w regionie. Wielu badaczy zwraca jednak uwagę na straszliwy koszt jaki zapłacili jej uczestnicy, zestawiając go z nietrwałym czy wręcz sezonowym charakterem utworzonego Królestwa Jerozolimskiego. Wbrew powszechnej opinii to nie miecze Islamu zadały krzyżowcom największe straty, lecz klimat i ukształtowanie terenów przez jakie krucjata musiała przejść. Gdyby taki

poziom śmiertelności, wynikający ze złego przygotowania wyprawy oraz nieprzystosowania do warunków panujących w Ziemi Świętej, utrzymał się po stworzeniu Królestwa, nie wytrzymałoby ono zapewne dwóch dekad, nie zbliżając się nawet do niemal dwóch wieków istnienia.

Rycerze, wojownicy i pielgrzymi, którzy pozostali po sukcesie I Wyprawy Krzyżowej w Ziemi Świętej, musieli zmierzyć się z nie lada wyzwaniem jakim była obrona zdobytych ziem przed muzułmańskim kontratakiem. Było to niezmiernie trudne, gdyż ich liczebność była śmieszna w porównaniu z armią, która zdobyła te tereny – na pozostanie w Jerozolimie zdecydowało się jedynie trzystu rycerzy i niewiele więcej pieszych wojowników. Warto dodać, że samo Święte Miasto było właściwie puste, gdyż cała jego ludność zginęła w czasie oblężenia – chrześcijanie z rąk załogi, zaś muzułmanie zostali wymordowani przez oblegających po zdobyciu miasta, ludność żydowska zaś nie znalazła litości ani u jednych ani u drugich [3, s. 113]. Podstawowym problemem przy odtwarzaniu armii krzyżowej była odległość, jaka dzieliła Jerozolimę od Europy, bo to właśnie stamtąd władcy Świętego Miasta mogli spodziewać się posiłków. Wobec praktycznej niemożności kontrolowania napływu żołnierzy z Europy, państwa krzyżowe bywały często zdane na lokalne siły. Aby je zachować, nie wystarczyło ograniczyć starcia z muzułmanami, potrzebne było także zmniejszenie umieralności wśród ludności cywilnej, w tym śmiertelności noworodków, która z nieznanых powodów była niezwykle wysoka w omawianym miejscu i czasie [5, s. 143; 9, s. 259–314]. W osiągnięciu tego niezwykle pomocna mogła się okazać znajomość lokalnych zwyczajów higienicznych oraz rozwój medycyny.

Różnica w podejściu do spraw czystości pomiędzy uczestnikami wypraw przybyłych do Ziemi Świętej z Europy, a tymi, którzy się w niej osiedlili, była olbrzymia. Za świetny przykład posłużyć mogą Templariusze. Zakony rycerskie stanowiły wzór do naśladowania w dziedzinie organizacji wojskowej, dla wszystkich wojowników chrześcijaństwa na wschodzie, stanowiły też trzon armii broniącej Ziemi Świętej przed kontratakiem islamu. [8, s. 42] Ich reguła nakazywała dbałość o czystość nie tylko ciała, ale także okrycia. Ich ubrania nie mogły być brudne i zakurzone, ani dziurawe czy nawet połatane. Wyzbywając się zbytków w noszonym odzieniu, nie gardzili jednak futrami i skórami, wiedząc jak kluczowe znaczenie dla wojownika ma ochrona ciała przed zimnem lub upałem, a także wilgocią [4, s. 69; 7, s. 125-129]. Także kwestie posiłków i pożywienia w ogóle były bardzo szczegółowo regulowane, aby ustrzec rycerzy przed zatruciem, złą dietą i marnotrawstwem [4, s. 73-75]. Szczególne znaczenie dla moich rozważań ma jednak olbrzymi postęp jaki dokonał się w zasobie wiedzy dotyczącej chorób oraz utrzymywania ciała w dobrej kondycji. Rycerze chrystusowi nie wyniszczali już swej ziemskiej powłoki postami i umęczaniem się, lecz dbali o nią, stosując zbalansowaną dietę [7, s.131; 134], ćwiczenia mające utrzymać kondycję braci oraz separując chorych, których leczono, w izolacji infirmerii, aby zapobiegać rozprzestrzenianiu się choroby [4, s. 76]. Nie oznacza to bynajmniej zaniku pobożności – chorzy zaraz po wyzdrowieniu musieli wysłuchać mszy, zaś przed udaniem się do infirmerii nakazywano im spowiedź i przyjęcie komunii, jednak dbałość o ciało i powstanie zorganizowanej opieki nad chorymi zapobiegły wybuchom kolejnych epidemii [4, s. 77]. Wszyscy łacinnicy, którzy pozostali w państwach

krzyżowych, przyjęli wiele wschodnich zwyczajów, szczególnie w dziedzinie higieny [7, s. 9.], co ułatwiało przetrwanie w tych, jakże odmiennych od europejskich, warunkach, biorąc pod uwagę skalę ofiar chorób i epidemii, które przetaczały się przez armie przybyłe z zachodu. Krzyżowcy mieli w pamięci jak wielkie straty zadał im brak dbałości o dostęp do czystej i nieskażonej wody [1, III, 1-2; 2, X, 17]. Źródła z epoki w większości pomijają te kwestie, jednak analiza znalezisk archeologicznych na terenach dawnych państw krzyżowych, dowodzi, że łacinnicy nie tylko byli pod wrażeniem zastanych założeń architektonicznych związanych z dostarczaniem do miast wody oraz wykorzystaniem jej, ale także sami z nich korzystali i przynosili je do Europy. Systemy cystern, fontann oraz łaźni, niewątpliwie pomagały miastom ustrzec się od epidemii [4, s. 182]. Rozwój nauki jaki nastąpił poprzez udostępnienie arabskich tekstów łacińskim uczonym także odbił się mocno na poziomie wiedzy w dziedzinie medycyny [3, s. 180-182]. W Ziemi Świętej nie powstały co prawda ośrodki naukowe podobne do tych jakie tworzono w Italii, ale sam dostęp do tekstów arabskich oraz możliwość tłumaczenia ich, okazała się bezcenna [3, s. 182; 6, s. 222-228]. Uczni chrześcijańscy chętnie łączyli własne doświadczenia, wiedzę wyniesioną z zachodu Europy, z informacjami zdobytymi poprzez analizę tekstów arabskich – doskonałym tego przykładem jest *Ars probatissima oculorum*, który łączy wiedzę okulistyczną szkoły z Salerno oraz pracę arabskiego uczonego Hunajna Iszakiiego [3, s. 193]. Można proces ten chyba bez wahania uznać za najważniejszy, pozytywny, efekt wypraw krzyżowych.

Mieszkańcy Państw Krzyżowych zaadaptowali swój sposób życia oraz jego organizację, aby przetrwać w trudnych warunkach Ziemi Świętej. Nie uchroniło to Królestwa Jerozolimskiego przed zniszczeniem przez zjednoczony Islam, jednak wyraźnie przedłużyło jego istnienie, drastycznie redukując śmiertelność wśród jego obrońców. Łatwo nie docenić tego sukcesu, jeżeli nie uświadomimy sobie, że kolejne fale krzyżowców przewijały się przez szeregi łacinników na wschodzie, przynosząc ze sobą do Europy cenną wiedzę i doświadczenie w takich sferach jak higiena, medycyna oraz logistyka, która umożliwiła państwom Starego Kontynentu tak szybką i skuteczną ekspansję w następnych wiekach, przy okazji podnosząc znacząco jakość życia w samej Europie.

Źródła i literatura:

1. Albert z Akwizgranu, *Historia Hierosolymitana* [w:] *Recueil des historiens des croisades*, vol. IV, Paris 1879
2. *Gesta Francorum et aliorum Hierosolymitanorum*, ed. and trans. by R. M. Hill, London 1962
3. Balard M., *Łaciński Wschód*, Kraków 2010.
4. Bordonove G., *Życie codzienne zakonu templariuszy*, Zakrzewo 2005.
5. Gregg G., *The state of medicine at the time of the Crusades* [w:] *Ulster Medical Journal*, vol. 32, Ulster 1963.
6. *Historia nauki arabskiej*, t. 3: *Technika, Alchemia, Nauki przyrodnicze i Medycyna*, pod red. R. Rasheda, Warszawa 2005.
7. Nicholson H., Nicolle D., *Rycerze Boga. Zakon Templariuszy i Saraceni*, Warszawa 2009.
8. Nicolle D., *Wojna za Wiarę*, Warszawa 2008.
9. Russel J.C., *The population of the crusader states* [w:] *A history of the crusades*, ed. by K. M. Setton, London 1985.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСНОВЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Огнев В.А., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной медицины, организации и экономики здравоохранения,

Огнева Л.Г., ассистент кафедры патологической физиологии им. Д.Е. Альперна Харьковского национального медицинского университета

Здоровье населения играет важнейшую роль в экономическом, социальном и культурном развитии общества. Сочетанное воздействие комплекса неблагоприятных факторов производственной среды, ненадлежащее выполнение обязательств по обеспечению безопасных условий труда и оказанию медицинской помощи приводит к росту общей и профессиональной заболеваемости работников здравоохранения. Низкая оплата труда, неудовлетворительные жилищные условия отражаются на состоянии здоровья, на отношении к работе, к пациентам, на качестве медицинской помощи [1].

Медицинские работники трудятся в условиях высокой эмоциональной напряжённости, что приводит к быстрому истощению нервной системы, развитию у них синдрома «профессионального выгорания».

Естественным будет отнести профессию врача к профессиям высшего типа именно по необходимости постоянной рефлексии на содержание предмета своей деятельности. Но, кроме этого, следует выделить совершенно особую специфику врачебного труда. Труд медицинских работников ответственен, требует выносливости, предполагает высокую и постоянную психоэмоциональную нагрузку, а также необходимость принятия решений в экстремальных ситуациях. Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс [2].

Профессиональная деятельность работников сферы здоровья несет в себе потенциальную угрозу развития – синдрома эмоционального выгорания – СЭВ.

Термин "эмоциональное выгорание" введен американским психологом Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 году для характеристики психологического состояния людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами, клиентами, учениками в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

Стресс на рабочем месте – несоответствие между личностью и предъявляемыми к ней требованиями является ключевым компонентом синдрома эмоционального выгорания.

Эмоциональное истощение обнаруживает себя в переживании кризисного состояния: чувствах беспомощности, безнадежности, в особо тяжелых проявлениях возникают эмоциональные срывы вплоть до суицидных побуждений. Возникает чувство "приглушенности", "притупленности" эмоций, когда специалист уже не в силах отозваться, эмоционально откликнуться на чужую боль [3].

Синдром эмоционального выгорания представляет собой состояние эмоционального, психического, физического истощения, развивающегося как результат хронического неразрешенного стресса на рабочем месте, проявляющийся в истощении, потеря мотиваций и ответственности. Развитие данного синдрома характерно в профессиях, где доминирует забота о людях. Профессиональная адаптация является необходимой для медицинского работника. У врачей, медицинских сестер и вспомогательного персонала, которые в начале своей профессиональной деятельности очень бурно переживали все события, тяжело влияющие на психику больных, например, страдания, смерть больных, операции, кровотечения, проявление психических заболеваний и т. д., постепенно развивается определенная эмоциональная сопротивляемость. В суровых драматических ситуациях, когда жизнь больного находится под угрозой, врач, скорее всего, научится анализировать и оценивать положение, делать заключения и действовать. Хотя определенная степень эмоциональной сопротивляемости необходима и понятна, все же в сознании врачей и медицинских работников навсегда должна сохраниться способность понимать больного. Развитию этого состояния способствуют определенные личностные особенности у медицинских работников – высокий уровень эмоциональной лабильности (нейротизма), высокий самоконтроль, особенно при выражении отрицательных эмоций со стремлением их подавить, рационализация мотивов своего поведения, склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью "внутреннего стандарта" и блокированием в себе негативных переживаний, ригидная личностная структура. Парадокс состоит в том, что способность медицинских работников отрицать свои негативные эмоции свидетельствует о силе, но нередко это становится их слабостью [4].

В физическом отношении профессионал постоянно чувствует усталость, отсутствие сил, сниженный энергетический тонус, у него падает работоспособность и появляются различные симптомы физических недомоганий: головные боли, бессонница, потеря аппетита или склонность к перееданию, злоупотреблению успокаивающими или возбуждающими средствами и т.д.

Психологически эмоциональное выгорание начинает проявляться в нарушении сферы отношений: постепенном развитии негативных установок в отношении себя, работы, тех, с кем приходится работать. Развитие синдрома эмоционального выгорания связано с наличием напряженной психоземotionalной деятельности: интенсивное общение, подкрепление его эмоциями, интенсивное восприятие, переработка и интерпретация получаемой информации и принятие решений.

Другой фактор развития эмоционального выгорания – дестабилизирующая организация деятельности и неблагоприятная психологическая атмосфера. Это нечеткая организация и планирование труда, недостаточность необходимых средств, наличие бюрократических моментов, многочасовая работа, имеющая трудноизмеримое содержание, наличие конфликтов как в системе "руководитель – подчиненный", так и между

коллегами. Наиболее тесные корреляции обнаружены между выгоранием и удовлетворенностью трудом.

Выделяют еще один фактор, обуславливающий синдром эмоционального выгорания – наличие психологически трудного контингента, с которым приходится иметь дело профессионалу в сфере общения (тяжелые больные, "трудные" студенты).

Еще 2500 лет тому назад Гиппократ писал в своем трактате: "он (врач) должен быть справедливым при всех обстоятельствах...в отношении духа – быть благоразумным...". Создание психологического комфорта в коллективе, то есть когда взаимоотношения с коллегами определяются общей целью, доверием и взаимопомощью, имеются условия для профессионального роста, правильно отлажена система материального и морального поощрения.

Одним из непеременимых условий трудовой деятельности является способность человека понять и контролировать условия своего труда и помнить о том, что мы сами всегда либо часть наших проблем, либо часть их решений [5].

Список источников и литературы:

1. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 82-86.
2. Псядло Э. М. Темперамент и характер в истории медицины и психологии: учебно-справочное пособие. / Э. М. Псядло. – Одесса: Наука и техника, 2007. – С. 61-132.
3. Осетрова О. А. Феномен суицида в истории западноевропейской философии: / О.А.Осетрова. – К.: Вища освіта, 2007. – С. 151-184.
4. Аршава І. Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика: дис. доктора психол. наук: спец. 19.00.02 – «Психофізіологія» / Ірина Федорівна Аршава; Ін-т психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 2007. – 480 с.
5. Маслоу А. Г. Мотивация и личность. / А. Г. Маслоу. – СПб.: Евразия, 1999. – 478 с.

СЕКЦІЯ 5.

МЕДИЧНА СОЦІОЛОГІЯ

ТВОРЧИСТЬ ЯК ПРИНЦИП САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

Гончаренко Л. О., кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії Харківського національного медичного університету

„Все, що викликає перехід із небуття в буття, – творчість”.

Платон

Існує безліч різних точок зору на характер творчості, серед яких виділимо дві основні. Першу можна назвати *інтуїстичною*, відповідно до якої творчість розглядається як мимовільне явище, чинене за допомогою інтуїції. Інтуїція ж розуміється як раптове містичне осяяння. З'являючись у сфері несвідомого, нові ідеї тільки потім проникають у сферу свідомості, де перевіряються й отримують статус нового відкриття. Така точка зору характерна для метафізично мислячих філософів і натуралістів.

Друга, *діалектична* точка зору розглядає творчість як процес, рух до бажаного результату в умовах відсутності алгоритму пошуку. Цей процес не може бути заздалегідь визначений і формується протягом самого пошуку. Такої точки зору дотримується більшість філософів, не заперечуючи при цьому роль інтуїтивного пізнання й взагалі роль несвідомого [1, с. 200].

Природу, сутність та призначення творчості можна виразити в наступних положеннях [2; 3; 4].

1. Передумовою людської творчості є такі властивості матерії, як активність і відображення. Проявом активності матерії є розвиток, який можна вважати як здатність, подібну із творчістю, що існує в самому фундаменті матерії. Здатність до творчості виникає як наслідок удосконалювання форм відображення, а її вища форма, тобто свідомість (пізнання) є основою й базою творчості. У свою чергу, творчість виступає однією з основних функцій свідомості. Таким чином, творіння нового можливо тільки на базі ідеального. Нове виступає як відображення ідеального. А це означає, що відображення й творчість, будучи різними поняттями, щільно взаємопов'язані одне з одним. Відображення – це база, фундамент творчості, а творча діяльність – це, у свою чергу, здатність людини вдосконалювати здібності людини щодо відображення.

2. Об'єктивною основою творчості є необхідність пристосування людини в нескінченно різноманітному й мінливому світі, щоб забезпечити своє виживання й подальший розвиток. Принципово нові ситуації, що не мають аналогів у минулому, не можуть бути вирішені поза творчістю. Творчість – це не самостійне утворення, що існує поряд із продуктивною й репродуктивною діяльностями, а внутрішня істотна властивість діяльності взагалі, що проявляється в її конкретних формах [5].

3. Джерелом й рушійною силою творчості є суперечності між потребами людини й наявними в неї засобами (способами), знаннями для їхнього задоволення. На цій основі складається проблемна ситуація, що вимагає свого вирішення. Вирішення суперечностей становить зміст творчості, а задоволення потреб – її ціль [6].

Специфічно людською формою активного відношення до світу виступає діяльність. Отже, творчість є діяльність людини. Однак не всяка діяльність є творчою. Розрізняють два основних види діяльності – стереотипний й оригінальний. Вочевидь, відповідь дає сама назва видів діяльності. Стереотипна діяльність припускає копіювання, повторення існуючого, його тиражування. Тільки оригінальна діяльність завершується створенням істотно нової речі. Це – класичний тип творчості [5].

4. Із попереднього положення випливає, що головною ознакою у творчості є створення нового, яке логічно виводиться з такого атрибуту матерії, як саморозвиток із внутрішньо властивою йому здатністю новоутворення. Під новим у цьому випадку розуміється не просто нещодавно створене, а саме постановка ще невідомого завдання, що не має готових правил вирішення, отримання результатів, які ще не досягалися, тобто створення оригінальної ідеї або унікального матеріального предмета, оригінальних шляхів і методів вирішення наукової проблеми.

Творчість є такою специфічною формою діяльності, що, насамперед, має справу з цариною можливого майбутнього, ґрунтується на діалектиці реальних можливостей світу, що саморозвивається. Отже, творчість не є чисто довільним, авторитарним актом, керованим якимось позивом, як запевняють ідеалісти. На ньому лежить печатка матеріального: він детермінований низкою умов матеріального характеру, не виведених із природи «чистого розуму».

Принципова новизна – головна ознака творчості, але її недостатньо, щоб отримати цілісне уявлення про сутність творчості. Не менш важливою ознакою творчості є цінність, корисність нового, яке народжується в боротьбі, не завжди відразу отримує визнання сучасників, тому що свою цінність воно не завжди виявляє наочно й вочевидь. Здатність побачити й підтримати нове – одна з найважливіших якостей керівника будь-якого рангу й професії [7].

Таким чином, творчість можна визначити як діяльність людини, що створює нові об'єкти й якості, схеми поведінки й спілкування, нові образи й знання [8, с. 704].

Сучасна психологія, на підтвердження філософських позицій, тлумачить «творчість» як втілення нашого натхнення в реальність [7]. Ще одне визначення «творчості» йде від терміну «креативність» (від англ. create – створювати, творити) – це властивості індивіда, що проявляються в готовності до створення нових оригінальних ідей, схем мислення та вирішення проблем. А. Маслоу вважав, що креативність властива кожній людині від народження, але більшість втрачає її під впливом середовища [6]. Тому вкрай важливо розуміти, що творчість – це природна здатність людини, яка розширює наші можливості та зменшує проблеми повсякденного життя [7; 8].

Вивчення механізмів і закономірностей творчості свідчить на те, що всі якості людини, які необхідні для творчості, розвиваються в процесі навчання й творчої діяльності а, отже, доступні кожній людині, що має нормальну психіку й необхідні фізичні дані. Суспільство створює об'єктивні умови для формування й реалізації творчого потенціалу особистості, визначає його, але саме особистість є тією структурною одиницею суспільства, що реалізує його завдання, функції й цілі. Саме на особистісному рівні формуються реальні людські можливості, які становлять можливості суспільства [7]. Такий підхід визначає загальні основи формування творчого підходу до справи.

Медична творчість, як й інші види професійної творчості, формується на базі творчого потенціалу особистості, яким вона володіє на момент вступу до навчального закладу. Переосмислення ролі й значення людини як суб'єкта творчості задає нові координати розгляду проблеми й розуміння творчості. Сучасна філософія розглядає творчість не як зіставлення суб'єкта й об'єкта, а як проблему існування конкретної людини у світі. Об'єктом творчості стає сама людина в єдності з тими предметними умовами, формами спілкування й самореалізації, які їй необхідно відтворювати або змінювати [8, с. 704].

Список джерел і літератури:

1. Канке В. А. Философия. Исторический и систематический курс / В. А. Канке. – М. : Логос, 2005. – 376 с.
2. Мануйлов Е. Н. Сознание и творчество / Е. Н. Мануйлов, В. М. Тулаев. – Харьков, 1993. – 45 с.
3. Філософія / за заг. ред. М. В. Попова, О. О. Закордонця. – К.-Х. : ВПШ „Контраст”, 2005. – 488 с.
4. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини. Навчальний посібник / під заг. ред. А. П. Алексеєнко, В. М. Лісового. – Харків: Колегіум, 2010. – 340 с.
5. Лекторский В. А. Деятельностный подход: смерть или возрождение / В. А. Лекторский // Вопросы философии. – 2001. – № 2. – С. 56 – 65.
6. Маслоу А. Психология бытия / А. Маслоу. – М. : ”Рефл-бук”. – К. : “Ваклер”, 1997. – 304 с.
7. Варламова Е. П. Самоосуществление творческой уникальности человека в контексте ценностей и событий / Е. П. Варламова, И. Ю. Байкова // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2002. – Вып. 6 – С. 36–48.
8. Современный философский словарь / под общ. ред. В. Е. Кемерова. – 3-е изд. – М. : Академический Проект, 2004. – 864 с.

ZDROWIE EMIGRANTÓW ZAROBKOWYCH I ICH RODZIN A WSPARCIE SPOŁECZNE I POMOC INSTYTUCJONALNA

Agnieszka Pawlak, doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii, adiunkt w Zakładzie Nauk o Rodzinie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Emigracja zarobkowa stanowi klasyczny temat badawczy w socjologii począwszy od słynnej pracy W. Thomasa i F. Znanieckiego „Chłop polski w Europie i Ameryce” wydanej w języku angielskim w latach 1920-22 (polskie wydanie – 1976), w której została zawarta socjologiczna analiza wiejskich emigrantów zarobkowych do Stanów Zjednoczonych. Zdrowie emigrantów zarobkowych jest wśród polskich badaczy emigracji stosunkowo nowym wątkiem. Należy jednak wspomnieć, że już nestorka polskiej socjologii medycyny, Magdalena Sokołowska zwracała uwagę, że migracje z jednego kraju do drugiego mogą być czynnikiem wpływającym na wzrost występowania chorób somatycznych [3, s. 53]. Z kolei w zachodniej socjologii można spotkać liczne analizy dotyczące zdrowia tak somatycznego jak i psychicznego emigrantów w pierwszym i drugim pokoleniu. Można tu wymienić np. szwedzkie badania imigrantek z Europy Wschodniej i Finlandii, z których wynika, że są one narażone na dwa razy większe ryzyko rozwoju choroby wieńcowej niż kobiety urodzone w Szwecji [2, s. 94]. Natomiast z badań prowadzonych na zlecenie UE wynika, iż wzrosła wśród migrantów, również migrantów poakcesyjnych z Polski, umieralność z powodu chorób kardiologicznych, np. z powodu nadciśnienia tętniczego [1 s. 94].

W publikacjach poświęconych zdrowiu emigrantów poruszane są zazwyczaj następujące aspekty:

- czynniki ryzyka zdrowotnego migrantów,
- stan zdrowia i specyfika objawów obserwowanych w trakcie migracji,
- zdrowie grup specjalnych – uchodźców i ofiar handlu ludźmi,
- uwarunkowania i poziom korzystania przez migrantów z opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym,
- kulturowe konteksty zachowań migrantów w kraju przyjmującym,
- porównanie stanu zdrowia populacji migrantów i populacji kraju przyjmującego,
- rozliczenia kosztów świadczeń medycznych między krajem przyjmującym a wysyłającym,
- transfer „białego personelu” i transfer opieki [1, s. 87].

W niniejszym wystąpieniu skupię się głównie na czynnikach ryzyka zdrowotnego emigrantów oraz na stanie ich zdrowia i zdrowia ich rodzin. Celem mojego wystąpienia jest przedstawienie wyników badań własnych realizowanych metodą jakościową (wywiady swobodne z emigrantami i ich rodzinami) od 2010 roku. Badania są realizowane w ramach projektu *Poakcesyjne migracje zarobkowe a model rodziny i ryzyko zdrowotne*.

Badaniami empirycznymi objęłam szczególną grupę emigrantów – emigrantów wahadłowych, którzy żyją w dwóch społeczno-kulturowych rzeczywistościach

podejmując pracę poza granicami kraju (zazwyczaj nisko płatną, dekwalifikującą) i uczestnicząc jednocześnie w życiu rodzinno-towarzyskim w kraju pochodzenia (w tym celu wykorzystuje się różnego rodzaju komunikatory). Emigrant wahadłowy żyje najczęściej według następującego schematu – wyjeżdża na kilka miesięcy do pracy (zazwyczaj bardzo intensywnej, dwuetatowej), przyjeżdża na kilka tygodni do domu, by odpocząć, побыć z rodziną i „podreperować” swoje zdrowie. Przy czym obserwuje się następującą zależność – im dłużej trwa emigracja, tym okresy pobytu za granicą stają się dłuższe, a okresy pobytu w domu coraz krótsze i mniej regularne. Druga zależność jest taka, że pewna grupa emigrantów wahadłowych decyduje się po pewnym czasie na sprowadzenie do kraju emigracji członków rodziny.

Emigranci zarobkowi są grupą w dużym stopniu narażoną na ryzyko zachorowania na choroby somatyczne i psychiczne związku ze specyficzną sytuacją, w jakiej się znajdują. Żyjąc w dwóch „światach”, w żadnym w sposób pełny, narażeni są na powierzchowność relacji, brak zakorzenienia oraz problemy z tożsamością. Emigracja powoduje też nierzadko problemy w relacjach z partnerem i dziećmi, co może rodzić poczucie wyobcowania w rodzinnym domu, stany depresyjne, a czasem być przyczyną podejmowania zachowań samobójczych. Fizyczna nieobecność skutkuje bowiem zmianami w obrębie ról rodzinnych, nowym podziałem praw i obowiązków, w których nie uwzględnia się emigranta. Ten nowy porządek nie ulega zazwyczaj odwróceniu podczas kilkutygodniowego pobytu emigranta w domu i ma tendencje do utrwalania się także po zaprzestaniu emigracji.

Zdrowie somatyczne emigranta może się natomiast pogarszać wskutek podejmowania tzw. prac 3d (*dull, dirty, dangerous*), złych warunków mieszkaniowych, nabywania złych nawyków żywieniowych i ogólnie antyzdrowotnego stylu życia (nieregularne posiłki, stosowanie półproduktów do ich przygotowywania, odżywanie się w *fast foodach*), stosowania używek (alkohol, narkotyki). Celem emigranta zarobkowego jest zdobycie jak największej ilości pieniędzy w jak najkrótszym czasie. Dlatego też oszczędza on na wynajmie mieszkania (normą jest mieszkanie z kilkoma, kilkunastoma innymi emigrantami) i jedzeniu.

