

ПРОВІДНИЙ ЛІКУВАЛЬНО-МЕДИЧНИЙ ТА НАУКОВИЙ ЦЕНТР ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ (1944-1954 РР.)

Тарас БОЙЧУК, Антоній МОЙСЕЙ,

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці (Україна)
 rector@bsmu.edu.ua, antoniimoisei@bsmu.edu.ua

LEADING MEDICAL AND SCIENTIFIC CENTER OF THE CHERNIVTSI REGION (1944-1954)

Taras BOYCHUK, Antony MOYSEY

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi (Ukraine),
 ORCID ID: 0000-0001-5295-2271 RESEARCHER ID S-5261-2016

Бойчук Т.М., Мойсей А.А. Ведущий лечебно-медицинский и научный центр Черновицкой области (1944-1954 гг.). В представленном вниманию читателя исследовании предложен анализ процесса становления и развития Черновицкого медицинского института в период 1944-1954 годов. Работа основана на целом корпусе нового архивного материала с глубоким анализом всех процессов жизнедеятельности учебного заведения. Статья оснащена таблицами с цифровыми данными, фотографиями, часть из которых впервые печатаются, биографической информацией про отдельных сотрудников института. Доказательная база проведенного исследования дает полное право утверждать, что Черновицкий медицинский институт в период 1944-1954 гг. стал ведущим лечебным и научным центром медицины в Черновицкой области.

Ключевые слова: Черновицкий государственный медицинский институт, Буковинский государственный медицинский университет, лечебно-медицинский центр, научный центр, Черновицкая область, история медицины.

Вступ. Буковинський державний медичний університет сьогодні відіграє особливу роль у системі медичної освіти України. В університеті працюють 93 доктори та 412 кандидатів медичних наук, 75 професорів, 237 доцентів, багато науковців, знаних в Україні і за кордоном (2 – Заслужені діячі науки і техніки України, 2 – Заслужені працівники народної освіти та вищої школи України, 17 – Заслужених лікарів України тощо). Університет входить до загального реєстру Всесвітньої організації охорони здоров'я, є членом Великої Хартії Університетів, став першим із медичних вузів України індивідуальним повноправним членом Європейської Асоціації Університетів (European University Association, EUA). За роки діяльності навчального закладу на Буковині (1944-2017 рр.) підготовлено близько 26 тис. фахівців.

За результатами світового рейтингу інституціональних репозиторіїв «Ranking Web of World Repositories» у липні 2015 р. репозиторій БДМУ посів 1-ше місце серед ВМ(Ф)НЗ України, а за результатами Консолідованого рейтингу ВНЗ України у 2016 р. БДМУ увійшов до п'ятірки найкращих вищих медичних навчальних закладів України та входить до ТОП-10 кращих ВНЗ Західного регіону України. За рейтингом інтернет-продуктивності (Webometrics Ranking of World's Universities) у 2017 р. БДМУ посів 3-тє місце серед вищих медичних навчальних закладів України. Згідно з рейтингом прозорості веб-сайтів вищих навчальних закладів, сформованого експертами ГО «Інститут розвитку регіональної преси», БДМУ посів 1-ше місце серед вищих медичних навчальних закладів України.

Історія навчального закладу є яскравою ілюстрацією результатів самовідданої та плідної праці людей, професіоналів своєї справи, захоплених невтомною роботою у галузі охорони здоров'я нації, підготовки меди-

чних кадрів, розвитку науки.

Постановка проблеми. Заснування та перші роки діяльності Чернівецького державного медичного інституту (ЧДМІ) проходили в умовах повоєнної розрухи та цілого комплексу несприятливих обставин. Вся лікувально-профілактична мережа під час війни була зруйнована та розграбована, значно зменшилась кількість медичних кадрів. Органи охорони здоров'я не мали можливості задовольнити потреби населення в медичній допомозі внаслідок відсутності медикаментів, інвентаря, апаратури тощо. Медична галузь недостатньо фінансувалась державою. Це стосувалось навіть найневідкладніших питань. Згідно з постановою РНК СРСР у Чернівецькій області в 1945 р. для стаціонарного лікування інвалідів війни було організовано 2 госпіталі та поліклініка, цього було недостатньо для вирішення проблеми, що в подальшому викликало необхідність відкриття окремих палат для інвалідів у цивільних лікувальних закладах, як-от: в обласній та міських лікарнях, тубдиспансері тощо (гарнізонний госпіталь використовувався в основному для потреб діючої військової частини). У протезно-ортопедичному госпіталі (лікарні відновлювальної хірургії) (у цей період тут консультували співробітники Чернівецького медінституту проф. О.Ю. Мангейм, Н.П. Татаренко, невропатолог Еренкранц) не вистачало підсобних приміщень, не було харчоблоку, санпропускника, дезкамери тощо. Інший госпіталь (загальнохірургічний) був організований у 1946 р. у м. Вижиця у приміщеннях двох шкіл, які не відповідали вимогам подібних закладів і потребували капітального ремонту. Операції проводились в перев'язочній, була відсутня каналізація та водопровід тощо¹. В обох закладах були незадовільні умови проживання та харчування, у перші роки не функціонували фізіотерапевтичні та рентген

¹ Більш детально про специфіку пристосування цивільних закладів для надання медичної допомоги інвалідам війни та їхне

кабінети.

Антисанітарні умови в офіційних звітах не зазначались. Замовчувалося багато негативних явищ та фактів, які мали місце в медико-санітарній сфері цього періоду. Про важкий стан у сфері медичного обслуговування у 1945 р. дізнаємося з матеріалів перевірок медичних закладів Чернівецької області народного комісара державного контролю УРСР, зокрема зазначалося про недостатнє обладнання дитячих і пологових закладів міста². У тому ж 1945 р. проф. В.О. Ельберг інформував про неопалюваність приміщень в інститутських клініках обласної лікарні³, доц. М.Г. Безюк доповідав про критичну

ситуацію в дермато-венерологічній клініці ("на 300 хворих було виділено 120 штатних ліжок, 15 ковдр, 15 виделок і ножів ..."), проф. Б.К. Осіпов – про те, що взимку 1946 р. в операційній обласній лікарні замерзла вода⁴, проф. Є.Р. Цитрицький повідомив, що у 1945 р. хірургічний корпус обласної лікарні опалювався один раз на добу протягом однієї години, у палатах вкрилися грибок стелі та ін., це призвело до переходу на обслуговування ургентних хірургічних випадків⁵. Зі звіту проф. М.К. Венцківського дізнаємось про те, що пологовий будинок був без твердого та м'якого інвентаря, температура в приміщеннях становила +5–6⁶.



Рис. № 1. Доцент кафедри патанатомії А.А. Дікштейн проводить консультацію з студентами 3 курсу. (газ. "Радянська Буковина", 1949)

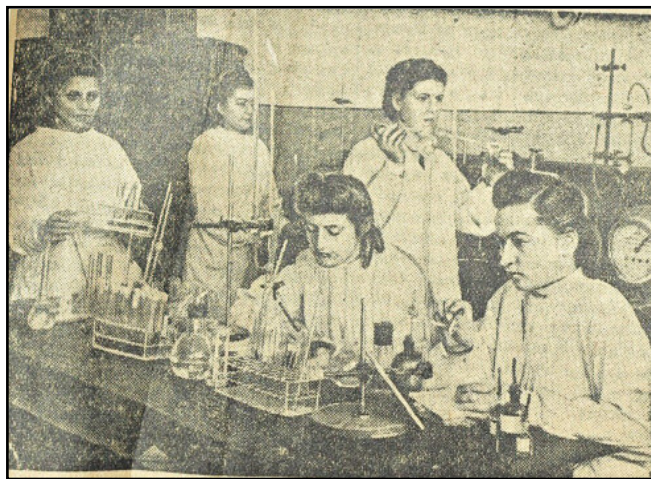


Рис. № 2. В лабораторії кафедри нормальної фізіології (на передньому плані асист. Н.П. Давосір). (газ. "Радянська Буковина", 1949)

У перші повоєнні роки в таких самих умовах перебували і навчальні корпуси та студентські гуртожитки ЧДМІ: недостатньо опалювалися навчальні приміщення та гуртожитки, декілька місяців була відсутня електроенергія, перебої з водозабезпеченням і каналізацією, постачанням хліба, нестача меблів і білизни⁷. Навчальні корпуси та гуртожитки потребували капітального ремонту, заняття у перші роки велися на поламаних партах, з використанням випадкових меблів, відсутні аудиторні дошки та лабораторні столи⁸.

В Інституті панувала тотальна політизація навчального процесу. Викладачі вузу були зобов'язані формувати у студентів-медиків комуністичний світогляд. Зафіксовано випадки звільнення лікарів за політичними мотивами, як-от: М.К. Венцківського усунуто з посади завкафедри ЧДМІ за перебування на окупованій території під час війни.

Професорсько-викладацький склад ЧДМІ разом з іншими співробітниками охорони здоров'я області бра-

ли активну участь у відновленні мережі медичних закладів та організації медичного обслуговування населення. Вони були головними консультантами та брали безпосередню участь у справі ліквідації наслідків війни в медико-санітарній сфері, активно сприяли ліквідації в краї епідемії висипного, зворотнього, черевного тифів (1945-1946). Розпочався активний, планомірний наступ на венеричні хвороби (1944-1948), туберкульоз (1944-1958), ендемічний зуб (1946-1963) тощо. Співробітники ЧДМІ керували окремими загонами в роботі венекспедиції Київського науково-дослідного дермато-венерологічного інституту в Чернівецькій області з приводу виявлення корости та венеричних захворювань. Вони проводили комплексні клініко-лабораторні, бактеріологічні та епідеміологічні дослідження в сфері геморагічної лихоманки, обстежували населені пункти на ураженість туберкульозом, скарлатиною тощо. Ситуація ускладнювалася тим, що в цей період для боротьби з епідемією не вистачало ні ліків, ні обладнання, ні меди-

працевлаштування у повоєнні роки можна дізнатися на основі робіт: Drobina L. "Merezha povoiennykh likuvalnykh zakladiv dlia invalidiv Velykoi Vitchyznianoї viiny v Cherinvetskii oblasti" [The network of post-war medical institutions for the invalids of the Great Patriotic War in the Chernivtsi region], *Pytannia istorii Ukrainy [Issues of History of Ukraine]*, Chernivetskyi natsionalnyi universytet im. Yu. Fedkovycha, 2011, T. 14, P. 165–169; Drobina L. "Pratsevlashtuvannya invalidiv yak vyid roboty orhaniv sotsialnoho zabezpechennia u povoienni roky" [Employment of disabled people as a type of activity of social care institutions in post-war years], *Pytannia istorii Ukrainy [Issues of History of Ukraine]*, 2008, T. 11, P. 248–252.

² DACHO, Fond. N. R-3, Op. 2, Case. N. 753, ark. 100–102.

³ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 1, Case. N. 9, ark. 5–8, 20.

⁴ Ibidem, ark. 19–22.

⁵ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 1, Case. N. 8, ark. 1–8.

⁶ Ibidem, ark. 16–38.

⁷ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 1, Case. N. 6, ark. 1–2.

⁸ DACHO, Fond. N. R-3, Op. 2, Case. N. 780, ark. 7–8.

⁹ DACHO, Fond. N. R-6, Case. N. 256, ark. 4.

Мережа закладів охорони здоров'я Чернівецької області 1941–1946 рр.⁹

Заклади	показники	1941	1944	1945	1946	План на 1947 р.
Лікарні	Заклади / ліжка	32 / 2107	30 / 2155	39 / 2505	41 / 2875	42 / 2800
Санаторії	Заклади / ліжка		1 / 31	3 / 175	4 / 200	5 / 2850
Яслі	Заклади / ліжка	6 / 176	8 / 238	19 / 570	25 / 790	28 / 850
Будинки дитини	Заклади / лік. ставки	1 / 100	2 / 115	3 / 170	3 / 180	3 / 180
Амбулаторії та полі-клініки	Заклади / лік. ставки		49 / 142	51 / 147	68 / 156	79 / 194
Венерологічні диспансери і пункти	Заклади / лік. ставки	2 / 10	1 / 10	10 / 24	13 / 27	19 / 38
Туберкульозні	Заклади / лік. ставки	4 / 6	3 / 7	3 / 7	5 / 9	5 / 13
Дитячі консультації	Заклади / лік. ставки	10 / 15	14 / 24	18 / 33	20 / 46	22 / 52
Фельдшерські, фельдш-акушерські і акушерські	заклади	28	41	154	165	180
Молочні кухні	заклади	2	2	6	6	12
Середні учбові заклади	учнів	1 / 50	1 / 104	1 / 184	2 / 320	2 / 420

чного персоналу. Згадаємо також про несприятливі кліматичні умови (засуха і неврожай), голод 1946-1947 рр.

Для унаочнення процесу організації медичного обслуговування населення Буковини у перші повоєнні роки наведемо дані **таблиці № 1**.

Джерельна база та історіографія проблеми¹⁰.

Виклад основного матеріалу роботи ґрунтується на архівно-музейних матеріалах з фондів Державного архіву Чернівецької області (ДАЧО), Наукового архіву Буковинського державного медичного університету, історико-медичного музею університету, інформації з низки робіт з історії Буковини (у т. ч. історії медицини) та краєзнавства українських, австрійських, румунських дослідників другої половини XIX – XX ст., публікаціях у місцевій пресі про стан медицини та здобутки ЧДМІ. Матеріали архівно-музейних фондів умовно можна поділити на особові справи співробітників ЧДМІ; річні звіти про роботу навчального закладу, звіти та історичні довідки про організацію та історію окремих кафедр та інституту загалом; накази ЧДМІ за перші 10 років діяльності, копія уставу Інституту; річні бухгалтерські звіти та кошториси організації; протоколи засідань вчених рад, проблемних та методичних комісій; матеріали міністерських перевірок науково-навчальної діяльності ЧДМІ (про готовність вишу до початку нових навчальних років, з питань набору студентів, забезпеченості

гуртожитками тощо); матеріали листування з республіканськими наркоматами та управліннями, органами охорони здоров'я Чернівецької області; матеріали експедиційних досліджень співробітників університету в райони Чернівецької області та ін.

Окрему групу джерел становлять наукові публікації співробітників ЧДМІ у провідних на той час медичних журналах та вісниках УРСР: "Врачебное дело", "Советская медицина", "Клиническая медицина", "Офтальмологический журнал", "Вестник офтальмологии", "Вестник венерологии и дерматологии", "Хирургия" (1949-1956 рр.); матеріали ювілейних всесоюзних та всеукраїнських наукових конференцій та пленумів (матеріали 4 пленуму Всесоюзного наукового товариства хірургів (Київ, 1951), "Матеріали ювілейної наукової конференції дермато-венерологів"¹¹ (Київ, 1967) та ін.), ювілейних чернівецьких наукових конференцій¹² та ін. Низка матеріалів (табл. № 2, 3; додатки № 1–5 та частина фото у тексті) публікуються вперше.

Результати історіографічного огляду засвідчують необхідність доповнити попередні дослідження цього часового проміжку в зазначеному тематичному аспекті новими даними, знайденими в архівних матеріалах та інших джерелах. Ця робота є частиною циклу авторських статей з історії розвитку Буковинського державного медичного університету¹³.

¹⁰ Автори висловлюють подяку Н. Масіян – нач. відділу використання інформації документів ДАЧО та А. Аністратенко – к. філол. н., викл. кафедри суспільних наук та українознавства БДМУ за допомогу в перекладі німецьких текстів про стан колишніх будівель БДМУ.

¹¹ Kas'ko Yu. S. «Puti i ytohy borby za lykvydatsiyu venerycheskykh boleznei v Chernovytsoi oblasti» [Ways and outcomes of the struggle for the elimination of venereal diseases in the Chernivtsi region], *Materialy yubileinoi nauchnoi konferentsiyi dermato-venereologov* [Materials of the jubilee scientific conference of dermato-venereologists], Kyev, 1967, P. 19–21.

¹² Rozvytok medychnoi nauky ta okhorony zdorovia na pivnichnii Bukovyni za roky radianskoi vlady (Materialy yubileinoi naukovoї konferentsii) [Development of medical science and health care in northern Bukovina during the years of Soviet power (Materials of jubilee scientific conference)], Redkolehiia: O. D. Yukhymets, S. A. Kats, Ya. D. Kirshenblat ta in., Kyiv, 1969.

¹³ Bojchuk T.M., Moisey A.A. «Zasnuvannya Cherniveczkogo derzhavnogo medychnogo instytutu (1944–1946 rr.)» [Foundation of Chernivtsi State Medical Institute (1944-1946)], *Bukovynskiy medychniy visnyk* [Bukovinian Medical Bulletin], 2015, N. 4 (76), R. 19, P. 242–272; Bojchuk T.M., Moisey A.A. «Istoriya ta perspektyvy rozvytku kafedry suspilnyh nauk ta ukrayinoznavstva» [History and Prof Development of Department of Social Sciences and Ukrainian studies], *Aktualni pytannya suspilnyh nauk ta istoriyi medycyny. Spilnyy ukrayinsko-romunskiy naukovy zhurnal* [Current issues of social sciences and history of medicine. Joint Ukrainian-Romanian scientific journal], 2014, N. 1, P. 7–18; Bojchuk T.M., Moisey A.A. «Pershi kroky v organizaciyi diyalnosti Cherniveczkogo derzhavnogo medychnogo instytutu (1946–1951 rr.)» [The first steps in the organization of Chernivtsi State Medical Institute (1946-1951 years)], *Bukovynskiy medychniy visnyk* [Bukovinian Medical Bulletin], 2016, N. 2 (78), R. 20, P. 241–267; Bojchuk T.M., Moisey A.A. «Organizaciya naukovoї diyalnosti Cherniveczkogo derzhavnogo medychnogo instytutu u 1944–1954 rr.» [Organization science of

Основна частина. 20 жовтня 1944 р. підписано Постанову РНК УРСР про відкриття у м. Чернівці медичного інституту (№ 1360 "Про відновлення роботи 2-го Київського медичного інституту"). Однак основа першого професорсько-викладацького складу вишу була сформована не з київських, а з медичних співробітників союзних республік¹⁴ (співробітники Київського медичного інституту Є.І. Кефелі, М.С. Шульга, Є.І. Єфімов, Г.Ф. Тіняєв допомогли в організації роботи ЧДМІ та незабаром повернулися до Києва). Чернівецький облікком надав матеріально-технічну базу, будівлі для навчальних корпусів та студентських гуртожитків. У серпні-вересні 1944 р. набір студентів на 1 курс до Чернівецького медінституту частково відбувся у 1-му Київському медінституті, а починаючи з першого місяця діяльності у виші формують приймальну комісію та оголошують додатковий набір студентів на 1 курс (наказ № 2 від 23.10.1944 р.). Якщо наприкінці 1944 р. студентські ряди поповнювалися передовсім за рахунок абітурієнтів, направлених з інших медінститутів України, то з 1945 р. ЧДМІ укомплектував 1-й курс шляхом організаційного набору. Наприкінці листопада 1944 р. інститут отримав назву «Чернівецький державний медичний інститут» і нову печатку.

Інституту були передані будівля на **Театральній площі, 5** (сьогодні центральний корпус БДМУ на вул. Театральній, 2) для адміністративного корпусу; приміщення колишньої стоматологічної лікарні по вул. Балаша, 3 (сьогодні це морфологічний корпус на вул. **Ризькій, 3**), приміщення колишнього гуртожитку учнів школи «Ion Nistor» на вул. Т. Масарика, 2 (сьогодні це теоретичний корпус на вул. **Богомольця, 2**), будинок по вул. **О. Кобилянської, 42** (гігієнічний корпус), який до того належав Чернівецькому університету. ЧДМІ володіє чотирма гуртожитками: на вул. **Червоноармійській, 3** (сьогодні це навчальний корпус БДМУ), **23**, на вул. **О. Кобилянської, 53** (будівля Німецького дому), на вул. **М. Заньковецької, 11** (приміщення колишнього готелю "Брістоль").

Багато з наданих Інституту будівель мають історичне значення.

У приміщенні нинішнього адміністративного корпусу БДМУ, що привертає увагу чернівчан своєю неперевершеною архітектурою, раніше працювала відома в краї інституція – Торгово-промислова палата Буковини¹⁵. Вона була створена відповідно до Указу австрійського цісаря від 18 березня 1850 р. (архітектор Фрідріх Готесманн, голова будівельного комітету – президент палати Фрідріх фон Лангентан) у 1910-1912 рр. Будівля мала 4 поверхи (висота 28 метрів), перші два з яких були призначені для потреб палати, інші – для житла. На горіщі попередньо планувалося розташувати ательє, але через високий дохід від здачі в оренду воно використовувалось як житлове¹⁶. У дусі пануючого в той час у мистецтві символізму центр будівлі оздоблений виразними пластичними прикрасами буковинського герба із зображенням покровителів палати, виготовленими у Відні за ескізами скульптора, доцента Академії мистецтв д-ра Геллера; модернізованою реплікою класичної скульптури (богиня хліборобства Деметра, покровитель торігівлі і ремесел Гермес); викладеними мозаїкою емблем промислових організацій.

Газета "Czernowitzer Allgemeine Zeitung" від 5 грудня 1909 р. (№ 1796) містила статтю на тему "У Чернівцях відкрита нова Торгово-промислова палата", в якій вміщено один з перших деталізованих описів приміщення новобудови (див. **додаток № 1**).

У нижній частині Торгово-промислової палати розміщувалася кав'ярня, що носила назву "Kaiser Cafe", також оформлена архітектором Ф. Готесманном. Це була одна з найперших кав'ярень у Чернівцях, що мала літній майданчик та у теплу пору року пропонувала свої послуги на Театральній площі, а тоді площі Єлизавети, навпроти театру. Про це свідчить поштівка, датована 1912 р. (див. **додаток № 2**). Кав'ярня займала більшу частину першого поверху та підвального приміщення і складалася з читального залу, більярдної, гральної кімнати, концертного залу та допоміжних приміщень. Читальний зал був обладнаний першими на Буковині американськими дверима, що оберталися, стеля прикрашена скульптурою – рельєф Штьормера, зображенням цісаря, викладеного скляною мозаїкою (проект художника Тухи (Tuch)¹⁷).

Chernivtsi State Medical Institute in 1944-1954 years], *Aktualni pytannya suspilnyh nauk ta istoriyi medycyny [Current issues of social sciences and history of medicine. Joint Ukrainian-Romanian scientific journal]*, Seriya "Istoriya medycyny", Chernivtsy–Suchava, 2016, N. 2 (10), P. 7–23; Boychuk T.M., Moisey A.A. «Uchast' spivrobotnykiv Cherniveckogo derzhavnogo medychnogo instytutu v likvidaciyi vognyshh zobnoyi endemiyi na terytoriyi Cherniveckoyi oblasti (1945–1949 rr.)» [Participation of employees of Chernivtsi State Medical Institute in eliminating pockets of endemic goitre in the Chernivtsi region (1945-1949 years)], *Aktualni pytannya suspilnyh nauk ta istoriyi medycyny [Current issues of social sciences and history of medicine. Joint Ukrainian-Romanian scientific journal]*, Seriya "Istoriya medycyny", Chernivtsy–Suchava, 2016, N. 3 (11), P. 6–24; Boychuk T.M., Moisey A.A. «Uchast' spivrobotnykiv Cherniveckogo derzhavnogo medychnogo instytutu v likvidaciyi vognish skirno-venerichnih hvorob na terytoriyi Cherniveckoyi oblasti» [Uchast' spivrobotnykiv Cherniveckogo derzhavnogo medychnogo instytutu v likvidaciyi vognish skirno-venerichnih hvorob na terytoriyi Cherniveckoyi oblasti], *Aktualni pytannya suspilnyh nauk ta istoriyi medycyny [Current issues of social sciences and history of medicine. Joint Ukrainian-Romanian scientific journal]*, Series "Historical sciences", Chernivtsy–Suchava, 2017, N. 2 (14), P. 8–19.

¹⁴ Перший професорсько-викладацький склад Інституту сформували видатні науковці, викладачі зі стажем, клініцисти з провідних вищих навчальних закладів, науково-дослідних інститутів, медичних установ Росії, Білоруської, Молдавської, Азербайджанської, Казахської, Киргизької, Дагестанської, Таджикиської, Узбецької, Української РСР. Частина з них отримала професійний досвід у Франції, Німеччині, Польщі

¹⁵ Першим президентом Палати було обрано Вільгельма фон Альта, секретарем – архітектора А. Мікуліча (батька всесвітньо відомого хірурга Й. Мікуліча-Радецького). На початку керівний склад налічував 15 членів, які розподілялися на дві секції – торгіву і промислову. Торгово-промислова палата Буковини у 1851 р. відкрила свої філіали у Сучаві, Фелтічанах, Радівцях та Ватра Дорней (південна частина Буковини). Австрійський уряд надав Палаті право вважатися незалежним виборчим округом, мати три місяці у Буковинському уряді та одне місце у Віденських зборах послів Австрійської імперії.

¹⁶ Czernowitzer Allgemeine Zeitung [Chernivtsi Public Paper], 1909, 5 hrudnia, N. 1796, P. 4–5.

¹⁷ Czernowitzer Allgemeine Zeitung [Chernivtsi Public Paper], 1909, 5 hrudnia, N. 1796, P. 4–5.

Чернівецькі новини¹⁸

(Czernowitzer Allgemeine Zeitung, 1909, 5 грудня, №1796, С. 4–5)

м. Чернівці, 4 грудня, 1909 р. "У Чернівцях відкрита нова торгово-промислова палата".