W związku z powyższym rodzą się następujące pytania do rozstrzygnięcia

1. Czy emigranci zarobkowi i ich rodziny (pozostające w kraju lub również emigrujące) powinni być objęci specjalnym programem ochrony zdrowia, który uwzględniałby ich sytuację i problemy?
2. Czy opracowanie programu zdrowia dla emigrantów powinno znaleźć się w gestii władz kraju ojczystego emigranta, kraju docelowego emigracji, obu krajów, czy też stanowić element szerszego programu realizowanego na szczeblu unijnym?

Podczas prezentacji chciałabym również poruszyć kwestię wpływu wsparcia społecznego w kraju emigracji (rola i znaczenie sieci migranckich) i w kraju pochodzenia (wsparcie ze strony rodziny, społeczności lokalnej) w niwelowaniu przynajmniej niektórych czynników ryzyka zdrowotnego wśród emigrantów.

Bibliografia:

1. Kawczyńska-Butrym Z., *Migracje – wyzwanie dla socjologii zdrowia i medycyny*, (w:) Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej, pod redakcją W. Piątkowskiego, Warszawa 2010.
2. Leao T.S., Sundquist J., Johansson S.-E., & Sundquist K., *The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a cross-sectional study*, „Ethnicity & Health” 2009, Vol. 14, No. 1.
3. Sokołowska M. *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986.

DECLINE OF SOCIAL TRUST FOR HEALTH CARE SYSTEM AND MEDICAL OCCUPATIONS IN POLAND – THE PERSPECTIVE OF PHYSICIANS AND MEDICINE STUDENTS

Stempień Jakub Ryszard PhD, lecturer, Department of Sociology, Medical University of Łódź

Tkaczyk Marcin Professor, Department of Paediatric Didactics, Medical University of Łódź; Department of Pediatrics, Immunology and Nephrology, Polish Mother's Memorial Hospital Research Institute.

Introduction

One of many problems that heads of Polish health care system and politicians responsible for this system have to face with, is the problem of decline of social trust. Poles do not trust doctors and are not keen on esteeming them. The latest survey by Public Opinion Research Centre (CBOS) showed that the social deference for physicians is lower than deference for firemen, university professors, qualified workers, miners, teachers and nurses (71% of respondents declared they respected physicians) [1, p. 1–4]. As Jakub Ryszard Stempień states, “many facts prove that the Polish society does not bestow trust upon medicals and the health care institutions. Physicians are perceived often as grafters, whose blameworthy performances should be precisely controlled, made public and punished” [2]. Many of Poles reckon that doctors are incompetent (25%), do not interested in their work (31%) and unfair when treating patients (not treating all patients in the same way: 51%) [3, p. 1–2].

According to Mieczysław Gałuszka, the problem of atrophy of moral ties among the occupational group of physicians is to be analyzed [4, p. 109–125]. The most vital issue is corruption and its four variants: 1/ corruption among the doctor-patient relation; 2/ corruption among the doctor-pharmaceutical industry relation; 3/ informal economy among health care system; 4/ nepotism in health care institutions' functioning [4, p. 109–125].

The problem of corruption among public health care system in Poland is widely described by mass media. This theme seems to be attractive to Poles as one of

points in the public debate. This leads to two consequences: 1/ public opinion on medical occupational group is critical one; 2/ physicians have to function and work in a hostile social environment. It should influence their performance and the way they perceive their own occupational group. The appearance of besieged fortress syndrome is to be expected. This is a particular, specifically Polish problem and perspective, but of course physicians in Poland have to face – as a professional group – also some universal problems of medical occupational crisis (i.a. free access to more or less adequate health information via Internet, demystification of medical knowledge, consumer movement and medicine corporatization) [5, p. 140-179; 6, p. 110; 7, p. 255–258]. The conducted survey (which most vital results will be presented here) gives an opportunity to verify hypothesis of besieged fortress syndrome.

Material and methods

The aim of the research was to identify opinions of physicians and students of medicine on how medical occupations are perceived by Polish society. The context for the research and the analysis was the decline of social trust for health care system and – especially – representatives of physician profession in Poland.

The survey was conducted during 2013/2014 academic year, with usage of specially operated questionnaire (two versions: A and B) filled by research participants. Both versions of the questionnaire were similar: some questions were the same, while the other were twin and related (referring to the same social phenomena and problem, but asking about it in a different way). The total research sample was 379 people, of which: 203 filled version A of the questionnaire, while 176 filled version B of it. Following groups of respondents were represented in the survey: 1/ physicians from Lodz (N=151); 2/ students of Faculty of Military Medicine at Medical University of Lodz (N=228). Collected data was analyzed with MS Excel package, according to descriptive statistics' standards.

Results

Majority of respondents (74% – summed percentages of answers: “very high deference” and “high deference”) manifested their belief, that physicians were highly respected in Polish society. It should be stressed, that medicine students (86%) were more convicted about the high social esteem for physicians, than surveyed doctors (52%). Doctors (79%) more often than students (58%) claimed that physicians should be more (than in fact they were) respected in Polish society.

Table 1. Public opinion on physicians in Poland – perceived by physicians and medicine students (N=176; in %)

	Physicians (N=80)					Students (N=96)				
	<i>You will find here some opinions about physicians. Do you think that Poles agree with these opinions?</i>	The majority of Poles agree with this opinion.	The majority of Poles do not agree with this opinion.	Hard to say	Lack of data	Total	The majority of Poles agree with this opinion.	The majority of Poles do not agree with this opinion.	Hard to say	Lack of data

Physicians are competent.	25	54	20	1	100	39	43	19	-	100
Physicians are honest.	10	70	19	1	100	9	70	21	-	100
Physicians are engaged in their work.	29	49	20	3	100	31	53	16	-	100
Physicians are friendly.	13	60	26	1	100	16	54	30	-	100
The way physicians treat their patients depends only on patients' health condition.	13	65	21	1	100	22	69	9	-	100

Source: own elaboration

According to respondents, Poles see physicians as incompetent (54% in group of physicians and 43% in group of students), dishonest (respectively: 70% and 70%), unfriendly (respectively: 60% and 54%) and not interested in performing their duties (respectively: 49% and 53%). What is more, surveyed physicians (65%) and medicine students (69%) reckoned that in Poles' opinion, doctors were unfair and the way physicians treated their patients depended on other factors than patients' health.

Table 2. Physicians' and medicine students' opinion on physicians in Poland (N=203; in %)

<i>You will find here some opinions about physicians. Do you agree with these opinions?</i>	Physicians (N=71)					Students (N=132)				
	I agree with this opinion.	I do not agree with this opinion.	Hard to say	Lack of data	Total	I agree with this opinion.	I do not agree with this opinion.	Hard to say	Lack of data	Total
Physicians are competent.	72	7	20	1	100	65	8	27	-	100
Physicians are honest.	44	13	42	1	100	39	11	49	-	100
Physicians are engaged in their work.	62	8	28	1	100	55	8	36	-	100
Physicians are friendly.	35	21	42	1	100	30	18	51	1	100
The way physicians treat their patients depends only on patients' health condition.	25	42	32	1	101	22	41	37	-	100

Source: own elaboration

What is surprising, many of physicians and medicine students – in some way – agreed with the anticipated critical public opinion on physicians occupational group in Poland. Respondents of both researched groups found it difficult to answer question: do physicians are honest or not (42% in group of physicians and 49% in group of students). The same refers to the problem of friendliness (respectively: 42% and 51% for option “hard to say”) and fairness when treating patients (respectively: 32% and 37%). Doctors as well as students manifested only their belief in professional competence and knowledge and engagement in work.

Conclusions

The professional group of physicians in Poland function in stressing, hostile social environment. The strategy of integrating threatened own group (besieged fortress syndrome) do not seem to be implemented. In fact, some critical clues and issues observed in mass media information are to be accepted by physicians. This refer also to medicine students who aspire to membership in the highly criticised (or in some cases even stigmatised) professional group. The question of their motivation could be an interesting field for sequent surveys.

Acknowledgments

Authors would like to thank kindly to all persons, whose help and goodwill allowed to conduct presented study: professor Dariusz Moczulski Vice-Dean of Faculty of Military Medicine at Medical University of Lodz (for his acceptance for implementation of the survey) and Mrs Karolina Szczepaniak, Mrs Katarzyna Woźniak and Mrs Aleksandra Dębińska for their participation in surveying and coding data into the database.

REFERENCES:

1. Cybulska A. [2013], *Prestiż zawodów*, report PORC/CBOS nr 4922.
2. Stempień J.R. [2013], *Civic monitoring of health service in Poland among the activity of non-governmental organizations*, (in:) conference materials of International Scientific Conference “Historical, economic, social, philosophic and educational aspects of health service development” by Kharkiv National Medical University.
3. Hipsz N. [2013], *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej A.D. 2014*, report PORC/CBOS nr 5046.
4. Gałuszka M. [2003], *Spoleczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*, Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
5. Studzińska-Pasieka K. [2008], *Profesja lekarska w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, (in:) M. Gałuszka (edit.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Łódź: Uniwersytet Medyczny w Łodzi.
6. Freidson E. [1988], *Professional Powers: A Study in the Industrialization of Formal Knowledge*, Chicago: University of Chicago Press.
7. Ostrowska A. [2009], *Modele relacji lekarz-pacjent*, (in:) A. Ostrowska (edit.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: IFiS PAN.

NEW AREAS OF MEDICALIZATION – THE MEDICALIZATION OF PUBLIC AND PRIVATE SPACE

Magdalena Wieczorkowska, PhD, lecturer, Department of Sociology, Medical University of Łódź

The process of medicalization means that “nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders” [1, p.4]. In the historical perspective it is a process of taking normal and / or natural life events, states and behaviors into medical jurisdiction. Thus, medicine becomes an instrument of control over an individual as well as over the society [2, 3]. Conditions that were previously under the control of family or educational institutions are now being defined in terms of pathology and illness and are under the medical surveillance.

Early definitions of medicalization assumed that the problem must be moved onto medical professionals` jurisdiction. The latest concepts underline the role of new agents broadening the definition of the process and making medical professionals one of the possible but not the essential element of the medicalization process. The list below depicts new aspects of this process described in recent works devoted to the medicalization [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8]:

- The shift from the medical imperialism to new agents of medicalization (media, consumers, managed care model, pharmaceutical industry, genetic paradigm, biotechnology) and focus on its role in medicalizing new areas of life;
- Broadening the definition of medicalization and the research field;
- Introducing degrees of medicalization to show that the process have different dynamics and to show its complexity. Moreover, recent papers claim that a condition can be medicalized and demedicalized at the same time (taking into account different levels and aspects of the analysis);
- Underlining that the medicalization process became gendered – focus on the medicalization of the females and males bodies.

To sum up, the medicalization thesis „examines how medicine and the emerging engines of medicalization develop and apply medical categories, and, to a lesser degree it focuses on how the populace has internalized medical and therapeutic perspectives as a taken-for-granted subjectivity” [1, p.14].

Among many conditions and areas that have been medicalized, including emotions, school problems or ageing, one can find space: “problems in everyday life are increasingly treated as medical issues and defined in medical terms. Within architecture this medicalization largely takes two forms: spaces themselves are being described with language such as “sick” or “healthy” and architecture increasingly incorporates solutions from the medical field to address issues of health” [9, p. 17].

Public space is a physical space which is widely available, and in which a city`s social life is being performed. In such areas one can perform a huge spectrum

of interactions and actions that are public and social (manifestations, religious ceremonies, artists` performances, commerce) [10]. Private space usually is defined as an opposition to the public one – as a place that belongs to a certain person(s), is not available to everyone (access restricted) and it serves only a certain type of relations (including intimate ones).

Table 1. THE MEDICALIZATION OF PUBLIC AND PRIVATE SPACE – SELECTED ASPECTS

THE MEDICALIZATION OF PUBLIC SPACE	THE MEDICALIZATION OF PRIVATE SPACE
<ul style="list-style-type: none"> • The city as the body – a metaphor of “green lungs” – green zones (parks, playgrounds, forests) to create the impression of living close to nature; an antidote to the urban lifestyle; • The city as a cure – people are sick because the city is sick; the design must be changed to make both healthier (actions include diminishing pollutions, walking or riding a bike rather than driving a car, the concept of fit/fat buildings which can keep us in a good condition or worsen our health); • Therapeutic architecture – facilities for the disabled persons (lifts, sound signals on the crossroads, sidewalks and buildings adjusted to their needs; facades with surfaces absorbing urban dust; using non-toxic healthy materials when building; • Sterile spaces – designing offices and public spaces as hypoallergic (materials used, artificial plants, hospital-like design); • Placebo architecture – hospital and its surroundings as a substitute of a medication. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganization of space in relation to a certain condition, eg. for a disabled person on a wheelchair (lowering of the switches, eliminating architectural barriers), for an allergic (eliminating carpets, curtains, pets etc.); • „Cubbies” for medications, cosmetics, food and medical documentation so as it wouldn`t be visible to others; • Devices to cope with illness (glucometer, peakflowmeter) or to keep the body in a good condition (treadmill); • Opening the private space for strangers – doctors, nurses; • Regulation of warmth, humidity etc. to keep the space and air healthy.

Source: own elaboration based on [9]

Table 1 demonstrates selected examples of the medicalization of both – public and private – spaces. While analyzing it becomes clear that both types of space can be medicalized in two different ways:

- By the sick, in order to get well or to adapt to the new reality with a disease (therapeutic function);
- By the healthy, to be healthier, to keep their bodies in a good shape (enhancement function).

While analyzing the medicalization of private space one can notice that it is more a bottom-up than the top-down process. It is individuals and groups that recognize the need to reorganize their homes and flats. While the medicalization of the public one is rather a top-down than a bottom-up process with health strategies and policies imposing some forms of reorganization that lead to the medicalization.

The topic is not investigated as yet and it seems that it deserves deeper reflection with a thorough empirical research based on a triangulation of quantitative and qualitative methods including tools of visual sociology.

References:

1. Conrad P., *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, 2007.
2. Wieczorkowska M., *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, (in:) *Przegląd Socjologiczny* T. 61, nr 2, 2012, p.31-56.
3. Conrad P., Schneider J. W., *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Philadelphia, Temple University Press, 1992.
4. Bird Ch.E., Conrad P., Fremont A.M. (ed.), *Handbook of Medical Sociology*, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, 2000.
5. Conrad P., Leiter V., *Medicalization, Markets and Consumers*, (in:) “*Journal of Health and Social Behavior*”, 2004, vol. 45, pp 158-176.
6. Conrad P., *The Shifting Engines of Medicalization*, (in:) “*Journal of Health and Social Behavior*”, 2005, vol. 46, p. 3-14.
7. Davis J.E., *How Medicalization Lost Its Way*, (in:) “*Society*”, 2006, vol. 43, Number 6, p. 51-56.
8. Halfmann D., *Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices and Identities*, (in:) „*Health*”, 2011, p. 1–22.
9. Borasi G., Zardini M., (eds.), *Imperfect Health. The Medicalization of Architecture*, Canadian Centre For Architecture, Lars Müller Publishers, 2012;
10. Rochmińska A., *Centra handlowe jako przestrzenie hybrydowe*, 2014 electronic document
http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/4418/Rochminska_Centra%20handlowe%20jako%20przestrzenie%20hybrydowe.pdf?sequence=1 (access 09.06.2015)

СЕКЦІЯ 6.
ПЕРСОНАЛІ ВИДАТНИХ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я

ХИРУРГ, ГЕНЕРАЛ-МАЙОР МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
ПЕТР ВАСИЛЬЕВИЧ МАНДРЫКА (1884-1943 гг.)

Вовк Я.Р., Линник М.С., студентки 1 курса факультета лечебного дела и педиатрии Белгородского государственного национального исследовательского университета



Мандрыка П.В.

Во все времена славилась земля русская талантами. Многих выдающихся деятелей искусства, культуры, науки, а также медицины она воспитала. И наша Белгородская область не является исключением. Пётр Васильевич Мандрыка – настоящее «сокровище Белогорья», истинный профессионал своего дела.

10 июня 1884 года в Самаре в семье составителя русско-украинского словаря В.А. Мандрыки появился на свет сын Петр. Несмотря на то, что в семье уже были дети, к нему отношение было особое. Не по годам смыслённый и серьёзный мальчик всегда был главной надеждой и опорой родителей.

Ещё в детстве Пётр определился со своей будущей профессией, и поэтому, повзрослев, поступает на медицинский факультет Харьковского университета.

Трудовую деятельность Пётр начал рано [1, с. 184]. Уже с первого курса он занимался репетиторством с детьми из обеспеченных семей, а на пятом курсе подрабатывал врачеванием в селе Николаевка Валуйского уезда Воронежской губернии. После окончания университета сомнений не возникло, и Пётр Васильевич отправляется в любимое село.

Осенний день 1910 года стал первым трудовым днём Петра Васильевича в качестве николаевского земского врача [1, с. 186]. Молодой специалист горел желанием помочь крестьянам. В то время свирепствовали сифилис, дифтерия и скарлатина. Стороной крестьянские дома не обходила и чахотка. Врач выполнял обязанности хирурга, акушера, терапевта и стоматолога, что подтверждает его профессионализм. Он принимал самое активное участие в ликвидации эпидемий холеры, сыпного и брюшного тифа, охвативших страну и Валуйский уезд в 1910–1912 гг. В это же время он явился организатором и инициатором создания детских ясель, роль которых остается актуальной и сегодня.

Умения и навыки Петра Васильевича не остались без внимания, и он был направлен в Петроград для повышения квалификации. По возвращению возглавил Валуйскую земскую больницу. Во время его руководства это лечебное учреждение превратилось в образцовое, а П.В. Мандрыка стал одним из самых уважаемых людей в городе.

С началом Первой мировой войны Пётр Васильевич был призван на военную службу в качестве хирурга санитарного поезда № 86, начальником которого был известный организатор российской медицины А.Ф. Акопенко [1, с.185]. Это были поистине тяжёлые годы. Приходилось сутками бороться за жизни раненых. В непростой период его поддерживала сестра милосердия – Нина Григорьевна Ванюшина, которая впоследствии стала супругой Мандрыки и верным другом.

В 1918 году Петр Васильевич был вновь призван на военную службу в качестве врача-хирурга, а уже в 1921 году его назначили заместителем начальника госпиталя.

Не для кого не секрет, что Мандрыка был лечащим врачом М.В. Фрунзе и К.Е. Ворошилова. Они ценили не только его высокий профессионализм, но и умение быть хорошим товарищем. С Климентом Ефремовичем врача связывала 20-и летняя дружба. Они часто встречались на семейных праздниках и охоте.

С огромной благодарностью отзывался о Петре Васильевиче летчик М.М. Громов. В своей книге «Через всю жизнь» он упоминает тот случай, когда хирург спас ему жизнь. Летчику требовалась сложная операция. И среди лечащих врачей возник спор: делать переливание крови или нет. Решающим стало мнение Мандрыки: «С таким здоровьем, Михаил Михайлович, обойдетесь без переливания крови». Операция и лечение были успешными, за что Громов всегда был благодарен своему спасителю.

Водитель Мандрыки В.М. Фролова упоминает и тот факт, что талантливый врач был вхож в семью Сталина, куда она его очень часто возила. Когда умерла Надежда Аллилуева, Пётр Васильевич отвечал, что причина смерти аппендицит. И это понятно, ведь вопросам врачебной тайны он уделял особое внимание.

С 1923 начальник и главный хирург Московского военного госпиталя № 5 (ныне Центральный военный госпиталь его имени). В своём же госпитале Пётр Васильевич особое внимание уделял младшему персоналу: «Успех

хирурга зависит наполовину от санитарочки и медсестры, поэтому из трёх тысяч удачных операций полторы тысячи я адресую им» [2].

В 1930-х годах Мандрыка был направлен в научные командировки в Германию, Бельгию и Египет.

Петр Васильевич был выдающимся организатором лечебного процесса в госпитале, особенно это проявилось в годы Великой Отечественной войны. Раненые красноармейцы поступали в госпиталь уже с первых ее дней. На лечении болезней и ранений в нем находились командующие фронтами и армиями, в том числе Л.А. Говоров, Д.Д. Лелюшенко, будущий маршал авиации С.А. Худяков. Мандрыка П.В. оперировал до последнего дня и 8 июня 1943 году умер в кабинете от инфаркта. 20 лет он стоял у руля госпиталя. Петр Васильевич был похоронен на Новодевичьем кладбище в Москве.

Прошли годы, многие поколения сменились, но до сих пор Белогорье не забывает о выдающемся враче и прекрасном человеке — Петре Васильевиче Мандрыке.

Список источников литературы:

1. Зеликов А. Я. По воле памяти своей.../ А.Я. Зеликов. – Белгород : Белгородская областная типография, 2008. – 904 с.
2. Щербаченко В. Военный хирург Петр Мандрыка / В. Щербаченко // Крестьянское дело. – 1995. – № 22 (июнь).

FAMOUS DOCTORS OF LEBANON

Dally I., 1st course student, group 4, the 6th Faculty for International Students, Kharkiv National Medical University

During its history the humanity seeks the ways to improve the life. In Lebanon many people searched for different ways to improve healthcare, make it better and deliver it to its maximum peak of success and gave Lebanon good reputation in the field of health care. The most outstanding from these people were prof. Sami Ibrahim Haddad and Doctor Afif Abdul Wahab.

First one, Prof. Sami Ibrahim Haddad achieved preparatory education at the Bishop Gobat School (1901–1905) and the English College (1907–1909) in Jerusalem. It left an indelible mark on him. His assertiveness, honesty, discipline, and austerity most probably derived from his early Scottish high school teachers in Jerusalem, where he earned the Gibbon Memorial Prize in July 1906. He graduated from the Syrian Protestant College (SPC) with a Medical Doctor (MD) degree in 1913. For seven years after graduation (1913–1919), he practiced general medicine and public health, and taught the basic medical sciences at SPC. In 1919, he was nominated physician in charge of the Mental Disease Hospital at Asfuriyeh. When the US King-Crane Commission (created by President Woodrow Wilson to poll

public opinion in Syria, Lebanon and Palestine) arrived in Beirut, he became its physician and interpreter.

Before he joined the Department of Surgery of the American University of Beirut as Adjunct Professor of Surgery in 1929, he was granted a Rockefeller fellowship. He traveled to the United States of America for training in urology at the Johns Hopkins University under the mentorship of Dr. Hugh Hampton Young. After ten years of industrious preparation and study (1913–1922), Haddad embarked on the path of teaching and practicing urology and surgery.

He taught medical students, interns, and residents and operated on several patients. In his spare time, he collected Arabic medical manuscripts and wrote about the history of Arabic medicine. He kept abreast of new medical developments through trips abroad to the United States, Austria, Brazil, Australia, Iraq, Qatar, England, France, and Spain. During his trips, he photographed Arabic medical manuscripts and other important documents related to the history of Arabic medicine in the libraries of Paris, London, and Jerusalem.

He became a member of the International Society for Surgery in 1931, a Fellow of the American College of Surgeons in 1934, a member of the Council of AUB, and in 1941, Chairman of AUB's Department of Surgery and Dean of its Medical School. He was awarded the Lebanese Honorary Golden Order of Merit both in 1954 and 1956. He was proficient in Arabic and English and learned French, German and Syrian for his archival research in history. He wrote almost a hundred articles on various medical topics including general surgery and urology, and half in English a half in Arabic. Ten of his books were written in English, including "Notes on Embryology Essentials of Urinary and Genital Disease" and eight volumes of the Annual Report of the Orient Hospital "The Contributions of the Arabs to the Medical Sciences" and "The Tradition according to Omar" were written in Arabic. His articles on urology dealt with cystoscopy, pyelography, hematuria, genitourinary tuberculosis, renal and ureteral lithiasis, hemangioma of the urinary bladder, calculi, prostatic enlargement, and prostatic cancer.

He also published articles on various forms of cancers, and the art of surgery. His research on the history of medicine resulted in articles on hospitals in the Arab world, Ibn al-Nafis (the 19th-century physician who discovered pulmonary circulation), Hippocrates, Galen, Arab dentistry, cesarean section, medical ethics, medical biographies, and a catalogue of the Arabic medical manuscripts he had collected. He also wrote the history of Arabic script, the medical problems in Arab countries, and the Mameluke documents concerning the church of the Nativity in Jerusalem [1].

Second one, Doctor Afif Abdul Wahab (1915–2003) was a Lebanese doctor, general surgeon and urologist, businessman and philanthropist, born and raised in El-Mina. After receiving his Medical Doctorate from the American University of Beirut in 1941 he opened up a hospital in his hometown of El-Mina in 1946 in partnership with Dr. Joseph Yamine and Dr. Richard Jebara, for a short period before moving to Saudi Arabia in 1949. Again with Drs. Yamine and Jebara, Abdul Wahab opened the first Arab-owned hospital in Jeddah, The Lebanese Hospital in Jeddah,

and was one of the first medical doctors to live and work in Saudi Arabia. In 1953 Abdul Wahab received the Saudi citizenship from King Saud Bin Abdul Aziz, in 1962 all three partners opened another hospital in the eastern province of Saudi Arabia, Ash-Sharq Hospital, which was a medical contractor for ARAMCO.

In 1971, Abdul Wahab started industrial entrepreneurship in Saudi Arabia. He retired and moved to London in 1981, and lived there until moving back to Lebanon at the end of the Lebanese Civil War in 1992. He participated in the country's resurrection by getting involved in charity work as a philanthropist, establishing several scholarships and funds at local universities and foundations.

Abdul Wahab, along with Dr. Yamine received the National Cedars Medal from Lebanese president Suleiman Frangieh, which is the highest honor given to a Lebanese citizen. He died in January 2003, aged 87 [2].

In conclusion it can be said that prof. Sami Ibrahim Haddad and Doctor Afif Abdul Wahab gave a great contribution to Lebanese health care. They dedicated their life to medicine and for the help and need of people and for that Lebanese people are grateful and proud. Researches have given medicine many things being able to cure a lot of people in a very short period of time, and the most important of all was being in the right place to give knowledge and expertise when their country needed it.

SOURCES AND LITERATURE:

1. Haddad F. S. Sami Ibrahim Haddad [Electronic document] / Haddad F. S., Haddad S. S. – Access mode: <http://cme.saint.roch.free.fr>

2. Afif Abdul Wahab [Electronic document]. – Access mode: http://www.cyclopaedia.de/wiki/Afif_Abdul_Wahab

Complete works: Dr. Sami. I. Haddad : history of Arab medicine [Electronic document]. – Access mode: www.arabicacademy.com/arabic/history

**GEN. DYW. PROF. BOLESŁAW SZARECKI (1874 – 1960), ABSOLWENT
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIWERSYTETU W CHARKOWIE,
PATRON WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W ŁODZI**

*Czesław Jeśman, kierownik Zakładu Historii Medycyny, Farmacji i Medycyny
Wojskowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

*Zbigniew Kopociński, doktor nauk medycznych, asystent 105. Kresowy Szpital
Wojskowy z Przychodnią w Żarach,*

*Krzysztof Kopociński, doktor nauk medycznych, kierownik Pododdziału Okulistyki
105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią w Żarach,*

*Agnieszka Młudzik, doktorantka stacjonarnych studiów doktoranckich Uniwersytetu
Medycznego w Łodzi*



A handwritten signature in cursive script, which appears to read 'B. Szarecki'.

Fot. 1: Gen. dyw. prof. dr med. Bolesław Szarecki

Bolesław Szarecki urodził się w Mińsku Litewskim 17 marca 1874 roku. Był synem polskiego kolejarza Jerzego Szareckiego. Wielodzietna rodzina Szareckich żyła praktycznie w ubóstwie a nawet nędzy. Po ukończeniu szkoły powszechnej w 1886 r. kontynuował naukę w Mińskim Gimnazjum Klasycznym. W tym okresie nie wolno było używać zwrotu „Polska”, ojczyzna Szareckiego i wszystkich Polaków była wówczas rozdzielona pomiędzy trzech zaborców – Austrię, Prusy i carską Rosję. Jednak pośród polskiej ludności wciąż żywy był duch patriotyzmu i miłości do Ojczyzny. Nie umarły wciąż w Narodzie pragnienia wolności i niepodległości pomimo wyniszczającej polityki zaborców. Młody Bolesław miał tego samego ducha tęsknoty

za wolną Polską. Stąd za kilkakrotne wypowiedzenie w gimnazjum na lekcjach historii słowa „Polska” zamiast obowiązkowego, propagandowego określenia „Priwislanskij Kraj” (Kraj Przywiślański) został wydalony ze szkoły. Był wtedy w drugiej klasie tegoż Gimnazjum [1]. W tej sytuacji także przymuszony koniecznością odciążenia rodziny musiał wyjechać do Kijowa, gdzie po egzaminach został przyjęty do Wojskowej Szkoły Felczerskiej. We wspomnieniach tak pisał: „Ten niedostatek, ta bieda była główną przyczyną, która mnie pchnęła do wstąpienia do szkoły wojskowej (...), cieszyłem się, że rodzicom będzie lżej” [1]. Nauka w Szkole trwała 4 lata, była bezpłatna, ale istniał nakaz odświeżenia każdego roku nauki w armii cesarskiej przez okres 18 miesięcy, co po czterech latach dawało 6 lat obowiązkowej służby wojskowej. Wojskowa Szkoła Felczerska była pod ścisłym nadzorem władz rosyjskich, wyróżniała się między innymi tym, że nie wolno było w niej mówić po polsku. Mimo tej przykrew dla Bolesława sytuacji to właśnie w tej Szkole odnalazł swoje powołanie lekarza, tutaj pojawiła się w nim pasja wobec medycyny, a w szczególności chirurgii. Tu nauczył się solidności w nauce, uczciwości w życiu i niezbędnej w zawodzie lekarza postawy empatii wobec pacjentów.

Po ukończeniu Szkoły Felczerskiej w wieku 18 lat Bolesław powrócił do Charkowa i podjął pracę w Wojskowym Szpitalu Klinicznym na oddziale chirurgicznym. W tym czasie z powodu ciężkich chorób zmarła jedna z jego siostr i brat. Aby wesprzeć finansowo rodziców i pozostałe rodzeństwo Bolesław przyjmował ponadwymiarowe, dodatkowe dyżury.

W 1896 r. eksternistycznie zdał egzamin dojrzałości w I Męskim Gimnazjum Klasycznym w Charkowie z oceną bardzo dobrą. W tym samym roku został przyjęty na Wydział Lekarski Uniwersytetu w tym mieście. Aby zdobyć fundusze na utrzymanie podczas studiów udzielał korepetycji i wykonywał odpłatnie drobne zabiegi medyczne takie jak masaże czy stawianie baniek. Wciąż pamiętał o wsparciu dla swojej rodziny, tym bardziej, że z powodu przewlekłego gościa postępującego jego ojciec został zwolniony z pracy na kolei. Na skutek zaistniałej sytuacji młody Szarecki w 1898 r. przywiózł do Charkowa rodziców i dwie siostry zapewniając im utrzymanie pozwalające przeżyć te trudne chwile. W 1901 r. po nagłej chorobie zmarła matka Bolesława, a w 1914 r. ojciec w wieku 68 lat.

Latem 1904 r. mając 30 lat B. Szarecki zdał ostatni egzamin na Uniwersytecie w Charkowie. Tymczasem rozwinął się konflikt rosyjsko – japoński, rozpoczęła się mobilizacja wojska. Szarecki otrzymał powołanie do 1 armii rosyjskiej stacjonującej w Mandżurii przez co nie mógł już przystąpić do egzaminów dyplomowych. W wojnie rosyjsko-japońskiej w 1 armii walczył jako młodszy lekarz w 103 Pierwozawodzkim Pułku Liniowym[1]. Wśród walczących, osłabionych niedoborem pożywienia żołnierzy pojawiały się liczne epidemie. Szarecki widział całe okrucieństwo tej wojny. Żołnierze mający rany klatki piersiowej i brzucha nie mieli szans na przeżycie. Mimo tej trudnej rzeczywistości Szarecki wyróżniał się wielkim poświęceniem dla rannych i chorych żołnierzy za co po wojnie został odznaczony Krzyżem Św. Jerzego.

Po latach Rektor WAM i Śląskiej AM gen. prof. Marian Garlicki pisał: „nie czekał aż napłyną ranni do jego punktu opatrunkowego lecz wzorem Paré i Larrey’a szedł razem z żołnierzami i opatrywał rannych na polu walki”[1]. Po kilku

miesiącach wojny został przeniesiony na stanowisko chirurga w pociągu sanitarnym Rosyjskiego Czerwonego Krzyża. W 1905 roku zawarł związek małżeński, który trwał 55 lat. (jego żona Maria zmarła w Warszawie w 1965 roku w wieku 91 lat).

W 1906 roku po dwóch latach służby B. Szarecki przyjechał do Charkowa gdzie zdał egzaminy dyplomowe lekarskie otrzymując dyplom „cum eximia laude” (z najwyższą pochwałą). Dzięki pomocy i protekcji kierownika Kliniki Chirurgicznej, Polaka prof. Juliana Pęskiego (1860-1920) otrzymał etat asystenta. Lata pracy w Klinice do wybuchu I wojny światowej wykorzystał aby poświęcić się swojej pasji czyli szeroko rozumianej nauce i przede wszystkim chirurgii, która dawała mu prawdziwe zadowolenie i radość pomimo ciężkiej pracy. W 1912 roku obronił rozprawę doktorską pt.: „Regio subumbilicalis – zarys topograficzno-anatomiczny okolicy podpepekowej”. Po roku, dzięki wyteżonej pracy naukowej uzyskał stopień docenta. Dwa lata później Rada Naukowa Uniwersytetu Krymskiego w Sewastopolu wybrała go profesorem chirurgii. Szarecki został Kierownikiem Kliniki Chirurgicznej.

Kiedy w 1914 roku wybuchła I wojna światowa Szarecki został wysłany na front do Rosyjskiego Czerwonego Krzyża gdzie otrzymał etat chirurga konsultanta Korpusów Wojsk Gwardii Rosyjskiej. Działania wojenne powodowały bardzo liczne zranienia żołnierzy przede wszystkim w obrębie jamy brzusznej. Tym razem Szarecki z powodzeniem operował rannych, także gdy rany obejmowały układ moczowy. Zastosował nowatorskie metody operacyjne oraz realizował koncepcję przybliżenia pomocy medycznej do linii frontu przez co zasłynął jako wybitny chirurg.

W 1917 r. wybuchła w Rosji rewolucja, a Szarecki powrócił do Kliniki Chirurgicznej w Charkowie. Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości w 1918 r. w połowie 1919 r. wyjechał do Warszawy z żoną Marią i synem Jerzym. Jako ochotnik wstąpił do Wojska Polskiego gdzie otrzymał stopień majora. Na początku 1920 roku przez krótki czas piastował stanowisko starszego ordynatora oddziału chirurgicznego I Okręgowego Szpitala Wojskowego w Warszawie. Od czerwca do września 1920 r. czynnie brał udział w wojnie bolszewicko-polskiej.

Po zakończeniu działań wojennych podjął pracę w Szpitalu Ujazdowskim, w którym od 1922 roku pełnił stanowisko kierownika naukowego dwóch oddziałów chirurgicznych. Poświęcił się znów swojej największej pasji – chirurgii a także działalności klinicznej, szkoleniowej i naukowej. Jako chirurg wyróżniał się opanowaniem, drobiazgowością w zakresie czynności operacyjnych i dociekliwością. Czynnie uczestniczył w posiedzeniach Towarzystwa Chirurgów Polskich klinik chirurgicznych Uniwersytetu Warszawskiego.

W 1922 roku otrzymał awans na podpułkownika, został też członkiem Rady Redakcyjnej „Lekarza Wojskowego” i Sekcji Sanitarnej Warszawskiego Koła Towarzystwa Wiedzy Wojskowej. Odrzucił propozycje stanowiska Kierownika w Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu im. St. Batorego w Wilnie. W styczniu 1928 roku otrzymał stopień pułkownika.

W marcu 1934 roku po ukończeniu 60 lat został skierowany do rezerwy. Nadal jednak pracował w Szpitalu Ujazdowskim. Publikował też artykuły w „Lekarzu Wojskowym”. Bolesnym przeżyciem stała się wówczas śmierć jedyne go syna Jerzego w wieku 24 lat. Po jego śmierci utworzył fundację Jerzego Szareckiego,

która miała wspierać poetów, którzy tak jak Jerzy pisali o morzu. Na cele fundacji wpłacił 10 tysięcy złotych[1].

W połowie 1934 roku objął stanowisko dyrektora Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie. Od 1937 roku pełnił obowiązki dyrektora Głównego Szpitala Polskiego Czerwonego Krzyża.

Wobec zbliżającej się nieuchronnie inwazji niemieckiej na Polskę 25 sierpnia 1939 roku B. Szarecki jako ochotnik wystąpił z prośbą do Sztabu Generalnego o wcielenie do wojska. Otrzymał przydział do mobilizowanego w Warszawie na Ujazdowie 104 Szpitala Wojennego. 6 września szpital ten na rozkaz szefa Departamentu Służby Zdrowia WP gen. Stanisława Roupperta został przeniesiony w okolice Brześcia n/Bugiem. W szpitalu przebywało 1200 rannych z armii „Modlin” i ok. 3000 lżej rannymi z innych jednostek. Po dotarciu 9 września do Siedlec z inicjatywy B. Szareckiego rozwinięto tymczasowy punkt opatrunkowy i izbę chorych.

11 września B. Szarecki został niegroźnie ranny w klatkę piersiową. W Brześciu podczas nalotu B. Szarecki został ponownie ranny tym razem zostały uszkodzone odłamkiem dwa kręgi lędźwiowe. Postanowiono pozostawić go w jednym z miejscowych szpitali, jednak nie wyraził na to zgody. Do Zaleszczyk jechał samochodem. Po dotarciu do Trembowli 17 września 104 Szpital Wojenny zakończył swój szlak bojowy.

Tego dnia wkroczyli żołnierze Armii Czerwonej. Cała załoga szpitala została internowana na teren ZSRR. B. Szarecki przebywał w 3 obozach m.in. w Kozielsku.

Pod koniec lipca 1941 roku w Londynie została podpisana umowa pomiędzy gen. Władysławem Sikorskim a rządem sowieckim o utworzeniu armii polskiej w ZSRR. Dzięki temu Szarecki mógł wrócić do Polski.

16 października 1941 roku został mianowany Szefem Sanitarnym i Naczelnym Chirurgiem armii. W tym czasie wśród żołnierzy występowały liczne epidemie duru plamistego, płonicy i grypy. Wkrótce gen. Władysław Sikorski awansował go do stopnia generała brygady. Na skutek pogorszenia się relacji polsko-radzieckich podjęto decyzję o wyprowadzeniu wojsk polskich poza granice ZSRR. Gen. B. Szarecki ewakuował się do Iranu w pierwszej grupie. Przez cztery lata przemierzył Iran, Irak, Palestynę, Północną Afrykę, Włochy i Anglię.

11 maja 1944 roku o godzinie 23-ciej rozpoczęła się bitwa pod Monte Casino. Rannych było tak wielu, że brakowało chirurgów. Siedemdziesięcioletni wówczas Szef Sanitarny, Naczelnym Chirurgiem gen. B. Szarecki operował bez przerwy przez kilkadziesiąt godzin. Walki o wzgórze trwały prawie 2 tygodnie. W tym czasie udzielono pomocy 1504 rannym. Na cmentarzu pod Monte Cassino spoczywa ponad tysiąc żołnierzy 2 Korpusu wraz z dowódcą gen. Władysławem Andersem.

Miejscami krwawych zmagania stały się także Ancona i Bolonia.. Straty 2 Korpusu Polskiego na włoskim szlaku to 2197 zabitych, 8376 rannych i 264 zaginionych, 3182 uległo wypadkom. Za bohaterstwo gen. B. Szarecki został odznaczony: Krzyżem Virtuti Militari, Krzyżem Walecznych i Krzyżem angielskim DSO.

Jesienią 1945 roku, po zakończeniu działań wojennych Szarecki w wieku 72 lat powrócił do Warszawy. Po dwóch latach napisał : „Przy powrocie do kraju kierowałem się jedynie niezłomną chęcią oddania resztek swych sił i całej swej

wiedzy na służbę Narodowi Polskiemu bez zastrzeżeń. Jakich przekonań politycznych jestem. Jestem głęboko oddanym demokratą” .

W listopadzie 1945 roku otrzymał stanowisko zastępcy, a od czerwca 1946 roku Szefa Departamentu Służby Zdrowia MON. W lipcu 1947 roku otrzymał awans do stopnia generała dywizji. Do 1957 roku pozostał Naczelnym Chirurgiem WP.

W końcu grudnia 1949 roku na własną prośbę gen. B. Szarecki ustąpił ze stanowiska Szefa Departamentu Służby Zdrowia WP. Był redaktorem naczelnym Lekarza Wojskowego, należał do Komitetu redakcyjnego m.in. periodyka „Chirurgia Narządów Ruchu” i „Ortopedii Polskiej”.

Był przewodniczącym Rady Naukowej przy Departamencie Służby Zdrowia oraz Naczelnym Chirurgiem WP. Od 1957 roku był doradcą Szefa Departamentu. Wszystkie swoje oszczędności w złocie przekazał na rzecz Skarbu Państwa.

Chorował na chorobę niedokrwienną serca, oraz na erytromelalgię, która okresowo mocno dokuczała generałowi. W ostatnich miesiącach życia zapadł na nieuleczalną chorobę w obrębie jamy brzusznej, którą sam u siebie rozpoznał. Zmarł 23 lutego 1960 roku w Warszawie.

Dorobek naukowy Szareckiego to ok. 55 bardzo cennych publikacji. Rozprawa doktorska pt.: „Regio subumbilicalis – zarys topograficzno-anatomiczny okolicy podpępkowej” liczyła 123 strony, była badaniem anatomicznym na 130 zwłokach ludzkich i obejmowała opis fizjologii kanału pachwinowego. Ważnym opracowaniem był też „Zbiór prac z chirurgii wojennej”. Zawarł w nim własne bardzo bogate doświadczenia na temat ran brzucha i klatki piersiowej. Sposoby ich zaopatrywania przedstawił B. Szarecki w ponad 20-tu publikacjach. Podkreślił wagę szybkości podjęcia interwencji chirurgicznej, sposób transportu rannego i metody wykonywania zabiegu. Kilka prac poświęcił ranom postrzałowym kości i stawów, leczeniu krwią i krwiodawstwem w warunkach wojennych.

Brał czynny udział w działalności Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskim Towarzystwie Urologicznym, Polskim Towarzystwie Hematologicznym. W okresie kilku kadencji należał do Zarządów Głównych Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Pełnił też funkcję Wiceprezesa i Szefa Sanitarnego w Zarządzie Głównym PCK. Od 1946 roku był członkiem Polskiego Związku Łowieckiego, zaś od 1948 roku został jego prezesem. Był też członkiem Komitetu Nauk Medycznych PAN, przewodniczącym Komisji Urazowo-Ortopedycznej w Radzie Naukowej Ministra Zdrowia[1].

Za wyjątkowe zasługi w dziedzinie medycyny i działalności społecznej otrzymał godność członka honorowego: Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego (1949), Towarzystwa Chirurgów Polskich, Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (1951), Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego (1949), Polskiego Towarzystwa Urologicznego (1954), Polskiego Związku Łowieckiego (1953) i Polskiego Czerwonego Krzyża (1949).

Odznaczony: Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski (1939), w czasie II wojny światowej – Krzyżem Virtuti Militari, Krzyżem Walecznych, Krzyżem Pamiątkowym Monte Cassino, angielskim orderem „Za Wybitną Służbę”, Krzyżem Grunwaldu III klasy, najwyższym odznaczeniem łowieckim „Złom”, Orderem Odrodzenia Polski II klasy, Orderem Sztandaru Pracy I klasy[1].

Rozkazem Naczelnego Dowódcy WP z 31 lipca 1945 roku powołano do życia w Łodzi Szkołę Młodszych Oficerów Służby Zdrowia. W latach 1947-1950 istniało w tym mieście Centrum Wyszkozenia Sanitarnego zaś w okresie 1950-1958 Wojskowe Centrum Wyszkozenia Medycznego. Koncepcja utworzenia Wojskowej Akademii Medycznej jako spadkobierczyni tradycji dotychczasowego szkolnictwa wojskowo-medycznego ziściła się 15 czerwca 1958 roku. Powstanie było poprzedzone dwoma aktami prawnymi: Uchwałą Rady Ministrów z 7 listopada 1957 roku i rozkazem Ministra Obrony Narodowej z 19 maja 1958 roku [2]. Twórca polskiej szkoły chirurgii polowej a także inicjator powstania tej uczelni gen dyw. prof. dr med. Bolesław Szarecki stał się po latach patronem WAM. Uroczystość nadania imienia miała miejsce 9 maja 1975 roku [3].



Fot. 2: Bolesław Szarecki na froncie rosyjskim w 1916 roku – wejście do szpitala podziemnego



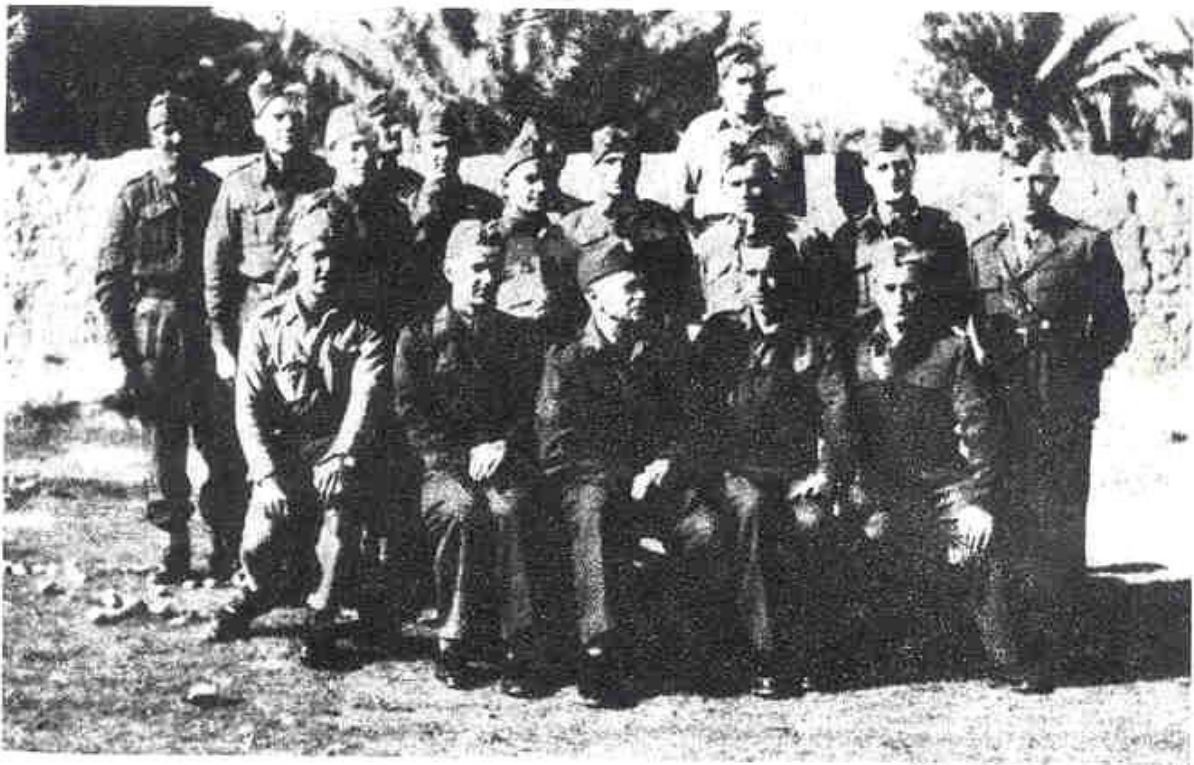
Fot. 3 i 4: Jerzy Szarecki, syn Bolesława Szareckiego, zdjęcie z około 1928 r.



Fot. 5: B. Szarecki



Fot. 6: Dowódca armii gen. Władysław Anders wraz z wyższymi oficerami Armii Polskiej na Wschodzie. Teheran, lotnisko, kwiecień 1942 r.



Fot. 7: Grupa oficerów 2 Korpusu Polskiego. Irak, styczeń 1944 r.



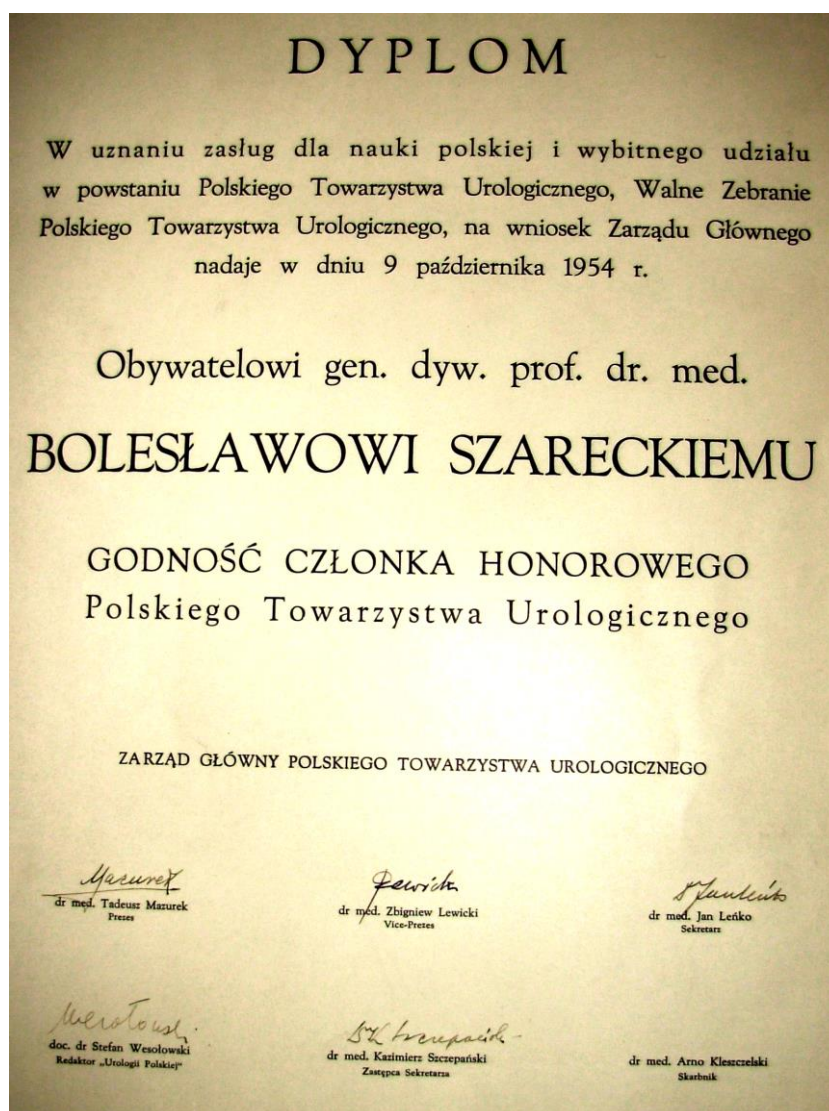
Fot. 8: Gen. Szarecki w gronie personelu 3 Sanitarnego Ośrodka Ewakuacyjnego (siedzi drugi od lewej komendant szpitala – ppłk L. Kehle), Włochy Venafro, lipiec 1944 r.



Fot. 9: Gen. Szarecki przemawia do personelu 3 Sanitarnego Ośrodka Ewakuacyjnego przed dekoracją Krzyżem Pamiątkowym Monte Cassino. Włochy, Imola, kwiecień 1945 r.



Fot. 10: Dowódca 2 Korpusu Polskiego gen. Władysław Anders wizytuje Szpital Wojenny nr 5 w Cassamassima. Włochy, czerwiec 1945 r.



Fot. 11: Dyplom członka honorowego Polskiego Towarzystwa Urologicznego



Fot. 12: Przemówienie Gen. B. Szareckiego z okazji rocznicy 85 urodzin.



Fot. 13 i 14: Maria i Bolesław Szareccy, około 1950 r.

NARODOWY BANK POLSKI

~~SKARBEC EMISYJNY~~
Departament Emisyjny

L. Dz. KL/8630/154/56

W odpowiedzi należy powołać się na naszą L. Dz.

Warszawa, dnia 11 czerwca 1956 r.
Tel.

Ob. Generał Bolesław Szarecki

WARSZAWA

Zawiadamiamy, że Komisja Likwidacyjna Depozytów Rzeczowych Skarbu Państwa przejęła w dniu dzisiejszym - zgodnie z Zarządzeniem Ministra Finansów z dnia 6 lipca 1950 r. /M.P.Nr 79 poz.925/ - depozyt prowadzony w Skarbcu Emisyjnym, jako depozyt własny Nr 446 i obejmujący wartości dewizowe złożone przez Ob. Generała, jako dar na rzecz Skarbu Państwa.

Po otworzeniu woreczka należycie zabezpieczonego pieczęciami Departamentu Emisyjnego oraz Jednostki Wojskowej Nr 821, Komisja stwierdziła, że zawartość depozytu obejmuje następujące wartości:

- 1/ 44 funty ang. w monetach złotych,
- 2/ 1350 dol. amer. " "
- 3/ 2 zlewki złote pr.0,996 wagi łącznej 116,50 g.

Stwierdzona powyżej zawartość depozytu, jest zgodna z wykazem spisany w dniu 9 czerwca b.r.-

w: DYREKTOR DEPARTAMENTU


Władysław Bartoszewski

Form. Nr 1006/1 - III. 48 - 10.000
Drukarnia N. B. P. - Zam. 250

Fot. 15: Zaświadczenie o przekazaniu przez gen. B. Szareckiego oszczędności na rzecz Skarbu Państwa



WICEPREZES RADY MINISTRÓW
i MINISTER OBRONY NARODOWEJ

Warszawa, dnia 9 czerwca 1956 r.

PRZEWODNICZACY RADY NAUKOWEJ
PRZY SZEFIE SŁUŻBY MEDYCZNEJ WP
Prof. dr Bolesław SZARECKI gen.dyw.

Zawiadamiam Was, że raport Wasz z dnia 8 czerwca br. skierowany na moje ręce w sprawie przejęcia przez Skarb Państwa Waszych oszczędności w złocie, otrzymałem.

W pełni doceniam Wasz czyn obywatelski o czym powiadomię Rząd PRL.

Dla załatwienia formalności związanych z przejęciem powyższych oszczędności - upoważniłem Szefa Departamentu Finansów MON gen. bryg. Mojzysza.