"Через вхідні дубові двері, повністю оздоблені бронзовим орнаментом, досягаємо вестибюльного входу, що містив декоровану і підтримувану колонами стелю. Ліворуч сходи, що ведуть до житлової частини споруди, прямо – сходи до вестибюлю Палати та святкові сходи. У вестибюлі на стелі зображена карта неба, на стінах – мармурові пілястри з позолоченими капітелями, ліворуч біля стіни – пам'ятна дошка. Підлога вистелена плитами із зальцбургського мармуру; праворуч – камін із рожево-сірого мармуру прикрашений рельєфом з бронзи, та інкрустовані старовинні книги, в глибині приміщення – бронзова скульптура юнака з биком. На вікнах – зображення десяти найвідоміших архітектурних споруд Чернівців: вежі ратуші, резиденції, кафедрального собору, темпло, вірменської церкви, католицької церкви, старої синагоги, старого будинку сейму, греко-католицької церкви, євангелістської церкви. Сходи ведуть на поверх, де розташовувалась палата. На сходовій клітці розмальовані плафон і стіни, підстельні малюнки виконані у фіолетово-сірих тонах. Основу сходів підтримує бронзова фігура. На вікнах зображено герби буковинських міст. На торцевій стіні – декоративна картина художника Альфреда Оффнера "Алегорії торгівлі". Далі потрапляємо в передпокій палати. Це приміщення відоме завдяки розкішним зразкам художніх розписів на жовтому фоні, що знаходяться на стінах та бокових пристінках стелі. Тут висять картини відомих людей, які у минулому обіймали посади в Торгово-промисловій палаті. У вестибюлі палати над зеленим кахельним каміном – портрет цісаря в молодому віці. Скульптурна люстра на 5 ламп освітлює 25-метровий вестибюль. З нього можна потрапити до чисельних кабінетів, на дверях яких вивішені вказівники. У його кінці справа – кабінети президента та секретаря палати. Кабінет президента оформлений у стилі ампір, кольори переважно червоні, пурпурові та золоті, меблі з червоного дерева. Лампи, письмове приладдя, годинник, декоративні прикраси – усе старанно підібрано. В кабінеті секретаря дубові меблі сіро-зеленого відтінку в чорній шкіряній оправі, колір стін – темноблакитний, на стелі – металеві старовинні світильники. Обидва кабінети обладнані умивальником, гардеробною кімнатою та кімнатою відпочинку. Усього 8 кабінетів, бібліотека, один резервний номер, кімната для чергового, умивальник, туалет, гардероб для членів палати та приймальня. З вестибюлю можна потрапити до зали засідань та кімнати для нарад, до якої ведуть двоє окремих дверей: одні призначені для публічного входу, інші – для співробітників Торгово-промислової палати.

Зала засідань має 15,5 метрів завдовжки, 8,5 – завширшки, 6,5 – заввишки. Це найважливіша частина споруди, розкішно оздоблена. Основні кольори – зелений, золотий, червоний та синій. На темно-сірій дубовій панелі, яка оперізує всю залу, розташовані лизени – плескати вертикальні виступи, в яких стояло по дві виконані скульптуром Штьормером фігурки янголів, крайні тримали зображення австрійських цісарів – від часів входження Буковини до складу монархії: Йосифа II, Леопольда II, Франца I, Фердинанда I, у руках решти – емблеми промислів. Стеля розподілена на секції; орнамент балканського стилю вкрито позолотою, поля стелі оброблені листовою орнаментикою в золоті на синьому фоні. Три імпазантні люстри та інше освітлення на стелі й стінах нараховувало 2500 свічок. Денне світло проникає через три великих вікна. На стіні-подіумі розміщений двоколірний мармуровий бюст цісаря (дарунок президента фон Лангенгана, виконаний на замовлення скульптором Ляйзеком (Leisek), встановлений на мармуровий постамент сірого кольору). У залі розташовувались два мармурові каміни, прикрашені мозаїкою та орнаментом. Над ними – портрети президента палати фон Лангенгана та віце-президента Тітінгера у повний зріст. Бронзові рельєфи, які зображують видобування сировини, вміщені у площину стін. Над вхідними дверима передпокою та у площині третьої арки в манері гобелена розписані три герби: імперії, краю та міста. Подіум визначає місця для президента, віце-президента, крайового комісара, секретаря і діловода. У партері зали передбачені місця для членів палати, які сидітимуть попарно за однією консолюю. Бар'єр відділяє частину зали, призначену для публіки та журналістів, які мають 7-8 місць на підвищенні. Подіум виготовлено з темно-сірого дубу, оббитий червоною шкірою, стільці інкрустовані.

Ліворуч та праворуч від подіуму розташовані двері, які ведуть до кімнати для нарад. Панелі кімнати з темно-коричневої шкіри, оздоблені позолотою, на стінах – розписи у червоному та золотому тонах, стеля білого кольору. У кімнаті є кахельний камін з бронзовим барельєфом, великий конференц-стіл та 22 стільці, на стінах – зображення членів палати. Вся підлога в приміщеннях палати вкрита зеленим лінолеумом, за винятком вестибюлю та сходів, які вимощені мармуром.

По завершенні екскурсії приміщеннями палати скористаємося одними з двох сходів, які ведуть до комфортабельних житлових приміщень на верхніх поверхах, призначених для здачі в оренду. Вони повністю впорядковані; це дві великі квартири по вісім кімнат кожна з допоміжними приміщеннями. На горищі знаходяться квартири мансардного типу, крім цього пральня, прасувальна кімната, квартира для прислуги. Над ним розташоване друге горище, яке власне використовується виключно як горище. З вікон на горищі ми бачимо імпазантну групу фігур: в далечині у край.

¹⁸ Переклад деяких уривків даної статті вперше оприлюднено: Nykyrsa M. Chernivtsi. Dokumentalni narysy z istorii vulyts ta ploshch [Documentary essays on the history of streets and squares], Chernivtsi, 2008, P. 78–79.



Торгово-промислова палата Буковини із кав'ярнею "Кайзер". Поштівка поч. XX ст.



Зала для засідань Торгово-промислової палати Буковини
(Bukowiner Handels - und Gewerbekammer in Czernowitz (Allgemeine Bauzeitung Wien 1911))



Зала для засідань Торгово-промислової палати Буковини. Фото 1911 р.

Zugleich auch von zum Besage...
höflichkeit ein. Neueintretende Abonnenten erhalten auf Wunsch die bereits erschienenen Teile des laufenden Romans gratis nachgeliefert.
Hochachtungsvoll
Administration der „Cz. Allg. Ztg.“

Czernowitzer Angelegenheiten.

Czernowitz, 4. Dezember.

Das neue Handelskammerpalais.*)

Das Gebäude der Bukowiner Handels- und Gewerbekammer wurde in den Jahren 1907—1909 errichtet.
Auf Grund des ersten Bauplanes, welchen die Jury einstimmig dem Projekte des Architekten Friedrich Gottschalkmann zuerkannte, wurde derselbe mit der Verfassung der Baupläne und der Baukosten betraut.
Aus verschiedenen Ansätzen gedieh das Haus bis zu seiner heutigen Erscheinung. Auf Vorschlag des Architekten, der bei der Durcharbeitung des Projektes das Entzagen des Gebäudes erhöhen konnte, wurde eine wesentlich höhere Bauweise als ursprünglich bewilligt und es konnte demnach das Gebäude monumentaler ausgestaltet werden.

Das Gebäude erstreckt über einem hohen Erdgeschoss drei Stockwerke, deren erstes für die Kammerräumlichkeiten eingerichtet ist. Die beiden darüber befindlichen Geschosse sind als Wohnungen angefaßt; doch kann in einem ferneren Zeitpunkt ihre Umwandlung in Bureau (zur Erweiterung der Kammer) un schwer vorgenommen werden. Das benutzbare Dachgeschoss hatte ursprünglich die Bestimmung von Kaffeehäusern erhalten, wurde aber der größeren Rentabilität halber als Wohngeschoss hergerichtet.

Das Äußere des Gebäudes stellt sich folgendermaßen dar. Ueber dem Erdgeschoss bauen sich drei Stockwerke auf, welche vom Hauptgesimse abgegliedert erscheinen. Ueber dem Mittel, dessen vorzüglichste größere Ausladung leidet von der Fassade nicht bemerkt wurde, kam sich eine hingerichtete Fassade aus, die Fenster in derselben gehören dem Dachgeschoss an.

*) Aus der Festschrift anlässlich der Eröffnung des Handelskammerpalais.

gegen Hof und Stiegenhaus lassen das Etage ein. Ueber dem ersten Stockwerke hängt ein Jugendbildnis des Kaisers, fünf bühnen Beleuchtungskörper beleuchten den 25 Meter langen Raum.

Aus dieser Vorhalle gelangt man in die einzelnen Bureauabteilungen, deren Bestimmung auf den Türen ersichtlich ist. Am Ende der Halle rechts befinden sich Präsidenten- und Sekretärzimmer.

Das Präsidentenzimmer mit Empire-Stil-Anfängen, Malerei vorwiegend rot, Mobilar Mahagoni, welches zum Barpur und Gold der Wände gestimmt ist. Beleuchtungskörper, Schreibzeuge, Uhr und die Dekorationsstücke dieses Empfangsraumes sind sorgfältig zueinander gestimmt.

Das Sekretärzimmer: Malerei blaue, Möbel Eichenholz geputzt mit schwarzem Lederbezug, Metallteile Messing. Sowohl Präsidenten- als Sekretärzimmer haben Garderobe und Wäschezimmer zu größerer Bequemlichkeit eingebaut erhalten.

Es sind insgesamt 8 Bureauräume, ein Bibliotheksraum, ein Referenzzimmer, Dienstzimmer, Wählraum mit Toiletten, Garderobenraum für die Kammerräte und ein Schreibzimmer vorhanden.

Vom Vorhof gelangt man in den großen Sitzungssaal und ins Besprechungszimmer. Zum Sitzungssaal gelangt man durch zwei eiserne Türen, deren eine für das Publikum als Eingang dient, während die andere für die Kammermitglieder bestimmt ist.

Der Saal, dessen Abmessungen 15,5 m Länge, 8,5 m Breite und 6,5 m Höhe betragen, bildet den wichtigsten Bestandteil des Hauses und ist demgemäß in seiner Ausstattung am bedeutendsten. Die Decke des Saales ist in Farbe getauchten Holzes (Eichenlambert), die drei großen dunkelgrünen parkettierten Eichenlambert, die drei großen wappenhaltende Säulen stehen. Die Säulen der Ecken tragen Bildnisse jener Kaiser, die am ersten Monarchen seit der Einverleibung der Bukowina als deren Herrscher vorausgegangen sind. (Johann I., Leopold II., Franz I., Ferdinandus I.) Die anderen Säulen weisen gemischte Embleme auf. Die Säulen stammen vom Bildhauer Scharner. Die Decke ist reich tapeziert, die ornamentierten Balkenprofile sind aus Gold, in den Fugen der Decke ist die Plattenornamentik in Gold geputzt, auf blauem Grund. Drei Kuppeldecken in Latten- und Wandbeleuchtungen werden des Raumes 2500 Strahlen Lichts entsenden. Das Tageslicht dringt durch drei große Fenster, die mit Aufhebelvorrichtung versehen sind. An der Ostwand sehen wir eine zweifarbige Marmorbüste des Kaisers (Werk des Bildhauers v. Langenhan, nach Angaben des Architekten ausgeführt).

Stellenweise den Architekten wesentlich zu unterstützen hatte, seinen Kunstfertigkeiten, Mosaiken, den wechselnden Bogenlinien der Logen und der reichen Beleuchtung des Raumes, ist es bereits ein beliebter Aufenthaltsort des Publikums geworden.

Im Sommer befindet sich ein Kiosk auf dem Platze vor dem Gebäude, welcher den Aufenthalt auch im Freien ermöglicht. Die Baukosten betragen über 600.000 R.

Zur feierlichen Eröffnung des neuen Handelskammergebäudes.

Das für die Feiertage angelegte Programm lautet folgendermaßen: Montag, den 6. Dezember 1909: 1. halb 9 Uhr vormittags: Ankunft des Handelsministers in Czernowitz, Empfang am Bahnhof durch den Landespräsidenten, Landeshauptmann, gr.-or. Erzbischof, Bürgermeister, Oberpostdirektor, Betriebsleiter und das Handelskammerpräsidium; 2. halb 11 Uhr vormittags: feierliche Eröffnung des neuen Handelskammergebäudes. Der Kammerpräsident hält die Festrede und der Handelsminister die Antwortrede. Hieran werden dem Handelsminister im Beratungszimmer die Kammerräte und die Beamten, sowie die beim Bau beschäftigt gewesenen Professionisten vorgestellt. Schließlich wird ein Rundgang durch die Kammerlokalitäten unternommen; 3. 12—1 Uhr vormittags: Besuche Sr. Excellenz, des Herrn Handelsministers; 4. 1 Uhr mittags: kleines Dejeuner beim Landespräsidenten für Sr. Excellenz und Begleitung; 5. 4 Uhr nachmittags: Anpazierung der hiesigen Post- und Telegraphendirektion; 6. halb 6 Uhr abends: Diner beim Landespräsidenten; 7. halb 8 Uhr abends: Abendessen im h. o. Stadttheater („Hedermans“); 8. dreiviertel 10 Uhr abends: Raut beim Handelskammerpräsidium, an demselben nehmen circa 100 Personen teil u. zw. die Spitzen der Behörden und die Mitglieder der Handelskammer. Raute werden nicht gesprochen.

Dienstag, den 7. Dezember: 1. 10—halb 12 Uhr vormittags: Empfang im Landesregierungsgebäude; 2. halb 12 bis 1 Uhr vormittags: Besichtigung von Industriearbeitsstätten; 3. 1 Uhr mittags: kleines Dejeuner beim Landespräsidenten für Sr. Excellenz und Begleitung; halb 3 Uhr nachmittags: Besichtigung des Landeshausens, Empfang durch den Landeshauptmann; 5. halb 4 Uhr nachmittags: Besichtigung der Lederfabrik in Zucka; 6. halb 6 Uhr abends: Diner beim Landeshauptmann; 7. halb 8 Uhr abends: Abreise nach Wien. Im Abschiedsbaumgarten finden sich dieselben Personen, wie bei der Ankunft, am Weinheim ein.

Personalanrichten. Postamt und Oberdirektor Josef Ullmann und Oberadministrationsrat Dr. Rudolf Wolf sind aus Czernowitz, wobei die in dienstlichen Anwesenheit



Німецький дім (1952)
(у минулому гуртожиток ЧДМІ на вул. О. Кобилянської, 53).
(ДАЧО, Ф. Р-938)



Площа Рудольфа в 1908 р. (Кайндль Р.Ф. "Історія Чернівців").

ЧДМІ користувався ще однією спорудою – будівлею Німецького народного дому (архітектори Густав Фріч та Ервін Мюллер), яку було зведено у 1910 р¹⁹. У цьому приміщенні розташовувались Німецький торговий дім, Райфанзенська каса, Крайова спілка, Товариство християнських німців, товариства "Шлафарія" та "Прутана". Ця перлина архітектури, збудована у старонімецькому стилі (під впливом геометризованого стилю віденської сецесійної архітектури), стала однією з візитних карток міста.

Ще один будинок, зведений у стилі віденської сецесії, що залишається у власності Буковинського державного медичного університету і сьогодні, – чотириповерхова будівля зі стилізованою вежею – колишній готель "Брістоль" (1906), який розташовувався на площі Рудольфа (у румун. період – пл. Дакія, з 1949 р. – пл. Філармонії). «Брістоль» став одним з перших будинків у місті, обладнаних ліфтом, що було новим етапом у розвитку архітектури і будівництва в Чернівцях.

Ще однією спорудою, яку Медичний університет отримав у користування значно пізніше, є сьогоднішній Палац академічний, а в минулому триповерхова австрійська будівля²⁰. У цьому приміщенні у румунський період було відкрито кінематограф "Скала" (1931), у радянський час (з 1945 до 1950 р.) – Державний єврейський театр УРСР. Цікавим є той факт, що в день свого відкриття приміщення мало 750 місць (проектоване на 892 місця), а після ремонту в 1949 р. – 694 місця, три яруси, глибина сцени сягала 6 метрів²¹.

За часів панування Румунії у будівлі сучасного

теоретичного корпусу по вул. Богомольця, 2 (пл. Децєбала) був розташований гуртожиток підмайстрів школи «Ion Nistor» (1936); у приміщенні морфологічного корпусу по вул. Ризькій, 3 – колишня стоматологічна, а пізніше очна лікарня (по вул. Балмаша, 3).

Більша частина клінічних кафедр ЧДМІ розміщувались в обласній клінічній лікарні (ОКЛ): клініка госпітальної терапії, госпітальної хірургії, пропедевтичної терапії, факультетської терапії, факультетської хірургії, очних хвороб, вуха, горла, носа, загальної хірургії, шкірно-венеричних хвороб, інфекційних хвороб, дитячих хвороб, акушерства і гінекології, нервових хвороб, психіатрична клініка. Крім ОКЛ, клінічними базами ЧДМІ у період 1944-1954 рр. були: міська лікарня (колишня єврейська лікарня) (госпітальної терапії, госпітальної хірургії), обласна дитяча лікарня (дитячих хвороб), будинок дитини (дитячих хвороб), пологовий будинок № 1 (акушерства і гінекології), психіатрична лікарня (нервових хвороб, психіатрії), залізнична лікарня (загальної хірургії), госпіталь інвалідів Великої Вітчизняної війни (загальної хірургії), туберкульозна лікарня, перша і друга міські поліклініки та диспансери. У клінічних базах ЧДМІ станом на 1951 р. було 1200 ліжок.

Чисельність кафедр у перші роки організації Інституту варіювала від 32 до 34. У цей період, який був підготовчим для роботи ЧДМІ, кафедри починали свою роботу з нуля: зі створення лабораторій, музеїв, впорядкування архівів, загальноінститутської та кафедральних бібліотек (див. таблицю № 2).

Таблиця № 2

Розташування, ліжковий фонд, лікувально-діагностичні та навчальні підрозділи кафедр ЧДМІ у 1944-1954 рр.

<p>Госпітальної терапії 08.1945 р.</p> <p>50 (1945-1946 н.р.); 100 (1946-1948 рр.); 70 (1949-1950 н. р.)</p>	<p>Міська лікарня (колишня єврейська лікарня), Друга міська поліклініка.</p> <p>Спочатку була розташована на базі Обласної клінічної лікарні (далі ОКЛ) разом із клінікою факультетської хірургії. Консультації проводили в міських лікарнях, пологових будинках, тубдиспансері. У 1954 р. виділено самостійний амбулаторний пункт на Гарячому Урбані.</p>	<p>– лабораторія з дослідження крові (1946–1947 н. р.); – фізіотерапевтичний кабінет; (електросвітлові ванни, діатермія, кварц-терапія, Д'Арсонваль, УВЧ, онтофорез, парафінотерапія) (1953 р.); – ректоскопічний кабінет; – рентген-кабінет; – електрокардіограф. Проводилась гідротерапія (введено лікування суглобів ваннами місцевого мінерального джерела) (з 1953 р.), ЛФК, киснева терапія.</p>
<p>Госпітальної хірургії (з курсом щелепно-лицьової хірургії) 09.1945 р.</p> <p>У 1946 р. організовано курс травматології та ортопедії</p> <p>120 (1945-1948 рр.); 70 (1949-1954 рр.); 60 (1954-1955 н. р.) (кількість ліжок зменшено у зв'язку з реорганізацією лікарні)</p>	<p>Міська лікарня (колишня єврейська лікарня).</p> <p>1946 р. – у хірургічному відділі Другої міської лікарні виділено ортопедо-травматологічний відділ (25 ліжок), який став науково-опорним пунктом Київського інституту ортопедії та травматології. 1947 р. – створено кістково-туберкульозний відділ (доц. А.В. Ага).</p>	<p>– операційний блок, перев'язочна та гіпсова; – експериментальна лабораторія з віварієм (1950 р.); – клінічна і біохімічна лабораторії; – рентген-кабінет (була переносна рентген установка); – музей гіпсових зліпків деформацій кінцівок; – архів рентгенограм; – аудиторія на 100-120 місць. 1954–1955 н. р. – проводилась робота щодо організації музею патолого-анатомічних препаратів різних органів і патогістологічної лабораторії.</p>

¹⁹ Czernowitzer Allgemeine Zeitung [Chernivtsi Public Paper], 1910, 5 hrudnia, N. 1915, C. 1, 5.

²⁰ Будівля була побудова для навчально-просвітницького об'єднання "Моргенройт". У ній розміщувались навчальні класи для дітей та дорослих, професійна технічна школа по столярній та швейній справі, Культурний центр ім. В. Медема (з 1927 р.) з кіноконцертною залом та бібліотекою.

²¹ Nykursy M. Chernivtsi. Dokumentalni narisy z istorii vulyts ta ploshch [Documentary essays on the history of streets and squares], Chernivtsi, 2008, P. 287-289.

<p>Пропедевтичної терапії (пропедевтики внутрішніх хвороб; діагностики з окремою патологією і терапією); пропедевтична терапевтична клініка 11.1944 р. 60 (1946–1947 н.р.); 60-80 (1947-1954 рр.)</p>	<p>ОКЛ I терапевтичне відділення. ОКЛ I терапевтичне відділення.</p>	<p>– електрокардіографічний і рентгенодіагностичний кабінети; – палата для терапії сном; – біохімічна лабораторія; – аудиторія на 180 місць.</p>
<p>Факультетської терапії; факультетська терапевтична клініка 1945 р. (з курсом туберкульозу) 65 (1946–1947 н.р.); 60 – 85 (1947–1954 рр.)</p>	<p>ОКЛ II терапевтичне відділення. II поверх Заг. пл. відділення – 970, 5 м²., заг. пл. палат – 348, 3 м² (1954-1955 н. р.)</p>	<p>– клінічна лабораторія (1945 р.); – рентгенотерапевтичний кабінет (1945 р.); – рентгенодіагностичний кабінет (1946 р.); – біохімічна лабораторія (1948 р.); – фізіотерапевтичний кабінет (1949 р.); – кабінет ректороманоскопії (1950 р.); – кабінет кисневої терапії (1952 р.); – електрокардіографічний кабінет (1952 р.); – кабінет основного обміну (1952 р.); – кабінет функціональної діагностики (1954 р.); – гастроскопічний кабінет (1954 р.); – лабораторія з радіоактивних ізотопів (1954 р.); – кабінет з лічильником для радіоактивних ізотопів (1954 р.); – палата терапії сном з обладнанням для світл. та звук. сигналізації (1954-55 рр.).</p>
<p>Факультетської хірургії; факультетська хірургічна клініка 01.1945 р. 120 (1945-1946 н. р.); 60–120 (1946-1951 рр.) 110–120 (1951-1955 рр.) (у 1946 р. кількість ліжок зменшено внаслідок переведення на базу лікарні пропедевтичної хірургічної клініки) З 1951 р. відкрито поліклінічне консультативне відділення клініки з прийомом хворих.</p>	<p>ОКЛ Двоповерховий корпус із центр. паровим отопленням (1295 м²) На I-му поверсі знаходилося гнійне відділення (9 палат на 55 ліжок), на II-му – чисте відділення (9 палат на 55 ліжок), у цокольному приміщенні – клінічна лабораторія, студентська роздягальня, навчальні кімнати для субординаторів. Специфікація ліжок: 48 хірургічних, 30 травматологічних, 15 урологічних, 10 онкологічних, 6 нейрохірургічних, 6 стоматологічних (1954-1955 н. р.). Консультації проводили в психоневрологічній лікарні, онкодиспансері, зобному диспансері, пологових будинках № 1, 3, дитячій лікарні № 2, військовому госпіталі, міській лікарні № 1, залізничній лікарні.</p>	<p>– рентген-кабінет; – клінічна лабораторія; – кабінет ЛФК; – 2 операційно-перев'язочні блоки на I та II поверхах; – кімната з лічильником для радіоактивних ізотопів; – цистоскопічна.</p>
<p>Очних хвороб 20.02.1945 р. 34 (1945-1946 н. р.); 35 -60 (1946-1955 рр.)</p>	<p>ОКЛ (очне відділення)</p>	<p>– операційна; – лабораторія.</p>
<p>Отоларингології; вуха, горла, носа; ЛОР клініка 21.12.1944 р. 40 (1945-1950 рр.); 45 - 55 (1951-1955 рр.)</p>	<p>ОКЛ (ЛОР відділення) 2 поверхи (12 кімнат), з яких – 7 палат, операційна, перев'язочна, їдальня, асистентська, кабінет завкафедри (1951-1952 н. р.)</p>	<p>– операційна; – перев'язочна; – ЛОР-кабінет.</p>
<p>Загальної хірургії 01.1945 р. 40 – 60 (1945-1948 рр.); 75-100 (1949-1952 рр.)</p>	<p>ОКЛ (хірургічне відділення) 1947 р. – кафедру переведено до залізничної лікарні; 1949 р. – до госпіталю інвалідів Вітчизняної війни; 1953–1954 н. р. – до міської лікарні № 1, звідки знову з осіннього семестру 1954–1955 н. р. – до госпіталю. Додаткові бази: онкологічна лікарня, станція переливання крові, протитуберкульозний диспансер.</p>	<p>– операційна; – рентген-кабінет (був також переносний рентген-апарат); – клінічна лабораторія; – фізіотерапевтичний кабінет; – кабінет ЛФК; – гістологічна лабораторія.</p>