W imieniu Rządu i swoim własnym dziękuję Wam za ten wspaniały dar na rzecz Państwa i życzę Wam szybkiego powrotu do zdrowia oraz długich lat życia.-

WICEPREZES RADY MINISTRÓW
i MINISTER OBRONY NARODOWEJ

KONSTANTY ROKOSSOWSKI
MARSZAŁEK POLSKI

Fot. 16: Podziękowanie od Ministra Obrony Narodowej



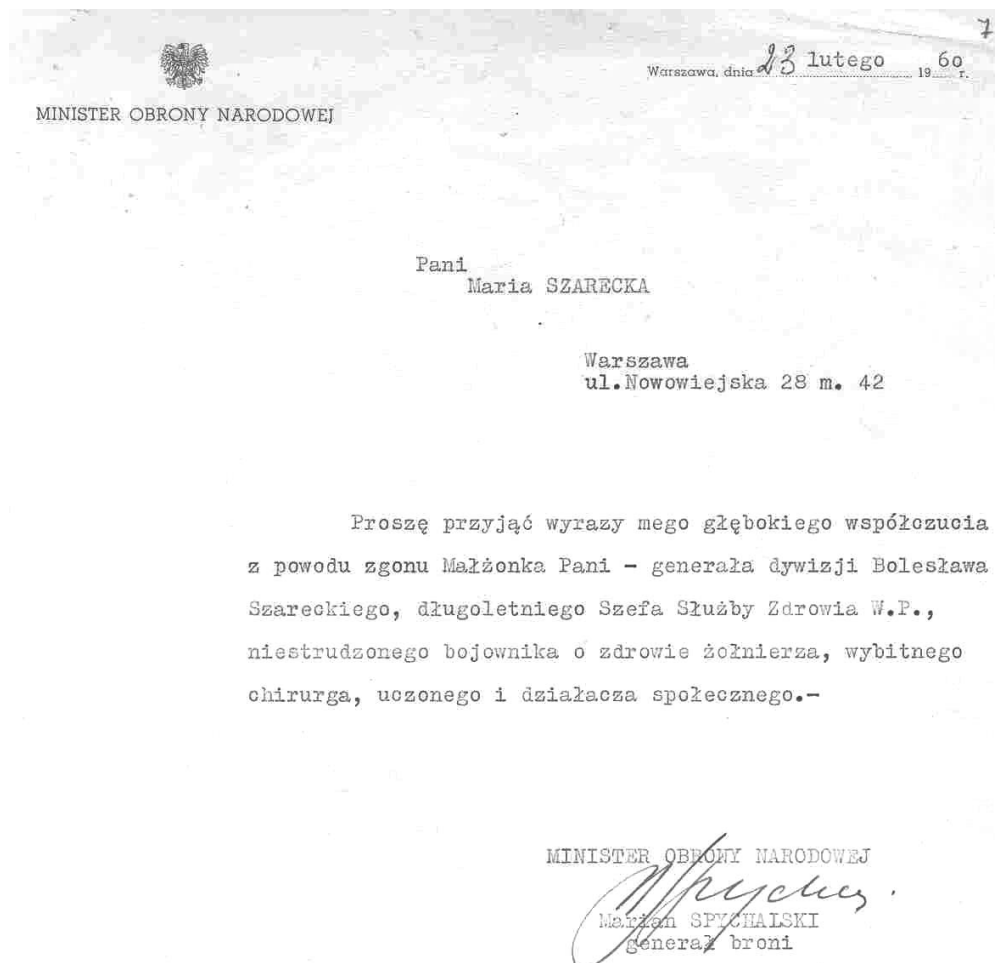
Fot. 17, 18 i 19: Order Virtuti Militari przyznany B. Szareckiemu



Fot. 20: Order Polonia Restituta dla B. Szareckiego



Fot. 21: Pogrzeb Gen B. Szareckiego.



Fot. 22: Kondolencje dla Marii Szareckiej od Ministra Obrony Narodowej



Fot. 23: Pomnik nagrobny Gen. Bolesława Szareckiego

PIŚMIENNICTWO:

1. Grzegorz Zychowicz „Generał Bolesław Szarecki 1874 – 1960”, Wydawnictwo Ministerstwa Obrony Narodowej, Warszawa 1988.
2. Czesław Jeśman „LXXV lat wyższego wojskowo – medycznego szkolnictwa 1922 – 1997”, wyd. WAM, Łódź 1997.
3. Czesław Jeśman *Nauczanie medycyny w Wojskowej Akademii Medycznej im. gen. dyw. prof. Bolesława Szareckiego*, [w] Forum Bibliotek Medycznych 2014 R. 7 nr 2 (14), s. 327 – 348.

WIESŁAW HOŁOBUT (1907-1988) – PROFESOR O KRESOWYCH KORZENIACH

Krzysztof Kopociński, dr n. med., kierownik Pododdziału Okulistyki, 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach

Zbigniew Kopociński, dr n. med., asystent, 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach

Czesław Jeśman, prof. dr hab. n. med., kierownik Zakładu Historii Medycyny, Farmacji i Medycyny Wojskowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kiedy rodzi się człowiek, trudno wyrokować kim będzie w przyszłości. Można domniemywać, że posiadając mądrych i dobrych rodziców stanie się wartościową osobą, choć pewności nie ma żadnej. Bywa, że w rodzinach patologicznych rodzą się niezwykle porządni ludzie, zaś w przykładowych domach wychowuje się przyszłego kryminalistę, jednak na szczęście prawdopodobieństwo tego ostatniego jest dość małe. Nie wiemy także, jak w przyszłości wpłynie działanie młodego człowieka na życie innych ludzi czy instytucji.

Niewątpliwie dla 105. Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią z Żar duże znaczenie miał odegrać fakt, że 12 września 1907 r. urodził się w Żurawnie w województwie stanisławowskim Wiesław Hołobut. Był synem Zygmunta i Wandy z domu Grzymalskiej, zaś czas narodzin przypadał jeszcze na okres rządów austriackiego zaborcy. Zygmunt Hołobut był doktorem prawa i niezwykle dużą uwagę przywiązywał do rozwoju intelektualnego swoich dzieci – w przyszłości córka i syn zostaną profesorami. W latach 1917-1925 młody Wiesław zdobywał naukę na poziomie gimnazjum, maturę zdał w słynnym X Gimnazjum im. Henryka Sienkiewicza we Lwowie. Studia medyczne podjął na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza w tym niewątpliwie najpiękniejszym z miast. Tam w dniu 2 lipca 1931 r. uzyskał tytuł doktora wszech nauk lekarskich [1].

Jeszcze w okresie studiów wykazywał szczególne zainteresowanie problematyką fizjologii człowieka, jej zgłębianiu doskonale służyło podjęcie w 1928 r. dodatkowej pracy w Zakładzie Fizjologii Uniwersytetu Jana Kazimierza pod kierunkiem prof. Adolfa Becka. Poza naukami teoretycznymi starał się również doskonalić w zakresie ginekologii i położnictwie, jego mistrzem na tym polu był prof. Kazimierz Bocheński. W latach 1937-1939 pracował w Warszawie w dziale naukowym Zakładów Farmaceutycznych L.Spiessa.

Wybuch II wojny światowej we wrześniu 1939 r. był niewątpliwym ciosem dla wszystkich Polaków. Nasz kraj znalazł się pod okupacją głównie Niemców i Sowieców (w bardzo małym zakresie Litwinów i Słowaków). Wiesław Hołobut powrócił do rodzinnego Lwowa i znalazł się w sowieckiej strefie okupacyjnej. Dzięki pomocy znajomych z okresu studiów uniknął deportacji, został zatrudniony jako docent w Państwowym Instytucie Weterynaryjnym oraz w Państwowym Instytucie Medycznym we Lwowie, gdzie pracował w latach 1940-1941. Następnie podczas okupacji niemieckiej objął funkcję asystenta w Miejskim Szpitalu Położniczym [1].

Po wyzwoleniu tych terenów spod okupacji niemieckiej w dniu 29 września 1944 r. wcielony do II Armii Wojska Polskiego, został przydzielony do PEP nr 3 (Polowy Punkt Ewakuacji, z języka rosyjskiego skrót) w Czemiernikach. Był jednym z pięciu lekarzy, którzy w połowie października wyruszyli do Kocka by tworzyć 8. Polowy Ruchomy Szpital Chirurgiczny (8. PRSzCh). Wchodził zatem w skład elitarniej grupy „ojców założycieli” przyszłego 105. Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Żarach, bo taką nazwę po wielu latach przekształceń uzyskał pierwotny 8.PRSh. W czasie służby frontowej przeszedł część szlaku bojowego szpitala, należał do ścisłego grona głównych organizatorów placówki. 22 grudnia 1944 r. na podstawie Rozkazu Naczelnego Dowództwa WP nr 98 awansowany na stopień kapitana [2, s. 1-17; 3, s. 51-52]

Okres służby frontowej skończył się dla niego na przełomie stycznia i lutego 1945 r., gdy został oddelegowany z wojska do pracy w powstałym UMCS (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej) w Lublinie, gdzie został kierownikiem organizowanego właśnie Zakładu Fizjologii Człowieka. W ten sposób rozpoczął bardzo błyskawiczny okres kariery naukowej, pracę habilitacyjną obronił w dniu 11 sierpnia 1945 r., dwa lata później mianowany profesorem nadzwyczajnym, w 1956 r. profesorem zwyczajnym. Z chwilą powstania Akademii Medycznej w 1950 r. w Lublinie (likwidacja w Polsce wydziałów lekarskich uniwersyteckich) nadal kierował Zakładem Fizjologii Człowieka, funkcję tę sprawował do czasu przejścia na emeryturę w 1977 r. W latach 1955-1956 był Prorektorem ds. nauki, zaś w latach 1956-1959 Rektorem Akademii Medycznej w Lublinie. Członek Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego oraz członek założyciel Lubelskiego Towarzystwa Naukowego. Był promotorem wielu prac doktorskich, ośmiu pracowników naukowych pod jego kierunkiem ukończyło przewody habilitacyjne. Autor kilkuset prac naukowych, uczestnik wielu kongresów naukowych. W dowód uznania odznaczony m.in.: Krzyżem Komandorskim i Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi. Warto podkreślić, że tytuł profesorki osiągnęła również jego siostra Wanda Stojałowska – biolog z Akademii Medycznej w Lublinie [1].

Kpt. prof. dr hab. med. Wiesław Hołobut zmarł 18 listopada 1988 r., pochowany na cmentarzu przy ulicy Lipowej w Lublinie.

Wojna jest niezwykle ciężkim doświadczeniem, które niesie ze sobą mnóstwo traumatycznych wydarzeń. Jednocześnie powoduje, iż mogą zaistnieć sytuacje, które w warunkach normalnych nigdy by się nie wydarzyły. W tej kategorii należy postrzegać mobilizację do wojskowych szpitali polowych wielu znakomitych polskich naukowców, którzy w niedalekiej przyszłości zrobią błyskotliwe kariery naukowe. Warto podkreślić, że ludzie ci doskonale wywiązywali się ze swych frontowych obowiązków, często wykorzystując twórcze właściwości własnego umysłu dla lepszego zorganizowania pracy personelu. W taki sposób powstawały fundamenty wielu lazaretów II Armii Wojska Polskiego, w których dzięki zaangażowaniu i poświęceniu całego personelu uratowano dużą liczbę polskich żołnierzy. 8. Polowy Ruchomy Szpital Chirurgiczny, w którego tworzeniu i pracy duży udział miał ówczesny kpt. Wiesław Hołobut, po latach został przekształcony w 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią w Żarach, który jest obecnie jedną z przodujących placówek medycznych na całej Ziemi Lubuskiej. Niewątpliwie kilka

cegieł w murze chwały wojskowego zakładu leczniczego z Żar należy się profesorowi „z kresowymi korzeniami”.

Piśmiennictwo

1. Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Lublinie: Życiorys prof. W. Hołobuta
2. Archiwum 105. Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ: Kronika Szpitala Garnizonowego
3. Płoński K., W Szeregach Służby Zdrowia 2 AWP, Warszawa, 1969

PŁK LEK. WŁODZIMIERZ PIETKIEWICZ (1916-1992) – Z DALEKIEJ KIRGIZJI DO WOJSKA POLSKIEGO

Krzysztof Kopociński, dr n. med., kierownik Pododdziału Okulistyki, 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach

Zbigniew Kopociński, dr n. med., asystent, 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach

Czesław Jeśman, prof. dr hab. n. med., kierownik Zakładu Historii Medycyny, Farmacji i Medycyny Wojskowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Przełom XVIII i XIX wieku był dla Rzeczypospolitej okresem jednym z najgorszych w całej historii. Trzy sąsiednie mocarstwa Rosja, Prusy i Austro-Węgry dokonały rozbioru państwa polskiego, które na 123 lata przestało być obecne na mapie Europy. Wynikiem zmian terytorialnych były także duże migracje ludności spowodowane przyczynami patriotycznymi np. powstania narodowe i wywózki patriotów na sybirską katorgę (1830 r., 1863 r.) czy tzw. wielka emigracja, jak i ekonomicznymi. Owocowało to obecnością Polaków na całym olbrzymim terytorium Imperium Rosyjskiego, ale także dworach Berlina czy Wiednia. Najwięcej polskiej ludności znajdowało się pod zaborem rosyjskim i mimo wysiłków okupanta nie udało się przeprowadzić skutecznej rusyfikacji. Polskie rodziny, który żyły niejednokrotnie w dużej odległości od ojczyzny i obcym otoczeniu, zachowywały swą wiarę, kulturę i tradycje. Było to doskonale widoczne po zakończeniu I wojny światowej, gdy do zmartwychwstałej ojczyzny wracali Polacy z tysiąca rzek i jezior. W historii naszego kraju podobna sytuacja powtórzyła się w czasie II wojny światowej, dwa sąsiednie mocarstwa (hitlerowskie Niemcy i sowiecka Rosja) napadły w 1939 r. w zgodnym porozumieniu na Polskę i po raz kolejny wymazały nasz kraj z mapy Europy. Tysiące Polaków przemierzało drogę odbytą już wcześniej przez ich dziadów i pradziadów na syberyjską katorgę czy do innych miejsc niewolniczej pracy. Drugi okupant korzystając ze zdobyczy techniki zbudował prawdziwe fabryki szybkiego uśmiercania ludzi. Kolejny raz w historii Polski naród nasz stanął przed koniecznością zbrojnego wybicia się na niepodległość [1, s. 64-69, 91-105, 288-295; 2, s. 113-131, 405-410].

Losy płk. lek. Włodzimierza Pietkiewicza są wspaniałą ilustracją dziejów Polski i dramatycznego wpływu jej mocarnych sąsiadów na życie poszczególnych

polskich rodzin. Urodził się 16 października 1916 r. w miejscowości Osz na terenie obecnej Kirgizji jako poddany cara Rosji. Miejsce pojawienia się na świecie pięknie ukazuje migrację ludności polskiej pod zaborem rosyjskim, nasi obywatele byli obecni w niemal każdej guberni, nawet w bardzo odległych od Polski rejonach. Po odzyskaniu w 1918 r. niepodległości rodzina Pietkiewiczów powróciła do ojczyzny i osiadła na pięknych Kresach Wschodnich. W latach 1923-1931 młody Włodzimierz uczęszczał do Szkoły Podstawowej w Łucku na Wołyniu. Następnie podjął naukę w tamtejszym Gimnazjum Państwowym im. Tadeusza Kościuszki, gdzie 8 maja 1935 r. otrzymał świadectwo dojrzałości. Studia medyczne rozpoczął na wymarzonym Wydziale Lekarskim słynnego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Niestety wybuch II wojny światowej w znaczny sposób zakłócił normalny tryb odbywania studiów. Dyplom lekarza uzyskał już w ramach istniejącego pod okupacją sowiecką Lwowskiego Państwowego Instytutu Medycznego.

Po wyzwoleniu spod okupacji niemieckiej w dniu 22 października 1944 r. w miejscowości Łuck wstąpił w szeregi Wojska Polskiego. Należy podkreślić, że istniały wówczas olbrzymie braki kadrowe dotyczące pracowników służby zdrowia, szczególnie lekarzy. Był to wynik zbrodniczej działalności okupantów, Niemcy niszczyli polską inteligencję w ramach słynnej akcji AB, zaś Sowieci tylko podczas zbrodni katyńskiej (masowe egzekucje w Katyniu, Charkowie, Miednoje, Bykowni i innych miejscowościach) zamordowali kilkuset medyków. Każdy lekarz był niezwykle mile widziany w wojsku, gdyż stanowił realną pomoc dla walczących kolegów. Włodzimierz Pietkiewicz pełnił początkowo funkcję lekarza a następnie dowódcy kompani medycznej 27. Pułku Piechoty 10. Dywizji Piechoty w składzie II Armii Wojska Polskiego. Z jednostką tą przebył cały szlak bojowy, szczególnie zasłużył się podczas walk o Budziszyn i Drezno, za co został uhonorowany Krzyżem Walecznych [3].

W momencie zakończenia działań wojennych wraz z jednostką pełnił służbę na nowej granicy południowo-zachodniej, stacjonował m.in. w Jeleniej Górze, Polanicy i Kłodzku. W dniu 15 kwietnia 1946 r. ówczesny por. lek. Włodzimierz Pietkiewicz objął na krótko stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgicznego Szpitala Garnizonowego w Iłowej. Funkcję tę piastował w bardzo trudnym momencie przeprowadzki zakładu do miejscowości Żary. Następnie przekazał swój oddział w dniu 31 maja 1946 r. w ręce bardziej doświadczonego chirurga por. lek. Aleksandra Nitonia, pod którego kierownictwem doskonalił swoje umiejętności zawodowe. Zaowocowało to uzyskaniem II° specjalizacji z chirurgii ogólnej w dniu 15 maja 1953 r. Poza pracą chirurga sprawował również obowiązki członka a nawet okresowo przewodniczącego Garnizonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej przy 105. Wojskowym Szpitalu Garnizonowym w Żarach [3; 4, s. 59-74; 5, s. 9-38; 6].

Mjr lek. Włodzimierz Pietkiewicz po 8 latach spędzonych w stolicy polskich Łużyc w 1954 r. odszedł na stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgicznego 106. Wojskowego Szpitala Garnizonowego w Gliwicach. Ukoronowaniem jego kariery zawodowej było objęcie w 1968 r. stanowiska zastępcy komendanta ds. leczniczych tegoż szpitala. Do rezerwy odszedł z dniem 6 lipca 1973 r. w stopniu pułkownika. Za swą nienaganną i bohaterską służbę odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Walecznych i wieloma medalami wojennymi oraz resortowymi. Komendant 106. WSG ppłk lek. Ryszard

Kulczyński napisał w jego opinii służbowej: „Zawsze koleżeński, prostolinijny w postępowaniu, otwarty, ambitny, zyskał sobie poważanie i szacunek przełożonych oraz przyjaźń otoczenia i najbliższych współpracowników”. Zmarł 26 grudnia 1992 r. w wieku 76 lat [3].

Dzieje życia płk. lek. Włodzimierza Pietkiewicza wspaniale obrazują podobne koleje losu kilku pokoleń Polaków. Przymusowe ekspatriacje zarówno w rejon Kirgizji czy Syberii, jak i na tereny tzw. Ziem Odzyskanych. Pozytywną wartością jest na pewno zachowanie tożsamości narodowej, co ma niebagatelne znaczenie dla narodów położonych w takim układzie geopolitycznym. Niestety w wyniku haniebnych traktatów w Teheranie, Jałcie i Poczdamie Kresy Wschodnie Rzeczypospolitej z wielkimi ośrodkami polskość (Wilno, Grodno, Lwów), w tym rodzinny Wołyń dr. W. Pietkiewicza, znalazły się w granicach ZSRR. W ten sposób po raz kolejny w dziejach naszego kraju silniejszy sąsiad przemocą odebrał część polskiego terytorium, co zostało następnie prawnie usankcjonowane przez cały cywilizowany świat.

Piśmiennictwo:

1. Piekalkiewicz J., Polski wrzesień. Hitler i Stalin rozdierają Rzeczpospolitą, Warszawa, Wyd. Magnum, 1999
2. Grzelak C.K., Kresy w czerwieni 1939, Warszawa, Oficyna Wydawnicza Rytm, 2008
3. Materiały i informacje udostępnione dzięki uprzejmości A. Pietkiewicza
4. Archiwum 105 Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ: Kronika Szpitala Garnizonowego
5. Archiwum 105 Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ: Historia 105 Wojskowego Szpitala Garnizonowego
6. Archiwum Wojskowe w Oleśnicy: Zespół 214, Szpital Garnizonowy Żary, sygn. 1417/51/4

PPLK LEK. JERZY DZIESZUK CISZEWSKI (1915-1963) – Z REJONU MOSKWY, POPRZEZ WILNO, NA KOMENDANTA SZPITALA GARNIZONOWEGO W ŻARACH

***Krzysztof Kopociński**, dr n. med., kierownik Pododdziału Okulistyki, 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach*

***Zbigniew Kopociński**, dr n. med., asystent, 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach*

***Czesław Jeśman**, prof. dr hab. n. med., kierownik Zakładu Historii Medycyny, Farmacji i Medycyny Wojskowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

II wojna światowa wybuchła we wrześniu 1939 r. i była rezultatem agresji militarnej na Polskę dwóch sąsiednich krajów: hitlerowskich Niemiec i sowieckiej Rosji. W wyniku działań zbrojnych kraj nasz utracił niepodległość, zaś terytorium znalazło się pod okupacją obcych państw (głównie Niemiec i Rosji, w małym stopniu także Litwy i Słowacji). Od pierwszego dnia globalnego konfliktu Polska znajdowała się w gronie koalicji antyhitlerowskiej a polscy żołnierze walczyli na wszystkich

frontach działań zbrojnych. Pod okupacją cywilna ludność odczuwała różnego rodzaju represje: więzienia, obozy koncentracyjne, masowe akcje likwidacyjne, wywózki na Sybir czy do Kazachstanu. Wszystkie te czynniki powodowały, że w momencie nadejścia 1944 r. i początków wyzwania ziem polskich spod okupacji niemieckiej, bardzo rozmaite były drogi przyszłych żołnierzy do tworzonego Wojska Polskiego. Szczególna sytuacja panowała na Kresach Wschodnich Rzeczypospolitej, które haniebną decyzją konferencji w Teheranie i Jałcie zostały odebrane Polsce i przemocą znalazły się w granicach ZSRR. Przebywająca tam ludność polska miała zostać przesiedlona na tzw. Ziemię Odzyskane czyli tereny odebrane hitlerowskim Niemcom jako zadośćuczynienie za wywołaną wojnę, śmierć ponad 6 milionów polskich obywateli i zrównanie z ziemią tysięcy miejscowości. Nie była to jednak rekompensata za zrujnowanie Polski, tylko nieuczciwa zamiana jednych terytoriów na drugie ze znaczną stratą powierzchni terytorium kraju. W tym czasie organizowano już II Armię Wojska Polskiego, do której mobilizowano także osoby zamieszkujące Kresy Wschodnie Rzeczypospolitej, które wiedziały, iż po zakończeniu wojny nie wrócą do swego domu, gdyż zostaną wysiedlone ok. 500 km na zachód. Trudno przypuszczać, by po 6 latach ciężkiej okupacji, taki sposób zakończenia wojny, z utratą wielkich ośrodków polskości (Wilno, Grodno, Lwów), można było traktować jako zwycięstwo [1, s. 64-69, 91-105, 288-295; 2, s. 113-131, 405-410].

Na takim tle historycznym odbywała się także mobilizacja do wojska lekarzy i pracowników służby zdrowia. Był to olbrzymi problem, gdyż tylko w ramach zbrodni katyńskiej sowieckie NKWD wymordowało ponad kilkuset oficerów-lekarzy (Katyń, Miednoje, Charków, Bykownia i inne), wielu unicestwiono podczas niemieckiej akcji AB (zwalczania polskiej inteligencji), toteż brak było wykwalifikowanego personelu zarówno dla cywilnej, jak i wojskowej służby zdrowia [3, s. 70-104].

Dzieje ppłk. lek. Jerzego Dzieszuk-Ciszewskiego są bardzo dobrą ilustracją losów polskiej inteligencji, w tym lekarzy na wschodnich rubieżach Rzeczypospolitej. Urodził się w dniu 28 czerwca 1915 r. w miejscowości Sokolniki koło Moskwy, gdzie przebywali wówczas jego rodzice Józef i Wanda, jeszcze jako oficjalny poddany cara Rosji. Na chrzcie otrzymał imię Igor, które dopiero w 1956 r. zmienił na Jerzy. Początkową edukację odbywał w 4-klasowej Szkole Powszechnej w Horodecznie. Następnie uczęszczał do Gimnazjum im. Adama Mickiewicza w Nowogródku, gdzie w 1934 r. uzyskał maturę. Studia medyczne odbył w latach 1934-1939 na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, uczelnia ta była jedną z najlepszych w ówczesnej Polsce. Podczas okupacji sowieckiej pracował jako lekarz ośrodka zdrowia w miejscowości Wsielub koło Nowogródka, co pozwoliło mu uniknąć deportacji na Syberię. Następnie od września 1943 r. zatrudniony w Szpitalu Okręgowym w Nowogródku, potem w ośrodku zdrowia we wsi Brzozówka. W dniu 11 listopada 1944 r. zmobilizowany do Wojska Polskiego, początkowo jako oficer bez stopnia pełnił funkcję dowódcy kompanii sanitarnej 30. Pułku Piechoty w 9. Dywizji Piechoty. Dowódcą plutonu sanitarnego 15. Samodzielnego Baonu Sanitarnego został w styczniu 1945 r. W dniu 26 kwietnia 1945 r., już w stopniu porucznika, objął dowodzenie swoją jednostką, która wchodziła w skład II Armii Wojska Polskiego. Przeszedł z nią cały szlak bojowy,

brał udział w forsowaniu Nysy Łużyckiej, walkach w rejonie Rothenburg, Bischofswerda oraz Stein-Marien-Kloster [4].

Po zakończeniu działań wojennych w styczniu 1946 r. został Szefem Służby Zdrowia 11. Dywizji Piechoty, która to jednostka trafiła na Ziemię Lubuską. Funkcję komendanta Szpitala Garnizonowego w Żarach (niem. Sorau) ówczesny mjr lek. Igor Dzieszuk-Ciszewski objął w maju 1948 r., oficjalnie zatwierdzony na stanowisku w dniu 30 stycznia 1949 r. W słynnej obecnie żarskiej lecznicy wojskowej pracował 4 lata i dosłużył się stopnia podpułkownika. Pod jego komendą placówka została przekształcona i rozbudowana, w czerwcu 1951 r. przyjęła nazwę 105. Szpital Garnizonowy. Swojemu następcy na stanowisku komendanta w lutym 1952 r. przekazał już dobrze zakorzeniony w regionie, sprawnie działający i szanowany wojskowy zakład medyczny [4; 5, s. 33-36; 6].

W dalszych latach ppłk lek. Igor Dzieszuk-Ciszewski był szefem służby zdrowia w 6. dywizjonie artylerii, gdzie pełnił służbę przez kolejne trzy lata. W listopadzie 1955 r. na własną prośbę zwolniony ze służby wojskowej. W 1956 r. uznany specjalistą I^o w dziedzinie ginekologii. W cywilu pracował w kilku miejscach m.in. Szpitalu Powiatowym w Toruniu i Wydziale Zdrowia Miejskiej Rady Narodowej w Grudziądzu. Za wieloletnią nienaganną służbę odznaczony m.in.: Krzyżem Grunwaldu III klasy, Srebrnym Krzyżem Zasługi, Medalem „Za Odrę, Nysę i Bałtyk”, Medalem „Za Побіеду” (radziecki), Odznaką Grunwaldzką, Medalem „Siły Zbrojne w Służbie Ojczyzny” (brązowy), Medalem X-lecia Polski Ludowej. Ppłk lek. Jerzy Dzieszuk Ciszewski zmarł 11 grudnia 1963 r. w Grudziądzu, tam został pochowany [4].

Dzieje życia tego lekarza są bolesną ilustracją historii tej części Rzeczypospolitej. Polak z Kresów Wschodnich, absolwent Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie nigdy już nie powrócił na swą ziemię rodzinną. Moment wstąpienia w szeregi Wojska Polskiego był jego pożegnaniem z piękną ojczystą Nowogródczyzną. Żołnierski los uczynił go komendantem Szpitala Garnizonowego w Żarach na tzw. Ziemiach Odzyskanych, który obecnie nosi nazwę 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią w Żarach i jest jedną z najlepszych placówek medycznych w województwie lubuskim. Przydomek „Kresowy” jest oddaniem hołdu wszystkim osobom z Kresów Wschodnich, którzy tworzyli ten szpital, w tym jego komendantowi mjr. lek. Igorowi Dzieszuk-Ciszewskiemu. W dniu 9 maja 2014 r. w żarskiej lecznicy wojskowej odsłonięto tablicę pamiątkową poświęconą komendantom tej placówki, znajduje się tam również jego nazwisko, zaświadczając potomnym, że przyczynił się znacznie do jej rozwoju.

Piśmiennictwo:

1. Piekalkiewicz J., Polski wrzesień. Hitler i Stalin rozdierają Rzeczpospolitą, Warszawa, Wyd. Magnum, 1999
2. Grzelak C.K., Kresy w czerwieni 1939, Warszawa, Oficyna Wydawnicza Rytm, 2008
3. Zawodny J.K., Katyń, Lublin-Paryż, 1989
4. Centralne Archiwum Wojskowe w Warszawie: TAP 1256/67/160
5. Archiwum 105 Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ: Kronika Szpitala Garnizonowego
6. Archiwum Wojskowe w Oleśnicy: Zespół 214, Szpital Garnizonowy Żary, sygn. 1417/51/4

PLK LEK. MAKSYMILIAN MOŚCISKER (1902-1982) – LOS POLSKIEGO ŻYDA, LEKARZA WOJSKOWEGO NA TLE DRAMATYCZNYCH WYDARZEŃ HISTORYCZNYCH XX WIEKU

Krzysztof Kopociński, dr n. med., kierownik Pododdziału Okulistyki, 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach

Zbigniew Kopociński, dr n. med., asystent, 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach

Czesław Jeśman, prof. dr hab. n. med., kierownik Zakładu Historii Medycyny, Farmacji i Medycyny Wojskowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

XX wiek przyniósł ze sobą, poza licznymi zdobyczami nauki i techniki, dwie okrutne wojny światowe oraz hańbę ludobójstwa dokonywanego przez zbrodniarzy z kilku nacji. Szczególny wymiar ze względu na ilość zamordowanych ludzi miało zgładzenie ludności żydowskiej, czego dokonali niemieccy naziści w czasie II wojny światowej. Największym skupiskiem Żydów w Europie była wówczas Rzeczpospolita Polska, toteż po jej podbiciu przez III Rzeszę w 1939 r., właśnie na tym terenie Niemcy postanowili zrealizować swój haniebny projekt. W tym celu zorganizowano cały system obozów zagłady, w których w sposób niezwykle sprawny, szybki a nawet częściowo zautomatyzowany dokonywano mordów tysięcy ludzi. Jednocześnie wprowadzono przepisy prawne jawnie dyskryminujące Żydów oraz grupujące całą diasporę w gettach, z których stopniowo transportowano ich do miejsc zagłady. O wyczynach nazistów w Niemczech głośno było w Europie jeszcze przed wybuchem II wojny światowej, toteż wśród polskich Żydów pogłoski o zbliżającej się wojnie wywoływały olbrzymi niepokój. Część osób nie dawała wiary informacjom o prześladowaniach Żydów, trudno było wszak spokojnie przyjąć, że naród który wydał Goethego czy Wagnera w demokratycznych wyborach poparł kanclerza Adolfa Hitlera. Ten ostatni nie ukrywał swojego stosunku do Żydów i można z przykrością zauważyć, że był jednym z nielicznych polityków, który niestety spełnił swoje obietnice wyborcze [1, s. 1035-1039].

Na terenie Kresów Wschodnich Rzeczpospolitej od stuleci zamieszkiwała duża diaspora żydowska. Właśnie tutaj przyszedł na świat przyszły lekarz wojskowy Maksymilian Mościsker. Urodził się 18 października 1902 r. w magicznym Lwowie, w żydowskiej rodzinie o tradycjach patriotycznych. Ambicją jego ojca Samuela było, by jego syn został lekarzem. W okresie dwudziestolecia międzywojennego nie było to takie proste ze względu na tzw. numerus clausus. Nawet bardzo dobry abiturient żydowskiego pochodzenia mógł nie dostać się na wymarzony kierunek studiów, gdy procent kolegów tej samej narodowości na uczelni był wyższy niż procent Żydów w całym społeczeństwie. Przepisy te były reakcją na zdecydowaną nadreprezentację osób pochodzenia żydowskiego wśród lekarzy, co wywoływało napięcia społeczne szczególnie w okresie kryzysu gospodarczego przełomu lat 1920-tych i 1930-tych. Z tego powodu Maksymilian Mościsker rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Karola w Pradze, dopiero w ich trakcie przeniósł się na Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, gdzie w 1935 r. uzyskał dyplom lekarza. Pozwoliło mu to

od razu posiadać uprawnienia do wykonywania zawodu, bez konieczności nostryfikacji dyplomu zagranicznej uczelni. W drugiej połowie lat 1930-tych prowadził praktykę lekarską w zakresie chorób kobiecych i wewnętrznych przy ulicy Stefana Batorego 2 w Krakowie [2].

W momencie wybuchu II wojny światowej we wrześniu 1939 r. zdecydował się ewakuować na wschodnie rubieże Polski, co było spowodowane obawą prześladowań ze strony niemieckich najeźdźców. Zapewne nie bez wpływu na ten kierunek ewakuacji były jego lewicowe poglądy, w owym okresie bardzo popularne w środowiskach niezbyt zamożnej inteligencji. Okupacja sowiecka inaczej była postrzegana przez Polaków z Kresów Wschodnich, w innym świetle widzieli ją polscy Żydzi, co jest po części zrozumiałe. Dla tych ostatnich wszystko wydawało się lepsze niż komora gazowa w niemieckim Auschwitz. W 1941 r. po wybuchu wojny niemiecko-sowieckiej dr Maksymilian Mościsker został wcielony do Armii Czerwonej, gdzie służył jako chirurg-ginekolog w kilku szpitalach: 1625. Szpitalu Ewakuacyjnym, 1804. Szpitalu Ewakuacyjnym i 2343. Szpitalu Ewakuacyjnym. W marcu 1945 r. został ordynatorem 10. Polowego Ruchomego Szpitala Chirurgicznego, następnie na podstawie Rozkazu Naczelnego Dowództwa Armii Czerwonej nr 0166 z 22 czerwca 1945 r. przeniesiony do Wojska Polskiego [2].

Komendantem 8. Polowego Ruchomego Szpitala Chirurgicznego II Armii Wojska Polskiego ówczesny kpt. lek. M. Mościsker został w dniu 28 sierpnia 1945 r. w miejscowości Iłowa. Funkcję tę sprawował stosunkowo niedługo, jednakże zapisał się w historii placówki jej przekształceniem w dniu 22 września 1945 r. w stacjonarny Szpital Garnizonowy na 100 łóżek. Obowiązki komendanta zdał swemu następcy w dniu 23 października 1945 r. W kolejnych latach mjr lek. Maksymilian Mościsker był Szefem Służby Zdrowia 4. Pułku Saperów w Gorzowie Wlkp., zaś ukoronowaniem jego kariery było objęcie w stopniu pułkownika etatu zastępcy komendanta 2. Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej ds. Polikliniki w Warszawie. Odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, wieloma medalami wojskowymi polskimi i rosyjskimi, odznaką „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”. Do rezerwy ubył w 1964 r. w stopniu pułkownika. Zmarł 31 grudnia 1982 r., pochowany na Cmentarzu Wojskowym na Powązkach w Warszawie, kwatera F/14/11 [2; 3, s. 41-49; 4, s. 7-8; 5; 6, s. 407]

Życiorys dr. M. Mościskera jest świetnym przykładem nieco odmiennego spojrzenia polskich Żydów na okupację sowiecką i niemiecką. Dla wielu Żydów ta pierwsza była znacznie korzystniejsza i umożliwiała przetrwanie okresu zagłady. Większość polskich Żydów znalazła się w szeregach Armii Czerwonej, by następnie zasilić Wojsko Polskie. Warto podkreślić, że ówczesny kpt. lek. M. Mościsker był komendantem Szpitala Garnizonowego, który po latach przekształcono w 105. Kresowy Szpital Wojskowy w Żarach czyli jedną z najlepszych placówek medycznych na obecnej Ziemi Lubuskiej. Miał więc swój niewątpliwy wkład w rozwój tego zakładu, zaś nazwa wyróżniająca „Kresowy” jest symbolicznym oddaniem hołdu wszystkim pracownikom placówki, których ekspatriowano z Kresów Wschodnich Rzeczypospolitej, dokąd już nigdy nie powrócili. W wyniku ustaleń konferencji w Poczdamie Kresy Wschodnie Rzeczypospolitej Polskiej znalazły się, wraz z takimi ośrodkami polskości jak Wilno, Grodno i Lwów, w granicach ZSRR.

Do swego rodzinnego Lwowa Maksymilian Mościsker mógł się już przenieść jedynie w marzeniach sennych. W 2014 r. na pamiątkowej tablicy na terenie 105. Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Żarach wyryto w kamieniu jego nazwisko, by świadczyło potomnym o zasługach dla żarskiej lecznicy wojskowej tego skromnego medyka.

Piśmiennictwo:

1. Polski czyn zbrojny w II wojnie światowej, pod red. Sobczak K., Warszawa, Wyd. MON, 1988
2. Centralne Archiwum Ministerstwa Obrony Federacji Rosyjskiej: UPK M.Mościsker
3. Archiwum 105. Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ: Kronika Szpitala Garnizonowego
4. Archiwum 105. Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ: Historia 105 Wojskowego Szpitala Garnizonowego
5. Przeszli w stan spoczynku, Lek. Wojsk., nr 12, r.XL, s. 937
6. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dn. 30.10.1953r., Monitor Polski, Warszawa, nr 32

**МОИСЕЙ БОРИСОВИЧ ФАБРИКАНТ – ВЫДАЮЩИЙСЯ
ХАРЬКОВСКИЙ ХИРУРГ, ПЕДАГОГ, ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ.**

Микулина О.И., заведующая отделом научной медицинской информации и библиографии Харьковской научной медицинской библиотеки

Моисей Борисович Фабрикант – доктор наук, профессор, крупный учёный, выдающийся харьковский хирург, основоположник отечественной челюстно-лицевой хирургии, родился 17 ноября 1864 года в селе Шумилово Ольгопольского уезда Подольской губернии (ныне – Бершадский район Винницкой области). Из «Списка студентов ...» Императорского Харьковского университета [1, с. 80] известны краткие биографические сведения о Мошко Боруховиче Фабрикante – тогда он фигурирует под таким именем.

Село Шумилово в 35 верстах от села Вишня, где жил и работал выдающийся хирург Н.И.Пирогов. Пирогов лично сделал операцию Фабриканту, когда тот был ещё ребёнком. Возможно, те детские впечатления, а также слава Пирогова, его популярность в народе, зародили у Моисея Борисовича любовь к медицине уже в ранние годы [2, стб. 381].

Первоначальное образование М.Б. Фабрикант получил в Городском училище в уездном центре Подольской губернии (ныне Одесской области) – городе Балта. В 1884 году окончил Ананьевскую классическую гимназию (г. Ананьев Херсонской губернии, ныне Одесской области) с золотой медалью. В 1884 году поступил на 1-й курс медицинского факультета Императорского Харьковского университета, в 1889 году окончил его с отличием, получил степень «Лекаря с отличием». На государственном экзамене своими блестящими ответами он обратил на себя внимание профессора, руководителя Факультетской хирургической клиники университета Вильгельма Фёдоровича

Грубе. Профессор предложил ему остаться при своей клинике ординатором. С 1889 по 1896 год Моисей Борисович работал в клинике в должности сверхштатного, затем штатного ординатора [3, с. 10, 101]. М.Б. Фабрикант высоко ценил своего учителя: «Его имя заняло почётное место среди той плеяды профессоров, которые составили гордость и славу Харьковского университета» [4, стб. 1529].

В 1890 году по ходатайству медицинского факультета М.Б. Фабрикант получил годичную заграничную командировку, которую провёл в клинике Бильрота в Вене, Вольфа в Берлине и потом, на протяжении многих лет он ежегодно работал в крупнейших клиниках Германии, Австрии, Швейцарии, Франции и Англии. Упорная работа, ежегодные посещения крупнейших европейских клиник, встречи с выдающимися деятелями медицины на съездах, знакомство с мировой литературой (владел шестью иностранными языками), поставили М.Б. Фабриканта в ряд известных хирургов страны уже в начале 20-го века.

«В своей автобиографии Моисей Борисович подчёркивает, что не менее значительное влияние на развитие его как врача и учёного оказали ежегодные поездки в течение (с 1889 по 1900 г.) в родное село Шумилово, где он, по примеру Пирогова, оперировал людей, приезжавших из разных мест Подольской, Киевской и Волынской губерний. Славу «шумиловскому доктору» создали удачные хирургические операции». [2, стб. 381-382]

М.Б. Фабрикант вёл активную общественную деятельность. В 1893 году он стал членом Харьковского Медицинского Общества, был членом его правления. В книге, посвящённой 50-летней деятельности ХМО, имя М.Б. Фабриканта звучит среди тех, кто «на поприще практической хирургии в разное время выдвинулись и приобрели признание среди товарищей и популярность в обществе» [5, с. 206]. С 1897 по 1917 год М.Б. Фабрикант являлся консультантом Харьковской общины Красного Креста, был организатором студенческой больницы и поликлиники, а также Эндокринологического института, с 1931 по 1935 консультировал в этом институте. Моисей Борисович принимал активное участие в создании «Дома врача», состоял членом «Общества Скорой медицинской помощи», Южно-Русского Автомобильного Клуба, Коммерческого Клуба.

В 1907 году М.Б. Фабрикант защитил диссертацию по вопросам антисептики на степень доктора медицины [6]. С 1907 по 1919 год он вёл преподавательскую деятельность в области хирургической стоматологии в 1-й Зубоврачебной школе П.П. Кривоускова [7, с. 171].

В 1899 году Моисей Борисович покинул клинику университета. С 1900 по 1921 год он работал в собственной хирургической лечебнице на Театральной площади, №5 (ныне площадь Поэзии, №5), построенной по проекту архитектора польского происхождения Здислава Харманского в 1900 году. Хирургическая лечебница доктора Фабриканта отмечена в труде историков Д.И. Багалея и Д.П. Миллера «История города Харькова за 250 лет его существования» [8, с. 484]. Описание дома как «Хирургической лечебницы и Ортопедического института доктора М.Б. Фабриканта» дано в «Медицинском

указателе г. Харькова» 1901 года. В 1921 году дом М.Б. Фабриканта был национализирован, как и его автомобиль: «Советская власть поставила меня на ноги, отобрав автомобиль!» – шутил профессор. В его доме располагалась 25-я Советская больница [10, с. 162], где М.Б. Фабрикант продолжал работать консультантом и проживал с семьёй. Затем в бывшей хирургической лечебнице находилась кафедра протезной стоматологии Харьковского стоматологического института, затем кафедра паразитологии Харьковского института усовершенствования врачей (ныне ХМАПО) и клиника 27-й больницы. С 1985 года и по настоящее время в доме М.Б. Фабриканта работает Харьковская научная медицинская библиотека, в которой хранятся научные труды М.Б. Фабриканта. В библиотеке состоялись 2 научные юбилейные конференции, посвящённые М.Б. Фабриканту. К 150-летию М.Б. Фабриканта на фасаде его дома установлена мемориальная доска, харьковскими автомобилистами снят фильм «Его звали Фабрикант». Библиотека создана Харьковским медицинским обществом в 1861 году, в 2016 году библиотеке исполняется 155 лет, книжный фонд насчитывает более миллиона медицинских изданий XVIII – XXI вв.

С 1907 по 1932 год М.Б. Фабрикант заведовал хирургическим отделением Студенческой поликлиники и больницы был заместителем директора Института труда и быта студентов и до 1940 года являлся консультантом этого института. В 1921 году Моисей Борисович избран профессором одонтологического факультета Харьковского медицинского института, возглавлял хирургические кафедры. С 1931 по 1950 год состоял профессором Харьковского стоматологического института, создал и возглавлял в институте кафедру хирургической стоматологии, был руководителем Клиники хирургической стоматологии при институте [10, с. 52]. Находилась клиника на ул. Пушкинской, № 7.

В послеоктябрьский период М.Б. Фабрикант являлся участником всех хирургических съездов, ему был доверен пост председателя Стоматологического комитета Высшей аттестационной комиссии при Всесоюзном комитете по делам высшей школы. В 1937 году он избирался Почётным членом научных медицинских организаций. За всё время научной и практической деятельности М.Б. Фабрикантом создано более 80 научных трудов [2, с. 383]. Тематика его работ многообразна и глубока. Он работал и писал в самых разнообразных областях хирургии. Но особенно ценны его работы в области стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

М.Б. Фабрикант стал участником пяти войн [11, с. 64]. В 1904–1918 годы М.Б. Фабрикант был консультантом военного ведомства, консультировал в госпиталях Харькова, оперировал раненых, организовал частный лазарет. С 1917 по 1921 год консультировал в военных госпиталях Наркомата вооружённых сил СССР. С 1941 по 1946 год работал консультантом и научным руководителем эвакогоспиталей.

В 1941 году Моисей Борисович был эвакуирован в Киргизию в город Фрунзе, где возглавлял хирургическую клинику Киргизского государственного медицинского института. В 1943 году М.Б. Фабрикант удостоен звания

«Заслуженный деятель науки Киргизской ССР», награждён медалями и почётными грамотами госпиталей.

В 1944 году М.Б. Фабрикант вернулся из эвакуации в Харьков, восстановил кафедру хирургической стоматологии, преподавал в Харьковском стоматологическом институте.

Имя Софии Исааковны Фабрикант (г.р. 1874, место рожд. г. Николаев) – супруги Моисея Борисовича Фабриканта увековечено в Зале памяти Мемориального комплекса жертвам Холокоста в Дробицком Яру на восточной окраине г. Харькова. Попав в «жёлтые списки», она погибла от рук нацистов в декабре 1941 – январе 1942 года. М.Б. Фабрикант умер 27 декабря 1951 года, был похоронен в Харькове в Первой аллее 2-го городского кладбища. Ему поставлен памятник, надпись на котором гласит: «Заслуженному деятелю науки Моисею Борисовичу Фабриканту от благодарного ученика Н.И. Заславского».

Список источников и литературы:

1. Список студентов и посторонних слушателей Императорского Харьковского университета за 1884–1885 акад. год. – Х.: Унив. тип., 1884. – С. 80.
2. Профессор М. Б. Фабрикант (некролог) // Врачебное дело. – 1952. – № 4. – Стб. 381-384.
3. Отчёт о состоянии и деятельности Императорского Харьковского университета за 1893 год. – Х. : Тип. Зильберберга, 1894. – С. 10; Отчёт о состоянии и деятельности Императорского Харьковского университета за 1894 год.: Тип. Зильберберга, 1895. – С. 101.
4. Фабрикант М. Б. Грубе Вильгельм Фёдорович (1827–1897 гг.) / М. Б. Фабрикант // Врачебное дело. – 1927. – № 21. – Стб. 1529-1532.
5. Харьковское медицинское общество: 1861–1911 гг.: очерки его пятидесятилетней деятельности / сост. под ред. С. Н. Игумнова. – Х.: Тип. и литогр. М. Зильберберга и С-вья, 1913. – С. 206.
6. Фабрикант М. Б. Материалы к изучению фармакологических и бактерицидных свойств трибромрезорцина / М. Б. Фабрикант. – Х. : Центр. Хромо-Типо-Литогр., 1907. – 214 с.
7. Милостанов Н. Н. К 45-летнему юбилею профессора М. Б. Фабриканта / Н. Н. Милостанов // Вестник хирургии им. Грекова. – 1936. – Т. 43, кн. 119. – С. 171–172.
8. Багалея Д. И. История города Харькова за 250 лет его существования (1655–1905): ист. моногр. : в 2 т. / Д. И. Багалея, Д. П. Миллер. – Репр. изд. – Х. : [б. и.], 1993. – Т. 2. – С. 484.
9. Медицинский указатель г. Харькова, составленный и изданный Благовещенскою аптекою провизора С. Б. Чудновского. – Х., 1901. – С. 67.
10. Справочник медицинских и санитарных учреждений г. Харькова. – Х., 1938. – С. 162; Справочник медицинских и санитарных учреждений г. Харькова. – Х., 1938. – С. 52.
11. Даценко М. Ф. М.Б. Фабрикант (некролог) / М. Ф. Даценко // Стоматология. – 1952. – № 2. – С. 63–64.

ТВОРЧЕСКИЙ ЧЕЛОВЕК ТАЛАНТЛИВ ВО ВСЕМ

Мякина А. В., к.м.н., доцент,

*Мищенко А. Н., к.м.н., старший преподаватель кафедры социальной
медицины, организации и экономики здравоохранения*

*Мельник К. А., студент Харьковского национального медицинского
университета*

«...умер с надеждой на заслуженное воскрешение»

Эпитафия на могиле

Томас Юнг (1773–1829) английский физик, врач и астроном. Родился в семье торговца тканями. Старший сын (10). С детства имел редкие способности: в 2 года научился читать, в 9 лет изучил латинский и греческий, к 14 годам знал в совершенстве 10 языков. Основные знания приобрёл самостоятельно – с ранних лет он относился к самообразованию как к важнейшему способу совершенствования в науках.

С 1792 г. по 1803 г. изучал медицину в Лондоне, Эдинбурге, Геттингене, Кембридже. В 1795 г. получил степень доктора медицины в Германии. Большую часть своей жизни он был практикующим врачом. С 1811 года и до конца жизни Юнг работал врачом в больнице св. Георгия в Лондоне. Юнга интересовали проблемы лечения туберкулеза, он занимался изучением функционирования сердца, работал над созданием системы классификации болезней.

Юнг не был преуспевающим врачом. Он считался "слишком ученым". Должно быть, именно в силу своей учености он, смелый в науке, робел у постели больного, колебался, какой прописать рецепт. Свои лекции, которые он одно время читал в лондонской больнице св. Георгия, он начинал словами такого философского откровения: «Нет науки, сложностью превосходящей медицину. Она выходит за пределы человеческого разума». Все это отпугивало. Юнг никогда не имел большой клиентуры.

Чем старше становился Томас Юнг, тем неотвязнее вставал перед ним извечный вопрос – кем быть? Юнгу – при широте его интересов – ответить на этот вопрос было непросто. Но все же он, наконец, решил, что станет врачом. Медицина даст ему средства, а главное – независимость, к которой он всегда упорно стремился...

В дальнейшем учёный занялся исследованием акустических и оптических явлений (интерес к акустике был связан с любовью к музыке – играл на всех музыкальных инструментах того времени). Ему принадлежит теория приливов. Он впервые указал на усиление и ослабление звука при наложении звуковых волн и предложил принцип суперпозиции волн. Юнг – один из создателей волновой теории света. В 1801 году Томас объяснил явление интерференции света, дал интерпретацию колец Ньютона.

Создал трёхцветную теорию цветного зрения. Предпринял попытки создания контактных линз. Открыл дефект зрения – дальтонизм.

Помимо световой теории исследовал восприятие света (он основоположник цветной фотографии и телевидения). Занимается изучением эластичности, измерением размеров молекул и натяжения на поверхности жидкости.

Медицина не поглощала всей его энергии. Томас напечатал несколько различных заметок в "Джентльменском журнале", а в мае 1793 г. прочитал в Королевском обществе свои "Наблюдения над процессом зрения", опубликованные затем в "Философских трудах". Юнг объяснял способ аккомодации глаза для видения на различных расстояниях изменением кривизны хрусталика. Это не было новостью, но молодой ученый строил свои доказательства на фактах, добытых при изучении анатомии глаза, в частности хрусталика. Юнг, например, установил, что хрусталик обладает волокнистой, или мускулистой, структурой и тем самым великолепно приспособлен к изменению своей формы.

Это исследование было замечено и вызвало шумные отклики. Среди ученых, оспаривавших право на первенство открытия, закипели нешуточные страсти. Юнга обвиняли в плагиате, в невежестве и в других страшных грехах. Под нажимом авторитетов ему пришлось временно отступить, сделав вид, что он отрекается от своей теории. Шумиха кончилась тем, что его по рекомендации пятнадцати членов общества 19 июля 1794 г. избрали в члены Королевского общества – честь для ученого, которому только-только исполнился двадцать один год, немалая.

Томас Юнг изучает историю Древнего Египта. Переутомление, вызванное многолетней работой над дешифровкой египетских иероглифов, вызвало необратимые изменения в организме, вследствие которых он неожиданно скончался в своём доме в возрасте 56 лет.

Похоронен в скромном фамильном склепе с профилем и надписью: «...доктор медицины..., умер с надеждой на заслуженное воскрешение».

ПРОФЕССОР М.В. КРИВОНОСОВ – ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ-ГИГИЕНИСТ И ПЕДАГОГ (К 75-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Подригало Л.В., доктор медицинских наук, профессор проректор по научно-педагогической работе Харьковской академии физической культуры

Даниленко Г.Н., доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом школьной медицины и гигиены подростков ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины»

В апреле 2016 года М.В. Кривоносову исполнилось бы 75 лет, но, к сожалению, уже десять лет его нет с нами. Кто-то из великих отмечал, что большое лучше видится на расстоянии, поэтому прошедшее время позволяет лучше оценить, что этот ученый и педагог сделал для отечественной науки, педагогики высшей школы.

Практически вся его жизнь была связана с Харьковским медицинским университетом. Сюда он поступил по целевому направлению министерства здравоохранения Беларуси, здесь остался после окончания и работал до последнего дня своей, к сожалению, не очень длинной жизни. Уже в студенческие времена руководство ВУЗа сумело рассмотреть потенциал и способности молодого человека, чем объясняется его оставление в аспирантуре. Как вспоминал проф. А.Я. Цыганенко, для того чтобы оставить «направленца» работать в институте была осуществлена целая переписка между ВУЗом и министерствами СССР и БССР, что в те годы было совсем непросто.