<p>Шкірно-венеричних хвороб; дермато-венерологічна 04.1945 р.</p> <p>65 (1945-1946 н. р.); 80-120 (1946-1948 рр.); 60-100 (1949-1954 рр.)</p>	<p>ОКЛ (шкірно-венерологічне відділення)</p> <p>Створена на базі обласного диспансеру.</p>	<p>– клінічна лабораторія; – серологічна лабораторія; – патогістологічна (1945–1946 н. р.); – кабінет для функціонального дослідження нервової системи.</p>
<p>Інфекційних хвороб 07.1945 р.</p> <p>125 (1946-1948 рр.); 100-120 (1949-1955 рр.)</p>	<p>ОКЛ (інфекційне відділення).</p> <p>Двоповерховий корпус, де було 7-9 ізольованих відділень для інфекційно хворих, 4 ізолятори, приймальний покій (1951-1955 рр.).</p>	<p>– клініко-бактеріологічна лабораторія; – рентген-кабінет; – санпропускник з 6-ма боксами для інфекційних хворих (1954–1955 н. р.).</p>
<p>Дитячих хвороб (педіатрії) 02.1945 р.</p> <p>120 (1946-1948 рр.); 150 (1949-1950 н. р.); 100-135 (1951-1955 рр.)</p>	<p>Обласна дитяча лікарня Додаткова база кафедри – Будинок дитини.</p> <p>Кафедра прикріплена до таких лікувальних установ: дитяча лікарня № 2, будинок дитини, яслі № 2, дитячої лікарні на Роші.</p>	<p>– копрологічна лабораторія; – електрокардіографічний кабінет; – віварій для тварин; – біохімічна лабораторія; – педіатричний кабінет.</p>
<p>Акушерства і гінекології 02.1945 р.</p> <p>70-120 (1945-1948 рр.); 120 (1949-1955 рр.)</p>	<p>Пологовий будинок № 1 було об'єднано з жіночою консультацією № 1 (1954-1955 н. р.).</p> <p>До складу пологового будинку входило акушерське відділення – 85 ліжок, гінекологічне відділення – 35 ліжок та відділення поліклініки.</p> <p>Консультації надавали в окремому приміщенні, поблизу пологового будинку, що складалося з 5-ти лікарських кабінетів, 2-х маніпуляційних, зубного кабінету та підсобних приміщень.</p>	<p>– клінічна та біохімічна лабораторії (1950); – фізіотерапевтичний кабінет; – патолого-анатомічний музей; – кабінет для психопрофілактичної підготовки до безболісних родів; – аудиторія розрахована на 150 осіб; (розміщена у дворі (у флігелі)); – зубний кабінет; – маніпуляційна.</p>
<p>Нервових хвороб 03.1945 р.</p> <p>60 (1945–1948 рр.); 60 – 79 (1949–1955 рр.)</p>	<p>Психіатрична лікарня</p> <p>З 1946 р. – окремий двоповерховий корпус.</p>	<p>– нейрогістологічна лабораторія; – рентген-кабінет; – біохімічна лабораторія; – фізіотерапевтичний кабінет; – водолікарня (солені вуглекислі й хвойні ванни; циркулярний, шотландський висхідний душ і душ Шарко); – електрокардіографічний кабінет; – побудована аудиторія на 150 місць; – 2 палати терапії сном.</p>
<p>Психіатрії 09.1945 р.</p> <p>60 (1946–1948 рр.); 70 (1949–1954 рр.)</p>	<p>Психіатрична лікарня</p> <p>Двоповерховий корпус.</p>	<p>– лабораторія вищої нервової діяльності (застосовувалася терапія сном, гіпнотерапія) (1946–1947 н. р.).</p>
<p>Топографічної анатомії та оперативної хірургії 01.01.1945 р.</p> <p>(заснована як кафедра оперативної хірургії)</p>	<p>Морфологічний корпус (вул.Ризька, 3)</p> <p>Січень 1945-го р. – відведене приміщення в патоанатомічному корпусі ОКЛ і тимчасово одна кімната в морфологічному корпусі; серпень 1946 р. – приміщення на II-му поверсі, що раніше займала Пастерівська станція.</p> <p>З 1 квітня 1955 р. – хірургічне відділення I-ї міської лікарні як клінічна база.</p>	<p>– операційна (у 1954–1955 н. р. – 2 операційні); – 2 секційні зали; – топографоанатомічний музей (2 кімнати); – 2 лабораторії (препараторська, патогістологічна лабораторія); – трупосховище; – клітки для кролів (1951-1952 н. р.). – 2 кімнати (віварій) у навчальному корпусі (вул.Богомольця, 2); – кремаційна (спільна для кафедр морфологічного корпусу); – лекційна зала (амфітеатр) на 180 місць.</p>

<p>Патологічної анатомії 01.1945 р.</p>	<p>ОКЛ (прозектура) Одноповерховий кам'яний корпус (551,5 м²). Консультації проводили у міських лікарнях, двох дитячих, туберкульозних, психіатричній, залізничній лікарнях, трьох пологових будинках, госпіталів інвалідів Вітчизняної війни та гарнізонному військовому госпіталі (1954-1955 н. р.).</p>	<p>–патогістологічна лабораторія (1945 р.); –патологоанатомічний музей (1945 р.); – фотолабораторія; –трупосховище; – секційна зала.</p>
<p>Фармакології 11.1944 р.</p>	<p>Теоретичний корпус (вул. Богомольця, 2)</p>	<p>– віварій (для дрібних тварин: кролів, білих мишей і жаб); –лабораторія.</p>
<p>Нормальної анатомії 10.01.1945 р.</p>	<p>Морфологічний корпус (вул. Ризька, 3) I-й та половина II-го поверху (спочатку була розміщена у частині нижнього поверху в приміщенні станції пере- ливання крові) До вересня 1945 р. кафедра тимчасово займала ліве крило II поверху – 184 м² в теоретичному корпусі (вул. Богомольця, 2). Трупне господарство кафедри було при морзі ОКЛ (1945).</p>	<p>–анатомічний музей (2 кімнати, 5 відді- лів); – операційна; – антропометричний кабінет; –гістологічна лабораторія; – експериментальна лабораторія з віварі- єм; – рентген-кабінет; – фотолабораторія; –наукова лабораторія; –кісткова кладова; – трупосховище (на початку своєї діяль- ності кафедра не мала сховища, трупний матеріал знаходився на базі кафедри па- танатомії; у 1947-48 рр. – окрема кімната, а в 1950 р. трупосховище було побудова- но поза корпусом (3 цементовані басей- ни); – секційна зала; –препараторська (1945); –лекційна зала (амфітеатр) на 180 місць (спільна з кафедрою топанатомії та опе- ративної хірургії).</p>
<p>Гістології 20.10.1944 р.</p>	<p>Навчальний корпус (вул. О. Кобилянської, 42) До 1950 р. розташована на 3-му поверсі теоретичного корпусу (вул. Богомольця, 2), потім в приміщенні, яке раніше займа- ла кафедра мікробіології.</p>	<p>–наукова лабораторія; – мікрофотолабораторія; – віварій для дрібних лабораторних тва- рин; – операційна.</p>
<p>Гігієни; загальної гігієни 01.1945 р. (у 1944 р. курс гігієни читав викладач кафедри фізіології)</p>	<p>Навчальний корпус (вул. О. Кобилянської, 42) I і III поверхи; пізніше лише III поверх. 1945-1947 рр. – адміністративний корпус (вул. Театральна, 2).</p>	<p>– ізотопна лабораторія; – хімічна лабораторія. Станом на 1954–1955 рр. на кафедрі було 4 лабораторії для наукової роботи, практичний музей, 2 підсобні лаборато- рії, вагова і витяжна.</p>
<p>біологічної хімії 01.1945 р. У 1945-1946 рр. мала назву «хімія біоло- гічна з органічною та фізикоїдною»</p>	<p>Теоретичний корпус (вул. Богомольця, 2) II поверх</p>	<p>– вагова кімната; – кімната для експериментальних тварин. Станом на 1954-1955 р. було 4 навча- льні лабораторії, 3 науково-дослідні ла- бораторії.</p>
<p>Нормальної фізіології 24.11.1944 р.</p>	<p>Теоретичний корпус (вул. Богомольця, 2) IV поверх</p>	<p>–операційна; – кімната для оперованих тварин; –вівісекційна; – камера для вивчення умовних рефлексів; – гальванометрична; –майстерня для ремонту апаратури; – фізико-хімічна лабораторія; – жабник; – віварій для собак.</p>
<p>Загальної біології; загальної біології та паразитології. 25.10.1944 р.</p>	<p>Теоретичний корпус (вул. Богомольця, 2) II поверх До 1945–1946 н. р. – розташована на території Чернівецького університету.</p>	<p>–навчальна лабораторія; –приміщення для музею; – віварій (для дрібних тварин); –препараторська.</p>

<p>Судової медицини 09.1945 р.</p>	<p>1945–1946 н. р. – педагогічний процес здійснювався в судово-медичній лабораторії військового округу (вул. Пушкіна, 7) та в приміщенні Обласної судово-медичної експертизи (вул. Кишинівська, 2). 1946–1948 рр. – приміщення Обласної судово-медичної експертизи і три кімнати в будівлі 2-ї поліклініки. 1950 р. – будівля колишньої церкви, що на кладовищі, була переобладнана під навчальне приміщення. 1955–1956 н. р. – тимчасово дві кімнати в навчальному корпусі (вул. О. Кобилянської, 42).</p>	<p>– секційна зала; – лабораторія. – патогістологічна лабораторія (1952 р.).</p> <p>На кафедрі проводилися патологічні дослідження внутрішніх органів, надіслані районними судово-медичними експертами.</p>
<p>Мікробіології 01.1945 р.</p>	<p>Теоретичний корпус (вул. Богомольця, 2) 1945 р. – переведено з теоретичного корпусу до адміністративного; 1946 р. – з адміністративного корпусу до навчального (вул. О. Кобилянської, 42). 1950 р. – переведена до корпусу, що на вул. Богомольця, 2, де була розміщена кафедра гістології, помінявши їх місцями.</p>	<p>– віварій; – препаратурська; – бокси; – термокімната; – електричний «ледник».</p>
<p>Патологічної фізіології 06.1945 р.</p>	<p>Теоретичний корпус (вул. Богомольця, 2)</p> <p>Спочатку займала 2 кімнати на кафедрі загальної хімії.</p>	<p>– операційна (для тварин); – кімната для зберігання матеріальних цінностей; – механічна майстерня; – віварій (на даху). – 2 лабораторні кімнати.</p>
<p>Організації охорони здоров'я</p>	<p>Навчальний корпус (вул. О. Кобилянської, 42) I поверх</p>	
<p>Загальної хімії 25.10.1944 р.</p> <p>У 1945-1946 рр. мала назву “хімія неорганічна з аналітичною”</p>	<p>Адміністративний корпус (вул. Театральна, 2) IV поверх</p> <p>1944-1945 н. р. – на базі Чернівецького університету. 1945 р. (серпень) – в теоретичному корпусі (вул. Богомольця, 2); 1946 р. – на IV-му поверсі адміністративного корпусу.</p>	<p>– хімічна лабораторія.</p> <p>Кафедра мала підшефну залізничну школу, якій надавала допомогу в організації хімічної лабораторії (1946-47 н. р.).</p>
<p>Військово-медичної підготовки 20.10.1944 р.</p> <p>До кафедри приєднано кафедру фізичної підготовки (заснована 11.11.1944 р., проіснувала до кінця грудня 1944 р.). У 1947–1949 рр. в окрему кафедру відокремлюється курс фіз. виховання та лікувальної фізкультури. У 1948 р. існував окремий курс військово-польової хірургії</p>	<p>Адміністративний корпус (вул. Театральна, 2)</p>	<p>– спортзал (1945 р.); –токсикологічна лабораторія (1945 р.); –клас санхімзахисту (1945 р.).</p> <p>Кафедра фізичного виховання та лікувальної фізкультури: – 2 спортзали (добудували окрему залу у підвальному приміщенні (72 м²) для занять секції легкої атлетики та штанги); –кабінет медичного контролю.</p>
<p>Фізики 25.10.1944 р.</p>	<p>Адміністративний корпус (вул. Театральна, 2) 1944–1945 н. р. – одна кімната в теоретичному корпусі.</p>	<p>–лабораторія (у 1954–1955 н. р. – 6 кімнат та 3 підсобні приміщення); –фотолабораторія.</p>
<p>Іноземних мов 24.10.1944 р.</p> <p>До кафедри було приєднано кафедру латинської мови (засновано 25.10.1944 р.)</p>	<p>Адміністративний корпус (вул. Театральна, 2)</p>	<p>– кабінет іноземних мов (1950 р.)</p>
<p>Марксизму-ленінізму; основ марксизму-ленінізму 15.11.1944 р.</p>	<p>Адміністративний корпус (вул. Театральна, 2)</p>	<p>– навчальний кабінет марксизму-ленінізму (1947 р.).</p>

Як видно з **таблиці № 2**, за перші 10 років існування ЧДМІ зусиллям керівництва та професорсько-викладацького складу вдалося досягнути неабияких результатів – укомплектування кафедр. У розробленій таблиці наведено перші назви кафедр, дати їх заснування, динаміку зростання ліжкового фонду (у деяких випадках наведена специфікація ліжок), місце розташування та додаткові бази кафедр, забезпеченість їх аудиторним фондом, лабораторіями, медичними кабінетами, операційними кімнатами та палатами, віваріями, музеями, господарськими приміщеннями, медичним устаткуванням.

Незважаючи на дані про стан лікувально-діагностичних підрозділів протягом 1954-1955 рр., період організаційного становлення кафедр супроводжувався великою кількістю проблем, як-от: укомплектування професорсько-викладацького складу та навчально-допоміжного персоналу, недостатня забезпеченість кафедр приміщеннями, навчальною апаратурою та матеріалами, господарським обладнанням. У перші роки діяльності ЧДМІ на деяких кафедрах не вистачало приміщень для лікувально-діагностичних підрозділів та навчальних кімнат, в аудиторіях було недостатньо місць, бракувало лабораторних та аудиторних меблів, лабораторського посуду та апаратури. На клінічних кафедрах були серйозні проблеми з опаленням приміщень, постачанням електроенергії, каналізацією та водовідведенням (особливо у перші повосенні роки). Вирішення цих побутових проблем були у компетенції місцевих органів влади та керівництва лікарень. Крім того, нерегульовані відносини між завідувачами кафедр та клінік інституту з головними лікарями ставали на заваді їхній роботі. Важливу роль в організації кафедр відіграв ентузіазм і винахідливість завідувачів та викладачів.

З перших днів свого існування співробітники ЧДМІ разом із місцевими органами охорони здоров'я **ліквідували в краї епідемії та масово поширені хвороби** – венеричні захворювання, туберкульоз, ендемічний зоб тощо.

Ліквідація вогнищ зобної ендемії на території Чернівецької області. За результатами досліджень у 1941, 1945–1947 рр., зобна ендемія в Чернівецькій області була визнана чи не найважчою в СРСР (експедиційні дослідження зафіксували збільшення щитовидної залози (ЩЗ) в 55 % випадків у Путильському районі та 59,3 % – у Вижницькому районі)²². Ще в червні 1945 р. проф. Є.Р. Цитрицький на вченій раді Українського ендокринологічного інституту (м. Харків) порушив питання про зобну ендемію, і через Нарком охорони здоров'я України була подана доповідна записка до РНК України про необхідність організації зобної станції в Чернівецькій області²³. У 1947-1948 рр. у Чернівецькій обл. були створені протизобні пункти (у Путильському, Вижницькому, Вашковецькому та Сторожинецькому районах), а з 1948 р. розпочинає роботу обласна зобна комісія під головуванням доц. ЧДМІ Б.Б. Роднянського (члени ко-

місії: проф. Є.Р. Цитрицький, Ф.А. Баштан, Л.Н. Заманський, В.О. Ельберг та ін.) і обласна зобна станція, що в 1949 р. отримала офіційний статус диспансеру, в якому організовано стаціонар.

У січні 1948 р. співробітниками кафедри загальної хірургії під керівництвом к. мед. н. П.Е. Рибалкіна²⁴ була проведена перша комплексна експедиція для обстеження на ураженість зобом населення Сторожинецького та Вижницького р-нів (обстежено 603 особи, 388 з яких – клінічно). У березні 1948 р. з ініціативи І.Г. Федорова та П.Е. Рибалкіна у с. Берегомет було організовано одне з перших в області масових електрокардіографічних обстежень осіб, уражених ендемічним зобом. У липні-серпні 1948 р. під керівництвом доц. Б.Б. Роднянського разом з співробітниками обласної зобної станції було проведено експедиційне дослідження населення Сторожинецького р-ну (члени експедиції: Д.І. Головіна, Ц.І. Міхліна, Е.Г. Дайна, С.А. Чуракова, Е.В. Бризунова та ін.). Обстежено 13 нас. пунктів та м. Сторожинець із загальною чисельністю населення 19.144 тис. людей. Гігієнічна частина експедиції в Сторожинецькому районі обстежила воду з 106 джерел, для хімічного дослідження відібрано проби різних харчових продуктів та зроблено 34 проби ґрунтів. Крім обстежень, члени експедиції безкоштовно роздавали антиструмін і провели роз'яснювальну роботу про шляхи і заходи боротьби з ендемічним зобом серед місцевого населення.

Проводилось обстеження та йодопрофілактика серед школярів м. Чернівці. У березні-квітні цього ж року під керівництвом П.Е. Рибалкіна обстежено 8 середніх шкіл (3837 школярів), розташованих у центрі м. Чернівці. У 1949 р. додатково йодною профілактикою охоплено 36.623 дітей і підлітків, а також проведено перевірку ефективності йодопрофілактики 566 дошкільнят і 9302 школярів.

Отже, у 1948-1949 рр. завершується період виявлення вогнищ поширення ендемічного зоба в Чернівецькій обл. (загалом обстежено близько 93 тис. людей). Проаналізувавши матеріали досліджень, встановлено, що найбільш ураженими були гірські та передгірські райони (Путильський, Вижницький та Сторожинецький). Йодованою сіллю було забезпечене все населення області.

Тематика "Ендемічний зоб на Буковині" є однією з провідних у плані комплексних науково-дослідних робіт ЧДМІ за 1947-1952 рр. (виконано понад 20 дослідних робіт, присвячених різним аспектам дослідження ендемії). З 1946 р. у ЧДМІ сформовано зобну комісію, першими керівниками якої були професори В.О. Ельберг та Є. Р. Цитрицький. До 1954 р. у ЧДМІ захищено 1 докторську (Ф.А. Баштан), та 3 кандидатські дисертації (П.Е. Рибалкін, С.А. Чуракова, Д.І. Головін) із проблем вивчення зоба. У жовтні 1948 р. у Чернівцях проведено об'єднану наукову конференцію ЧДМІ та обласного відділу охорони здоров'я, присвячену проблемі ендемічного зоба на Буковині.

²² Більш детальна ця тематика розглянута у попередній статті авторів (Bojchuk T.M., Moisey A.A. «Uchast' spivrobitnykiv Cherniveckzogo derzhavnogo medychnogo instytutu v likvidaciyi vognyssh zobnoyi endemiyi na terytoriyi Cherniveckzoyi oblasti (1945-1949 rr.)» [Participation of employees of Chernivtsi State Medical Institute in eliminating pockets of endemic goitre in the Chernivtsi region (1945-1949 years)], *Aktualni pytannya suspilnyh nauk ta istoriyi medytsyny* [Current issues of social sciences and history of medicine], Series "Istoriya medytsyny", Chernivtsi–Suchava, 2016, N. 3 (11), P. 6–24.

²³ ДАСНО, Fond. N. R-938, Op. 1, Case. N. 8, ark. 10.

²⁴ ДАСНО, Fond. N. R-938, Op. 1, Case. N. 8, ark. 10.

Рибалкін Павло Єфимович

Народився 8 січня 1919 р. у с. Краснопавлівка Лозівського р-ну Харківської обл. у селянській сім'ї.

У 1931 р. закінчив початкову школу, переїхав з батьками до Тульської обл., де продовжив навчання. У 1936 р. закінчив Тульський медичний робфак. Протягом 1937–1941 рр. навчався у II Московському державному медичному інституті. У 1941 р. був мобілізований до Радянської армії. Пройшов курси вдосконалення лікарів з хірургії в Центральному інституті вдосконалення лікарів (1941). Під час війни працював ординатором хірургічного відділення евакогоспіталю № 3076 (м. Іваново, 1941–1942), начальником хірургічного відділення та лікарем-хірургом евакогоспіталю № 3396 (м. Іваново, 1942–1944), провідним хірургом евакогоспіталю № 3077 (м. Кам'янець-Подільськ, 1944–1945). Отримав дві урядові нагороди та 8 подяк від керівництва евагоспіталів.

3 м. Кам'янця-Подільського переведений Наркоматом охорони здоров'я УРСР на посаду асистента кафедри загальної хірургії Чернівецького державного медичного інституту, де почав працювати з 1 вересня 1945 р. З 18 квітня 1946 р. зарахований на посаду студентського лікаря. Керував студентським хірургічним гуртком кафедри, шефською роботою кафедри у Вижницькому районі Чернівецької області та у студентському гуртожитку.

25 листопада 1947 р. у Центральному інституті вдосконалення лікарів (м. Москва) захистив кандидатську дисертацію на тему "Ендемічний зоб у Північній Буковині та його хірургічне лікування". Узагальнені дані з теми дисертаційної роботи опубліковано у журналі «Клінічна медицина» (1947, № 12, С. 80–86).

З метою виявлення вогнищ поширення ендемічного зоба в Чернівецькій області брав участь у масових експедиційних дослідженнях 1948 р. Зокрема, був керівником комплексної експедиції з обстеження на ураженість зобом населення Сторожинецького та Вижницького районів (01-02.1948 р.). Обстежено 603 особи різного віку, 388 з яких клінічно.

У березні 1948 р. під керівництвом І.Г. Федорова та П.Е. Рибалкіна було проведено одне з перших в області масових електрокардіографічних досліджень осіб, уражених ендемічним зобом (с. Берегомет Вижницького р-ну). Починаючи з 15 січня 1948 р. міський відділ охорони здоров'я разом з П.Е. Рибалкіном провели обстеження та йодопрофілактику серед школярів всіх дитячих закладах м. Чернівці (профілактикою шляхом призначення дітям йодистого калію було охоплено 4 тис. школярів). Він увійшов до складу постійно діючої комісії із впровадження йодної профілактики та встановленню контролю за її ефективністю. Під керівництвом П.Е. Рибалкіна у березні-квітні 1948 р. здійснено комплексне обстеження учнів середніх шкіл, розташованих у центрі міста. Ученим задокументовано факти появи захворюваності на зоб у мешканців приїжджих із інших областей СРСР, вільних від ендемічного зоба. Експедиційна робота, профілактичні та лікувальні заходи, запроваджені в області впродовж 1946–1949 рр., дали результати, а саме: різке зниження захворюваності на ендемічний зоб на території краю в 4–9 разів залежно від районів.

У Чернівецькому медінституті працював до 16.07.1949 р., звідки був переведений на посаду старшого наукового співробітника Московського обласного науково-дослідного клінічного інституту.

Окремо відзначимо одні з перших досліджень проф. Н.М. Шінкермана щодо визначення морфологічного профілю зобної ендемії в області в 1947–1948 рр., які проводились на великому секційному (2239 ШЦ3) та хірургічному матеріалі (97 зобозмінених залоз). Дослідження показало, що серед макроскопічних форм зоба відзначалась значна перевага вузлового (73,6 %), далі йшов дифузний (24,4 %), змішаний (1,2 %) та конгломератний (0,9 %). З метою визначення ефективності протизобних заходів Н.М. Шінкерман повторно провів морфологічне дослідження ШЦ3 корінних мешканців області на великому секційному матеріалі (1940 ШЦ3), зібраному в 1955–1959 рр., була встановлена тенденція до послаблення інтенсивності ендемії. Зокрема, у дітей, починаючи з народження і до пубертату включно, спостерігалось зниження проценту залоз недиференційованого типу,

тобто наступала нормалізація їх гістоструктури та наближення гістологічного профілю залози до профілю її у вільних від зоба місцевостях. Встановлені факти зникнення уродженого зоба, зменшення частоти зоба у дошкільному віці та періодах пубертату і статевого дозрівання, а також відсутність уражень вузловими струмами осіб у віці до 20 років. Відмічено також різке зниження проценту багатовузлових форм зоба порівняно з матеріалом 1947–1949 рр.²⁵

Експедиційна робота, профілактичні та лікувальні заходи, запроваджені в області впродовж 1945–1949 рр., дали результати, а саме: у Вижницькому р-ні захворюваність на зоб зменшилась у 4 рази, а у Вашковецькому – в 7 разів порівняно з 1948 р. Особливо різке зниження виявлено у хворих на зоб III–IV ступенів, зокрема у Вашковецькому р-ні кількість хворих зменшилась в 9 разів.

²⁵ Rozvytok medychnoi nauky ta okhorony zdorovia na pivnichnii Bukovyni za roky radianskoï vlady (Materialy yuvileinoï naukovoi konferentsii) [Development of medical science and health care in northern Bukovina during the years of Soviet power (Materials of jubilee scientific conference)], Redkolehiia: O. D. Yukhymets, S. A. Kats, Ya. D. Kirshenblat ta in., Kyiv, 1969, P. 21–23.

У Вашковецькому та Сторожинецькому р-нах суттєво знизилась інтенсивність ураження зобом дітей шкільного віку, майже повністю зник зоб III-V ступенів. За 5 років (1948-1953) захворюваність на зоб серед школярів м. Чернівці зменшилась в 3,5 разів, а питома вага зоба III-V ступенів у 1953 р. склала всього 0,31 %.