Казалось бы аспирантура, защита кандидатской диссертации, работа в науке – достаточно обычный путь для ученого. Однако и здесь у М.В. Кривоносова все шло необычно. Он с блеском выполнил и защитил под руководством проф. М.П. Воронцова диссертацию, посвященную изучению влияния ультрафиолетового облучения на организм, основой которого стал физиолого-гигиенический подход, примененный для решения важной задачи – профилактики нарушений здоровья [1]. Но ситуация в то время была беспокойной и молодой врач был призван на действительную военную службу, два года он отслужил на советско-китайской границе в должности начальника медицинской службы пограничного отряда. Один небольшой штрих: практически после призыва вышло постановление, запрещающее призывать людей с учеными степенями и званиями. Казалось бы, можно апеллировать к властям, требовать возвращения к мирной жизни, но это не для М.В. Кривоносова. Кстати, он никогда не бравировал своими военными заслугами, лишь после его смерти мы узнали, что он был награжден боевыми медалями, которые в те годы просто так не давали.

Вскоре после демобилизации и возвращения в теперь уже родной Харьков и медицинский университет, М.В.Кривоносову, теперь уже доценту кафедры гигиены питания, предложили стать деканом санитарно-гигиенического факультета. Возглавить его молодому декану пришлось в достаточно сложный период, так называемой «смены поколений», когда профессора еще военных времен ушли на заслуженный отдых, а смены им еще не было. Естественно, руководителю факультета пришлось постоянно получать указания о необходимости усиления научной работы, повышения остепененности и т.д., и т.п. В сложившейся ситуации административная работа становится приоритетом, контакты со студентами постепенно вытесняют все другое.

Однако М.В. Кривоносов умел сочетать и организаторскую, и педагогическую, и научную деятельность. Он не только сумел выполнить докторскую диссертацию, но и организовал работу факультета так, что гигиенические школы Харьковского медицинского института вновь стали одними из ведущих в СССР. Именно в 70-80 годы прошлого века оформился творческий союз будущих докторов наук и профессоров М.В. Кривоносова, В.И. Жукова, Л.А. Бондаренко, проводивших исследования, посвященные изучению влияния вредных и очень вредных производственных факторов на организм работающих. Эти работы отличала, прежде всего, комплексность, объединяющая гигиенические, физиологические, биохимические,

биофизические и другие подходы. Результатом стала докторская диссертация М.В. Кривоносова, не только масштабная по примененным методам, но и оригинальная по предложенным подходам [2]. В условиях, когда лечебно-профилактическое питание было в основном ориентировано на разработку конкретных рационов, автор предложил инновационный переход на новый уровень – к направленности рациона. Обычный в настоящее время подход, для начала 90-х годов прошлого века был действительно новаторским, поскольку предполагал соединение принципов питания, разработанных еще Гиппократом («Ваше лекарство должно быть пищей, а пища – лекарством») с системным подходом и патогенетическими особенностями.

Научное наследство М.В. Кривоносова многообразно, поражает глубиной и широтой восприятия проблем. Его анализу посвящена наша работа [3], поэтому хотелось бы лишь еще раз подчеркнуть способность его как ученого прогнозировать вектор развития гигиенической науки. Широта научных интересов, комплексный подход, соединение новизны и практической значимости – эти черты определяли его научную деятельность на протяжении всей его жизни. Хотелось бы особо отметить его способность не заставлять, а стимулировать работу, не навязывать свою точку зрения, а выслушивать мнение других, анализировать и синтезировать информацию, что является необходимым условием научного мышления.

В 90-е годы М.В. Кривоносов занял пост первого проректора Харьковского медицинского университета, на котором работал до последних дней своей жизни. Перефразируя братьев Стругацких, хотелось бы заметить, что администратор, к счастью, не смог убить в нем ученого, хотя нагрузка была очень велика, много времени отнимали организационные вопросы, работа в составе комиссий и рабочих групп министерства здравоохранения. Много времени он посвятил оптимизации высшего медицинского образования, но, к сожалению, многие его предложения остались на бумаге, а жизнь подтвердила правомочность сделанных им прогнозов. На этот период приходится сотрудничество с коллегами из Института охраны детей и подростков, результатом которого стала разработка системы комплексной реабилитации детей, пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы [4]. Результатом совместной деятельности со специалистами Харьковского института общественного питания стали учебники для специалистов – технологов [5,6]. Была разработана концепция «алиментарно связанной донозологии», имеющей четкий гигиенический подход [7].

М.В. Кривоносов сочетал в себе талант ученого-гигиениста, педагога-организатора. Его эрудицию, интеллект, скромность, чувство юмора до сих пор вспоминают его друзья, ученики и коллеги.

Список источников и литературы:

1. Кривоносов М. В. Реакция парасимпатической нервной системы при профилактическом облучении экспериментальных животных интегральным потоком УФ – радиации: автореф. на соискание степени канд. мед. наук.: спец. 14.00.07 „Гигиена” / М. В. Кривоносов – Харьков, 1968. – 14 с.
2. Кривоносов М. В. Гигиеническое обоснование профилактической направленности питания при профессиональном контакте с анионными детергентами: автореф. на соискание степени докт. мед. наук.: спец. 14.00.07 „Гигиена” / М. В. Кривоносов. – Ленинград, 1990. – 48 с.
3. Перцева Ж. Н. Анализ научного наследия М.В. Кривоносова и перспективы развития современной гигиены / Ж. Н. Перцева, Л. В. Подригало, И. В. Завгородний, Д. П. Перцев // Медицина сегодня и завтра. – 2010. – № 4 (49).– С.170–174.
4. Беседина А. А. Комплексная реабилитация детей и подростков, проживающих на контролируемых территориях, в летних лагерях санаторного типа / А. А. Беседина, М. В. Кривоносов, Л. В. Подригало // Охрана здоровья детей и подростков. – К. : Здоровья, 1994. – Вып. 24. – С. 29–32.
5. Дуденко Н. В. Биологическая химия / Н. В. Дуденко, Л. Ф. Паволоцкая, М. В. Кривоносов. – Харьков : Прапор, 1999. – 318 с.
6. Дуденко Н. В. Основи фізіології харчування / Н. В. Дуденко, Л. Ф. Паволоцкая, М. В. Кривоносов. – Харків : Торнадо, 2003 – 407 с.
7. Кривоносов М. В. Необходимость изучения алиментарного статуса для выявления и прогнозирования донозологических состояний у детей школьного возраста / М. В. Кривоносов, Л. В. Подригало, О. И. Попов // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 1998. – Т. 2, № 1(3). – С. 67–69.

ALBRYCHT RADZIWIŁŁ – WIEDZA MEDYCZNA MAGNATÓW W XVII WIEKU

Andrzej Stroynowski, dr hab. prof. Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie

Albrycht Radziwiłł (1593-1656) był wyjątkowo wykształconym, ale i schorowanym człowiekiem, co wpłynęło na jego zainteresowanie chorobami, o których zamieścił przynajmniej 130 informacji w swoim pamiętniku. Poziom tych informacji był chyba zbliżony do prezentowanego przez królewskiego medyka Macieja Vorbek-Lettowa [1, s. 111]. Ponadto Radziwiłł przynajmniej interesował się medycyną, gdy lekarza głównie zajmowała własna kariera [2; 3]. Zresztą ogólnie wiedza ówczesnych medyków była bardzo niska, przyczyniając się do śmierci królów: Stefana Batorego, Władysława IV i Jana III Sobieskiego [4, s. 49, 56; 1, s. 101-103]. W dodatku ci „...doktorzy medycyny nie mogli się między sobą zgodzić ani sposobem myślenia, ani co do diagnozy, owszem, wzajemnie się lżyli i nie zgadzali na konsylium” [5, t. II, s. 216]. Czasem zwaśnieni lekarze podawali chorym lekarstwa, które mogły zniweczyć terapię stosowaną przez ich kolegów [5, t. II, s. 290]. Na tym tle Albrycht Radziwiłł wyróżniał się żywym zainteresowaniem się stanem zdrowia monarchów, jak też najbliższych, choć ledwo zauważał problemy ludu. Stąd katalog omawianych przez niego chorób jest dość skromny, obejmując:

podagrę, kamicy nerkową, prostatę, artretyzm (zwany chiragrą), różę, niedyspozycje żołądkowe (biegunka, torsje, dyzenteria), zarazy (w tym ospę i febrę), syfilis, jak też niektóre choroby kobiece, związane z ciążą.

Zainteresowanie medycyną wykazał już przy śmierci króla Zygmunta III, który po częściowym paraliżu „...leżał na pół uniesiony, by nie zakrztusił się śliną” [5, t. I, s. 109]. Wierzył w podtrzymywanie sił umierającego lekarstwami i wódką. Zwątpił dopiero w skuteczność konsylium lekarskiego, które „...ciągle radziło, czy jest jeszcze nadzieja pomocy dla króla. Okazał się cały brak doświadczenia lekarzy, kiedy wieczorem, po zachodzie słońca, choremu, wycieńczonemu cierpieniem, po jedzeniu dali lekarstwo” [5, t. I, s. 110]. To zwątpienie umocniła obserwacja usuwania ze zwłok króla organów wewnętrznych, które „...okazały się zdrowe, płuca, serce, wątroba cała, żadnej flegmy; mógł jeszcze żyć 20 lat...” [5, t. I, s. 112].

Znacznie więcej informacji dostarczała obserwacja króla Władysława IV, który już u progu panowania ciężko zachorował na podagrę, mającą początkowo nietypowe objawy, z wysoką gorączką, której nie obniżyło puszczenie nieomal bezbarwnej krwi. Przejście zakażenia w typową podagrę Radziwiłł uznał za cud [5, t. I, s. 273]. Odtąd podagra już stale towarzyszyła królowi, uniemożliwiając mu czasem udział w obradach sejmu [5, t. I, s. 440, 509, t. II, s. 86]. Z czasem ataki podagry wydłużały się nawet do czterech tygodni, gdy król cierpiał „...nie śpiąc po nocach i napelniając swą komnatę okrzykami bólu i jękami” [5, t. I, s. 557, t. II, s. 59]. Od 1634 roku pojawiła się też kamica nerkowa. Pierwszego ataku kolki nerkowej początkowo nie potrafili rozpoznać lekarze, co zagroziło życiu króla [5, t. I, s. 412]. Odtąd te ataki nasilały się i król z bólami „polował” kolejne kamienie [5, t. II, s. 140]. Właściwie jedynym środkiem ułatwiającym ich schodzenie była gorąca kąpiel [5, t. III, s. 42], gdyż tylko raz usunięcia kamienia z pęcherza moczowego miał dokonać królewski chirurg [5, t. III, s. 56]. Władysław IV cierpiał też na artretyzm, który uleczyć miała kuracja w gorących źródłach w Cieplicach Badeńskich (koło Wiednia), którą opisał Radziwiłł, wykazując więcej zainteresowania od wspomnianego Vorbek-Lettowa [4, s. 95; 1, s. 95; 2]. Przedstawił kurację wodną, stawianie baniek, skupiając się na ataku kamicy nerkowej, którego jednak nie powiązał z ilością alkoholu wypitego przez Władysława IV [5, t. II, s. 101-107]. Kuracja nie dała spodziewanych efektów, choroba zaś nasilała się, w efekcie czego król w 1640 roku uczestniczył w obradach sejmu leżąc w łóżku [5, t. II, s. 201]. Z tego też powodu odkładał zaślubiny z Ludwiką Marią [5, t. II, s. 469-484]. Stąd zadziwiać może, że pamiętniku tylko raz wspomniano o zatrzymaniu moczu, wywołanym prostatą, które pojawiły się u Radziwiłła w wieku 59 lat [5, t. III, s. 350]. Liczne zaś są wzmianki o problemach żołądkowych. Władysław IV „...nie mógł się wypróżnić, stąd torsje i ostre bóle niosły niebezpieczeństwo dla życia królewskiego” [5, t. II, s. 66], torsje (37 razy) miały zwiastować śmierć królowej Cecylii Renaty [5, t. II, s. 398-399], zaś krwawa dyzenteria była powodem śmierci królewicza Zygmunta Kazimierza [5, t. III, s. 47]. Nie wspomniał natomiast Radziwiłł o biegunce (150 razy), która przyczyniła się do śmierci Władysława IV [3, s. 151-152]. Odnotował jednak zachorowanie króla na różę, której nawet nie leczono, wierząc w boską opatrzność [5, t. I, s. 308, t. II, s. 422].

Opisywał również choroby królewskich braci. Najgroźniejszą dla nich okazała się ospa dziecięca, której nie potrafiono leczyć. Stąd za celowe uznał podanie choremu szklanki zimnej wody, co miało uleczyć królewicza Jana Kazimierza [5, t. I, s. 396]. Natomiast jego brat, Aleksander Karol lekkomyślnie nie podjął leczenia i zmarł po miesiącu [5, t. I, s. 400]. Z chorób zakaźnych wymieniał też febrę, która dotykała nie tylko lud, ale i królową Ludwikę Marię, która raz cierpiała na nią 16 tygodni. Febra towarzyszyła też atakowi kamicy i begunce Władysława IV, który zmarł w Mereczu, prze pełnej bezradności lekarzy [5, t. III, s. 75-76]. Być może pod wpływem tego doświadczenia swoje późniejsze wyzdrowienie z febry Radziwiłł przypisywał boskiej opiece [5, t. III, s. 445]. Z reguły choroby zakaźne określał mianem zarazy i pomijając ich nazwę skupiał się na opisie strat [5, t. I, s. 467, t. II, s. 158]. Przy ich zwalczaniu akcentował konieczność ograniczenia kontaktów z chorymi. Stąd z uznaniem wspominał o królewskim zakazie wjazdu do Warszawy dla królewicza Jana Kazimierza i jego towarzyszy, którzy powrócili z wojny zarażeni syfilisem [5, t. I, s. 496]. Jednak sam nie przestrzegał unikania tłumów w czasie zarazy w Gdańsku, która pochłonęła 500 osób [5, t. II, s. 158-160]. Podzielał też mniemanie, że mrozy powodują wygasanie zarazy i dlatego z trwogą witał nadejście ocieplenia [5, t. II, s. 280].

Znacznie rzadziej wypowiadał się o zdrowiu kobiet. Uznał, że bóle macicy, kamica, palpacje serca i bezsenność żony spowodowane były przyłożeniem zbyt dużej (15) liczby pijawek. Nie rozumiał, że były to objawy postępującego raka macicy, który w ciągu 2 tygodni doprowadził do jej śmierci [5, t. II, s. 27-28]. Pisząc o zdrowiu kobiet z reguły ograniczał się do wzmianki „Królowa złożona chorobą długo zmagająca się z niebezpieczeństwem śmierci...” [5, t. II, s. 64], czy skwitowania narodzin królewicza „...bez wielkich bólów najmiłościwszej królowej, która zaledwie przez dwie godziny cierpiała” [5, t. II, s. 197]. Nie rozumiał problemu martwej ciąży [5, t. II, s. 513], czy nawet wierzył, że żona jest w czwartym miesiącu ciąży, gdy w rzeczywistości tylko „...wydaliła z siebie dwa kamienie” [5, t. III, s. 221].

Nie dostrzegł związku pomiędzy stanem zdrowia a stylem życia, zwłaszcza u Władysława IV, który przy swoich cierpieniach na podagrę („pańską chorobą”) [6], artretyzm, kamice nerkową, gościec zwyrodnieniowy, był niebywale otyły, co było typowe dla magnaterii, spożywającej ponad 6.000 kcal dziennie i nadużywając trunków [7, 134-138; 8, s. 80; 9, s. 101]. Sam Radziwiłł z zadowoleniem odnotował, że „...spełniłem tyle pucharów, mniej wina, więcej piwa, jedzenia zaledwie tknąwszy, że nad zwyczaj zaproszyłem sobie głowę i trudno mi było wysłowić się nieskładnym językiem” [5, t. I, s. 542], by ataki podagry przypisać nadmiernemu wysiłkowi oraz troskom [5, t. II, s. 519]. Tylko w odniesieniu do swojego teścia dostrzegł, że „...z powodu nadużycia wina odjechał chory na podagrę i chiragrę [artretyzm, gościec]...” [5, t. II, s. 251]. W efekcie zmarł w wieku 63 lat schorowany i niedołężny.

Literatura:

1. A. Skrobaccki, recenzja: *M. Vorbek-Lettow, Skarbnica pamięci...*, „Archiwum Historii Medycyny”, t. 32, 1969, z. 1.

2. A. Stroynowski, *Zdrowie Władysława IV w opisach jego lekarza*, [w:] *Историчні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я*, Харків 2014, s. 41-44.
3. M. Vorbek-Lettow, *Skarbnica Pamięci. Pamiętnik lekarza króla Władysława IV*, oprac. E. Galas i F. Mincer, Wrocław – Warszawa – Kraków 1968.
4. Z. Kuchowicz, *O biologiczny wymiar historii. Książka propozycji*, Warszawa 1985.
5. A. S. Radziwiłł, *Pamiętnik*, Warszawa 1980, oprac. A. Przyboś i R. Żelewski, t. 1-3.
6. Z. Kuchowicz, *Z dziejów zapadalności na dnę moczanową (podagrę) w Polsce*, „Zdrowie Publiczne”, 1970, nr 8.
7. A. Wyczański, *Studia nad konsumpcją żywności w Polsce w XVI i pierwszej połowie XVII w.*, Warszawa 1969.
8. A. Sauvy, *Granice życia ludzkiego*, Warszawa 1963.
9. Z. Kuchowicz, *Z badań nad stanem biologicznym społeczeństwa polskiego od schyłku XVI do końca XVIII wieku*, Łódź 1972.

ПРОФЕСОР Л.М. ГОРОВИЦ-ВЛАСОВА (1879–1941) ТА ЇЇ ВНЕСОК У РОЗВИТОК ГІГІЄНИ В УКРАЇНІ ТА ЗА ЇЇ МЕЖАМИ

Товкун Л.П., кандидат історичних наук, доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»

Значний внесок для вирішення актуальних проблем гігієнічної науки, підготовки кадрів, поглиблене вивчення впливу факторів навколишнього середовища на здоров'я людини та суспільства, пошук нових моделей і технологій діяльності лікаря-гігієніста здійснила перша в Російській імперії жінка-мікробіолог, видатний вчений-гігієніст, професор Любов Михайлівна (Мойсеївна) Горовиц-Власова (1879–1941).

Л.М. Горовиц-Власова народилася 26 (13) березня 1879 р. у Бердичеві. Після закінчення Одеської гімназії, з рекомендаційним листом відомого бактеріолога Я.Ю. Бардаха вона виїхала до Парижу, де вступила і навчалася на природничо-науковому відділенні Паризького університету (1895–1897), в Паризькій Медичній школі (1896–1902) та працювала в ординатурі. На той час у Пастерівському інституті працював видатний російський учений І.І. Мечніков і Л.М. Горовиц-Власова стала його улюбленою ученицею на бактеріологічних курсах, які закінчила у 1901 р. Під його керівництвом вона захистила дисертацію «Про засоби захисту організму проти вторгнення мікробів» і стала доктором медицини Паризького університету [1].

У 1902 р. Л.М. Горовиц-Власова повернулася до Російської імперії, де в Харкові при медичному факультеті на державному екзамені підтвердила своє звання. Із цього часу вона працювала в Обухівській лікарні в Петербурзі (1902–1903 рр.), потім земським лікарем у м. Кирилові Новгородської губернії (1903–1904 рр.). У 1904–1905 рр. отримала додаткове навчання та склала іспити на ступінь доктора медицини при Військово-Медичній академії. Впродовж 1905 р. завідувала тимчасовим епідемічним пунктом у Воронежській губернії, а потім

працювала у столичному Інституті експериментальної медицини (1905–1906 рр.). У 1906 р. Л.М. Горовіц-Власова захистила дисертацію на ступінь доктора медицини на тему «К учению о биологическом значении лучей радия». З 1907 р. і до 1910 р. – працювала в різних установах Російської імперії за своїм фахом.

Упродовж 1911–1922 р. Л.М. Горовіц-Власова працювала завідуючою бактеріологічною лабораторією Петербурзької фільтроозонної станції водоканалу, й одночасно (1914–1918 рр.) професором Петроградського жіночого медичного інституту (читала курс епідеміології). З 1920 р. – професор санітарної мікробіології Хіміко-фармацевтичного інституту. Редагувала, разом із Г.В. Хлопіним, журнал «Гигиена и санитарное дело» [2]. У 1920 р. піддавалася короткому арешту (32 дні) без пред'явленого обвинувачення.

Своє негативне ставлення до нової радянської влади Л.М. Горовіц-Власова привселюдно розкрила двічі. Вперше – у 1918 р., після жахливого вбивства її знайомого Шингарьова. Під час траурного засідання в Союзі Петербурзьких лікарів, вона казала: «Не при свете дня, не пред лицом народа пришла развязка: глухой ночью в священную ограду обители страдания, к постели спящего, больного человека пришли звери в человеческом образе, темные и страшные существа, отмеченные печатью Каина» [3]. Вдруге – у своїй промові у травні 1922 р. на 2-му Всеросійському з'їзді лікарів, як депутат від Петрограду. Зокрема вона сказала, що «... русские врачи не могут с закрытыми глазами в порядке безмолвного подчинения принять все взгляды и методы пролетарской власти». Саме ці промови стали приводом для того, щоб «... за использование своего положения делегатов съезда для антисоветской агитации, рассчитанной на подрыв доверия к Соввласти в момент внешних затруднений, выслать в административном порядке в голодающие губернии, предпочтительно в Оренбургскую губ., Киргизию и Туркестан, представив им недельный срок на ликвидацию, нижеследующих врачей» [4]. Серед перерахованих одинадцяти прізвищ зазначалося і прізвище Горовіц-Власова.

У засланні (липень 1922 р. – літо 1925 р.) Л.М. Горовіц-Власова продовжувала свою науково-дослідну діяльність – здійснила дослідження мікробіології та хімії кумису. Результати цього дослідження були опубліковані в 1923 р. у Москві [5]. Внаслідок цього в Оренбурзькій губернії з 1923 р. було введено масове виготовлення кумису із чистих культур. Також вона організувала крайову лабораторію, а згодом – санітарно-бактеріологічний інститут (Киргизія) [6]. У середині 1925 р., за проханням Помполіту, Л.М. Горовіц-Власова була звільнена із заслання.

Упродовж 1925–1929 рр. професор Л.М. Горовіц-Власова у Дніпропетровському медичному інституті очолювала кафедру загальної гігієни. Саме в цей період колектив кафедри під її керівництвом розробив схему санітарної оцінки ступеня забруднення ґрунту, досліджувалися процеси самоочищення ґрунту на дослідних асенізаційних полях, експериментального хлорування. Професором створений «Визначник бактерій», а також вивчено реакції імунітету при сказі та їх значення при діагнозі [7] та здійснено санітарне вивчення ґрунтів м. Дніпропетровська. Ерудиція очільниці кафедри дозволяла

читати студентам лекції французькою, англійською, німецькою мовами та навіть у віршах, які писала сама. Найбільш відомою стала її «Бактеріада». В ній авторка у жартівливих і дещо пишномовних рядках, як і належить в урочистій поемі-оді, виклала короткий конспект курсу мікробіології та історію цієї науки [8].

У 1929 р. Л.М. Горовиц-Власова повернулася до Ленінграду, де очолювала бактеріологічний і біохімічний відділи Науково-дослідного інституту біохімії харчової промисловості та Ленінградське мікробіологічне товариство. У березні 1938 р. її заарештували за обвинуваченням «антисоветская террористическая организация микробиологов». Проте справа була призупинена у зв'язку з тяжким психічним розладом арештованої.

Померла Л.М. Горовиц-Власова 19 січня 1941 р. в Ленінграді від інсульту. Похована на Волковському цвинтарі. Реабілітована в 1957 р.

Отже, українка Л.М. Горовиц-Власова – перша в Російській імперії жінка-мікробіолог, видатний учений, яка зробила вагомий вклад у розвиток гігієни не тільки в Україні, а й за її межами. Долаючи всі перешкоди, вона стала доктором медицини Паризького університету, професором Петроградського жіночого медичного інституту, санітарної мікробіології Хіміко-фармацевтичного інституту в Петрограді та Дніпропетровського медичного інституту. Нею організовано крайову лабораторію та санітарно-бактеріологічний інститут (Киргизія). Очолювала в Ленінграді бактеріологічний і біохімічний відділи Науково-дослідного інституту біохімії харчової промисловості та Ленінградське мікробіологічне товариство.

Список джерел і літератури:

1. Ружицький В. Горовиц-Власова. Талант вченого і літератора / В. Ружицький // Пантеон бердичівських імен (нарисы та портреты). – Бердичів : Бердичіврегіонвидав, 2004. – 247 с.
2. Скороходов Л. Я. Л.М. Горовиц-Власова (К 15-летию со дня смерти) / Л. Я. Скороходов // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1957. – № 132. – С. 134–136.
3. Горовиц-Власова Л. М. Памяти А.И. Шингарева. Речь, произнесенная на торжественном заседании, посвященном памяти А.И. Шингарева в Союзе Петербургских врачей 14/1/1918 г. / Л. М. Горовиц-Власова // Русский врач. – 1918. – № 5-8. – С. 41–43.
4. Выписка из постановления Политбюро Цк РКП (б) о мероприятиях в связи с Всероссийским съездом врачей от 8 июня 1922 г. // Высылка вместо расстрела: Депортация интеллигенции в документах ВЧК-ГПУ. 1921–1923. – М., 2005. – С. 83.
5. Горовиц-Власова Л. М. К вопросу о микробиологии и химии кумыса. (Из Лаборатории Оренбург. кумысолечебного округа и Краев. лаборатории Киргиз. края) / Л. М. Горовиц-Власова. – М. : тип. «Красный печатник», арен. ГУМ, 1923. – 20 с.
6. Мирошниченко М. И. Женщины в науке Урала в 1920-е гг. / М. И. Мирошниченко // Вестник ЮУрГУ. – 2011. – № 9 (226). – С. 34–37.
7. Горовиц-Власова Л. М. К вопросу о реакциях иммунитета при бешенстве и их значении при диагнозе / Л. М. Горовиц-Власова. – Харків : Урядова друк. ім. тов. Фрунзе, 1926. – 12 с.
8. Дзяк Г. В. Історичний шлях розвитку кафедри загальної гігієни Дніпропетровської державної медичної академії / Г. В. Дзяк, Е. М. Білецька // Медичні перспективи. – 2007. – Т. XII. – № 4. – С. 114–120.

DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWO-SPOŁECZNA LUDWIKA BATAWII

Anna Czerniecka-Haberko, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

„Nie na to człowiek się uczy, aby dyplom otrzymał i miał prawo zarobkowania, lecz żeby umiał, wiedział, pojmował, a wiedząc i pojmując aby korzyść społeczeństwu przyniósł”

Władysław Biegański [4]

Ludwik Batawia urodził się 4 lipca 1872 r. w Opocznie (Ziemia Radomska) [1, s. 39; 9; 18, s. 201]. Niewiele wiemy o dzieciństwie tegoż człowieka. Z biogramu Berla Bociana (częstochockiego drukarza i wydawcy), dowiadujemy się, że był zaprzyjaźniony z Ludwikiem Batawią. Berl Bocian poznał i zaprzyjaźnił się z Ludwikiem Batawią w chederze Ajzaka Muszego. Ta przyjaźń z lat dziecięcych przetrwała do końca życia. Piotr Pałgan pisał bowiem: „co ciekawe, przyjaciele mieli być tak blisko związani ze sobą, że obaj zmarli w ciągu jednego tygodnia, w czerwcu 1939 r.” [16, s. 2-3].

Batawia po ukończeniu chederu, podjął naukę w częstochockim gimnazjum państwowym. W 1890 r. rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Uwieńczeniem studiów był uzyskany 10 lutego 1897 r. dyplom lekarza medycyny. Umożliwił on Ludwikowi Batawii, odbycie w 1897 r. praktyk w klinikach berlińskich. Po ich ukończeniu (1897 r.), Batawia zamieszkał w Częstochowie, gdzie rozpoczął pierwszą w mieście praktykę laryngologiczną [1, s. 39; 9; 18, s. 201].

Batawia, jako jedna z kluczowych postaci inteligencji żydowskiej w Częstochowie [13, s. 262-263], „należał do grona założycieli Szpitala Żydowskiego, pełnił w nim funkcję lekarza naczelnego. Był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Częstochockiego, Związku Lekarzy Polskich oraz Oddziału Częstochockiego Towarzystwa Higienicznego. Przez szereg lat był wiceprezesem Towarzystwa Dobroczynności dla Żydów i członkiem Rady Opiekuńczej Szkoły Rzemiosł przy Talmud-Tora. W latach 1915-1917 prowadził wykłady z anatomii na kursach samokształceniowych zorganizowanych przez miejscową inteligencję. Od 1917r. był członkiem Rady Opiekuńczej Królewsko-Polskiego Gimnazjum im. H. Sienkiewicza, w latach 1920-1921 był ordynatorem Szpitala Wojskowego w Częstochowie. Od 1923r. lekarz Kasy Chorych. W 1925r. z ramienia Zjednoczonego Żydowskiego Komitetu Wyborczego został wybrany do Rady Miasta. (...) Członek Honorowy Towarzystwa Lekarskiego Częstochockiego” [1, s. 39-40; 9]. Tak duża aktywność zawodowa i społeczna zapewniła Batawi szacunek zarówno w środowisku żydowskim, jak i całej społeczności miasta i jego okolic [13, s. 262-263].

Przez wiele lat swojego życia Ludwik Batawia był związany ze szpitalem na Zawodziu w Częstochowie. Szpitala, który został wybudowany z funduszy Towarzystwa Dobroczynności dla Żydów. Towarzystwo powołało do życia komisję, której zadaniem było wyłonienie komitetu budowy. Komisja składała się z osób znanych i poważanych w mieście. W jej skład wchodził: dr Józef Markusfeld, dr

Ludwik Batawia, dr Aleksander Wolberg, Herman Ginsberg, Markus Gradstein, inż. Karp, Izydor Freund, Ludwik Tempel, Stanisław Herc i Leopold Werde. Decyzją owej komisji, na czele komitetu budowy stanął Henryk Markusfeld [5, s. 6; 7; 10; 11; 19, s. 13]. P. Pałgan pisał: „Towarzystwo «Dobroczynność» ukonstytuowało się w 1899 r. i Batawia wziął udział w jego zebraniu założycielskim, a nawet został wybrany do komitetu budowy szpitala żydowskiego, któremu w ciągu czternastu następnych lat udało się zrealizować swój cel. Przez cały ten czas doktor uczestniczył w pracach komitetu, który gromadził niezbędne fundusze, negocjował najpierw kupno, a później przejęcie działki po likwidowanej rzeźni miejskiej (zwanej przez mieszkańców «szlachtusem»), natomiast od 1908 r. nadzorował budowę zespołu gmachów” [16, s. 4].

Uroczyste otwarcie tegoż szpitala nastąpiło w dniu 16 listopada 1913 r. Tak w lokalnej prasie relacjonowano owe uroczystości: „uroczystość rozpoczęła się od aktu religijnego w pawilonie głównym, w czasie którego śpiewał przybyły umyślnie z m. Łodzi były kantor synagogi częstochowskiej A. Birnbaum oraz chóry; następnie przemawiali pp. N. [Nachum] Asch, rabin częstochowski, po hebrajsku, prezydent miasta Głazek po rosyjsku i po polski, dr Edward Kon, dr Ludwik Batawia i dr Władysław Sachs. We wszystkich przemówieniach akcentowano, że jakkolwiek szpital zbudowany został przez gminę żydowską, służyć ma jednak na potrzeby wszystkich mieszkańców miasta bez różnicy wyznania, co jest faktem niezmierniej doniosłości wobec niewystarczającego na miasto blisko stutysięczne, bo zbyt szczupłego miejskiego szpitala. Dr Edward Kon skreślił dzieje projektu i budowy szpitala tudzież budżet” [7; 15, s. 2].

Ludwik Batawia został dyrektorem tegoż szpitala. P. Pałgan zaznaczył, że dr Batawia kierował szpitalem, aż do 1939 r., kiedy to stan zdrowia zmusił go do przerwania pracy i podjęcia leczenia w Otwocku [16, s. 4].

Batawia był nie tylko dyrektorem szpitala, był również jego lekarzem naczelnym oraz chirurgiem. Iwona Coner pisała: „dyrektorem nowo wybudowanego szpitala i lekarzem naczelnym był wówczas Ludwik Batawia. Oprócz niego wówczas na stałe pracowali: ordynator, felczer, dwie siostry zakonne i 4 pielęgniarki świeckie. Lekarze w pierwszych latach funkcjonowania szpitala, wykonywali swą pracę społecznie, na etacie zatrudnione były pielęgniarki personel pomocniczy” [5, s. 6]. Zdaniem Mieczysława Wyględowskiego, społecznie pracowali tylko lekarze pochodzenia żydowskiego [18, s. 54; 19, s. 16]. Lekarze pracowali społecznie tylko przez pierwsze lata działalności szpitala. Bowiem w latach 1917-1918 pensja lekarza naczelnego wynosiła 2952 marek [5, s. 6].

W skład pierwszego zespołu lekarskiego wchodził: Ludwik Batawia (lekarz naczelnny, chirurg), chirurdzy: Edward Kohn, Paweł Broniatowski, Jerzy Dobrzański, Wilhelm Mikulski; ginekolodzy położnicy: Stefan Kohn (ordynator Oddziału ginekologicznego), Rosa Weissberg; radiolog: Arnold Bram; neurolog: Izaak Frenkenberg; internista: Dawid Kagan [5, s. 6; 18, s. 54; 20, s. 109]. Oprócz lekarzy w szpitalu pracowali również: felczerzy (S. Zelten, Dawid Torbeczko), pielęgniarki i personel pomocniczy [7; 18, s. 54; 20, s. 109].

Batawia był również członkiem Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie. Mieczysław Wyględowski oraz Andrzej J. Zakrzewskiego, podkreślili, że: „do

najważniejszych i najbardziej zasłużonych członków Towarzystwa w latach 1901-1906 należeli oprócz Biegańskiego następujący lekarze z Częstochowy: Karol Rozenfeld, długoletni sekretarz Towarzystwa, mający po Biegańskim największy dorobek naukowy, Gracjan Pisarzewski, Edward Kohn, Konstanty Rejman, Władysław Wrześniowski, Stanisław Nowak, Kazimierz Łokczewski, Ludwik Batawia, Józef Pietrasiewicz, Józef Marczewski, Leon Wasilewski, Wesserthal, z Kłobucka: Brzozowski i z Krzepic Witkowski” [20, s. 124].

Towarzystwo Lekarskie, prowadziło cykliczne prelekcje z zakresu fachowej wiedzy medycznej. W latach 1907-1914, największą aktywnością na tym polu wykazali się: Władysław Biegański oraz Karol Rożkowski. Prelekcje wygłaszali również: Ludwik Batawia, Mieczysław Michałowicz, Konar oraz Nowak [20, s. 137]. W latach 1915-1918, odbyło się 20 posiedzeń Towarzystwa. Wygłoszono 25 odczytów. Jeden z odczytów wygłosił dr Batawia. Podczas tego odczytu „dr Batawia pokazał i omówił przypadki puchliny głodowej ze szpitala na Zawodziu” [20, s. 140].

Częstochowscy lekarze byli zapraszani na zjazdy prowincjonalnych lekarzy. Przed I wojną światową odbyły się dwa takie zjazdy. Pierwszy w Łodzi w r. 1911. Drugi w r. 1914 w Lublinie. Batawia brał czynny udział w zjeździe łódzkim. Wygłosił na nim odczyt o stanach gorączkowych pochodzenia migdałkowego [20, s. 137].

Batawia był również członkiem częstochowskiego oddziału Towarzystwa Higienicznego. Zebranie organizacyjne tegoż Towarzystwa odbyło się w grudniu 1902 r. Wzięło w nim udział kilkadziesiąt osób. Było wśród nich wielu: lekarzy, inżynierów, przemysłowców, adwokatów... Batawia przez wiele lat był członkiem Zarządu Towarzystwa. Do Zarządu został wybrany w r. 1902, w r. 1904, w r. 1906. W 1909 r. Batawia został wybrany na sekretarza Zarządu Towarzystwa [14, s. 48; 20, s. 149-150]. Sekretarzem Zarządu był również w r. 1913 [11].

P. Pałgan zaznaczył, że „w 1934 r., po śmierci dr Edwarda Kohna, Batawia został obrany prezesem «Dobroczynności». Był to wyjątkowo trudny rok, w którym źródła finansowania szpitala wyczerpały się i instytucji groziło przejęcie przez magistrat. Dzięki aktywnej postawie samego Batawi i całego zarządu towarzystwa udało się przeprowadzić zakrojone na bardzo szeroką skalę zbiórki pieniędzy, dzięki którym samodzielność placówki została utrzymana. W 1935 r. na 32. dobroczynnym zebraniu «Dobroczynności» Batawia wygłosił raport o stanie towarzystwa, w którym stwierdził, że dzięki odpowiedniej postawie działaczy i donatorów, a także narzuconej dyscyplinie finansowej nie musiało ono ograniczać zakresu swej działalności i w dalszym ciągu jest w stanie utrzymać wszystkie prowadzone przez siebie instytucje (sierociniec, dom starców, kolonie letnie itd.), nie może sobie pozwolić na inwestycje” [16, s. 4-5].

Batawia był także członkiem Rady Opiekuńczej Gimnazjum im. H. Sienkiewicza. Na kartach historii szkoły czytamy: „w dniu 25 VIII 1915 r. powołano Radę Opiekuńczą gimnazjum. Tworzyli ją zacni obywatele miasta Częstochowy: mecenas Mieczysław Kokowski – który został prezesem, ks. Marian Fulman – wybrany na zastępcę, dyrektor banku Józef Nowiński – będący skarbnikiem, Antoni Januszewski – którego uczyniono sekretarzem. Członkami Rady zostali: Aleksander Bandtkie-Stężyński, doktor Ignacy Batawia, doktor Władysław Biegański, Józef

Ficenes, Władysław Jabłoński, Marian Jurakowski, doktor Edward Kohn, inż. Leon Mońkowski. Dyrektorem szkoły został wybrany jednogłośnie inż. Wacław Cyprian Płodowski. Dobór personelu nauczycielskiego Rada Opiekuńcza pozostawiła w gestii dyrektora W. Płodowskiego; miał on przedstawić Radzie kandydatów do zatwierdzenia. Rada Opiekuńcza, w wyżej wymienionym składzie, postanowiła utworzyć gimnazjum z dwoma wydziałami: realnym i filologicznym oraz ze wszystkimi klasami (VII i VIII pod warunkiem, że kandydaci zobowiążą się do wpłacenia wpisowego w sumie 1300 rubli)” [8].

W okresie międzywojennym w Częstochowie przeprowadzono pięciokrotnie wybory samorządowe. Przeprowadzono je w: r. 1919, r. 1925, r. 1927, r. 1934, oraz 1939. W 1925 r., jednym z 43 radnych został Batawia. Batawia został wybrany do Rady Miasta, jako przedstawiciel Zjednoczonego Żydowskiego Komitetu Wyborczego [17, s. 33; 9].

Batawia był również autorem kilku prac z zakresu laryngologii [1, s. 40; 9]. Do najważniejszych z nich należą: W sprawie poronnego leczenia ropni okołomigdałkowych [2] oraz Zakrzepowe zapalenie zatoki mózgowej bez widocznych zmian w uchu środkowym i w wyrostku [3]. Wydaje się, że prace L. Batawi miały istotny wpływ na ówczesne środowisko lekarskie. Świadczyć może o tym fakt, że relacja Batawi została przytoczona w szkicu historycznym, którego autorem był Andrzej Kierzek [12, s. 22].

Batawia zmarł 15 czerwca 1939 roku w Otwocku. Uroczystości pogrzebowe zgromadziły rzesze żałobników. Mowę pożegnalną wygłosił Arnold Bram [15, s. 5]. We wszystkich publikacjach dotyczących dr Batawii odnajdziemy zapis, że został on pochowany na cmentarzu żydowskim przy ulicy Okopowej w Warszawie. Jednak informacje pozyskane ze strony owego cmentarza pozwalają wnioskować, że Ludwik Batawia został dopisany na grobie Maksymiliana Batawii. Zatem owy grób ma charakter jedynie symboliczny [6; 9].

Bibliografia:

1. Almanach Lekarzy Częstochowy, red. M. Wyględowski, [Częstochowa 2011].
2. Batawia L., W sprawie poronnego leczenia ropni okołomigdałkowych, „Polski Przegląd Oto-laryngologiczny”, 1926, z. 3-4.
3. Batawia L., Zakrzepowe zapalenie zatoki mózgowej bez widocznych zmian w uchu środkowym i w wyrostku, „Polski Przegląd Oto-laryngologiczny”, 1931, z. 3-4.
4. Biegański W., Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej, Warszawa 1957.
5. Coner I., Szpital im. Ludwika Rydygiera, „Częstochowska Gazeta Lekarska. Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie”, 2013, nr 4.
6. http://cemeteries.jewish.org.pl/id_80012/info/back_1:0/_Maksymiljan_Batawia.html, dostęp z dn. 10.05.2015 r.
7. http://m.czystochowa.gazeta.pl/czystochowa/1,106507,14062274,Szpital_na_Zawodziu_w_tym_roku_konczy_sto_lat__Przeczytajcie_.html, dostęp z dn. 8.05. 2015 r.
8. <http://www.absolwenci.sieniu.czest.pl/index.php?show=art&which=1460>, dostęp z dn. 9.05,2015 r.
9. <http://www.rydygier-czystochowa.pl/index.php/home-3/15-batawia-ludwik>, dostęp dn. 8.05.2015r.
10. <http://www.sztetl.org.pl/pl/article/czystochowa/7,organizacje-i-stowarzyszenia/9601,towarzystwo-dobroczynnosci-dla-zydow/>, dostęp z dn. 9.05.2015 r.

11. http://www.wystawa1909.pl/100_lecie/Stulecie-Wystawy-Album/files/assets/seo/page22.html, dostęp z dn. 9.05.2015 r.
12. Kierzek A., Ropień okołomigdałkowy – trudny problem terapeutyczny w XIX oraz początkach XX wieku, „Otorynolaryngologia”, 2004, nr 3(1), s. 22.
13. Mizgalski J., Tożsamość polityczna polskich Żydów w XIX i XX wieku na przykładzie Częstochowy, Częstochowa 2008.
14. Nowak S., Z moich wspomnień, cz. 2: 1902-1914, Częstochowa 1933.
15. Otwarcie nowego szpitala, „Goniec Częstochowski”, nr 314 z dn. 17 listopada 1913.
16. Pałgan P., Postać doktora Ludwika Batawii w źródłach polskich i żydowskich, tekst w posiadaniu autora.
17. Szwed R., Radni miasta Częstochowy w latach międzywojennych (1919-1939), [w:] społeczeństwo Częstochowy w latach 1918-1939, pod red. R. Szweda i W. Palusa, Częstochowa 1997.
18. Wyględowski M., Chirurgia i chirurdzy Częstochowy, Wrocław 1997.
19. Wyględowski M., Historia Szpitala im. Ludwika Rydygiera, [w:] Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie. Jubileusz 75-lecia Szpitala Chirurgicznego im. dr Ludwika Rydygiera w Częstochowie, Częstochowa 1988.
20. Wyględowski M., Zakrzewski A. J., Ochrona zdrowia w Częstochowie w XIX-XX wieku. Szkice z historii medycyny, Częstochowa 1995.

БІОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЧЕНОГО А. Д. ЧИРІКОВА

Якуба А.О., викладач кафедри філософії та соціології Національного фармацевтичного університету

Знайомлячись з біографістикою вчених і організаторів фармацевтичної науки, слід згадати Андрія Дмитровича Чирікова (1849-1912) – вченого-фармаколога, який працював на теренах сучасної України і зробив значний внесок у розвиток фармацевтичної науки.

А.Д. Чиріков народився в Харкові 16 серпня 1849 р. у сім'ї вчителя. Із 1859 році навчався в Першій Харківській гімназії, але через тяжку хворобу батька не зміг продовжувати навчання. Тому, в 1864 році в якості фармацевта знаходився в аптеці А.М. Єгорова у Харкові. А в 1869 році успішно склав іспит на звання аптекарського помічника, і вже в 1871 році закінчив курси при Харківському університеті на звання провізора. Цього ж року написав підручник з курсу «Фармакогнозії», який був виданий за кошти університету. Потім у 1872 році вчений переїхав жити в Славянськ, з 1875 року був лаборантом Бахмутського солеварного і садового заводу. Тільки в кінці 1877 року повернувся в Харків, де працював лаборантом в хімічній лабораторії університету.

А.Д. Чиріков з 1878-1879 рр. слухав лекції в університеті, і в 1880 р. отримав ступінь провізора. У 1882 р. отримав ступінь магістра фармації та звання приват-доцента фармації і фармакогнозії Харківського університету. З 1878 по 1887 рр. працював лаборантом хімічної лабораторії університету. Для вченого 1883 р. став визначним в науці, він захистив дисертаційну роботу на

тему: «Исследование химического состава и физических свойств угля и антрацитов Донецкого бассейна». У 1885 році А. Д. Чиріков почав викладати курс фармації, отримав призначення на завідування кафедрою фармації та фармакогнозії, самостійне існування якої було підтверджено новим 1884 р. університетським статутом.

У 1888 році А. Д. Чиріков, незважаючи на певну протидію з боку ректорату, став екстраординарним професором фармації та фармакогнозії, викладав у Ветеринарному інституті та у Жіночому медичному інституті. З 1881 року і до кінця свого життя брав активну участь у роботі Харківського фізико-хімічного товариства, чим гідно продовжив справу його засновника – М. М. Бекетова [1, с. 293]. В рамках засідань товариства він оголосив свої найбільш важливі роботи: «Анализ железных и медных руд», «Анализ соли, разсолов Славянских озер», «Анализ углей и антрацитов Донецкого бассейна» тощо [2, с. 6].

З 1901 року науковець стає ординарним професором кафедри фармації та фармакогнозії, у 1906 році – секретарем медичного факультету Харківського університету. Він здійснював величезний обсяг різноманітної організаційної роботи, а з 1910 року став помічником директора Жіночого Медичного інституту [3, с. 195].

Цікавою є характеристика, яку отримав А.Д. Чиріков на сторінках журналу «Фармацевт»: «Харківське фармацевтичне товариство на чолі з професором фармації та фармакогнозії А. Д. Чиріковим являє собою живий організм нечисленної родини харківських фармацевтів, яких надихає його почесний голова, що знаходиться серед кращих наших наукових представників і, водночас, фармацевт від Бога, який любить фармацію з учнівської парти» [4, с. 426].

А.Д. Чиріков відкрив шлях до великої науки багатьом знайомим вченим. Так, після захисту власної магістерської дисертації, М.О. Красовський відзначав: «Завершуючи свій труд, я згадую ті сприятливі для мене умови, при яких доводилось працювати у фармацевтичній лабораторії Харківського університету. За створення цих умов, а також за сердечну участь у роботі та моральну підтримку у тяжкі хвилини я щиро вдячний своєму глибоко шановному вчителю професору Андрію Дмитровичу Чирікову» [5, с. 108].

З огляду на ці відгуки наукової спільноти та учнів не викликає подиву, що «батько харківських фармацевтів», як ніхто інший, добре розумів всі труднощі і перешкоди, які доводилося долати на шляху свого професійного становлення та вдосконалення.

Крім того, під час другого закордонного відрядження М. О. Валяшко, А. Д. Чиріков, який вболівав за майбутнє кафедри і фармацевтичної освіти в цілому, став піклуватися про гідного наступника, що був би здатен продовжити його справу. У доповідній записці правлінню медичного факультету університету він, між іншим, писав: «...Дані, здобуті при детальному вивченні будови органічних з'єднань, заклали фундамент швидкого розвитку діяльності хімічних фабрик, які зараз майже щодня пропонують все нові та нові органічні препарати. Багато з них мають величезне практичне значення у медицині, тому

близьке знайомство з ними обов'язково для лікарів та фармацевтів. З огляду на це представник кафедри фармації та фармакогнозії повинен мати якомога ширшу підготовку головним чином з органічної хімії. Запропонований увазі медичного факультету кандидат М. Валяшко отримав саме таку підготовку – працював лаборантом фармацевтичної лабораторії понад 12 років, у якості приват-доцента фізико-математичного факультету з хімії, викладав обов'язковий курс органічної хімії для студентів-медиків...» [6, с. 23].

У кінці 1909 р. медичний факультет Харківського університету обрав екстраординарним професором кафедри фармації та фармакогнозії магістра фармації та хімії приват-доцента М. А. Валяшко, тоді він і очолив керівництво кафедрою. А. Д. Чиріков залишився позаштатним заслуженим професором з правом викладання. Вчений одним з перших почав піднімати питання стосовно створення системи фармацевтичної освіти, запропонувавши на засіданні фармацевтичного товариства у грудні 1911 року клопотати про відкриття у Харкові спеціальних фармацевтичних курсів [7, с.113].

Андрій Дмитрович Чиріков був однією з найяскравіших, талановитих постатей серед харківських фармацевтів-науковців на межі ХІХ – поч. ХХ ст. Завдяки своїй наполегливій праці та відданості справі зробив вагомий внесок в становлення фармацевтичної науки. Залишив після себе ряд праць і послідовників. Його наукові роботи сприяли розвитку хімічної та фармацевтичної галузі й мали практичне втілення. Крім численних власних здобутків, він відіграв дуже важливу роль у житті іншого видатного харківського вченого М. О. Валяшко, вплинув на його становлення як науковця.

Список джерел і літератури:

1. Валяшко Н. История кафедры фармации и фармакогнозии, фармацевтической лаборатории и биографии преподавателей / Н. Валяшко // Медицинский факультет Харьковского университета за 100 лет его существования. – Харьков, 1905. – С. 283–295.
2. Общество физико-химических наук при Харьковском университете (1872–1904 гг.). – Х., 1911.
3. Мельников-Разведенков Н. Памяти А. Чирикова / Н. Мельников-Разведенков // Харьковский медицинский журнал. – 1913. – Т. XV. – № 2. – С. 195–196.
4. Протоколы заседаний Харьковского фармацевтического общества // Фармацевт. – 1898. – № 6.
5. Труды общества физико-химических наук. Отчеты о заседаниях в 1907 году. – Х., 1908.
6. Історія Національного фармацевтичного університету: люди, події, факти / за заг. ред. В. П. Черниха. – Х.: Золоті сторінки, 2005. – 624 с.
7. Заседание фармацевтического общества // Фармацевт-практик. – 1912. – № 4.

СЕКЦІЯ 7. МЕДИЧНА ОСВІТА

ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ НАУКОВИХ ОСНОВ ГІГІЄНИ В ХАРКІВСЬКОМУ УНІВЕРСИТЕТІ (ПЕРША ПОЛОВИНА ХІХ СТ.)

Коцур Н.І., доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»

Вагомий внесок у розвиток гігієнічної науки на терені України належить Харківському університету. Його відкриття відбулося 17 січня 1805 р. У структурі новоствореного вузу було чотири факультети, серед яких і медичний. Створення медичного факультету Харківського університету відкрило новий етап в розвитку вищої медичної освіти і науки в Україні. Майже тридцять років він був єдиним вищим навчальним закладом на теренах України, який випустив велику когорту талановитих лікарів і науковців.

Особливу роль у становленні медичного факультету в Харкові відіграли вихованці Московського університету і Петербурзької медико-хірургічної академії – І.Д. Книгін, П.М. Шумлянський і І.П. Каменський. Першим деканом медичного факультету (1805–1806 рр.) був обраний професор П.М.Шумлянський [3, с. 444].

З відкриттям медичного факультету розпочався процес формування кафедр як лікувального, так і профілактичного спрямування.

У зв'язку з епідеміями холери, чуми, віспи, дифтерії, паразитарних тифів, харківським медичним товариством була проведена велика протиепідемічна робота: організаційна, дослідницька, освітня.

У розвитку гігієнічної науки ХІХ – початку ХХ століття в Харківському університеті слід виділити два історичних періоди: перший – викладання курсу гігієни фахівцями різних галузей медицини на збірних кафедрах (1806–1871 рр.); другий з 1872 р. – створення самостійної кафедри гігієни та формування її наукових основ вченими-гігієністами.

Викладання гігієни на медичному факультеті Харківського університету з моменту його створення до організації самостійної кафедри здійснювалося окремими курсами з дієтики і медичної поліції. Зокрема, на кафедрі анатомії в 1806-1812 рр. професор А.Я. Калькау читав студентам курс дієтики на латинській мові, який був присвячений питанням раціонального харчування як одного із факторів здоров'я людини. У 1806 – 1810 рр. хірург, професор Л.Й. Ванотті викладав курс медичної поліції разом з дієтикою. У 1812–1813 рр. курс дієтики викладав хірург, професор П.М. Шумлянський; згодом — анатом, професор І.Д. Книгін. Викладання медичної поліції як дисципліни гігієнічного спрямування проводив анатом, професор О.С. Венедиктов. У 1836/37 навчальному році курс медичної поліції читав анатом І.Ф. Леонов [2, с. 165].

Про викладання гігієни вперше згадується в 1837–1838 навчальному році (після запровадження нового статуту університетів у 1835 р.) Курс гігієни з

дієтетикою значився на кафедрі судової медицини, його читав до 1844 р. професор Р.Х. Дабелов, після нього цей курс у 1842–1843 рр. викладав ад'юнкт І. А. Свиридов (в подальшому цей курс він викладав також в 1853–1855 та в 1857–1859 рр.). У 1843–1844 рр. курс дієтики разом і мінеральних вод викладав професор А.В. Лінк. У 1847 – 1848 рр. цей курс одержав назву «гігієна з дієтетикою». Згодом курс медичної поліції з гігієною й дієтетикою викладали доктор медицини А. С. Пітра, гістолог Н.А. Хржонщевський. Зокрема, професор А.С. Пітра викладав цей курс до 1872–1873 навчального року з перервою в два навчальних роки (1865–1867 рр.), впродовж яких курс читав ад'юнкт Н.А. Хржонщевський [3, с. 445].

Інтерес до гігієнічних питань проявлявся з початку створення університету. Він простежується у виступах провідних вчених, професорів Харківського університету, а також у тій увазі, яку приділяв медичний факультет гігієні і організації її викладання. Про це свідчать доповіді професорів медичного факультету. Зокрема, в 1806 р., тобто через рік після відкриття університету, професор хірургії П. М. Шумлянський виступив із доповіддю на тему: «Про фізичні способи життя», у якій висвітлював питання гігієни та її значення для збереження здоров'я. У 1811 р. професор фізики А. Стойкович присвятив доповідь такій гігієнічній темі: «Про причини, які роблять повітря не придатним для дихання, і про засоби, які запобігають його цілковитому псуванню» [5, с. 348].

У 1812 р. професор акушерства І. Каменський виступив із доповіддю на тему: «Про фізичне виховання дітей і про вплив його на розумовий та психічний розвиток» [4, с. 146].