Незважаючи на досягнуті результати, в ЧДМІ було продовжено роботу в цій галузі. У 1952 р. П.Я. Сівер розпочав дослідження функції ЩЗ хворих на зоб за допомогою радіоактивного йоду. З метою з'ясування впливу вітамінів на обмін йоду в ЩЗ на кафедрі біохімії проводилась низка досліджень (Сівер П.Я., Заманський Л.Н., Лопушанський А.І., Жіла Е.С. та ін.). Подальше вивчення чинників зовнішнього середовища показало, що не тільки йод, а й інші макро- (кальцій) і мікроелементи (марганець, кобальт, цинк) впливають на виникнення та перебіг ендемії зоба.

Методи лікування зоба всебічно вдосконалювались. Зокрема, розроблена та впроваджена в практику методика економної резекції ЩЗ при вузлових формах зоба, запропонована колишнім ректором ЧДМІ (1952-1962), проф. М.М. Ковальовим.

Наукові розробки співробітників Інституту лягли в основу методики проведення профілактичних та лікувальних заходів у сфері охорони здоров'я краю, що в свою чергу сприяло визнанню ЧДМІ як провідного наукового центру в цій галузі. Проблема ліквідації ендемії зоба в 1960-1980-ті рр. як на Буковині, так і на всій території України була вирішена.

Ліквідація вогнищ шкірно-венеричних хвороб.

На виконання постанов Ради Міністрів УРСР, Наказів МОЗ УРСР у 1946 р. у Закарпатській та Чернівецькій областях з метою проведення оздоровчих заходів для боротьби з коростою та венеричними захворюваннями були організовані 2 експедиції. Керівництво експедиціями на території Чернівецької обл. здійснював Київський науково-дослідний шкірно-венерологічний інститут. У комплексних обстеженнях населення Чернівецької області брали участь співробітники кафедри шкірно-венеричних хвороб ЧДМІ та Чернівецького обласного шкірно-венеричного диспансеру. Результати виявилися приголомшливими. Захворюваність лише на коросту в області складала в середньому 6 % від кількості населення, а в декількох районах – 21 % і більше²⁶, виявлено 0,1 % активних форм сифілісу²⁷. Зауважимо, що внаслідок венерологічної експедиції обстежено 95,4 % всього населення Чернівецької області. Цей захід поклав початок планомірному наступу на шкірно-венеричні захворювання в Чернівецькій області. До цієї експедиції долучилась кафедра шкірно-венеричних хвороб ЧДМІ, яку очолював доц. М.Г. Безюк. Він сформував лікарську бригаду, виділив фотолабораторію та взяв шефство над двома районами: Вижницьким (керівник загону: кандидат медичних наук, в. о. доцента Бедненко П.Ф.) та Кельменецьким (керівник загону: клініч. ординатор Ю.С. Касько). До бази даних ЧДМІ була залучена інформація комплексного обстеження та лікувальної практики М.Н. Бухаровича, який був керівником загону з обстеження населення в Глибоцькому районі, з 1947 р. прийнятий на посаду асистента кафедри.

У результаті проведеної роботи в Кельменецькому

районі було обстежено 58038 осіб, що склало 98,7 % від загальної кількості населення району. У Вижницькому районі оглянуто 24597 осіб (92,0 % від загальної кількості населення). Одночасно учасники експедиції проводили санітарно-просвітницьку роботу: читали лекції та проводили бесіди про шкірно-венеричні захворювання та боротьбу з ними.

Робота співробітників ЧДМІ у вогнищах захворювання сифілісом дала поштовх науковим розробкам з даної тематики. Прогресувала і методика лікування, вводилися нові методи, проводилася експериментальна робота. Розробки носили прикладний характер, були спрямовані як на покращення профілактичної роботи, так і вдосконалення процесу лікування хворих на сифіліс та коросту.

У 1946-1947 н.р. співробітниками кафедри дерматовенерології запроваджено новий метод лікування сифілісу – одномоментно-ущільнений, розроблений при клініці з січня 1945 р. Ця методика була розрахована на 28-денний курс лікування і дала можливість скоротити курс лікування сифілісу з 55-60 до 28-30 днів²⁸.

Результати деяких науково-дослідних робіт співробітників кафедри дерматовенерології були впроваджені у практику охорони здоров'я. Так, для лікування сифілісу в лікарнях Кіцманського, Вижницького і Новоселицького районів був застосований поперековий прокол.

Проводилась також експериментальна робота. Наприклад, асист. Мирський провів експеримент з перевірки ефективності ущільненого методу лікування, для цього відібрали 152 молодих людей, хворих на активні форми сифілісу. З них 114 осіб отримали один курс лікування, 38 – по два курси і 5 – по три курси. Лікування тривало 26-28 днів за наступною схемою: ін'єкції і вливання робилися по чергово через день; сумарна доза на курс: новарсенол – 6,3, соварсен – 0,85, мафарсен – 0,83, бійохінол – 45,0, 2 % розчин червоної двойодистої ртуті – 25,0, 10 % емульсія саліцило-кислої ртуті – 10,0²⁹.

Захворювання на сифіліс (науковий аспект) стало однією з головних проблем, яку досліджували співробітники ЧДМІ.

Експедиційна робота, профілактичні та лікувальні методи, розроблені в 1946-1949 рр. за участю професорсько-викладацького складу ЧДМІ, мали вагомий результат. Аналіз тотального обстеження населення краю ліг в основу оздоровчих та протиепідемічних заходів із боротьби з венеричними захворюваннями на Буковині. Це сприяло в цілому ліквідації епідемії сифілісу та зменшенню захворюваності на грибкові й паразитарні дерматози на Буковині. Як засвідчують статистичні дані, у 1950 р. порівняно з 1949 р. число випадків уродженого сифілісу зменшилося втричі. Спільна робота співробітників ЧДМІ разом з практичними лікарями області у 1940-1950-х рр. сприяла тому, що починаючи з 1958 року, ранній уроджений сифіліс на Буковині не зустрічався.

У ЧДМІ проведено велику теоретичну роботу. До наукової роботи з проблем сифілісу долучилися співробітники декількох кафедр ЧДМІ, які розробили понад 10 наукових тематик, у подальшому захищено докторські та кандидатські дисертації. Дослідження чернівецьких науковців лягли в основу методики проведення профіла-

²⁶ ДАСНО, Fond. N. R-6, Case. N. 256, Ark. 2.

²⁷ ДАСНО, Fond. N. R-938, Op. 6, Case. N. 22, Ark. 84.

²⁸ ДАСНО, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 15, Ark. 122-126.

²⁹ ДАСНО, Fond. N. R-938, Op. 6, Case. N. 22, Ark. 72-73.

ктичних і лікувальних заходів сфери охорони здоров'я краю, що в свою чергу сприяло визнанню Чернівецького медичного інституту як провідного наукового центру в цій галузі. Ця проблематика розроблялася також у межах Чернівецького дермато-венерологічного товариства.³⁰ У 1940–1950-ті рр. проблема ліквідації шкірно-венеричних епідемій як на Буковині, так і на всій території України була вирішена.

Дослідження спинномозкової рідини у населення Кіцманського р-ну (1950). Упродовж 1950 р. згідно з Наказом № 806 дермато-венерологічні заклади повинні були закінчити перевірку якості лікування хворих на сифіліс з метою виявлення серед них осіб, які потребують долікування. Це стосувалося у першу чергу тих пацієнтів, які закінчили специфічне лікування і були зняті з обліку, а також осіб, що самовільно припинили лікування. Крім клінічного дослідження, серологічного контролю і аналізу якості проведеної терапії з урахуванням тогочасних вимог, у клініці ЧДМІ проводили дослідження спинномозкової рідини з метою виявлення асимптоматичних форм нейросифілісу. Проводячи комплексне обстеження хворих на заразні форми сифілісу після закінчення лікування, М.Н. Бухарович встановив, що 11 % з них серорезистентні.

Клініка шкірних та венеричних хвороб провела обстеження 90,9 % осіб, які закінчили лікування у 1949 р. Районний венерологічний пункт (завідувач Г.Г. Модестов) відібрав історії хвороб і склав списки осіб, які потребують дослідження; були проведені роз'яснювальні бесіди про необхідність подальшого лікування. Для аналізу брали 5-6 мл. спинномозкової рідини, в якій визначався цитоз, кількість білка, глобулінові реакції, реакції Таката-Ара, Васермана в розведенні 1:5, 1:1, та цільної спинномозкової рідини. Після поясничного проколу побічні явища спостерігались у 8 % досліджених, причому у 4 % вони були слабо виражені та проявлялися у вигляді несильного головного болю, який тривав 1-2 днів, а у 4 % він був середньої важкості, головний біль та нудота тривали 3-7 днів. Лікування цих хворих проводилось арсеноксидними та арсенобензолініми препаратами. У загальному патологічні зміни в спинномозковій рідині виявлені у 13 % пацієнтів, які закінчили лікування сифілісу. Комплексне дослідження дало можливість виявити серологічні рецидиви, симптомні і

асимптомні форми сифілісу центральної нервової системи, сифілітичні ураження внутрішніх органів³¹.

До виконання наукових робіт з цієї теми долучився практикуючий лікар Новоселицької районної лікарні В.Я. Будає, який організував комплексне (у тому числі лікворологічне) обстеження в районі. Цінною є його робота з вивчення стану вагітності жінок, хворих на сифіліс. Активно в цю роботу включилися також венерологи Вижицького району.

У 1951 р. М. Бухарович узагальнив матеріали масового обстеження населення і на їх основі написав кандидатську дисертацію на тему "Дослідження спинномозкової рідини у хворих на сифіліс та організація їх комплексного дослідження після закінчення лікування", яка була захищена у 1952 р.

У зв'язку з проведеним комплексним обстеженням хворих на сифіліс, які закінчили лікування, вдалося виявити осіб з явищами раннього вісцерального і нервового люеса, а також осіб, які потребували долікування, і таким чином попередити розвиток пізніх важких проявів сифілісу. Матеріали комплексного дослідження пацієнтів, які закінчили лікування сифілісу, вказали на необхідність розробки питання лікування ранніх форм нейросифілісу та серорезистентного сифілісу. У зв'язку з цим проф. З.Н. Гржебін і асист. М.Н. Бухарович розпочали дослідження теми "Лікування сифілісу нервової системи ендоліомбальним введенням пеніциліну". До кінця 1954 р. ця робота була закінчена і оприлюднена на науковій конференції, присвяченій 10-річчю ЧДМІ.

На основі аналізу річних звітів Чернівецької республіканської психоневрологічної лікарні, клініки нервових хвороб ЧДМІ, обласної лікарні, пологових будиноків № 1 та № 3, обласного вендиспансеру, матеріалів кафедри патанатомії та обласного судово-медичного експертного бюро, даних серологічного дослідження донорів проф. З.Н. Гржебін та асист. М.Н. Бухарович написали роботу "Деякі матеріали щодо епідеміології сифілісу в Чернівецькій області", яка була оприлюднена в листопаді 1954 р. на об'єднаному засіданні дерматологів, терапевтів і невропатологів області³².

В одній з робіт З.Н. Гржебін та М.Н. Бухарович навели дані психоневрологічної лікарні про захворюваність на нейросифіліс згідно з матеріалами розтинів за 1945-1953 рр. (таблиця № 3).

Таблиця № 3

Кількість сифілітичних уражень, виявлених при розтинах (у відсотках)

Роки	Всього	У тому числі				
		Прогресивний параліч	Сухотка спинного мозку	Сифіліс мозку	Сифілітичний менингіт	Вісцеральний сифіліс
1945-1949	9,3	7,6	0,21	0,42	0,21	0,84
1950-1953	7,9	6,9	0,25	0,25	0,25	0,25

³⁰ Товариство створене у другій половині 1946 р. на базі дермато-венерологічної секції Чернівецького єдиного медичного товариства. У 1946 р. воно складалось з 32 осіб. До президіуму товариства входили М. Безюк (голова), доц. П. Ф. Бедненко, М. Бухарович (відп. секретар) та ін. За 1946 р. проведено 11 пленарних засідань, з них декілька спільних з нервово-психіатричною, терапевтичною, педіатричною секціями Єдиного медичного тов-ва. Заслухано 11 наукових доповідей: М.Г. Безюк "Роль нервово-психічного фактора у клініці шкірних хвороб", В.О. Ельберг "Серце і сифіліс", П. Ф. Бедненко "Нове в терапії сифілісу" та ін. Всього на засіданнях товариства було продемонстровано 34 хворих з різними шкірними та венеричними хворобами. Члени товариства брали активну участь у роботі венекспедиції Київського науково-дослідного шкірно-венерологічного інституту в Чернівецькій обл. (Beziuk N.G., Bukharovych M.N. "Ochet Chernovytskoho dermatovenerologicheskoho obshchestva za 1946 r.", *Vestnyk venerologiyi u dermatologiyi* [Bulletin of Venerology and Dermatology], 1947, N. 6.

³¹ Bukharovych M. N., Modestov G. G. «Deiaky osoblyvosti protikannia syfilisu pry bipoliarnykh sklerozakh» [Some features of the course of syphilis in bipolar sclerosis], *Vestnyk venerologiyi i dermatologiyi* [Bulletin of Venerology and Dermatology], Moskva, 1950, N 6.

³² ДАЧНО, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 219, ark. 9–10.

Порівняльний аналіз цих результатів та даних А.С. Ліпмановича за 1932-1947 рр. з Московської лікарні ім. П.П. Кашенка показав, що серед померлих у Чернівецькій психоневрологічній лікарні у 1945-1953 рр. прогресивний параліч спостерігався більш ніж удвічі порівняно з лікарнею ім. П.П. Кашенка у 1943-1947 рр. А в 1943-1947 рр. у лікарні ім. П. П. Кашенка зафіксовано в 6 разів менше випадків вісцерального сифілісу, ніж у Чернівецькій лікарні у 1950-1953 рр.

Вивчення 240 історій хвороб, які провів Р.С. Зільберштейн, дозволило стверджувати, що серед хворих нейросифілісом лише 103 особи знали про свій діагноз. З них 70 % захворіли до звільнення Чернівецької області, а 28 % – у перші повоєнні роки, коли вони отримали неповноцінне лікування³³

У результаті великої організаційної та лікувально-профілактичної роботи в Україні до кінця 1950 р. захворюваність на активну форму сифілісу знизилась у порівнянні з 1946 р. в 10 разів, заразною формою – в 12 разів, гоноресю – втричі, захворюваність м'яким шанкером була повністю ліквідована.

Співробітники ЧДМІ розробили комплекс методів у боротьбі з грибковими ураженнями шкіри, завдяки яким захворюваність на дерматомікози в Чернівецькій області вже у 1952 р. знизилась на 40 %. Матеріали цієї роботи були узагальнені в кандидатській дисертації Г.А. Троян³⁴. Зокрема, у ній, автор визначила видовий склад дерматофітів на Буковині, це був вагомий внесок у створення мікокарти СРСР.

Результатом проведення низки ефективних організаційних та лікувально-профілактичних заходів стало різке зниження захворюваності на трихофітію, мікроспорію та повна ліквідація фавуса у Чернівецькій області³⁵.

Боротьба з туберкульозом. У міжвоєнний період туберкульоз був дуже поширеним захворюванням на Буковині. Проте, фтизіатричної служби в області тоді ще не було, а відповідно й точного обліку хворих на цю недугу теж. Так, у 1936 р. захворюваність на 10 000 жителів становила 75 випадків. Від туберкульозу в Північній Буковині помирало в 3 рази більше хворих, ніж в Австрії, і в 5,5 рази більше, ніж в Англії³⁶.

Переломним етапом у боротьбі з туберкульозом

став 1946 р. Було проведено низку спеціальних заходів для налагодження фтизіатричної служби, зокрема створено низку закладів охорони здоров'я, які займалися проблемами захворювання легень.

"Туберкульоз і боротьба з ним" – одна з головних республіканських проблем, що розробляв ЧДМІ в перші 10 років діяльності. Про це свідчать матеріали звітів про виконання плану науково-дослідних робіт за 1947–1952 рр.³⁷ У тематичному плані вишу за 1953 р. її знаходимо під назвою "Ліквідація туберкульозу"³⁸, що розроблялася викладачами чотирьох кафедр. З-поміж кафедральних тем комплексних науково-дослідних робіт з цієї проблеми варто згадати такі: "Стан серцево-судинної системи й обмінних процесів під час туберкульозного серозиту" (1952; керівник – проф. Н. Б. Щупак, виконавці: Н. Б. Щупак, Б. Б. Роднянський, С.С. Ендер, М.М. Гробман); "Лікування хворих на туберкульоз шкіри Вітаміном Д₂ у комплексі з поверхневим порушенням і місцевим ультрафіолетовим опроміненням. Організація боротьби з туберкульозом шкіри в Чернівецькій області (1950–1953 рр.; Касько Ю. С.) та ін.

З переліку наукових робіт за 1944–1949 рр., присвячених цій темі, згадаємо такі: "Лікування туберкульозних уражень шкіри вітаміном Д₂"³⁹ (Касько Ю. С.), "Діагностика і клініка полісерозитів"⁴⁰, (Індицький А. І.), "Попередні дані обстеження населення с. Стрілецький Кут на ураженість туберкульозом"⁴¹ (Ендер С. С.)⁴², "Хіміо- й антибіотикотерапія туберкульозу" (1947), "Про комбінування раку й туберкульозу легень" (1947; Шінкерман Н. М.), "Порівняльна оцінка протиалергійних властивостей туберкуліну й субкон'юнктивальних імплантацій кетгута під час туберкульозних і скрофульозних захворювання очей" (1948; Авербух І. М.), "Деякі дані з питання про вагітність під час туберкульозу" (1948; Венцківський М. К.), "Покази до хірургічного лікування туберкульозних мастоїдитів на матеріалах отоларингологічної клініки" (1949; Михайлоц М. І.) та ін.

У наступні 5 років тематика розробляється ще ширше, як-от: "Зміни нервової системи у дітей під час лікування стрептоміцином туберкульозного менінгіту" (1950; Гудзенко П. М., Огороднік Д. І.), "Клініка і

³³ Grzhebyn Z. N., Bukharovych M. N. "Nekotorye materyaly k voprosu o zaboлеваemosti syfilyosom v Chernovytskoi oblasti" [Some materials on the issue of the incidence of syphilis in the Chernivtsi region], *Vestnyk venerologiyi y dermatologiyi* [Bulletin of Venerology and Dermatology], 1956, N. 2, P. 21–24.

³⁴ Kas'ko Yu. S. "Roli kafedry shkirnykh hvorob v stanovlenni ta rozvytku dermato-venerologii na Pivnichnii Bukovyni" [Role of the department of skin diseases in the development and development of dermato-venerology in Northern Bukovina], *Rozvytok medychnoi nauky ta okhorony zdorovia na pivn Bukovyni za roky radianskoï vlady (Materialy yuvileinoï naukovoï konferentsii)* [Development of medical science and health care in northern Bukovina during the years of Soviet power (Materials of jubilee scientific conference)], Kyiv, 1969, P. 38–40.

³⁵ Kas'ko Yu. S. "Osnovni ytohy roboty kafedry shkirnykh i venerychnykh hvorob Chernivetsikogo medicynogo institutu, yii vklad v stanovlenni i rozvytok dermatovenerologiyi na Bukovyni" [The main results of the work of the Department of Skin and Sexually Transmitted Diseases of the Chernivtsi Medical Institute, its contribution to the formation and development of dermatovenerology in Bukovina], *Vestnyk Venerologiyi i Dermatologiyi* [Bulletin of Venerology and Dermatology], M., 1979, N. 5, P. 32–37.

³⁶ Klochkova L. S., Lenova Yu. M. "Pidsumky borotiby z tuberkuliozom na Pivnichnii Bukovyni za roky radianskoï vlady" [The results of the fight against tuberculosis in Northern Bukovina during the years of Soviet power], *Rozvytok medychnoi nauky ta okhorony zdorovia na Pivnichnii Bukovyni ... op. cit.*, P. 19.

³⁷ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 186, Ark. 20.

³⁸ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 202, Ark. 84, 116.

³⁹ Kas'ko Yu. S. "Likuvannia tuberkuloznykh urazheni shkiry vitaminom D₂" [Treatment of tuberculous skin lesions with vitamin D₂], DACHO, Fond. N. R-938, Op. 6, Case. N. 22, Ark. 78.

⁴⁰ Indytskiy A.I. "Diagnostika i klinika poliserozitiv" [Diagnostics and clinic of polycerosites], DACHO, Fond. N. R-938, Op. 6, Case. N. 22, Ark. 64.

⁴¹ Ender S.S. "Poperedni dani obstejennia naselennia s. Striletskiy Kut na urajenisti tuberkuliozom" [Preliminary survey of the population of Streletsky Kut on tuberculosis], DACHO, Fond. N. R-938, Op. 6, Case. N. 22, Ark. 144.

⁴² доповідь на цю тему виголошено в січні 1948 р. на соціально-гігієнічній секції наукової сесії Інституту туберкульозу АМН.

гістологія туберкульозного нефротичного мієліту" (1950; Савенко С.М.), "Зміна органу зору у хворих на туберкульозний менінгіт під час лікування стрептоміцином" (1950; Авербух І. М.), "Деякі серцево-судинні реакції у хворих на туберкульозний полісерозит" (1951; Щупак Н. Б.), "Про обмінні процеси під час туберкульозних полісерозитів" (1952; Щупак Н. Б., Ендер С. С., Гробман М. М.), "Зміни серцево-судинної системи хворих на туберкульозний полісерозит" (1952; Щупак Н. Б., Роднянський Б. Б.), "Випадок солітарного туберкула зорового нерва" (1952; Авербух І. М., асист. Шаніна), "Про тонзілярний туберкульоз у дітей"⁴³ (1955; Гудзенко П. Н.), "Сучасні методи терапії туберкульозу чоловічих статевих органів та особливості морфологічних реакцій під час лікування стрептоміцином" (1955; Шінкерман Н. М., Роман Л. І.) та ін.

Починаючи з 1950-х рр. співробітники ЧДМІ є авторами наукових праць з цієї тематики, що публікуються у провідних на той час наукових журналах: Касько Ю. С. "Комплексний метод лікування хворих плоскими формами туберкульозного вовчача" (1953)⁴⁴, Гудзенко П. Н. "До питання про діагностичні помилки під час туберкульозного менінгіту в дітей"⁴⁵ (1955) та ін.

Відзначимо й наукові роботи, виконані за результатами експедиційних досліджень. З-поміж них варто згадати праці доц. С.С. Ендера "Попередні дані обстеження с. Стрілецький Кут на ураженість населення туберкульозом" (окрім кількісних даних, було розроблено інструкцію роботи дільничного лікаря Чернівецької області) та "Динаміка захворюваності, інфікованості та смертності від туберкульозу за матеріалами обстеження 6 районів Чернівецької області" (1949)⁴⁶.

У 1954–1955 н. р. на кафедрі факультетської терапії видано збірник наукових робіт "Туберкульозні полісерозити" як результат 5-річної наукової роботи колективу кафедри та 2-го терапевтичного відділення Чернівецької обласної лікарні. На нашу думку, проблеми профілактики та лікування туберкульозу найкраще віддзеркалено в таких статтях: Щупак Н. Б. "Клініка туберкульозних полісерозитів", Ендер С. С. "Про зв'язок туберкульозних полісерозитів з первинним туберкульозом", Роднянський Б. Б. "Зміни серцево-судинної системи у хворих на туберкульозний полісерозит", Грінберг А. А. "Венозний тиск у хворих на туберкульозний полісерозит", Радзіховська Л. М. "Про швидкість кровообігу у хворих на туберкульозний полісерозит", Гробман М. М. "Капіляроскопія у хворих на туберкульозний полісерозит", Демяновська Н. П. "Стан білкового та вуглеводного обміну при туберкульозному полісерозиті", Волощук О. А. "До питання про мінеральний обмін при туберкульозному полісерозиті", Авербух І. М., Глошардіна В. Ф., Фішер А. А. "Внутрішньокірпа пухирчаста проба у хворих на туберкульозний полісерозит", Щупак Н. Б., Гробман М. М. "Досвід лікування ПАСК'ом хворих на туберкульозний полісерозит" та ін. (всього 15 статей)⁴⁷.

З цієї проблеми низка викладачів ЧДМІ захистила кандидатські дисертації: Авербух С. Л. (асист. кафедри

очних хвороб) "Клінічні спостереження над лікувальною дією субкон'юнктивальних імплантацій кетгута при туберкульозних та скрофульозних захворюваннях ока" (1949), Касько Ю. С. (асист. кафедри шкірно-венеричних хвороб) "Лікування хворих на туберкульоз шкіри вітаміном D₂ у поєднанні з поверхневим руйнуванням та додатковим ультрафіолетовим випромінюванням шкірно-туберкульозних вогнищ" (1954). За результатами ґрунтовних досліджень було захищено й докторські дисертації: Гудзенко П. М. "Питання патогенезу і клініки туберкульозного менінгіту в дітей" (1958), Касько Ю. С. "Питання патогенезу, клініки і лікування туберкульозу лімфатичних вузлів шиї та вторинної скрофулодерми" (1964) та ін.



Рис. № 3. Касько Ю.С.