Особливий інтерес під кутом зору гігієни становила лекція професора хірургії Л. О. Ванотті (1818) на тему: «Про імовірну виліковність усіх хвороб», в якій автор висловлював думку про те, що розвиток медицини призведе до виліковності різних хвороб, а абсолютно невиліковних хвороб залишиться мало, водночас піднесення гігієнічних знань дозволить попереджати передчасну смертність людей. У 1825 р. професор акушерства О.П. Богородицький виступив із доповіддю «Про фізичний розвиток новонароджених», яка мала виключно гігієнічну спрямованість [4, с. 148].

Слід підкреслити, що в 30–40-х рр. ХІХ століття випускники медичного факультету, які претендували на звання повітового лікаря захищали кваліфікаційні роботи, змістом яких був санітарний опис різних районів і населених пунктів Російської імперії. Зокрема, «Медико-топографічний опис м. Кролевця» (Подольський), «Топографія Курської губернії (Майєр), «Медико-топографічний опис Самарського округу» (Грабілін), «Медико-топографічний погляд на Карталінію» (Канадинський) та ін. Професор А.С. Пітра ще до вступу на кафедру судової медицини в 1955/54 р. захищає дисертацію на тему «Зразок медичної топографії Харкова». Цей напрямок у санітарних працях, з одного боку, носив краєзнавчий характер, а з іншого – свідчив про те, що викладання гігієни тісно пов'язувалося з реальною дійсністю [1, с. 185].

Таким чином, передумови формування наукових основ гігієни в Харківському університеті закладалися з моменту створення медичного

факультету професорами різних галузей медичної науки в першій половині XIX столітті. У цей час розпочалося викладання гігієни у вигляді окремих курсів з дієтики і медичної поліції.

Список джерел і літератури:

1. Жаботинский В. М. К истории преподавания гигиены в Харьковской медицинской высшей школе / В. М. Жаботинский // Вопросы гигиены – X., 1958. – Вып. 12. – С. 181–189.
2. Жаботинский В. М. Очерк истории кафедры гигиенического профиля / В. М. Жаботинский // Очерки истории Харьковского медицинского института. – X., 1958. – С. 162–169.
3. Коцур Н. І. Становлення і розвиток гігієнічної науки в Україні: шлях крізь епохи і соціальні потрясіння (друга половина XIX – 20-ті рр. XX століття): монографія / Н. І. Коцур. – Корсунь-Шевченківський, 2011. – 726 с.
4. Медицинский факультет Харьковского университета за 100 лет его существования (1805–1905 гг.) / под ред. И. П. Скворцова и Д. И. Багалея. – X., 1905–1906. – 471 с.
5. Харківський державний медичний університет. Вчені університету (1805–2005 рр.) / за ред. А. Я. Циганенка. – X.: Легат ЛТД, 2002. – 470 с.

ОСВІТНЬО-ПРОСВІТНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ ІНОЗЕМНИХ НАУКОВЦІВ-МЕДИКІВ ТА ПРИРОДОДОСЛІДНИКІВ НА СЛОБОЖАНЩИНІ (ПЕРША ПОЛОВИНА XIX СТ.)

Лутаєва Т. В., канд. пед. н., доцент, Національний фармацевтичний університет

Приєднання України до Болонського процесу актуалізує можливість вивчення історико-педагогічного досвіду розвитку освіти на Слобожанщині, одного з перших регіонів, який мав змогу запозичити зарубіжний досвід організації освітнього процесу в вищій школі, зокрема медико-фармацевтичній, в XIX – на початку XX століття. Зазначена проблема не була предметом системного аналізу у педагогічному та історико-педагогічному контексті.

Мета дослідження – охарактеризувати особливості освітньо-просвітницької діяльності іноземних науковців-медиків та природодослідників на Слобожанщині у першій половині XIX ст.

У XIX ст. Харків був культурним осередком Слобожанщини. З моменту заснування Імператорського Харківського університету, до корпорації викладачів медичного та природничого спрямування, що дали поштовх становленню вітчизняної медико-фармацевтичної галузі, належали як іноземні професори, так і прошарок російської та української інтелігенції. У нашому дослідженні іноземні науковці – це вихідці з європейських країн, де склалися традиції класичної університетської освіти. Їх освітньо-просвітницька діяльність розглядається нами як вид професійно-педагогічної діяльності,

спрямований на поширення освіти серед населення та оволодіння молоддю знаннями у навчальних закладах і в умовах домашньої освіти.

Серед іноземних учених, які були запрошені для викладацької та наукової роботи в Імператорському Харківському університеті на початку XIX ст., був Федір Васильович Пільгер з Гессена. Ф. Пільгер розробив проект, в якому окреслив шляхи вирішення проблеми навчання майбутніх медиків (до 1811 р. лекції він не читав через нестачу слухачів на відділенні лікарських та медичних наук). В якості просвітницької діяльності Ф. В. Пільгера на Слобожанщині можна розглядати видавництво ним з 1817 р. першого ветеринарного журналу в Російській імперії «Украинский домовод». На сторінках журналу розповідалось про розведення свійських тварин, захист їх від хвороб, лікування худоби, а також птиці, риби, бджіл, шовковичних шовкопрядів та ін. [2].

Професор Ф. Гізе, запрошений до Харківського університету з Німеччини в 1805 р. ад'юнктом і прозектором анатомії, видав п'ятитомний навчальний посібник «Всеобщая химия для учащихся и учащихся», перекладену з німецького рукопису автора Комлішинським і виданий в Харкові у 1813-1817 рр. [1, с. 615]. За час перебування в Харкові, він видав керівництва з фармації («Наставление к фармакопеи» і «Lehrbuch der Pharmacie» (1806-1811 рр.)) [4, с. 284] та спільно з Д. Грінделем – «Russisches Jahrbuch fur Chemie und pharmacie» («Русский ежегодник по химии и фармацевтике»). Ф. Гізе приймав активну участь в дослідженні мінеральних вод та публікаціях відповідних видань про їх цілющі властивості й перелік захворювань, при яких показано та протипоказано лікування водами і грязями, що сприяло популяризації фізіотерапії та курортології серед елітарних прошарків населення Слобожанщини.

Першим професором ботаніки Харківського університету був француз – доктор медицини Ф. Делявінь, який здобув освіту в Геттінгенському та Ерлангенському університетах. У 1806 р. він став першим директором ботанічного саду. Досліджуючи в Харкові місцеву флору, Ф. Делявінь часто проводив ботанічні екскурсії для студентів, прищеплюючи майбутнім фахівцям природодослідницькі навички. На початку XIX ст. Харківський губернатор звернувся до правління університету з проханням підтримати справу вдосконалення бджільництва в Слобідській Україні, повідомивши, розведення яких рослин є найбільш корисним для бджіл. Ф. О. Делявінь відгукнувся на цю ініціативу, склавши промову (див. табл.). Професор також висловлював стурбованість з приводу нестримного винищення лісів у краї (див. табл.) [5; 6].

Активність на ниві просвітництва була притаманна запрошеному в 1805 р. до Імператорського Харківського університету Людвіга Осиповича Ванноті, який закінчив Фрейбурзький університет, де отримав ступінь доктора медицини [3, с. 48]. Вивчення історико-педагогічних джерел дозволяє констатувати його внесок у популяризацію здорового способу життя серед студентства та професорсько-викладацького складу університету (див. табл.). Незаперечною є роль Л. Ванноті у створенні анатомічного музею. Для цього закладу він склав колекцію препаратів і виписав з Лейпцига 37 воскових картин [3, с. 48–49].

Тематика промов викладачів іноземного походження в Імператорському Харківському університеті на початку ХІХ ст. [3; 4; 5; 6] (переклад автора)

Автор промови	Назва виступу	Захід, дата
Л. О. Ванноті, В. Ф. Дрейсіг	Про жахливе забруднення м. Харкова, яке зумовлює різні хвороби	Рада медичного факультету, 1807 р.
Ф. А. Делявінь	Про рослини, яких потребують бджоли, та ландшафт, що робить їх кориснішими	Урочистий акт, 1808 р.
В. Ф. Дрейсіг	Про вплив їжі на здоров'я людини	Урочистий акт, 1809 р.
Ф. А. Делявінь	Про щорічне виснаження лісів і нагальну необхідність їхнього відновлення	Урочистий акт, 1817 р.
Л. О. Ванноті	Про ймовірне виліковування майже усіх захворювань	Урочистий акт, 1818 р.

Харківський професор німецького походження В. Дрейсіг, читаючи в аудиторіях курси з антропології, патології, терапії і клінічних хвороб, замислювався над тим, як зробити свої теоретичні розмірковування корисними для населення. У 1814 р. за участю В. Дрейсіга при університеті була утворена хірургічна, а в 1815 р. – терапевтична клініки, послугами яких стало широко користуватися місцеве населення. Під його керівництвом працівники клінік проводили санітарно-просвітницьку роботу [4, с. 579]. На актуальність такої роботи вказував вчений і під час урочистих актів в університеті (див. табл.).

Залученню своїх колег і молодих фахівців до санітарно-просвітницької діяльності серед населення сприяв австрійський підданий, виходець з Падуї, Т. Ванцетті, який працював в Імператорському Харківському університеті протягом 1836–1853 рр. на медичному факультеті професором по кафедрі хірургії та директором хірургічної клініки [4, с. 159-160]. Професор Ванцетті, цікавлячись повсякденним життям харківського робітничого класу, в 1847 р. разом з іншими науково-педагогічними працівниками розробив програму боротьби проти поширення холери серед робітників. Програма передбачала низку просвітницьких заходів.

Таким чином, можна загалом сказати, що освітньо-просвітницька діяльність іноземних педагогів у регіоні здійснювалася на фоні загального контексту цивілізаційних процесів в Україні. Провідними формами освітньо-просвітницької діяльності іноземних науковців на Слобожанщині були: поширення досвіду провідних університетів Європи щодо організації вищої медико-фармацевтичної освіти, науково-літературна робота, видавнича діяльність, актові промови, організація екскурсій, лекції та бесіди з представниками різних верств населення, активність щодо організації музейно-виставкової та природоохоронної роботи.

Список джерел і літератури:

1. Багалеї Д. І. История г. Харькова за 250 лет существования (1655-1905). Истор. монография. В 2 т. Т. 2 (XIX – нач. XX вв.). Репринтное издание / Д. И. Багалеї, Д. П. Миллер. – Х. : Харьковская книжная фабрика им. М. В. Фрунзе, 1993. – 976 с.

2. Баженов С. В. Украинский домовод [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://leksika.com.ua/13150225/ure/ukrainskiy_domovod
3. Иностранцы профессора российских университетов (вторая половина XVIII-первая треть XIX в.). Биографический словарь / под общ. ред. А.Ю. Андреева ; сост. А. М. Феофанов. – М. : Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2011 – 207 с.
4. Медицинский факультет Харьковского университета за первые 100 лет его существования (1805–1905) / Под. ред. проф. И. П. Скворцова и Д. И. Багалея. – Х. : Изд-во университета, 1905–1906. – 471 с.
5. Речи, говоренные в торжественном годовом собрании Императорского Харьковского университета, бывшем 17 января 1808 года. – Х., 1808. – С. 29–48.
6. Речи, произнесённые в торжественном собрании Императорского Харьковского университета 30 августа 1817 года. – Х., 1818. – С. 17–39.

BRUCE LIPTON ABOUT CONSCIOUS PARENTHOOD AND ITS INFLUENCE ON THE FORMATION OF CHILD GENES

*Martynenko Nataliya, PhD in History, lecturer of Social Sciences' department
Kharkiv National Medical University*

Bruce Lipton is a famous American molecular and cellular biologist. He substantiates the point that achievements of contemporary quantum physics gives people very important information about influence of consciousness and sub-consciousness on the formation and functioning of human cells [1].

In frames of this problem he pays the attention on the necessity of specific preparing period for couples, who want a baby. He is absolutely sure that parenthood has to be conscious and responsible. It is not enough to give the life for a baby. It is not true that just genes define the future life of new-born child. Nurture and environment play an important role in this process. More than that emotional perception and reactions, parent's patterns of behavior, influence a lot on child's life, health and happiness. Nowadays, science recognizes the fact, which knew the majority of mothers and well up fathers: role of parents in the formation of their children is essential! There is an interesting field of researches Pre- and Perinatal Psychology. The pioneer investigations in it belong to Dr. Thomas R. Verny, a psychiatrist, writer and academic, founder of Pre- and Perinatal Psychology association of North America. In his scientific publications he underlined that parents have a tremendous impact on mental and physical qualities of their reared children [2].

Unborn child is experiencing parental influence in the womb proved Verny in his book "The Secret Life of the Unborn Child" published in 1981. Since the scientific evidence on which he had relied, were still inconclusive, the so-called "experts" reacted to his conclusions with skepticism. At that time it was believed that the brain of the fetus and newborn child is functionally deficient and, therefore, the baby cannot have a memory and feel the pain (Sigmund Freud, used the term "infantile amnesia" to define a specific situation with the absence of 3-4 year-old memories).

Later, researchers in the field of Experimental Psychology and Neuroscience had broken that myth. It became clear that the brain of the fetus and newborn baby has a greater ability to perceive and training, as well as specific kind of memory that neuroscientists call “implicit”. Another pioneer of pre- and perinatal psychology, David Chamberlain, in his book “The Mind for Your Newborn Baby” wrote: “To tell the truth, most of what we used to think of young children, is not true. They are characterized by complexity, which is not determined by the time of living. They are small creatures with unexpectedly large thoughts” [3].

The prenatal period of life has a tremendous impact on the health of human being and his/her nature. “The quality of life in the womb, where we stayed until the moment of birth, determines our predisposition to cardiovascular disease, stroke, diabetes, obesity and a host of other ailments”, – wrote in his book “Life in the womb: a source of health and disease” Dr. Peter Nathanielsz [4]. These representations of the prenatal period of life are forced to reconsider the concept of genetic determinism.

The mechanisms of prenatal programming, which says Nathanielsz are the same epigenetic mechanisms by which stimuli from the environment govern gene activity. According Nathanielsz, parents quite able to improve the prenatal existence of their unborn child, and thus, play a role in his/her life, so to speak, “genetic engineering”. Of course, this idea is Lamarckian and contradicts Darwinism. Nathanielsz today is one of the few scientists who lacks the courage to directly mention the name of Lamarck: “... the transmission of acquired characteristics from generation to generation by means of non-genetic means does occur. Lamarck was right, even if such a transfer takes place through mechanisms unknown in his time” [4].

The influence of parents on the formation of the child continues after his/her birth, because it depends on them the conditions under which he/she has to live. In a recent book by Daniel Siegel “Development of Consciousness” author says that the important role parents play in the development of baby’s brain: “For the developing child’s brain world society becomes the source of the most important experiences influencing the expression of genes that determine how will bind together neurons in establishing the neural pathways that serve as the basis for mental activity” [5]. In other words, the activation of genes required for the formation of a healthy child's brain requires a beneficial external environment. The latest scientific findings indicate that parents continue to play a role of “genetic engineering” for their child, and after baby’s birth!

References:

1. Bruce Lipton The Biology of Belief. – San Francisco State University: SFSU Speaker Archives // <http://www.sfsu.edu/~holistic/Welcome.html>
2. Thomas Verny and John Kelly The Secret Life of the Unborn Child: How You Can Prepare Your Baby for a Happy, Healthy Life Category. – Dell: Pregnancy & Childbirth Publisher, 1981. – 256 p.
3. David Chamberlain The Mind for Your Newborn Baby. – Berkly, California: North Atlantic Books, 1998. – 224 p.
4. Peter Natanielsz Life in the Womb: The origin of Health and Disease. 1st ed. – Cornell: University Press, 1999. – 363 p.
5. Daniel Siegel The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience. – New York: Guilford Press, 1999. – 394 p.

ПРОБЛЕМИ ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Палієнко О.А., старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»

Проблема здоров'я набула особливої актуальності в зв'язку з тим, що якість здоров'я має тенденцію до його погіршення. Водночас погіршення стану здоров'я значною мірою зумовлено нестабільністю суспільства, неповноцінним харчуванням, недостатньою медичною допомогою, забрудненням довкілля, зниженням життєвого рівня більшості сімей. Через це спостерігається прогресуюча деградація здоров'я населення, особливо дитячого. Впродовж останніх років збільшується від'ємний відсоток відтворення населення, зростає смертність, високими темпами збільшується кількість хронічних захворювань (серцево-судинних, , органів дихання, онкологічних, ендокринних, хвороб нервової системи). Аналіз ситуації зі станом здоров'я в умовах сьогодення порушує питання про необхідність зміни наших уявлень, вимог щодо здоров'я людини, нації [1, с. 6–7].

Наукові дослідження, стану здоров'я населення, навіть у розвинених країнах Європи та Америки, лише на 10% обумовлюється медичною допомогою. За оцінками фахівців, близько 75% хвороб у дорослих є наслідком умов життя в дитячі та молоді роки. Провідним же фактором, що визначає здоров'я індивіда, є його власне ставлення до свого здоров'я.

Одним із факторів, що впливають на здоров'я індивіда, є спосіб життя, вибір якого залежить від свідомого ставлення особистості до власного здоров'я, розуміння його значення для себе, свого майбутнього та для суспільства.

Учені з'ясували, що стан здоров'я особистості – це наслідок розвитку інтелекту та закладених у дитинстві батьками й вчителями моделей поведінки щодо зміцнення здоров'я. Тому останнім часом акцент у зміцненні та збереженні здоров'я зміщується у бік активізації самої особистості, підвищення рівня її валеологічних знань, оволодіння уміннями та навичками здорового способу життя. У зв'язку з цим постає нагальна потреба у навчанні кожного, починаючи з раннього дитячого віку, таким способам і формам життєдіяльності, які б забезпечили здоров'я людини сьогодні й у майбутньому, її творчу активність і довголіття.

Всесвітньовідомий геронтолог – академік В.В. Фролькіс писав, що «коли вранці людина відчуває себе бадьорою і повною сил, коли вона легко розслаблюється і позбавляється від напруги. Коли людину ніщо не турбує й у неї не виникають неприємні відчуття. Інакше кажучи, якщо людина добре відчувається – значить, у її організмі постійно підтримується стан фізіологічної рівноваги.

Людський організм наділений природою великим резервом (запасом життєвих сил) та унікальними методами саморегуляції. В ньому передбачено все, щоб упоратись із першими ознаками захворювання і не допустити розвитку хвороби. Організм здатний сам відновити порушену рівновагу і знешкодити

неприємні симптоми, якщо дати йому можливість відпочити і розслабитись. Якщо навчитись розуміти організм і вчасно вживати необхідних заходів, то саме цим можна допомогти природним захисним силам виконати свою роботу і запобігти хворобам» [2, с. 3–4].

Здоровий спосіб життя має постійно та цілеспрямовано формуватися упродовж життя людини, а не залежати від обставин і життєвих ситуацій. Тільки у цьому випадку він буде важелем первинної профілактики, зміцнення та формування здоров'я, сприятиме удосконаленню резервних можливостей організму, забезпечуватиме успішне виконання соціальних і професійних функцій, незалежно від політичних, економічних і соціально-психологічних ситуацій [3, с. 4–6].

Список джерел та літератури:

1. Коцур Н. І. Валеологія: навчально-методичний посібник / Н. І. Коцур, Л. С. Гармаш, Л. П. Товкун. – Переяслав-Хмельницький, 2009. – С. 6–7.
2. Фролькіс В. В. Досягнення і перспективи геронтології / В. В. Фролькіс // Мед. газ. – 1997. – № 3. – С. 3–4.
3. Карпова І. Б. Фізична культура та формування здорового способу життя : навч. посіб / І. Б. Карпова, В. Л. Корчинський, А. В. Зотов. – К. : КНЕУ, 2005. – С. 4–6.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

- Агапова В.** викладач Медичного коледжу Харківського національного медичного університету, м. Харків
- Альков В.** к.і.н., старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету, м. Харків
- Барабаш Ю.** д.і.н., доцент кафедри теорії та історії держави і права Університету митної справи та фінансів, м. Дніпропетровськ
- Белякова Т.** заведуюча відділом Научной бібліотеки Харківського національного медичного університету, г. Харків
- Брижанева А.** студентка I курсу факультета ліцею і педіатрії Белгородського державного національного дослідницького університету, г. Белгород
- Вовк Я.** студентка I курсу факультета ліцею і педіатрії Белгородського державного національного дослідницького університету, г. Белгород
- Гончаренко Л.** к.ф.н., доцент кафедри філософії Харківського національного медичного університету, м. Харків
- Гринзовський А.** к.м.н., заступник директора Інституту гігієни та екології, доцент кафедри гігієни та екології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ
- Даниленко Г.** д.м.н., професор, заведуючий відділом шкільної медицини та гігієни підлітків ГУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», г. Харків
- Демочко Г.** к.і.н., доцент кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету, Академія соціальних наук України, м. Харків
- Дмуховська Т.** к.м.н. лікар терапевт клініки НДІ гігієни праці та професійних захворювань, м. Харків
- Живицкая А.** студентка 6 курсу УО «Гродненського державного медичного університету», г. Гродно
- Завгородній І.** д.м.н., проф. кафедри гігієни та екології №2 Харківського національного медичного університету, м. Харків
- Зінчук А.** асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету, м. Харків
- Зінчук О.** викладач Харківського базового медичного коледжу №1, м. Харків
- Исхаков Э.** д.м.н., професор кафедри педагогіки та психології в діяльності співробітників органів внутрішніх справ Уфимського юридичного інституту МВД Росії, г. Уфа
- Камінська Т.** д.е.н., професор кафедри економічної теорії Національного медичного університету імені Ярослава Мудрого, м. Харків
- Камлык И.** заведуюча сектором Научной бібліотеки Харківського національного медичного університету, г. Харків
- Киричок І.** директор Научної бібліотеки Харківського національного медичного університету, м. Харків
- Кисільова Т.** викладач кафедри медико-біологічної фізики та інформатики ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ
- Кистенева О.** к.і.н., доцент кафедри факультетської терапії факультета ліцею і педіатрії, г. Белгород

Кондратюк Г.	д.и.н, доцент кафедри історії Республіканського вищого навчального закладу «Кримський інженерно-педагогічний університет», г. Симферополь
Костюкевич Т.	завідувач відділом зберігання фондів Наукової бібліотеки Харківського національного медичного університету, м. Харків
Коцур Н.	д.і.н., професор, завідувач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди», м. Переяслав-Хмельницький
Куцин М.	студент Харківського національного медичного університету, м. Харків
Лебединець Т.	к.п.н., директор Медичного коледжу Харківського національного медичного університету, м. Харків
Линник М.	студентка 1 курсу факультета лікувального справи і педіатрії Белгородського державного національного дослідницького університету, г. Белгород
Лукашевич Ю.	студентка 6 курсу УО «Гродненського державного медичного університету», г. Гродно
Лутаєва Т.	к.п.н., доцент, Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Мельник К.	студент Харківського національного медичного університету, г. Харків
Микулина О.	заведуюча відділом наукової медичної інформації і бібліографії Харківської наукової медичної бібліотеки. г. Харків
Мищенко А.	старший викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету, г. Харків
Мякіна А.	доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету, г. Харків
Огнев В.	доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету, г. Харків
Огнева Л.	асистент кафедри патологічної фізіології ім. Д.Е. Альперна Харківського національного медичного університету, г. Харків
Олексюк О.	к.м.н., асистент кафедри організації та управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів
Палієнко О.	старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди», м. Переяслав-Хмельницький
Платонова А.	д.м.н., старший науковий співробітник, зав. лабораторією гігієни умов життєдіяльності дітей ГУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. А.Н.Марзеева НАМНУ», м. Київ
Подригало Л.	д.м.н., професор проректор по науково-педагогічній роботі Харківської академії фізичної культури, г. Харків

Решетова А.	студентка I курса факультета информационных технологий и прикладной математики Белгородского государственного национального исследовательского университета, г. Белгород
Русанов К.	краевед, г. Харьков
Русанова Е.	краевед, г. Харьков
Савчук В.	д. і. н., професор кафедри теоретичної фізики Дніпропетровського національного університету ім. Олеса Гончара, м. Дніпропетровськ
Сидоренко М.	к.мед.н., доц. кафедри гігієни та екології №2 Харківського національного медичного університету, м. Харків
Сокол К.	к.мед.н, проф. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету, м. Харків
Сокол К.	кандидат медицинских наук, профессор кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков
Тищенко Е.	д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского университета, г. Гродно
Товкун Л.	к.і.н., доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди», м. Переяслава-Хмельницький
Чернуха О.	старший викладач кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету, Академія соціальних наук України, м. Харків
Якуба А.	викладач кафедри філософії та соціології Національного фармацевтичного університету, м. Харків
Czerniecka-Haberko A.	Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie
Dally I.	1 st course student, group 4, the 6 th Faculty for International Students, Kharkiv National Medical University
Daśal M.	dr, adiunkt, Zakład Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Foltyński J.	magister, doktorant profesora dr hab. Tadeusza Srogosza w Akademii Jana Długosza w Częstochowie
Gaponova E.	department of social sciences Kharkiv National Medical University
Gorzalka P.	doktorant w Instytucie Historii Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie
Пуйн В.	teaching assistant of the department of social sciences of KhNMU
Jeśman C.	Dr hab. n. med. prof. nadzw., kierownik Zakładu Historii Medycyny, Farmacji i Medycyny Wojskowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Корочиński К.	doktor nauk medycznych, kierownik Pododdziału Okulistyki 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią w Żarach
Корочиński Z.	doktor nauk medycznych, asystent 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią w Żarach
Martynenko N.	PhD in History, lecturer of Social Sciences' department Kharkiv National Medical University

- Matyja I.** lektor j. ang. w SNJO AJD w Częstochowie
- Migoń-Sasula J.** doktorantka III roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie
- Mludzik A.** doktorantka stacjonarnych studiów doktoranckich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
- Pawlak A.** doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii, adiunkt w Zakładzie Nauk o Rodzinie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
- Robak I.** prof. dr hab., kierownik Katedry Nauk Społecznych Charkowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego, Akademia Socjalnych Nauk Ukrainy
- Sasula Ł.** doktorant III roku historii na Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie
- Srogosz T.** prof. dr hab., kierownik Zakładu Metodologii Historii i Historii Historiografii oraz kierownik studiów doktoranckich Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie
- Stempień J. R.** PhD, lecturer, Department of Sociology, Medical University of Łódź
- Stroynowski A.** dr hab. prof. Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie
- Tkaczyk M.** Professor, Department of Paediatric Didactics, Medical University of Łódź; Department of Pediatrics, Immunology and Nephrology, Polish Mother's Memorial Hospital Research Institute
- Wieczorkowska M.** PhD, lecturer, Department of Sociology, Medical University of Łódź

Наукове видання

**Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти
розвитку охорони здоров'я : матеріали III Міжнародної наукової
інтернет-конференції**

Відповідальний за випуск: Робак І.Ю.

Підп. до друку 17.09.2015.
Формат 60×84/16. Друк цифровий. Гарнітура Таймс.
Умов. друк. арк.. 10,69. Умов. вид. арк. 11,75. Наклад 100 прим.
Зам. № 1238.

Харківський національний медичний університет
61022, Харків, пр. Леніна, 4, meduniver@knmu.kharkov.ua, +38(057) 707-73-80, 700-41-32

Видавництво «Колегіум»
тел. (057) 703-53-74
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої діяльності
до державного реєстра видавців.
Сер.ДК №1722 від 23.03.2004 р.

Надруковано у друкарні
ФОП Тарасенко В.П.
Свідоцтво № 24800170000043751 від 21.01.2002 р.
61124, м. Харків, вул. Зернова, 6/267
Тел/факс: (0572)52-82-11