Боротьба з туберкульозом шкіри – один з напрямів роботи кафедри шкірних та венеричних хвороб ЧДМІ. Її співробітники розробили та впровадили в практику комплексний метод лікування хворих на цю недугу вітаміном D₂ у поєднанні з поверхневим руйнуванням та ультрафіолетовим опромінюванням вогнищ ураження. Зокрема у кандидатській дисертації Ю. С. Касько на тему "Лікування туберкульозних уражень шкіри вітаміном D₂" подані результати спостережень за 17-ма хворими на вовчак та скрофулодерму (з них 15 лікувались лише вітаміном D₂ а 2 – у поєднанні з засобами поверхневого руйнування). Дослідження показало, що виразкова форма вовчача та ураження слизової піддаються лікуванню одним лише вітаміном D₂ сухі ж форми та скрофулодерма – у разі застосування комбінованої терапії (поєднання вітаміну з засобами поверхневого руйнування та ультрафіолетового опромінювання). Дослідження

⁴³ Zbirnyk ChDMI prysviacheniyi 10-richchiu isnuvannia instytutu, 1955.

⁴⁴ Kas'ko Yu. S. "Kompleksnyi metod likuvannia hvorykh ploskymy formamy tuberkuloznoi vovchanky" [Complex treatment of patients with flat forms of tuberculous lupus], *Vestnyk Venerologhyi i Dermatologhyi* [Bulletin of Venerology and Dermatology], M., 1953, N. 1, P. 55–56.

⁴⁵ Gudzenko P. N. "Do pytannia pro diagnostychni pomylyky pry tuberkuloznomu meninghiti u ditei" [To the issue of diagnostic errors in tuberculous meningitis in children], *Pedyatryia* [Pediatrics], 1955, N. 3.

⁴⁶ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 186, Ark. 41.

⁴⁷ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 219, Ark. 69–85.



Рис. № 4. Співробітники кафедри педіатрії зі студентами (1951). Зліва-направо: асист. П. М. Гудзенко, проф. А. М. Федорович, асист. Д. І. Огороднік.

також показало, що у випадку лікування вітаміном D_2 у хворих підвищується імунологічний статус організму⁴⁸. В іншій його роботі "Комплексний метод лікування хворих на плоскі форми туберкульозного вовчака"⁴⁹ (1953) детально описано цю методику на прикладі 26 хворих⁵⁰, яку З. Н. Гржебін назвав сполучною блокадою. Вона була впроваджена в практику лікування туберкульозних захворювань шкіри в Чернівецькому обласному шкірвендиспансері та районах області.

Кафедра інфекційних хвороб керувала науковою діяльністю практичних лікарів Е. Г. Бальбарера, А. Л. Вайнера, Т. Е. Матвеевої, що включилися у процес дослідження питань боротьби з туберкульозом шкіри. Налагоджена організація боротьби з туберкульозом шкіри в Чернівецькій області та облік хворих.

Ю. С. Касько розробив та вперше застосував методику лікування шийного лімфаденіту та вторинної скрофулодерми пероральним введенням вакцини БЦЖ на фоні антибактеріальної терапії. Згодом, за матеріалом

докторської дисертації у 1976 р. було видано монографію «Туберкульоз периферійних лімфатичних вузлів і вторинна склофулодерма».

Відзначимо також вклад у ліквідацію спалахів інфекційних захворювань на Буковині П. М. Гудзенка, який у 1945 р. працював спочатку лікарем-інфекціоністом, завідувачем інфекційного відділення Чернівецької обласної лікарні, потім з 1946 р. – на посаді асистента кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб ЧДМІ, з 1951 р. – доцента, з 1954 р. – завкафедри, а з 1960 р. – професора цієї кафедри⁵¹. Нове трактування патогенезу туберкульозного менінгіту було сформульоване П. М. Гудзенком у результаті досліджень в експериментальній моделі цього захворювання. Розроблену методику відтворення моделі хронічного туберкульозного процесу було оприлюднено в докторських дисертаціях з питань дослідження патогенезу туберкульозу лімфатичних вузлів, різних органів і систем (Ю. С. Касько, Л. С. Клочкової). Важливі аспекти їх досягнень було

⁴⁸ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 6, Case. N. 22, Ark. 78.

⁴⁹ Kas'ko Yu. S. "Kompleksnyi metod likuvannia hvorykh ploskymy formamy tuberkuloznoi vovchanky" [Complex treatment of patients with flat forms of tuberculous lupus], *Vestnyk Venerologhyi i Dermatologhyi* [Bulletin of Venerology and Dermatology], M., 1953, N. 1, P. 55–56.

⁵⁰ Комплексний метод складався із поверхневого руйнування вогнища ураження гальваноакустиком, змащування 3 % розчином марганцевокислого калію, накладання роз'їдної мазі (20 % – саліцилова кислота, 30 % – резорцин, 10 % – анестезин). Після утворення ерозивно-виразкової поверхні вогнище ураження опромінювали ультрафіолетовим промінням спочатку великими, а потім меншими дозами. Водночас хворі отримували вітамін D_2 у звичній дозі протягом 4 місяців. Середній термін рубцювання ран та їх загоєння складав 69 днів (мінімальний – 21, максимальний – 130). За спостереженнями, завдяки поверхневому руйнуванню отримували також добрий косметичний ефект.

⁵¹ Гудзенко Прокіп Микитович (1913–1982) – видатний вчений, педіатр, педагог. У ЧДМІ працював з 1946 по 1965 р., обіймаючи посади завкафедри педіатрії та згодом виконував обов'язки проректора з навчальної та наукової роботи (1962–1965 рр.). У 1965 р. П. М. Гудзенко був переведений на посаду завкафедри Київського медичного інституту ім. О. О. Богомольця, якою він керував до останніх днів свого життя (1965–1982). Одночасно, за сумісництвом, був головним педіатром МОЗ України (1966–1970). Був головним редактором журналу "Педіатрія, акушерство та гінекологія" (1970–1982), головою правління наукового товариства педіатрів УРСР, членом правління Всесоюзного наукового товариства дитячих лікарів. Підготував 24 кандидати і 3 доктори медичних наук.

Його дружина Архипова В.В. працювала асистентом кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб, а з 1954 р. – кафедри внутрішніх хвороб ЧДМІ. У 1951 р. вона захистила кандидатську дисертацію на тему "Перебіг лямбліозу та тлі кишкових інфекцій". Увійшла в історію медицини як перший педіатр, що виконав і використав тимпанопункцію в лікувально-діагностичній практиці лікаря-інтерніста (Тимпанопункція як метод діагностики введена в СРСР педіатрами В.В. Архиповою та ін. // Керівництво по отоларингології. Медгіз., 1960, Т. 2, стор. 198).

виголошено на 7 Всесоюзному з'їзді дитячих лікарів (1957 р.). За його активної громадської позиції збудовано дитячу поліклініку в Чернівцях, створено дитячі молочні кухні в районних лікарнях області, розроблено та впроваджено в практику молочнокислі суміші (зокрема, пропіоново-ацидофільне молоко). За результатами досліджень у 1950-х роках були видані монографії: "Дизентерія у дітей" (1967; автори проф. П. М. Гудзенко і В. Н. Бичковський); "Туберкульоз у дітей та підлітків" (1969; у співавторстві зі ст. наук. співр. відділу дитячого туберкульозу Львівського НДІ, д. мед. наук А. М. Хомою).

Професор М. К. Венцківський є автором наукових праць, які присвячені діагностиці ранніх термінів вагітності, перебігу вагітності та пологів у жінок, хворих на туберкульоз. Він також проводив роботу щодо запобігання випадків сифілісу в новонароджених⁵².

У 1951 р. при обласному протитуберкульозному диспансері було організовано об'єднаний кабінет туберкульозу шкіри та лімфатичних вузлів, що першопочатково очолювався співробітником кафедри. Це значною мірою зумовило відсутність у 1970-х рр. випадків скро-

фулодерми, що розвивалася на ґрунті туберкульозного лімфаденіту⁵³. Було ліквідовано тяжкі форми вовчого лишая, значно зменшилось поширення цього захворювання⁵⁴.

Інфекційні хвороби. У перші післявоєнні роки налічувались тисячі хворих на висипний і зворотний тифи, сотні – на черевний тиф і паратифи. Величезна кількість жителів краю хворіла на малярію, дизентерію та ін. заразні хвороби. Особливо беззахисними були діти: масові щеплення проти дифтерії не проводились, тому сотні малюків хворіли на неї. Значне поширення хвороб призводило до великої смертності населення. А в тих, хто виживав, нерідко залишались стійкі залишкові явища.

За даними інфекційного відділення обласної лікарні, у 1946 р. було прийнято 2462 хворих. У 29 % з них виявлено скарлатину, у 25 % – черевний тиф, у 18 % – висипний тиф, у 16 % – дизентерію, у 10 % – дифтерію. Спостерігалась висока смертність від менінгіту (39,1 %), стовбняку (25 %), висипного (10,5 %), черевного тифу (4,6 %), дифтерії (7 %) ⁵⁵. Про стан захворюваності на епідемічні хвороби в Чернівецькій області у перші повоєнні роки можна дізнатися з таблиці № 4.

Таблиця № 4

Епідемічні захворювання в Чернівецькій області у 1945–1946 рр.⁵⁶

Назва інфекції	1945		1946		Ріст або зниження захворюваності порівняно з 1945 р. (%)
	Абсолютна кількість	Показник на 10 тис. населення	Абсолютна кількість	Показник на 10 тис. населення	
Висипний тиф	11271	199,1	2289	38	- 79,8 %
Зворотний тиф	364	6,4	1058	17,6	+ 190,0 %
Черевний тиф	150	2,6	504	8,4	+ 236,0 %
Паратиф	Не бралися до уваги		42	0,7	–
Дизентерія	44	0,8	190	3,3	+ 352 %
Скарлатина	143	2,5	337	5,6	+ 135,2 %
Дифтерія	87	1,5	118	1,9	+ 35,6 %
Кір	276	4,9	460	7,7	+ 65,2 %
Грип	10856	191,5	12811	213,6	+ 16 %
Малярія	3033	53,6	2652	44,2	- 13 %

Співробітники ЧДМІ "тримали в полі свого зору" цілу низку епідемічних хвороб: тиф, дизентерія, скарлатина та ін. Окремі науково-дослідні теми розроблялися одночасно на кафедрах інфекційних хвороб, мікробіології, біохімії, загальної хірургії, педіатрії, нервових хвороб, офтальмології тощо й активно впроваджувались у практику охорони здоров'я області. Так, внаслідок комплексного дослідження на тему "Профілактика і застосування дієти, антибіотиків і фітонцидів у лікуванні

дизентерії" (1952; наук. керівник – проф. А. М. Федорович) отримано результати, які допомогли ліквідувати дизентерію, а також полегшити розвиток ускладнень у разі цього захворювання в дітей молодшого віку, зокрема таких як: антрит, токсичний менінгіт, парез кишечника. Висновки застосовано в роботі I і II дитячих міських лікарень м. Чернівців, у дитячому будинку.

Варто зазначити, що на кафедрі інфекційних хвороб розроблялися одночасно декілька планових та поза-

⁵² Boychuk T. M., Andriiets O. A., Nitsovych I. R. "Istoria kafedry akusherstva ta ghinekologhii Bukovynskogo derzhavnogo medychnoho universytetu" [History of the Department of Obstetrics and Gynecology of Bukovinian State Medical University], *Neonatologhii, khirurgia ta perynatalina medytsyna* [Neonatology, surgery and perinatal medicine], 2014, T. IV, N. 2 (12), P. 24–25.

⁵³ Kas'ko Yu. S. "Osnovni ytohy roboty kafedry shkirnykh i venerychnykh khvorob ChDMI, yii vklad v stanovlenni i rozvytok dermatovenerologhii na Bukovyni" [The main results of the work of the Department of Skin and Sexually Transmitted Diseases of the Chernivtsi Medical Institute, its contribution to the formation and development of dermatovenerology in Bukovina], *Vestnyk Venerologhyy i Dermatologhyy* [Bulletin of Venerology and Dermatology], M., 1979, N. 5, P. 32–37.

⁵⁴ Kas'ko Yu. S. "Roli kafedry shkirnykh hvorob v stanovlenni ta rozvytku dermatovenerologhii na Pivnichnii Bukovyni" [Role of the department of skin diseases in the development and development of dermatovenerology in Northern Bukovina], *Rozvytok medychnoi nauky ta okhorony zdorovia na Pivnicinii Bukovyni ... op. cit.*, P. 39–40.

⁵⁵ DACHO, Fond. N. R-6, Case. N. 257, Ark. 31–35.

⁵⁶ DACHO, Fond. N. R-6, Case. N. 256, Ark. 13.

планових науково-дослідних тем, як-от: "Порівняльна оцінка деяких способів лікування дизентерійних хворих" (А. С. Тарабан, Ю. Ю. Косовський, І. С. Гернер); "Клініко-лабораторна характеристика спорадичних захворювань на висипний тиф" (А. С. Тарабан, Ю. Ю. Косовський); "Серологічна характеристика захворювань, які перебігають по типу висипного тифу" (Н. Н. Ефрон, І. С. Гернер); "Клінічні особливості спорадичних випадків висипного тифу та діагностична цінність риккетсіозного антигена Провачека" (А. С. Тарабан, Н. Н. Ефрон, Ю. Ю. Косовський, І. С. Гернер, Б. М. Вайншток) та ін. Наприклад, для вивчення діагностичної цінності риккетсіозних антигенів було проведено обстеження більше 500 інфекційних хворих. Співробітниками кафедри було організовано подвірне обстеження для виявлення хворих на скарлатину в центральній частині міста, районах Роша і Ключучка⁵⁷.

З-поміж наукових робіт, присвячених цій темі, варто згадати такі: Епельман М. Д. "Ускладнення зі сторони нервової системи у зв'язку з висипним тифом" (1947), Федорович О. М. "До питання про профілактичні проти-скарлатинові щеплення" (1947), "Дизентерія у дітей-дистрофіків (патогенез і клініка)", "Серозні менінго-енцефаліти у дітей на тлі дизентерії" (1948), Огороднік Д. І. "Дизентерія у дітей, ускладнена кишковими мікробними інфекціями" (1948), Архипова В. В. "Гнійні отити в дітей на тлі дизентерії, їх діагностика і лікування" (1948), Косовський Ю. Ю. "Метод діагностики висипного тифу внутрішньошкірною алергічною пробою", "Реакція організму на внутрішньовенне введення риккетсіозного лізата під час висипного тифу" (1948), Радзіховський Б. Л. "Клінічні спостереження за захворюваннями очей після зворотного тифу" (1948), Гудзенко П. М. "Метод провокації дробними дозами дизентерійної вакцини з метою діагностики скритих форм дизентерії" (1949), Пекарський М. Д., лікар Кіржнер "Безсимптомні форми дизентерії" (1949), Архипова В. В. "Етіологія і патогенез отитантритів під час дизентерії в молодшому дитячому віці" (1950), Заманський Л. Н., Ліпсіц Д. В. "Окислювально-відновлювальні процеси в кишечнику під час брюшного тифу" (1951), Федорович О. М. "Застосування дієти, антибіотиків, фітонцидів у профілактиці й лікуванні дизентерії" (1952).

З цієї тематики захищено низку кандидатських дисертацій: Епельман М. Д. "Неврологія висипного тифу" (кафедра нервових хвороб, 1947), асист. Бзинко "Клініка ендартеритів під час висипного тифу" (кафедра загальної хірургії, 1948), Ловля Д. С. "Медико-санітарні організації у боротьбі за ліквідацію висипного тифу у Чкаловській, Харківській та Чернівецькій областях у роки Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр. та післявоєнні роки" (кафедра інфекційних хвороб, 1949), Гудзенко П. М. "Хронічна дизентерія" (кафедра педіатрії, 1950), Дорошкевич А. Н. "Мінливість мікробів дизентерійної групи" (кафедра мікробіології, 1951), Рибас І. І. "Класифікація та мінливість бактерій мишачого тифу" (кафедра мікробіології, 1951), Архипова В. В. "Лямбліоз у дітей" (кафедра педіатрії, 1951), Сомова А. Г. "Параглютинація кишкової палички – перший

етап направленої мінливості" (кафедра мікробіології, 1952), Ліпсіц Д. В. "Окислювально-відновлювальні процеси в кишечнику у хворих на черевний тиф" (кафедра біохімії, 1952), Савіних І. І. "Висипнотифозні гангренни" (1952), Дунаєва Л. П. "Кишковий спірохетоз і його роль під час хронічної дизентерії" (кафедра педіатрії, 1953) та ін.

У 1952 р. вийшла книга Н. Б. Щупака "Лямбліоз кишечника і жовчних шляхів" (Київ, 1952, 96 с.).

Матеріали річних звітів кафедр дають можливість простежити розвиток епідеміологічних захворювань на території області, методи їх ліквідації тощо. Так, у звіті кафедри інфекційних хвороб за 1954–1955 н. р. є дані про ліквідацію скарлатини та черевного тифу. Скарлатина, епідеміологічний спалах якої розпочався в 1947 р. та продовжується і в 1950 р., переважно перебігала в легкій формі. Було зареєстровано лише поодинокі випадки токсичної та септико-токсичної форм, однак спостерігалися такі ускладнення, як: отити, лімфаденіти, міокардити, ендокардити, поліартрити тощо. Співробітники кафедри застосовували пеніцилінову терапію і санацію зева й носа антибіотиками. Під час токсичної форми скарлатини ефективним вважалося переливання крові. У поодиноких випадках для лікування септичної або токсико-септичної форм застосовували пеніцилін або комбінацію пеніциліну з кров'ю або протикоревою сывороткою. За їх даними, летальність у результаті ускладнення внаслідок захворювання на скарлатину складала 0,03 % здебільшого за рахунок міокардиту.

Описано також невеликі спалахи тифо-паратифної групи інфекцій у м. Чернівцях, що виникали переважно восени та передавалися контактно. Під час черевного тифу спостерігалися такі ускладнення: кишкова кровотеча (1,7 %), тромбофлебіт – 3,4 %, пневмонія – 10,4 %, отит – 1,7 %, паротит – 1,7 %, нефрозо-нефрит – 1 %. Для їх лікування застосовувався пірамідол. Летальних випадків від черевного тифу було 3,4 % із загальної кількості хворих на це захворювання та 0,07 % – від загальної кількості всіх хворих⁵⁸.

Силами співробітників кафедри інфекційних хвороб разом зі студентами було проведено експедиційні дослідження для профілактики та лікування висипного й поворотного тифів ще у 1945–1946 рр. Зокрема, у вересні 1946 р. у Чернівцях співробітники кафедри інфекційних хвороб провели семінар для лікарів і середніх медичних працівників на тему: "Клініка, діагностика, епідеміологія, профілактика та терапія поворотного тифу"⁵⁹.

Завдяки спільним зусиллям співробітників ЧДМІ та спеціалістів системи охорони здоров'я вже в 1948 р. хворих на зворотний тиф не було, а кількість хворих на висипний і черевний тифи, паратифи, епідемічний менінгіт, бруцельоз значно зменшилась. Масові щеплення проти дифтерії, організація карантинних заходів під час інших дитячих хвороб дали можливість знизити захворюваність дітей. Наприклад, у 1959 р. кількість хворих на дифтерію зменшилась у 4 рази порівняно з першими післявоєнними роками, а в 1960 р. в області траплялися лише поодинокі випадки дифтерії. Що ж стосується дитячих захворювань, то варто зазначити, що рівень

⁵⁷ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 218, Ark. 117.

⁵⁸ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 218, Ark. 117–125.

⁵⁹ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 218, Ark. 119.

захворюваності на коклюш, скарлатину, кір, епідемічний паротит, дизентерію теж знизився⁶⁰.

Буковинська геморагічна лихоманка. У 1947 р. асистент кафедри інфекційних хвороб Ю.Ю. Косовський уперше виявив своєрідне гостре захворювання, яке отримало назву "буковинська геморагічна лихоманка"⁶¹. У результаті комплексної роботи кафедр інфекційних хвороб (Ю.Ю. Косовський), мікробіології (Г.П. Каліна⁶², І.І. Рибас, В.М. Місняєва), госпітальної терапії (О.О. Колачов) і невропатології (С.М. Савенко, Ю.Г. Рузінова) було детально вивчено клініку, епідеміологію, етіологію цього захворювання і намічено шляхи боротьби з ним⁶³.

Неоціненне значення має перший опис клініки геморагічної лихоманки, зроблений А. Колачовим та Ю. Косовським (на прикладі хворих південно-західної частини Північної Буковини) оскільки це захворювання мало на той час невідому етіологію, перші його випадки не були розпізнані практичними лікарями та проходили за іншими діагнозами⁶⁴. Однак було звернено увагу на те, що кількість госпіталізованих зі своєрідними клінічними проявами досі не діагностованого захворювання, зростала. Розуміючи небезпечні наслідки цієї хвороби, бригада співробітників ЧДМІ (Г.К. Калина, А. Колачов, Ю. Косовський, З. Петрова та ін.) здійснила **комплексне клініко-лабораторне, бактеріологічне та епідеміологічне дослідження**. Зокрема, досліджували кров на стерильність (гемокультура), спірохету Обермейєра та малярійні плазмодії. Були проведені також серологічні дослідження з постановкою реакції Відаля, Вейль-Фелікса і Райта, крім того, виконувались внутрішньошкірні алергічні проби з тулярином, бруцелліном та рикетсіозним лізатом. Для диференціювання від лептоспірозу кров і сечу хворих досліджували на наявність лептоспір, а також інтраперітонеальний ексудат у морських свинок після вприскування їм крові хворих у черевну порожнину (І. Рибас). Дослідження показали, що за своєю клінічною картиною захворювання можна віднести до групи описаних на той час геморагічних лихоманок.

Більшість хворих помічали на собі укуси кліщів. За результатами паразитологічного дослідження, проведеного кафедрою біології, зокрема, вивчення кліщів, знятих з хворих, було встановлено, що кліщ *Ixodes ricinus*, який виявлено в деяких районах Чернівецької області, можливо, і є переносником геморагічної лихоманки⁶⁵. У більшості пацієнтів уже з 2–3 дня хвороби спостерігалось висипання, здебільшого геморагічне і лише в поодиноких випадках розеолезне. Особливістю захворю-

вання був геморагічний синдром, що спостерігався у половини всіх випадків, зокрема носові, кишкові кровотечі, рвота з домішками крові, крововиливи у склери, кровохаркання, кровоточивість ясен, крововиливи на слизовій рота, підшкірні крововиливи, метрорагії. З перших днів хвороби виявлялась лейкопенія.

Однією з важливих ознак було ураження соматичної нервової системи. Крім різкого головного болю, загальмованості, у важких випадках – сплутаності, рухового збудження, втрати свідомості та марення, доволі часто спостерігались менінгіальні симптоми та зміни з боку рефлекторної функції у вигляді послаблення черевних рефлексів, підвищення/ослаблення/відсутність чи нерівномірність сухожильних рефлексів⁶⁶.

Спочатку захворювання розглядали як енцефаліт, але під час гістологічного дослідження явищ енцефалітичної патології не виявили. На думку проф. С.М. Савенко, патогістологічні зміни в мозку під час геморагічної лихоманки на Буковині дуже схожі зі змінами, описаними дослідниками Робінзон та Ліцманенко під час кримської геморагічної лихоманки.

На підставі проведених досліджень, А. Колачов та Ю. Косовський дійшли таких висновків: 1) особливістю захворювання є геморагічний синдром, який трапляється майже в половині випадків, через що воно й отримало назву "геморагічна лихоманка"; 2) в основі патологічних явищ є порушення кровообігу й, очевидно, підвищення проникності капілярів, що спричинює виникнення геморагій; 3) для захворювання характерні: гострий початок, висока температура тіла, геморагічні, а іноді розеолезні висипання, гіперемія обличчя, крововиливи та кровоточивість слизових оболонок, брадикардія, лейкопенія, зниження ШОЕ, тромбопенія, незначні зміни показників крові на початку хвороби і низка нестійких проявів з боку соматичної та вегетативної нервової системи; 4) відсутність даних щодо контагіозно-капельно-аліментарного та водного факторів зараження та наявність в анамнезі у значної кількості хворих укусів кліщів дають підстави припустити природновогневищевий характер інфекції та можливість розповсюдження її через укуси лісних кліщів; 5) геморагічна лихоманка на Буковині є одним із варіантів описаних в останні роки геморагічних лихоманок⁶⁷.

Науковий інтерес викликає робота С. Савенка та Ю. Рузіної "Клініка і гістопатологія захворювань типу геморагічної лихоманки на Буковині". Дослідники відповідно до результатів своїх спостережень за ступенем ураження нервової системи хворих розподілили їх на

⁶⁰ Lipkovskiy V. P. "Dosiagnennia v borotbi z infektsiinymy khvorobamy v Chernivetskii oblasti za roky radianskoï vladı" [Achievements in the fight against infectious diseases in the Chernivtsi region during the years of Soviet power], *Rozvytok medychnoi nauky ta okhorony zdorovia na Pivnichnii Bukovyni ...*, op. cit., P. 43–44.

⁶¹ Захворювання з'явилося у 1945 році серед лісорубів Глибоцького, Садгірського і Чернівецького районів та прогресувало в 1947–1948 рр.

⁶² Каліна Г.П. працював за сумісництвом заступником з наукової роботи новоствореного Чернівецького НДІ епідеміології та мікробіології, завдання якого полягало у вивченні етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування, епідеміології та профілактики буковинської геморагічної лихоманки.

⁶³ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 60, Ark. 78–80.

⁶⁴ Kolachev A. A., Kosovskiy Yu. Yu. "Klinika ghemorrhagichnoi lykhomanky na Bukovyni" [Clinic of hemorrhagic fever in Bukovina], *Kluzhcheskaia medytyna* [Clinical Medicine], Moskva, 1949, N. 8, T. 27, P. 42–48.

⁶⁵ Інкубаційний період, за даними епідеміологічного анамнезу, не перевищував 10 днів. Клініка захворювання характеризувалась миттєвим початком у супроводі ознобу, підвищенням температури тіла до 39–40 градусів, різким головним болем у попереку та нижніх кінцівках, загальним нездужанням. Тривалість лихоманкового періоду в неускладнених випадках коливалась від 4 до 15 днів, причому висока температура трималася переважно не більше 4–7 днів. У низці випадків через 6–9 днів після закінчення лихоманкового періоду спостерігалось вторинне підвищення температури до 38–40 градусів, що продовжувалось 4–5 днів.

⁶⁶ Kolachev A. A., Kosovskiy Yu. Yu. "Klinika ghemorrhagichnoi lykhomanky na Bukovyni" ..., op. cit., P. 45.

⁶⁷ Ibidem, P. 47–48.

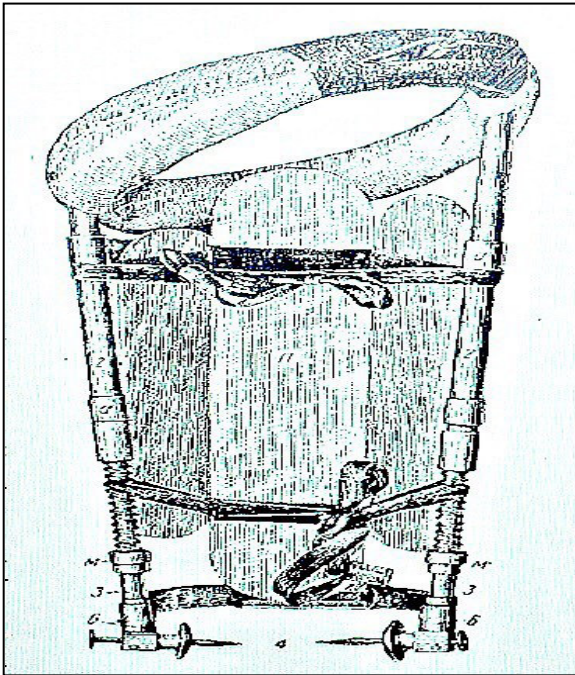


Рис. № 5. Загальний вигляд апарата, зібраного для лівого стегна

такі групи: 1 група – тяжкі випадки, що закінчувалися летально; на перший план тут виступали явища дифузного менінгоенцефаліту (8 вип.); 2 група – випадки, які закінчувались одужанням, проте спочатку було констатовано значні церебральні зміни у вигляді атактичного симптомокомплексу, екстрапірамідної недостатності та зміни психіки (3 вип.); 3 група – випадки захворювання середньої тяжкості, під час лихоманкового періоду яких спостерігались менінгеальні симптоми, оглушеність, незначні церебральні зміни, а у періоді реконвалесценції ці симптоми майже повністю зникали, за винятком незначних залишкових явищ; 4 група – випадки з легким перебігом захворювання без проявів менінгеальних симптомів, проте під час неврологічного дослідження можна було виявити незначні ознаки ураження ЦНС, радікулоневротичні симптоми і явища вегетативної дистонії. Вчені дійшли висновку, що буковинська геморагічна лихоманка є капіляротоксикозом з елементами ексудативно-проліферативних процесів⁶⁸.

Співробітники ЧДМІ надавали допомогу та брали безпосередню участь під час ліквідації інших спалахів захворювань на території Чернівецької області. Так, у 1948 р. співробітники клініки нервових хвороб ЧДМІ разом із представниками органів охорони здоров'я взяли участь у ліквідації спалаху гострого дитячого поліомієліту, вогнища якого були у всіх районах області. Про клінічну характеристику цього захворювання було надруковано статтю Ю.Г. Рузіної⁶⁹. У роботі проф. А.М. Федоровича "Спалах епідемічного поліомієліту Гейне-Медіна в м. Чернівцях та області в 1948 р." йдеться про те, що спалах поліомієліту в 1948 р. збігся в часі з масовим розмноженням гризунів і незвичним розмноженням москитів. Після першого похолодання у вересні, коли москити припинили розмножуватись, нові випадки не траплялися. На думку А.М. Федоровича, проведені в наступні роки дератизаційні заходи, а можливо, і великий спалах серед гризунів туляремії призвели до масо-

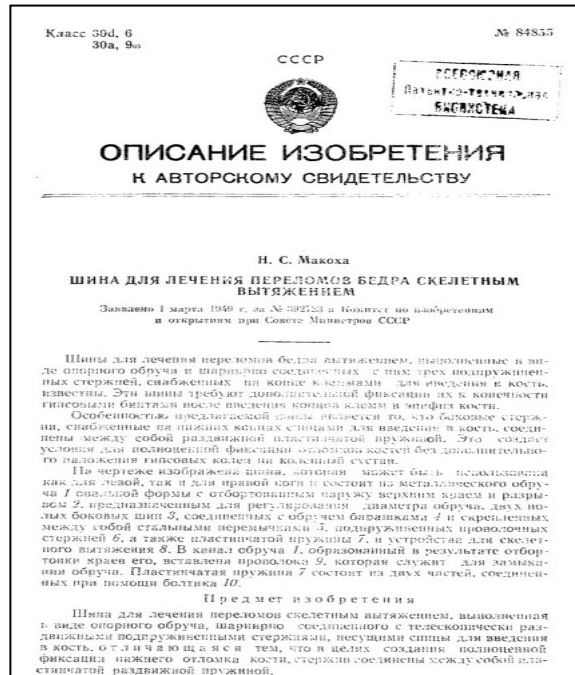


Рис. № 6. Опис винаходу М.С. Макохи "Шина для лікування переломів стегна скелетним витягненням"

вої загибелі гризунів, і як наслідок – зникнення захворювання на поліомієліт. Для прикладу він навів дані лікувальних установ м. Чернівців, через які у 1948 р. пройшло 50 хворих, у попередні роки – одиниці, а в 1949 р. – не зафіксовано жодного випадку захворювання. У дитячих відділеннях пройшло лікування 30 хворих з приводу залишкового паралічу після перенесеного в 1948 р. поліомієліту, з яких: 29 – у 1948 р. та одна дитина – в 1949 р.⁷⁰

Нові засоби та методи лікування хворих. Один із перших запатентованих винаходів в історії ЧДМІ був зроблений у галузі військової травматології – "Лікувально-евакуаційна шина для лікування переломів стегнової кістки". Пов'язаний він з ім'ям Миколи Софронівича Макохи (див. додаток № 4), на той час асистента кафедри факультетської хірургії (з 1950 по 1954 рр. – працював на кафедрі госпітальної хірургії). У 1950 р. автором отримано свідоцтво № 84855 від 19.05.1950 Державного комітету Ради міністрів СРСР на "шину для лікування переломів стегна скелетним витягненням". Цей оригінальний апарат згадується в медичній літературі, як "шина Макохи". Про свій винахід автор опублікував матеріали в збірнику ЧДМІ (1954) та в журналі "Хірургія" (1954. – № 4), доповів на IV пленумі Всесоюзного наукового товариства хірургів (Київ, 29.11.1951).

У новому приладі тракційна сила може дозуватися в межах від 0 до 20 кг. Запропонувавши новий спосіб лікування переломів стегна, автор ставив за мету дати можливість хворому якомога раніше розпочати лікувальну гімнастику та ходіння. Цього вдалося досягти завдяки конструктивним особливостям апарата, що допускав раннє навантаження на постраждалий сегмент кінцівки. Досвід засновано на 34 клінічних спостереженнях за хворими із закритими, відкритими (у тому числі й вогнепальними) переломами стегна. З-поміж відмінних і добрих результатів на час виписування було констатовано зрощення перелому без укорочення і викривлення

⁶⁸ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 6, Case. N. 22, Ark. 48–49.

⁶⁹ У статті Ю.Г. Рузіної був поданий аналіз клінічної картини спалаху в літньо-осінні місяці 1948 р. на базі 43 випадків (DACHO, Fond. N. R-938, Op. 6, Case. N. 22, Ark. 51).

⁷⁰ Ibidem, P. 207.



Макоха Микола Софронович (1914–1985)
Доктор медичних наук, професор, хірург.

Народився 20 грудня 1914 р. у с. Лісне Старо-Нагаткінської с/с Бугурусланського р-ну Чкаловської обл. (сьогодні – Оренбурзька область РФ) у селянській сім'ї. Після закінчення Російсько-мордовсько-татарського педагогічного технікуму у м. Бугуруслані (1932–1934) навчався в Державному медичному інституті в м. Ростові-на-Дону (1934–1939). Потім вступив до Військово-медичної академії ім. С.М. Кірова, однак обставини змусили перервати навчання та поповнити лави Радянської армії. Перебував на території Монгольської народної республіки, був учасником двох воєн з Японією (1939–1945), учасником боїв у р. Халкін-Гол (1939). У Монголії працював спочатку ординатором хірургічного загону, потім – його командиром, а згодом став командиром медичної роти (1939–1942), командиром 76 МСБ та провідним хірургом (1942–1945).

Майор медичної служби запасу. Нагороджений орденом «Червона зірка» за участь у розгромі Японії (1945), медалями за участь у розгромі Японії (1942, 1945, 1947), медаллю «За перемогу над Німеччиною» за підготовку резерву фронту (1946).

У 1945–1946 рр. працював на посаді старшого ординатора хірургічного відділення окружного військового госпіталю № 4491 (Чернівці), у 1946–1948 рр. – ординатором хірургічного відділення гарнізонного госпіталю № 376 (Чернівці), у 1948 р. – завідувачем хірургічного відділення обласного госпіталю інвалідів Вітчизняної війни (Чернівці).

17 вересня 1948 р. був прийнятий на роботу асистента факультетської хірургічної клініки ЧДМІ. 4 січня 1950 р. переведений на посаду асистента кафедри госпітальної хірургії. 15 січня 1952 р. захистив кандидатську дисертацію на тему «Амортизаційно-екстензійний метод лікування переломів стегна» при вченій раді хірургічного факультету Центрального інституту вдосконалення лікарів (Москва). З 16 вересня 1954 р. до 10 жовтня 1956 р. працював на посадах асистента та доцента кафедри загальної хірургії. У різні роки працював у складі лікарських комісій Чернівецького обласного військового комісаріату, в 1954 р. затверджений членом обласної призовної комісії.

Перший його запатентований винахід був зроблений у галузі військової травматології – «Лікувально-евакуаційна шина для лікування переломів стегнової кістки» («Обмен опытом», 1946, № 10). Винаходом С.М. Макохи зацікавилось Головне Військово-Медичне управління Міністерства Збройних сил СРСР. 11 лютого 1949 р., у своєму листі до дирекції ЧДМІ, вчена медична рада при начальнику Управління повідомила, що прийнято рішення про замовлення пробної партії шин Макохи для проведення широких клінічних досліджень. У 1950 р. автором отримано свідоцтво № 84855 Державного комітету Ради міністрів СРСР на шину для лікування переломів стегна скелетним витягненням. Цей оригінальний апарат фігурує у медичній літературі, як «шина Макохи».

У 1952 р. С.М. Макоха розробив та виготовив новий апарат – фіксатор для позасуглобного лікування переломів наколінника. У 1953 р. він розробляв конструкцію для лікування компресійних переломів хребта. У цьому ж році автор отримав свідоцтво на винахід «випрямляч хребта».

У стінах ЧДМІ досліджував такі теми: «Оперативне лікування розривів випуклої поверхні печінки» («Врачебное дело», 1951, № 9), «Морфологічні порушення крові при новокаїнових блокадах» (планова робота на кафедрі госпітальної хірургії у 1952 р.), «Випадок защемлення ембріональної грижі» («Акушерство и гинекология», 1954, № 3), «Консервативне лікування переломів наколінника фіксатором автора» (планова робота на кафедрі госпітальної хірургії в 1955 р.) та ін. Про свій винахід «фіксатор наколінника» С.М. Макоха доповів у 1954 р. на VIII з'їзді хірургів УРСР.

Омський період. 10 жовтня 1956 р. обраний на посаду доцента кафедри факультетської хірургії Омського державного медичного інституту. У 1962–1985 рр. звідував кафедрою госпітальної хірургії, був деканом лікувально-профілактичного факультету. Займався питаннями хірургічного лікування раку панкреато-дуоденальної зони, захворювань печінки і жовчного міхура. Запропонував метод відкритого плоского дренивання черевної порожнини під час розлитого гнійного перитоніту. Був одним з перших хірургів, який видалив ракову пухлину підшлункової залози. Розробив у методику умовно-радикальної операції з приводу обширного ураження печінки альвеококозом. З 1965 р. з ініціативи кафедри вперше в Омському медінституті введено викладання онкології як навчального курсу, організовано наукове медичне товариство онкологів. Протягом 12 років він був головним хірургом м. Омська.

Автор понад сотні наукових робіт, під його керівництвом виконано 2 докторські та 18 кандидатських дисертацій, "Відмінник охорони здоров'я".

У 2014 р. в Омську пройшла ювілейна міжрегіональна науково-практична конференція «Сучасні аспекти хірургії перитоніту та підшлункової залози», присвячена 100-річчю з дня народження проф. М.С. Макохи, на якій була презентована книга І. Тоскаєва «Макоха С.М.: хірург, учений, учитель». Міська рада прийняла рішення про присвоєння одній із вулиць назву «вулиця М.С. Макохи».

нижньої кінцівки зі збереженням можливості згинання її в коліні під прямим кутом (див. рис. № 5, 6).

Особливості нового способу лікування переломів стегна М. Макоха обґрунтував так: 1) завдяки постійному витягненню за допомогою апарата зіставлені кісткові уламки фіксуються й утримуються в потрібному положенні; 2) створюючи умови спокою для пошкодженого стегна, апарат водночас забезпечує можливість раннього вставання і ходіння хворого (на 7–10 день), а також заняття лікувальною гімнастикою; 3) під час використання апарата значно полегшується перенесення і перекидання хворих з переломом стегна; 4) апарат дозволяє проводити лікування переломів стегна в похідних умовах. Крім того, апарат може бути застосовано в усіх випадках, незалежно від локалізації перелому, коли показано скелетне витягнення⁷¹.

Завдяки надійному кріпленню штифтів апарата, які не допускають обертання навколо осі, можна без будь-якого остраху збільшити термін скелетного витягнення до 10 тижнів, тобто проводити лікування хворих з переломами стегна до повного його зрощення. Випрямлене положення кінцівки в апараті та ходіння хворих під час лікування не впливає негативно на процес зрощення зламаної кістки, про що свідчили дані рентгенологічного контролю.

У 1952–1953 рр. М. Макоха розробив нові апарати: "фіксатор для позасуглобного лікування переломів на колінника", "випрямляч хребта".

Отже, перевагами шини Макохи перед іншими відомими на той час шинами було: раннє ходіння, відсутність укорочення і гіпсування. У майстернях Центрального науково-дослідного інституту ортопедії виготовле-

но 5 шин, які направлено на випробування у різні лікарні та інститути м. Москви⁷².

Характеризуючи розвиток ортопедо-травматологічної допомоги на Буковині в 1940–1950 рр., не можемо не згадати відкриття у 1946 р. при кафедрі госпітальної хірургії курсу ортопедії та травматології. У зв'язку з цим, на базі хірургічного відділення 2-ї міської лікарні було створено ще й ортопедо-травматологічне відділення на 25 ліжок. Наступного року при цій же лікарні створено кістковотуберкульозне відділення. Лікування ортопедо-травматологічних та кістковотуберкульозних хворих проводилось під керівництвом доц. А. В. Аги, якого з 1947 р. було призначено обласним ортопедо-травматологом. З 1950 р. проводилися регулярні огляди новонароджених у пологових будинках з метою раннього виявлення і лікування дітей із вродженими деформаціями і пологовими травмами. Це призвело до того, що наприкінці 1960-х рр. рідко трапляються запущені випадки вродженого вивиху стегна і косолапості⁷³.

Винаходи проф. Б. Л. Радзіховського (завкафедри очних хвороб – 1945–1975 рр.). Б. Л. Радзіховський є автором робіт присвячених ранньої діагностиці глаукоми та інших очних захворювань; розробником питань, пов'язаних з фізіологією очей, винахідником низки приладів, на які отримано авторські свідоцтва.

З-поміж його ранніх робіт варто згадати такі: "Досвід рентгенологічної локалізації чужорідних тіл ока за способом автора"⁷⁴ (1949), "Клінічне спостереження за захворюваннями ока після поворотного тифу"⁷⁵ (1949), "Блефоростат нової конструкції"⁷⁶ (1950), "Вакуумний тонометр"⁷⁷ (1951), "Нова конструкція пін-

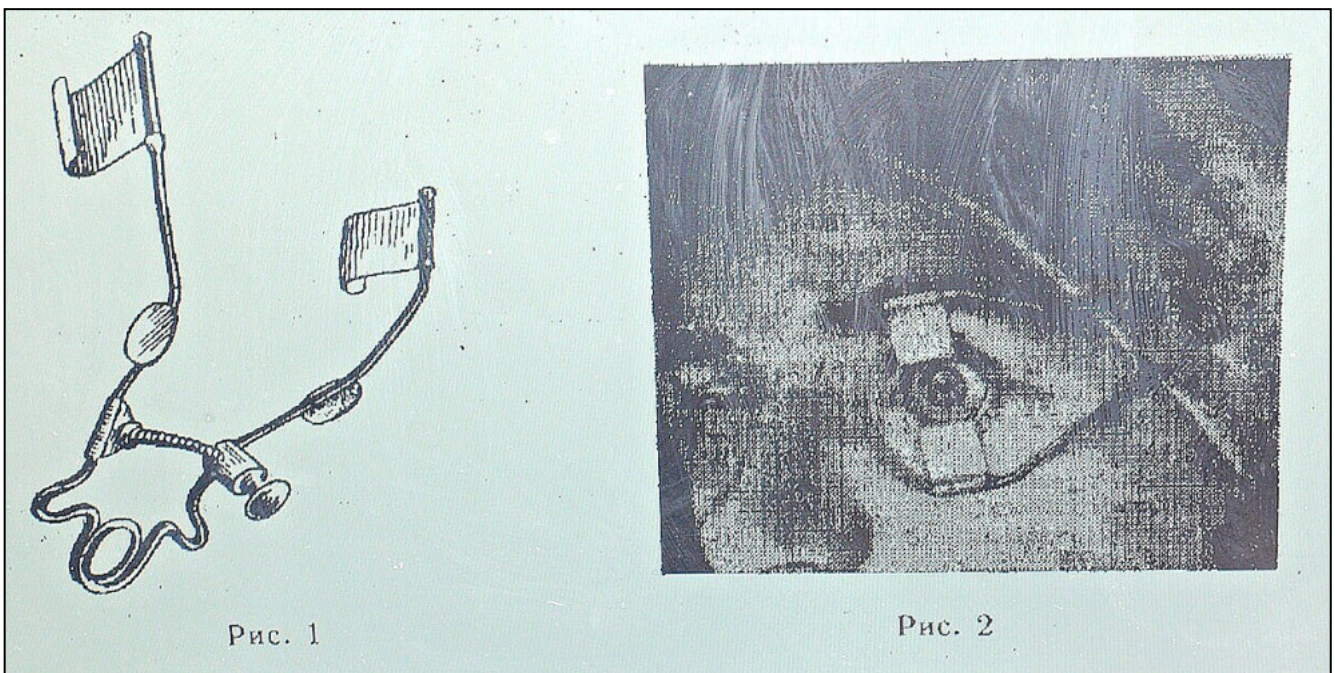


Рис. № 8. Блефаростат. Винахід Б.Л. Радзіховського

⁷¹ Makoha N. S. "Novyi sposob lecheniya bolinykh s perelomamy bedra skeletnym vytyazhenyem s odnovernennoi khodboi" [A new way of treating patients with fractures of the thigh with skeletal traction with simultaneous walking], *Khirurgiia* [Surgery], 1954, N. 4, P. 57–59.

⁷² DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 70, Ark. 7–8.

⁷³ Aga A. V., Cherkesova L. V. "Rozvytok ortopedo-travmatologichnoi dopomohy na Bukovyni" [The development of orthopedic and traumatological care in Bukovina], *Rozvytok medychnoi nauky ta okhorony zdorovia na Pivnichnii Bukovyni* ..., op. cit., P. 23–24.

⁷⁴ Radzikhovskiy B. L. "Opyt rentghenologicheskoi lokalizatsyy ynorodnykh tel glaza po sposobu avtora" [The experience of X-ray localization of foreign bodies of the eye by the author's method], *Vestnyk oftalmologhyi* [Ophthalmology Bulletin], 1949, N. 3.

⁷⁵ Radzikhovskiy B. L. "Klynycheskoe nabludeniye nad zabolevaniyem glaza posle vozvratnogo tyfa" [Clinical observation of eye disease after recurrent typhoid], *Vestnyk oftalmologhyi* [Ophthalmology Bulletin], 1949, N. 3, T. 28, P. 17–19.

⁷⁶ Radzikhovskiy B. L. "Bleforostat novoi konstruksii" [New design blepharostat], *Vestnyk oftalmologhyi* [Ophthalmology Bulletin], 1950, N. 6, P. 39–40.

⁷⁷ Radzikhovskiy B. L. "Vakuumnyi tonometr" [Vacuum tonometer], *Vestnyk oftalmologhyi* [Ophthalmology Bulletin], 1951, N. 2, P. 37–39.



Рис. № 7. Радзіховський Б.Л.

цета автора для накладання рогівкових швів⁷⁸ (1951), "Очний пульс"⁷⁹ (1953) та ін⁸⁰.

Одним із перших винайдених Б. Л. Радзіховським приладів є блефаростат. За принципом конструкції він належить до пружинних блефаростатів⁸¹, проте відрізнявся від тодішніх конструкцій повікотримачів тим, що його штанги під час фіксації очної щілини в необхідному положенні спираються на верхній та нижній край очниці. Ця дуже важлива конструктивна особливість досягається тим, що на кінцях штанг повікотримача є пластинки-гачки, які обертаються навколо своєї осі, довжиною в 18 мм, ширина пластинок, як і у звичаних блефаростатів, близько 14 мм. (див. рис. № 8).

Штанги повікотримача розміщуються поза віками, біля країв очниці, де вони, а також закріплені на їхніх кінцях пластинки-гачки знаходять надійні точки опори. Завдяки розміщенню точок опори у вказаних місцях, штанги блефаростата не можуть тиснути на око, а пластинки-гачки не тільки розсовують повіки, але й незначно їх пріпіднімають догори.

У розробленому Б. Л. Радзіховським блефаростаті вдало поєднується дуже важлива перевага способу роз-

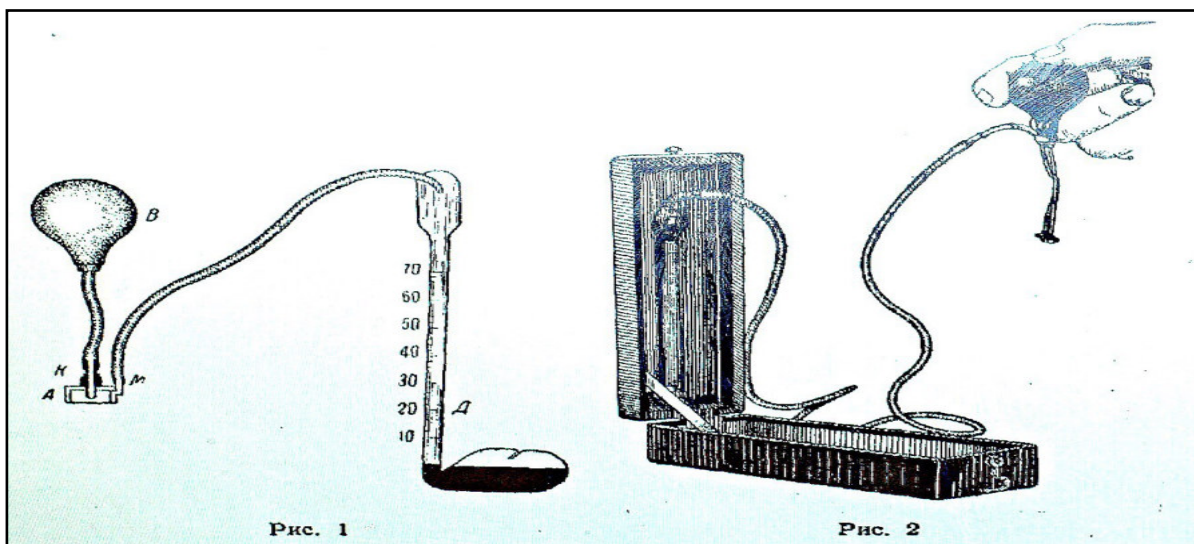


Рис. № 9. Вакуумний тонометр. Винахід Б.Л. Радзіховського

⁷⁸ Radzikhovskiy B. L. "Nova konstruktssiia pintseta avtora dlia nakladennia roghovychnykh shviv" [A new design of author's tweezers for applying corneal joints], *Oftalmologichnyi zhurnal* [Ophthalmologic Journal], 1951, N. 3, P. 152–153.

⁷⁹ Radzikhovskiy B. L. "Ochnyi puls" [Eye pulse], *Oftalmologichnyi zhurnal* [Ophthalmologic Journal], 1953, N. 2, P. 104–109.

⁸⁰ Radzikhovskiy B. L. "K voprosu o slezotechenyу pry anofalme u lyts nosiashchykh hlaznoi protez" [To the problem of lacrimation during anophthalmia in persons wearing an ocular prosthesis], *Vrachebnoe delo* [Medical Practice], 1947, N. 9, P. 798–802; Radzykof B. L. "Dalneishye hovskiy B. L. "Yndikator dlia proektsyy glaznoho dna y vnutryglaznykh ynorodnykh tel na poverkhnosty sklery" [Indicator for the projection of the fundus and intraocular foreign bodies on the sclera surface], *Vestyk oftalmolohyy* [Ophthalmology Bulletin], 1948, N. 3, P. 33–34; Radzykhovskiy B. L. "Dalneishye nabliudeniya nad lechebnym deistviem subkonyunktyvalnykh ymplantatsyi ketguta" [Further observations of the therapeutic effect of subconjunctival catgut implantations], *Vestyk oftalmolohyy* [Ophthalmology Bulletin], 1948, N. 1, P. 35–37; Radzykhovskiy B. L. "Mestnoe prymerenye penytsyllyna pry polzucheі yazve rogovytsy y druhykh naruzhnykh zabolevaniyakh perednego otrezka glaza" [Local use of penicillin in hypopyon ulcer and other external diseases of the anterior part of the eye], *Oftalmologhycheskyi zhurnal* [Ophthalmologic Journal], 1948, N. 4, P. 165–170; Radzykhovskiy B. L. "Desiatyletnyi opyt prymerenya tkanevoi terapiyy v vyde ymplantatsyi ketguta" [The ten-year experience of tissue therapy use in the form of catgut implantation], *Oftalmologhycheskyi zhurnal* [Ophthalmologic Journal], 1950, N. 4, P. 163–168; Radzykhovskiy B. L. "Novyi sposob nalozheniya rohovychnykh shvov" [A new way of applying corneal sutures], *Vestyk oftalmolohyy* [Ophthalmology Bulletin], 1950, N. 4, P. 37–38; Radzykhovskiy B. L. "Oksyhenoterapiya v vyde podkonyunktyvalnykh ynyektsyi perekysy vodoroda" [Oxygenotherapy in the form of subconjunctival injections of hydrogen peroxide], *Vrachebnoe delo* [Medical Practice], 1950, N. 5, P. 449–450; Radzykhovskiy B. L. "Mestnoe prymerenye penytsyllyna pry polzuchykh yazvakh rogovytsy y druhykh zabolevaniyakh perednego otrezka glaza" [Local use of penicillin in hypopyon ulcer and other external diseases of the anterior part of the eye], *Oftalmologhycheskyi zhurnal* [Ophthalmologic Journal], 1951, N. 4, P. 165–168; Radzykhovskiy B. L. "Uslovnye zrachkovye reaktsyy ka kmetod yssledovaniya bolshykh polusharyi" [Conditional pupillary reactions as a method of investigation of the cerebral hemispheres], *Vrachebnoe delo* [Medical Practice], 1951, N. 4, P. 293–296; Radzykhovskiy B. L. "K voprosu o porazheny glaz pry tuliaremyi" [On the problem of eye lesions in tularemia], *Oftalmologhycheskyi zhurnal* [Ophthalmologic Journal], 1952, N. 1, P. 56–58; Radzykhovskiy B. L. "Novyi uproschennyi metod gonyoskopyy" [A new simplified method of gonioscopy], *Oftalmologhycheskyi zhurnal* [Ophthalmologic Journal], 1954, N. 1, P. 49–50.

⁸¹ Застосовані в офтальмологічній практиці пружинні блефаростати зазвичай здійснюють помітний тиск на очне яблуко, спричиняючи випадання скловидного тіла під час внутрішньоочних операцій.

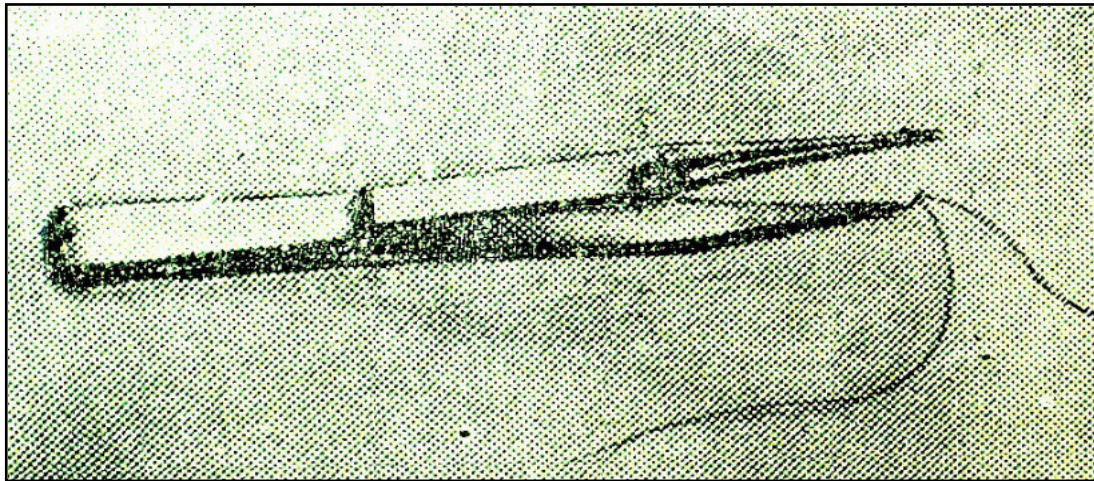


Рис. № 10. Пінцет для накладання рогівчаних швів. Винахід Б.Л. Радзіховського

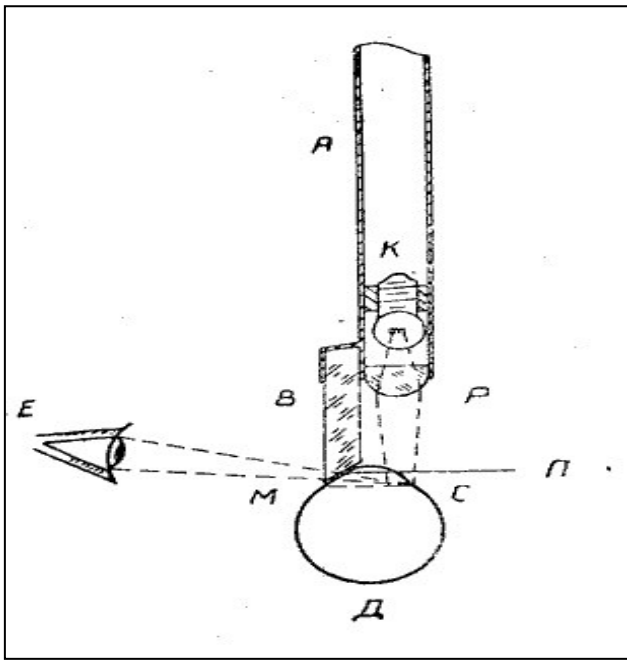


Рис. № 11. Гоніоскоп. Винахід Б.Л. Радзіховського

ширення очної щілини за допомогою повікопідіймника Демара, що виключає тиск повік на очне яблуко, з перевагами блефаростатів, що фіксують повіки у потрібному положенні й вимагають для цього помічника⁸².

Б.Л. Радзіховським розроблено новий спосіб тонометрії – "вакуумний очний тонометр" (винахід заявлено 18 березня 1949 р. (№ 84020))⁸³, що відрізнявся від існу-

ючих на той час конструкцій і являв собою пневматичний апарат. Головною перевагою розробленого тонометра (порівняно з тонометром Маклакова та ін. відомими на той час) є те, що він надав можливість графічно записувати тонометричний внутрішньоочний тиск (див. рис. № 9)⁸⁴. Він був більш чутливим, демонстрував навіть невеликі коливання внутрішньоочного тиску, наприклад пульсацію ока, а також більш зручним при тривалих тонометріях, особливо у хворих з підвищеним внутрішньоочним тиском, коли додатковий тиск на рогівку може мати небажані наслідки⁸⁵.

Б.Л. Радзіховський винайшов новий спосіб накладання рогівчаних швів, що здійснювався за допомогою спеціально сконструйованого для цієї мети пінцета, який одночасно слугував як пінцет для фіксації рогівки і як голка, що під час змикання браншів пінцета проколывав її та проводив через тканину шовний матеріал (нитку). Сконструйований пінцет так, що одна з його браншів закінчувалася голкою, вигнутою у бік другої бранші. Інша бранша пінцета – мала на кінці позаддовжний розріз довжиною близько 2 мм., у який під час змикання пінцета вільно входила голка, якою закінчувалася перша бранша.

При накладанні швів за допомогою першої моделі такого пінцета петля нитки, проведена через рогівку, витягувалась з вушка голки на зразок того, як це робилося при накладанні швів на слизовий мішок та слизову носа при операції дакриоцисториностомії, але щоб захопити петлю нитки використовувався не пінцет, а гострий гачок.

У процесі подальшої роботи Б.Л. Радзіховському

⁸¹ Застосовані в офтальмологічній практиці пружинні блефаростати зазвичай здійснюють помітний тиск на очне яблуко, спричиняючи випадання скловидного тіла під час внутрішньоочних операцій.

⁸² Radzikhovskiy V. L. "Bleforostat novoi konstruktsii" ..., op. cit., P. 39–40.

⁸³ За Б. Л. Радзіховським, тонометричний спосіб має суттєві недоліки, з них головним є те, що він, надаючи можливість зафіксувати висоту внутрішньоочного тиску тільки в якусь визначену мить, ніяк не дозволяє безперервно реєструвати найтонші коливання офтальмотонуса протягом визначеного незначного проміжку часу.

⁸⁴ Radzikhovskiy V. L. "Vakuumniy tonometr" ..., op. cit., P. 37–40.

⁸⁵ У 1884 р. московський професор А.Н. Маклаков один з перших сконструював апланатійний тонометр – пристрій для вимірювання внутрішньоочного тиску. Під час його використання відбувалося сплющування (апланатія) рогівки, що відобразалося білою плямою на зафарбованій пластинці тонометра. Отримане зображення переводилося на бумазі, і діаметр кола сплющування вимірювався лінійкою, яке також запропоноване Маклаковим.

Радянськими вченими у другій половині ХХ ст. розроблено низку пристроїв, що значно розширили на той час можливості клінічного дослідження хворих на первинну глаукому. З-поміж них: реактонометр А.І. Дашевського – пристрій, який надавав можливість врахувати істинний офтальмотонус та коефіцієнт реактивності; вакуум-тонометр Б.Л. Радзіховського; електрофототонометр С.Ф. Кальфа; фотоелектронограф і офтальмоплетизмограф А. Я. Буніна; електронний тонограф А.П. Нестерова; склеротонометр С.Ф. Кальфа та ін. (див. роботу: "Наукова. Natsionalnoe rukovodstvo [Glaucoma. A National Guide], pod red. E. A. Egorova, M.: НЕОТАР-Медя, 2013, 824 s.").

вдалося сконструювати нову, поліпшену модель пінцета, що відрізнялася від попередньої наявністю пристосування для автоматичного витягування петлі нитки з вушка голки (див. рис. № 10).

Прилад діяв таким чином: на бранші пінцета, що на кінці прорізу (в який під час змикання пінцета входила голка), закріплено витягувач у вигляді прямої голки, яка могла вільно ховзати взад і вперед у повздожньому напрямку бранші. Витягувач, висунутий вперед у закритому положенні пінцета, своїм гострим кінцем захоплював петлю нитки біля вушка голки. При розімкнутих браншах пінцета петля нитки автоматично витягувалася з її вушка.

Експериментальна і клінічна перевірки довели, що нова модель пінцета ще більше спрощувала техніку накладання рогівчаних швів, завдяки чому цю операцію можна було зарахувати до складу оперативних втручань, що проводилися широкими колами офтальмологів в їхній повсякденній практиці⁸⁶.

Б.Л. Радзіховським (1952) запропоновано також нову скотометричну пробу у вигляді субкон'юнктивальних ін'єкцій фізіологічного розчину. Діагностична цінність цієї проби порівняно з іншими найбільш розповсюдженими методами ранньої діагностики глаукоми, вивчена та підтвержена К.С. Тітенко (1952, 1957, 1959), що дало можливість рекомендувати її для широкого застосування в офтальмологічній практиці.

Рефлекторно-світлова проба Б.Л. Радзіховського (1954) була додатковим критерієм компенсації глаукоматозного процесу. Наступним етапом у вивченні цієї проблеми була розробка нових тонометричних методів ранньої діагностики глаукоми. Нова методика визначення добових коливань внутрішньоочного тиску дала можливість одержати повне уявлення про добовий ритм офтальмотонусу і значно збільшила можливість виявити його порушення; дослідження добового ритму реактивності ока дозволило виявити ранні ознаки порушення регуляції очного тиску.

Всебічне вивчення реакцій глаукоматозного ока, що виникали під впливом розроблених Б.Л. Радзіховським кампіметричних і тонометричних проб для ранньої діагностики глаукоми, а також наслідки спеціальних досліджень за допомогою вакуумного тонометра коливань офтальмотонусу під впливом різних моментів, дозволили з'ясувати деякі сторони патогенезу глаукоми. Так, проф. Радзіховським (1952, 1954, 1959) встановлено, що глаукома починає розвиватися на фоні порушення вазомоторних реакцій внутрішньоочних судин і пов'язана з регіонарним підвищенням тонусу симпатичної нервової системи⁸⁷.

17 вересня 1953 р. був заявлений до МОЗ СРСР винахід Б. Л. Радзіховського "Гоніоскоп" (№ 98152) – прилад для дослідження кута передньої камери ока, що за описом автора, дозволяв вираховувати кут передньої камери ока без кріплення на очному яблуці контактного оптичного скла. Він був виконаний у вигляді скріплених між собою освітлювача і оптичної призми, накладеної своїм зрізом на рогівку навпроти ділянки кута ока пе-

редньої камери (див. рис. № 11).

Значний за обсягом матеріал дослідження очного дна узагальнено у праці Б.Л. Радзіховського "Офтальмоскопічна діагностика (з офтальмоскопічним атласом)" (Чернівці, 1957), в якій розміщено один з перших у вітчизняній літературі кольоровий атлас норми і патології очного дна.

Зусилля співробітників кафедри очних хвороб стали запорукою покращання офтальмологічної служби Чернівецької області, а Б.Л. Радзіховський став фундаментом офтальмології на Буковині.

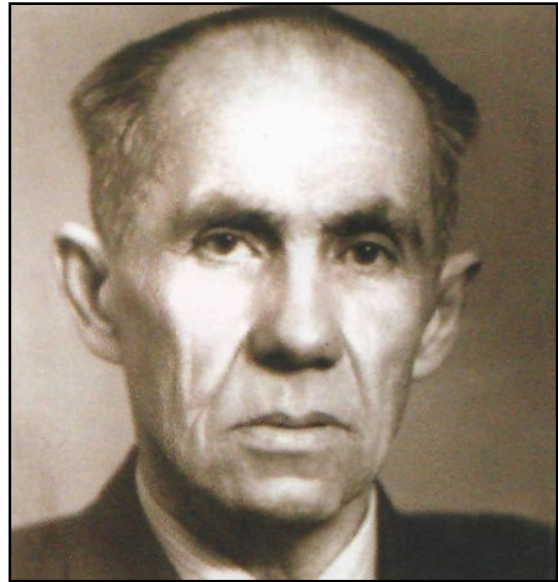


Рис. 12. Баштан Ф.А.

Проф. Ф.А. Баштан – прилад для визначення миш'яку.

Федір Андрійович Баштан (1894–1966) – відомий в Україні лікар-гігієніст, пройшов стажування на кафедрі гігієни Берлінського університету (1927), перший завідувач кафедри гігієни Київського медінституту (1929), завідувач відділом гігієни ґрунтів Всесоюзного науково-дослідного інституту комунальної гігієни в Москві (1933–1941). У період 1946–1960 рр. Ф.А. Баштан очолював кафедру гігієни ЧДМІ. Основний науковий напрям досліджень ученого – вивчення гігієнічних проблем водопостачання та водовідведення, житлових умов та харчування населення, автор праць з профілактики ендемічного зоба на Буковині, учасник експедицій в ендемічні райони Чернівецької області.

На Буковині Ф.А. Баштан започаткував дослідження чистоти та складу атмосферного повітря, питної води, ґрунтів. Заслуговує на увагу його винахід – прилад для визначення миш'яку (арсену) в об'єктах зовнішнього середовища (див. рис. № 13). У своєму дослідженні "До питання про визначення миш'яку"⁸⁸ (1949) учений наголосив на вже існуючих методах визначення миш'яку у санітарно-гігієнічній практиці, зупинившись зокрема на методі Зангер-Блека. Принцип колориметричного мето-

⁸⁶ Radzikhovskiy B. L. "Nova konstruktsiia pintseta avtora dlia nakladennia ..., op. cit., P. 152–153.

⁸⁷ Radzikhovskiy B. L., Titenko K. S., Lovlia G. D. "Robota kafedry ochnykh khvorob nad osnovnyimi problemamy oftalmologii ta yii roli v rozvytciu oftalmologichnoi sluzhby v Chernivetschiy oblasti" [The work of the Department of Eye Diseases over the main problems and its role in the development of the ophthalmological service in the Chernivtsi region], *Rozvytok medychnoi nauky ta okhorony zdorovia na Pivnichnii Bukovyni ...*, op. cit., P. 36–37.

⁸⁸ Bashtan F. A. "K voprosu ob opredeleniyu myshiaka" [On the definition of arsenic], *Vrachebnoe delo [Medical Practice]*, 1949, N. 7, P. 629–632.

да Зангер-Блека заснований на отриманні зафарбованого сполучення $A_5(HgBr)_3$ (від світло-жовтого до темно-коричневого), що утворюється внаслідок реакції миш'яковистого водню з дву бромистою ртуттю: $A_5H_3 + 3HgBr_2 \rightarrow A_5(HgBr)_3 + HBr$. Описавши недоліки цього методу⁸⁹, Ф.А. Баштан запропонував таку зміну конструкції, завдяки якій метод Зангер-Блека став більш точним. Так, у запропонованому новому приладі контролювалася повнота поглинання як миш'яковистого водню, так і сірководню відповідним реактивним папером. Це було досягнуто завдяки уведенню контрольних стрічок реактивного паперу для A_5H_3 та H_2S . Отже, проскоки вказаних газів завжди вчасно спостерігалися і не могли викривити результатів аналізу. Згідно з новим способом, забезпечувалося повнота уловлювання A_5H_3 , оскільки він неминухо проходив через сильно обмежену діафрагму реактивного паперу, в результаті чого отримували завжди круглі, з окресленими краями, рівномірно зафарбовані плями, які легко порівнюються зі стандартними.

Методика Ф.А. Баштана використовувалася також для визначення A_5H_3 не лише у рідинах, але й у повітрі. У цьому випадку використовувалася лише трубчаста частина пристрою, через приєднання нижньої ланки до аспіратора. Стрічки реактивного паперу розміщувалися у зворотньому порядку. Прилад міг бути використаний також для визначення інших газів (O_3 , H_2S та ін.), які давали кольорові реакції на відповідних реактивних паперах.

Методика дослідження з радіоізопами (меченими атомами) на кафедрі біохімії. На кафедрі з 1951 р. проводилася науково-дослідницька робота з радіоізопами. У зв'язку з цим було організовано та обладнано окрему кімнату. На кафедрі було 2 прилади "Б" і один радіометр. Радіолітичні дослідження проводились з ізопами ^{131}I , P_{32} , S_{35} (у складі мечених сполучень

метіоніна, цистеїна, тіаміна і пеніциліна), C_{14} , Ca_{45} та ін. У дослідженнях взяли участь: П.Я. Сівер, Л.Н. Заманський, А.І. Лопушанський, Е.В. Капранова, Д.К. Гречишкін, А.Д. Юхимець, Е.С. Жіла, М.В. Лопушанська та ін. Радіоізопа методика на кафедрі застосовувалася для вивчення функціонального стану ЩЗ з діагностичною метою, досліджувалось накопичення і розподілення радіоізотопів в органах і тканинах піддослідних тварин за різних умов експерименту і з'ясування особливостей обміну речовин⁹⁰. Починаючи з 1952 р., під керівництвом завкафедри, доц. Л.Н. Заманського були організовані всебічні дослідження впливу стимуляторів заживлення ран на процеси в регенеруючих тканинах експериментальних ран. Л.Н. Заманський разом з А.І. Лопушанським та А.Д. Юхимцем за допомогою радіоізотопів і біохімічних досліджень в експерименті і клініці показали можливість застосування мочевини і живиці з букової піхти для прискорення заживлення ран (роботи опубліковані в доповідях АН СРСР).

П.Я Сівер та Б.Б. Роднянський клінічно та за допомогою радіоізотопів ^{131}I дослідили функціональну активність ЩЗ у 280-ти школярів різного віку в передгірському та гірському районах. Отримані дані слугували відправним пунктом для вивчення особливостей перебігу ендемічного зоба у школярів⁹¹.

П.Я Сівер, Л.Н. Заманський, Е.В. Капранова, Д.К. Гречишкін були одні з перших в Радянському Союзі, які за допомогою радіофосфору P_{32} встановили, що радіофосфор асимільований золотистим стафілококом розриділяється в організмі тварин залежно від розповсюдження і осідання в органах і тканинах введених мічених мікробів. Робота опублікована в журналі "Вопросы медицинской химии".

Крім того, на базі кафедри біохімії проводились радіометричні дослідження з комплексних тем спільно з

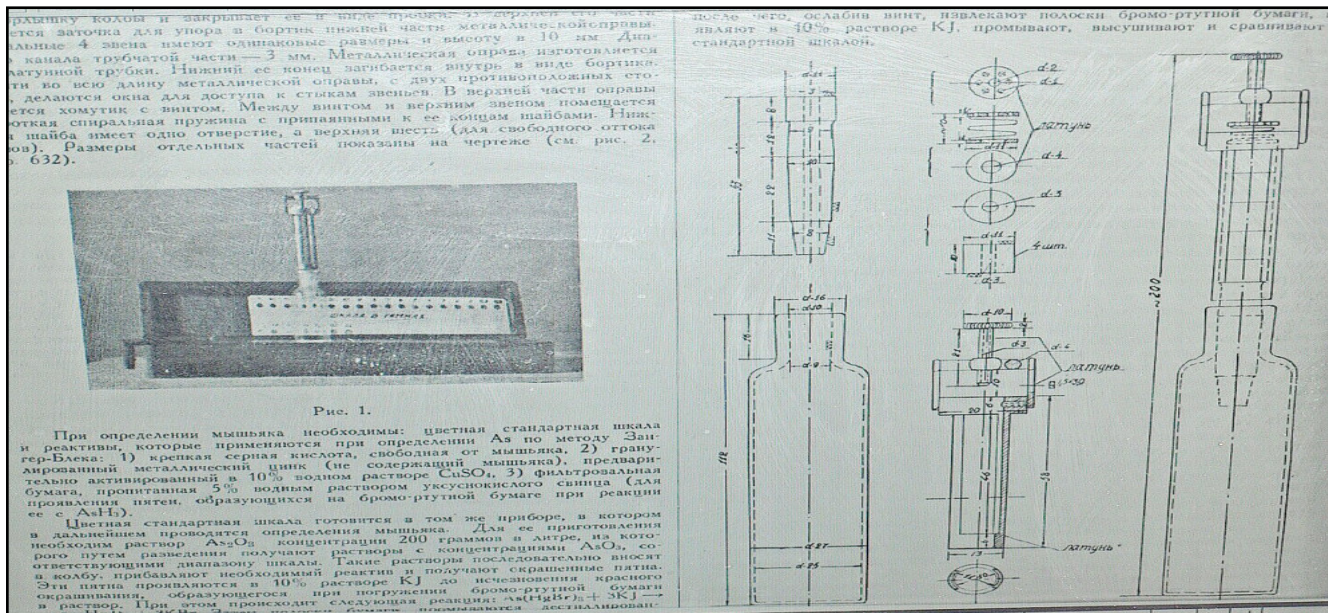


Рис. № 13. Прилад для визначення миш'яку. Винахід Ф.А. Баштана

⁸⁹ Недоліки методу Зандер-Блека: миш'яковистий водень не цілком реагував з двобромистою ртуттю, частина його проходила повз смужку реактивного паперу і виходила у повітря, внаслідок чого метод ставав відносним. З іншого боку, миш'яковистий водень вступав у реакцію з $HgBr_2$ не на чітко обмеженій площині реактивного паперу, а на всій її смужці, при чому нижній кінець зафарбовувався більш інтенсивно, ніж вся його інша частина. Нерівномірне зафарбовування, і до того ж розлите по всьому папері, вкрай утруднювало колориметрування і ще більше посилювала неточність та відносність методу (Bashtan F. A. "K voprosu ob opredelenyu myshiaka" ..., op. cit., P. 629–632).

⁹⁰ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 2207, Ark. 10; DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 1090, Ark. 20.

⁹¹ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 1090, Ark. 20.

іншими кафедрами ЧДМІ (фармакології, факультетської терапії, хірургії, мікробіології) та кафедрою фізіології рослин Чернівецького державного університету⁹².

Лікувальна фізична культура у клініках медінституту. Ще з перших років діяльності ЧДМІ було введено лікувальну фізичну культуру та лікарський контроль при заняттях фізичною культурою у клініках госпітальної терапії, госпітальної хірургії та в акушерсько-гінекологічній клініці (див. додаток № 5). Для усунення розладів окисних процесів, що затримують процес одужання, які потребують швидкого відновлення регуляції головних систем, було введено невеликі за обсягом і темпами рухи та вправи в ліжку. Застосовувалась лікувальна гімнастика серед хворих реконвалесцентів (після пневмоній, ексудативних плевритів і при захворюваннях серцево-судинної системи), а також серед хворих з деформуючим поліартритом. Призначалися курси (процедури) лікувальної гімнастики, сеанси парафінотерапії і масажу. Так, наприклад, застосування лікувальної гімнастики в хірургічній клініці успішно здійснювалася при контрактурах різної етіології і давнини, при ампутаційних культях, з метою їх укріплення, а також серед хворих, які перенесли операції, особливо ускладнені пневмоніями. Всього за 7 місяців 1946–1947 н. р. лікувальною гімнастикою охоплено 48 людей, проведено 573 процедури⁹³. На кафедрі госпітальної терапії застосовувались електросвітлові ванни, діатермія, кварцотерапія, Д'Арсонваль, УВЧ, онтофорез, парафінотерапія, гідротерапія. Наприкінці навчального року розпочате лікування суглобів ваннами місцевого мінерального джерела. Застосовували також дихальний масаж печінки, дихальну гімнастику після перенесених пневмоній і плевритів. Рідко проводилась киснева терапія⁹⁴.

На кафедрі факультетської терапії було організовано спеціальну **палату для терапії сном** як фармакологічним, так і умовно-рефлекторним методом. Палату було обладнано устаткуванням для світлової та звукової сигналізації, що надавала можливість проводити терапію сном умовно-рефлекторним методом⁹⁵. У 1951–1952 рр. було організовано спеціальну палату для лікування хворих на виразковий й гіпертонічний хвороби за допомогою умовно-рефлекторного сна⁹⁶.

Подібна палата з тамбуром і сигнальними лампами для терапії сном була організована в пропедевтичній терапевтичній клініці. У цій палаті лікувалися хворі на виразковий й гіпертонічний хвороби, а також на невроз шлунку⁹⁷.

Новокаїнова блокада у клініці хвороб вуха, гор-

ла, носа. У статті Д.А. Битченко та М.Е. Скоморохової "Лікування хворих з гострими тонзилітами новокаїновою блокадою"⁹⁸ (1954) описано розроблений ними метод лікування хворих на гострі тонзиліти, який полягав у тому, що одноразово з обох боків паратонзиллярно, через передню дужку, на межі верхньої і середньої третини, на глибину 0,5 – 1 см. повільно, для запобігання больових відчуттів, вводилось 5 мл. 0,5 % розчину новокаїна. Жодного іншого лікування (пеніцилін, сульфаніламід, саліцилати, зігріваючі компреси тощо), крім блокади, не застосовувалось.

У подальшому методика новокаїнізації була дещо змінена: новокаїн вводився лише з одного боку, а терапевтичний ефект залишався незмінним. Через декілька годин у більшості хворих припинявся біль, через 12–24 год. температура тіла знижувалась до норми і зникали загальні ознаки недуги. Водночас практично повністю зникали місцеві ознаки гострого тонзиліту – зникало нальот, гіперемія мигдалин і дужок, а також реактивний стан регіонарних лімфатичних залоз. Практично всі хворі одужували на 3 добу. Лікування проводилось амбулаторно і жодних ускладнень після введення новокаїну не спостерігалось. Всього під спостереженням перебувало 100 хворих.

За спостереженнями науковців, ефективність цього методу лікування хворих на гострі тонзиліти не поступався за результатами від застосування пеніцилінотерапії. З існуючих методів лікування хворих на гострі тонзиліти, яких умовно можна поділити на симптоматичні (саліцилати, зігріваючі компреси тощо) і етіологічні (антибіотики, сульфаніламід тощо), цей метод лікування виявився на той час найбільш ефективним, простим і дешевим, в чому і полягала його перевага⁹⁹.

Клінікою хвороб вуха, горла, носа розроблено й введено в практику такі нові методи лікування ЛОР-захворювань, як пластика шкірно-поглиблювальним клапотом при загальносмужній операції вуха (зменшував термін лікування хворих на 50 %); лікування склероми ПАСК'ом і рентген-променями (поліпшила існуючу методику лікування); лікування новокаїновою блокадою гострих тонзилітів, паратонзилітів і гострих отитів (метод значно скорочував звичайні терміни лікування); лікування невритів лицьового і слухового нервів рентген-променями через вплив на центральну нервову систему та ін¹⁰⁰.

Нові методи лікування було введено також у факультетській терапевтичній клініці при виразковій хворобі 12-палої кишки. Лікували: а) умовно-рефлекторним

⁹² DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 218, Ark. 117.

⁹³ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 15, Ark. 146-148.

⁹⁴ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 164, Ark. 121-122.

⁹⁵ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 218, Ark. 117.

⁹⁶ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 162, Ark. 126-127.

⁹⁷ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 220, Ark. 54-55.

⁹⁸ Bytchenko D. A., Skomorokhova M. E. "Likuvannia khvorykh z gostrymy tonzylittamy novokainovoiu blokadoiu" [Treatment of patients with acute tonsillitis with novocaine blockade], *Vrachebnoe delo* [Medical Practice], 1954, N. 3, P. 223–226.

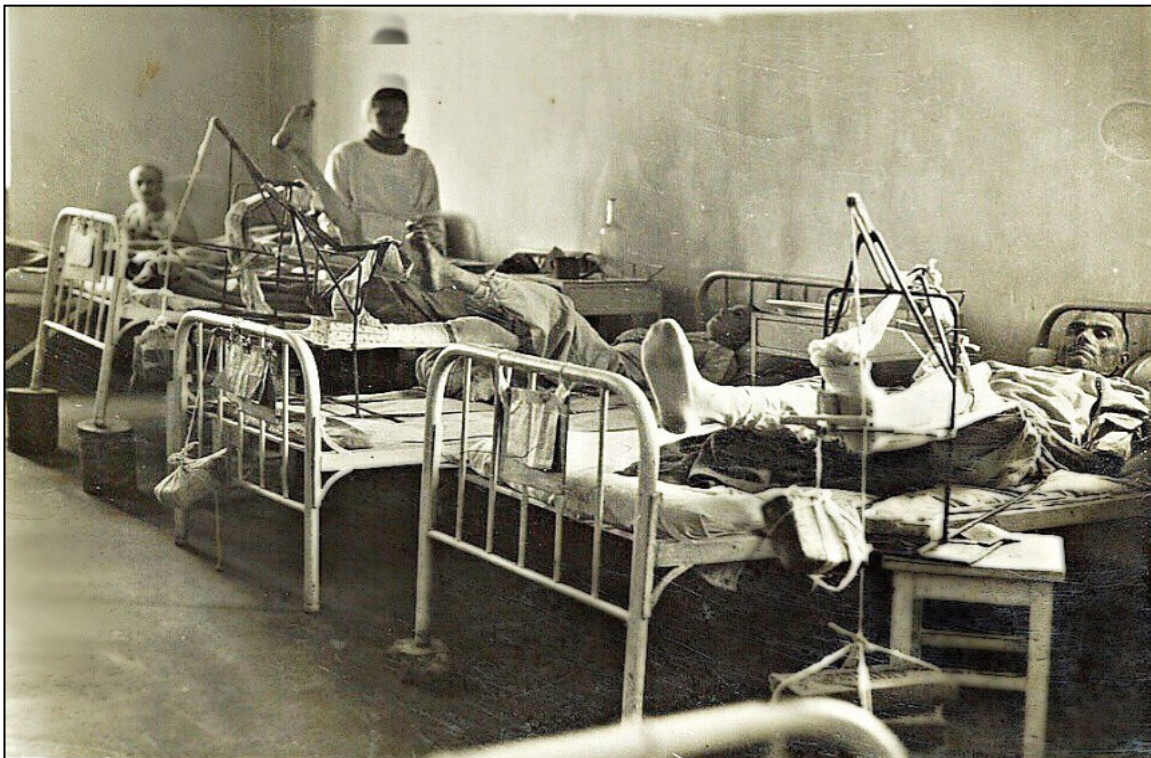
⁹⁹ Відзначимо також застосування проф. А.А. Троїцьким "пеніцилін-новокаїнової блокади" під час гнійних запалень у пропедевтичній хірургічній клініці, де з проведених 129 спостережень, 119 мали позитивний результат. Метод був застосований за такими показниками: фурункули верхньої губи, карбункули потиличної ділянки, гострі лімфаденіти (підпахвові, шийні тощо), гідраденіти, гострі паротити (неепідемічні), дерев'яниста флегмона ший, гострий мастит (Troitskii A. A. "Penitsylyn-novokainovaia blokada pry gnoinykh vospalenyakh" [Penicillin-Novocain blockade in purulent inflammation], *Sovetskaia medytsyna* [Soviet Medicine], 1953, N. 1, P. 13–15).

¹⁰⁰ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 219, Ark. 59–60.

Лікувальна гімнастика у клініках ЧДМІ



Масажування нижніх кінцівок при спонделіті у клінці госпітальної хірургії.
Фото 1946 р.



Лікувальна гімнастика під час скелетного витягнення при закритих переломів стегна у клінці госпітальної хірургії. Фото 1946 р. (ДАЧО, Ф. Р-938)



Лікувальна гімнастика за допомогою методиста у клініці госпітальної хірургії. Фото 1946 р.
(ДАЧО, Ф. Р-938)



Лікувальна гімнастика в акушерсько-гінекологічній клініці в післяродовому періоді. Фото 1946 р.
(ДАЧО, Ф. Р-938)

сном та звуковою сигналізацією; б) тканинною терапією; в) широко застосовували лікування малими дозами бромом і новокаїном; г) широко застосовувався йонофорез з бромом, новокаїном тощо. У районах області введено нові методи лікування: терапія сном застосовувалась у Вижницькій, Берегометській, Романківській та ін. лікарнях; тканинна терапія – у Вижницькій, Сокирянській, Кучерівській, Берегометській, Романківській, Заставнянській, Вашківській та інших лікарнях; лікування малими дозами бромом у всіх лікарнях Вижницького, Вашківського, Заставнянського, Чернівецького сільського, Сокирянського районів; транстрахеальне введення пеніциліну – в Берегометській лікарні тощо¹⁰¹.

В акушерсько-гінекологічній клініці і в кількох районних лікарнях застосовувалась **тканинна терапія** при запальних процесах жіночих статевих органів та при токсикозах вагітних (на основі робіт асист. М.О. Лозинського)¹⁰².

Візди, консультації та проведення операцій в райони області (шефська робота). Інститут став лікувально-медичним центром області, що організовував свою роботу на базі медико-санітарних закладів Чернівецької області. Важливо відзначити той факт, що практична допомога, починаючи з перших повоєнних років і до 1957 р., здійснювалася і для населення сусідніх областей. Так, населення Тернопільської області зверталось за консультацією та практичною допомогою до співробітників ЧДМІ до кінця 1960-х рр. (Тернопільський медінститут відкрився у 1957 р.). Співробітники університету надавали консультації у міських та районних лікарнях Хмельницької області: Кам'янець-Подільська, Дунаївців, Нової Ушиці, в яких паралельно студенти проходили виробничу практику. Так, наприклад, для консультаційної допомоги до Кам'янець-Подільського району неодноразово виїжджали проф. С.М. Савенко, В.А. Тригер, Л. І. Роман та ін.¹⁰³. Консультаційний прийом хворих з Чернівецької та сусідніх областей зафіксовано у факультетській хірургічній клініці за 1945 р. (Є.Р. Цитрицький). У 1946–1947 н. р. співробітниками факультетської хірургічної клініки проведено 23 візди у райони Чернівецької та Тернопільської областей¹⁰⁴. Значну роботу було проведено співробітниками ЧДМІ (проф. О. Ю. Мангейм, проф. О. О. Троїцький, проф. Л. Б. Теодор, доц. А.В. Ага, доц. Тартаковський та ін.) з атестації хірургів, акушерів і гінекологів у 1949–1950 рр. у таких областях, як Чернівецька, Вінницька, Тернопільська, Рівненська¹⁰⁵.

Головою шефської комісії Інституту було обрано доц. М. П. Новікова, на початку 1950-х рр. її очолював проф. В. С. Нікітський, до 1956 р. – проф. Б. Л. Радзіховський. Засідання комісії проходили щомісячно.

З кожним роком покращувався рівень шефської роботи. Співробітники Інституту систематично виїжджали в райони, де здійснювали кваліфіковану медичну допомогу, сприяли організації лікарень і сільських лікарських дільниць, читали лекції для підвищення кваліфікації лікарського і середнього медичного персоналу,

проводили лекції та бесіди на суспільно-політичні теми.

У Чернівецькій області практична допомога надавалася в основному за такими напрямками: 1) консультативна допомога хворим обласного центру, районних і дільничних лікарень. Це були хворі у важкому стані, яким спеціалісти району не могли надати допомогу, потребували складних хірургічних втручань; 2) підвищення знань практичних лікарів і середнього медичного персоналу м. Чернівці та районів області; 3) допомога районним фахівцям з організаційно-методичних питань.

Для більш ефективної організації шефської роботи клінічні кафедри ЧДМІ були закріплені за окремими районами області. В основному це було 1–4 райони залежно від кількості працівників кафедри. Кафедри акушерства і гінекології та ще декілька кафедр здійснювали практичну допомогу в усі райони області. У звіті ЧДМІ за 1947–1948 н. р. йдеться про організацію шефської роботи в 7-ми районах Чернівецької області¹⁰⁶. Архівні документи засвідчують розподілення районів за окремими кафедрами. Так, у 1946–1947 н. р. кафедри загальної хірургії та дерматовенерології шефствували над Вижницьким районом, кафедра факультетської хірургії – над Новоселицьким, кафедра госпітальної терапії – над Сторожинецьким (до того шефствувала над медичними закладами Глибоцького, пізніше Чернівецького районів) тощо¹⁰⁷. У звіті за 1946–1947 н. р. відзначено шефську роботу, проведenu у Вижницькому районі кафедрою загальної хірургії (М. П. Новіков, Ф. М. Гуляницький, П. Е. Рибалкін); в Сторожинецькому районі колективом кафедри госпітальної терапії (Д. Г. Крічін, О. О. Колачов та ін.), завкафедри факультетської хірургії доц. Є. Р. Цитрицького з організації хірургічної та онкологічної допомоги населенню Чернівецької області. У 1947 р. М. П. Новіков зазначив про факти кількісного зростання показників шефської роботи. Відповідно наведених даних, візди в райони зросли втричі у порівнянні з попереднім 1946 р. і становили 112 на противагу 32 у 1946 р.¹⁰⁸. У 1947 р. проведено 930 консультацій та 20 оперативних втручань (протокол № 2 засідання вченої ради інституту від 29.11.1947 р.). Було відзначено найбільш активні кафедри: очних хвороб, інфекційних хвороб, загальної хірургії, а також кафедру акушерства та гінекології щодо організації в трьох районах колгоспних пологових будинків¹⁰⁹.

З 1950 р. кількість шефських районів на одну кафедру зростає. Так, у звітах за 1954–1955 н. р. знаходимо дані про 4 райони на одну кафедру (кафедра загальної хірургії – Новоселицький, Глибоцький, Заставнянський, Чернівецько-сільський; кафедра госпітальної терапії – Сторожинецький, Герцаївський, Новоселицький, Путильський; госпітальної хірургії – Сторожинецький, Путильський, Герцаївський, Садгірський), про 5 районів (кафедра факультетської терапії – Вижницький, Заставнянський, Сокирянський, Вашківський, Чернівецько-сільський; кафедра факультетської хірургії – Хотинський, Сокирянський, Кельменецький, Вашківський, Кіцманський), 6 районів (кафедра патанатомії – Вижниць-

¹⁰¹ Ibidem, Ark. 93–96.

¹⁰² DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 168, Ark. 113.

¹⁰³ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 1279, Ark. 1–2.

¹⁰⁴ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 15, Ark. 5.

¹⁰⁵ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 168, Ark. 129.

¹⁰⁶ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 94, Ark. 61.

¹⁰⁷ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 15, Ark. 5–6, 18, 29–30, 42–50, 122–126.

¹⁰⁸ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 14, Ark. 54.

¹⁰⁹ DACHO, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 21, Ark. 154.

кий, Новоселицький, Кіцманський, Кельменецький)¹¹⁰.

Крім клінічних, до шефської роботи долучилось декілька теоретичних кафедр: організації охорони здоров'я, гігієни, мікробіології, фармакології, біохімії. Так, наприклад, співробітники кафедри біохімії на чолі із доц. Л. Н. Заманським взяли активну участь в організації біохімічних лабораторій у районних лікарнях; співробітники кафедри фармакології на чолі з проф. С. П. Закривидорогою провели значну роботу в галеновських лабораторіях обласного Аптекоуправління й долучилися до організації аптечної справи області; доцент кафедри мікробіології І.І. Рибас разом з органами ветеринарної служби провела важливу роботу з вивчення шкірних захворювань у тварин та вивчення умов пере носу цих захворювань на людей¹¹¹.

З 1950 р. виїзди в райони вже не мали такої спорадичний характер, переважно стали плановими і проводилися систематично. Було налагоджено виїзд транспорту за домовленістю з адміністрацією обласної клінічної лікарні. При термінових викликах із районів консультантам надавалася спеціальний транспорт. З 1950 р. робота з підвищення знань практичних лікарів області стає систематичною. У цьому році на 4–6-місячних курсах спеціалізації в Інституті було підготовлено 18 лікарів. У наступні роки кількість лікарів, які пройшли курси спеціалізації, поступово збільшувалась, і станом на 1964 р. становила 600 лікарів, що складало майже половину лікарського складу області.

Проводились також нетривалі курси вдосконалення (від одного до півтора місяці) на робочому місці. Під час таких навчань районні лікарі засвоювали методику проведення хірургічних втручань, знайомились з новими методами діагностики та лікування зі свого фаху, вивчали застосування нових препаратів тощо. За активної участі співробітників кафедр ЧДМІ проходили організовані фахівцями облздороввідділу та обласними диспансерами семінари і декадники. Щорічно вони ставали масовішими, зареєстровано, що з 1949 до 1964 рр. семінари та декадники відвідало 2421 лікарів.

Починаючи з 1951 р. в Чернівецькій області, як і в інших областях, отримало широке застосування підвищення знань лікарського складу, заочно-очне вивчення – переривисті курси. Так, наприклад, у 1952 р. на переривистих курсах навчалось 290 лікарів, у 1958 р. їх вже було 355¹¹². До цієї роботи долучилась велика кількість кафедр – загальної хірургії, педіатрії, хвороб вуха, горла, носа, очних хвороб, факультетської хірургії, госпітальної терапії, госпітальної хірургії, пропедевтики внутрішніх хвороб тощо. Так, наприклад, відомо, що у 1954–1955 н. р. переривисті курси були на кафедрі загальної хірургії для хірургів Сторожинецького, Глибоцького, Чернівецько-сільського, Садгірського, Кіцманського та Заставнянського районів, на кафедрі педіатрії вони були організовані для педіатрів міста (70) та районів (23), окремо діяв кабінет для консультацій дітей, яких напра-

вляли районні й сільські лікувальні установи¹¹³, на кафедрі акушерства та гінекології проатестовано 55 акушерів районів області, пройшли двомісячні курси підвищення кваліфікації 30 акушерок, які працювали у колгоспних пологових будинках¹¹⁴. На кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб, починаючи з 1951 р., проводились переривисті курси з терапії для райтерапевтів та дільничних лікарів Садгірського, Кіцманського, Хотинського, Кельменецького і Глибоцького районів¹¹⁵.

Крім підвищення знань середнього медичного персоналу області, в ЧДМІ отримали нову кваліфікацію дієтсестри, лаборанти, медсестри дитячих ясел, працівники молочних кухонь, фізіотерапевтичних кабінетів тощо.

Сюди ж відносяться заходи співробітників кафедр щодо запровадження в міських і районних лікарнях нових методів діагностики та лікування, наукові доповіді, залучення практичних лікарів до розробки наукової тематики під керівництвом співробітників ЧДМІ (у т. ч. написання та захист кандидатських дисертацій).

Відзначимо роботу співробітників кафедри госпітальної терапії щодо налагодження лабораторних досліджень у м. Герці, у засвоєнні електрокардіографії в м. Сторожинці, консультацій на І швейній, взуттєвій фабриці, II текстильній фабриці, рукавичній фабриці¹¹⁶. Співробітники кафедри мікробіології здійснили консультативну допомогу баклабораторії облсанпідемічної станції¹¹⁷.

Пізніше, у 1960-х р., у ЧДМІ виникла ще більш досконала організація підвищення знань лікарів – факультет удосконалення лікарів.

Точний підрахунок кількості виїздів співробітників ЧДМІ у райони, проведені там консультації та оперативні втручання за 1944–1954 рр. ускладнюється тим, що ці дані в офіційних документах починають систематично з'являтися лише з 1951 р. За період з 1944–1951 рр. дані довелося виявляти в матеріалах звітів окремих кафедр та інших підрозділів Інституту. Отже, за перші 10 років діяльності вишу на Буковині його співробітниками здійснено близько **2500** виїздів у райони області, проведено близько **25.000** консультацій та майже **500** складних оперативних втручань¹¹⁸.

Історія медицини. З-поміж значної кількості наукових робіт, написаних співробітниками ЧДМІ, в хронологічних рамках даного дослідження виокремимо декілька статей, присвячених історії медицини: Попов В.В. "Військова медицина у військах Московської держави при Петрі I" (1954), Александровський Б.П. "Захар'їн як фтизіатр" (Бюлетень інституту туберкульозу, 1946), "Історія хвороби Тараса Шевченка" (Врачебное дело, 1947)¹¹⁹ та ін.

Стаття професора Б.П. Александровського, яка відображала історію хвороби Т.Г. Шевченка притягує до себе увагу неординарністю. Результати проведених досліджень довели, що смерть Т.Г. Шевченка настала вна-

¹¹⁰ ДАЧО, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 1279, Ark. 3–4.

¹¹² Ibidem, Ark. 12.

¹¹³ ДАЧО, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 218, Ark. 35, 141–142, 161–163.

¹¹⁴ ДАЧО, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 219, Ark. 55–58.

¹¹⁵ ДАЧО, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 64, Ark. 5.

¹¹⁶ ДАЧО, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 219, Ark. 199–202.

¹¹⁷ ДАЧО, Fond. N. R-938, Op. 5, Case. N. 168, Ark. 129.

¹¹⁸ За перші 20 років діяльності вузу здійснено близько **8260** виїздів у райони, проведено близько **175.942** консультацій та близько **2500** оперативних втручань.

¹¹⁹ Александровский В.П. "Istoriya bolezny Tarasa Shevchenko" [History of Taras Shevchenko's illness], *Vrachebnoe delo* [Medical Practice], 1947, N. 1, P. 87–92.

слідок важкої серцевої хвороби – переродження серцевого м'язу, "грудної жаби" та супутніх нападів серцевої астми. Професор ретельно дослідив анамнез: розповіді самого Т.Г. Шевченка про хвороби і недуги, перенесені ним раніше, до його першого звернення до лікаря 23 листопада 1860 р.; його листи до В.І. Григоровича від 12 квітня 1855 р. (скаржився на ревматизм); листи до Лазаревського від 20 грудня 1857 р. (скаржився на цингу); лист до княгині В.М. Репніної від 25 лютого 1848 р. (скаржився на скорбут); листи до Б. Залеського від 25 вересня 1855 р. (хворів на малярію); лист до Лизогуба від 11 грудня 1847 р. (захворів на ревматизм) та ін. Окремо Б.П. Александровський вивчив свідчення М. Костомарова, опис хвороби Т. Г. Шевченка І.С. Тургеневим, письменником О. Лесковим, допис лікаря Козачковського про підірване здоров'я Т.Г. Шевченка після заслання. Окремо він дослідив перенесені раніше хвороби – черевний тиф (1838), висипний тиф (1840) (заразився коли доглядав свого хворого вчителя, художника К. Брюллова), лихоманка у 1845 р.

Вивчені матеріали дозволили Б.П. Александровському дійти висновку, що Т.Г. Шевченко звернувся по допомогу до лікаря Барі вже на 2 стадії серцевої недостатності, тобто із за давненою хворобою, що мала вже небезпечну для життя форму. Сильний біль в грудях, що змусив поета звернутися до лікаря, був ознакою "грудної жаби" – стенокардії. Вірогідно, що вже під час першого звернення до лікаря хвороба визначалась як серцева недостатність (декомпенсований міокардит з початком серцевої водянки з нападами "грудної жаби"). Раптова смерть Т.Г. Шевченка, як припускає Б.П. Александровський, наступила через закупорки венних судин серця, тобто ускладненого нападу "грудної жаби" і мала блискавичний характер. Про такі випадки лікарі говорять: "біль і відразу смерть". Причиною раптової смерті був параліч серця, причиною паралічу – хронічне серцево-судинне захворювання (міокардит, закупорка венних судин).

На запитання: чи можна було б врятувати Т.Г. Шевченка методами сучасної медицини? Учений припускав можливий варіант продовження життя Т.Г. Шевченка внутрішньовенними та підшкірними ін'єкціями серцевих і судинних ліків, обмеженням використання рідини, кровопусканням, киснем. Але через пізні звернення поета до лікарів ці заходи не допомогли б оминати смерті.

Висновки. Вивчення архівно-музейних матеріалів з фондів Державного архіву Чернівецької області (ДАЧО), Наукового архіву Буковинського державного медичного університету, історико-медичного музею університету, праць з історії Буковини (у т. ч. історії медицини) та краєзнавства українських, австрійських, румунських дослідників другої половини XIX – XX ст., публікації в місцевій пресі, в яких віддзеркалено роботу ЧДМІ в хронологічних межах 1944–1954 рр., дозволяють нам зробити такі висновки: – становлення нового навчального закладу проходило в надзвичайно складних повоєнних економічних, соціальних, культурних, епідеміологічних, санітарно-гігієнічних умовах; – особливо бракувало приміщень, де б розмішувались студентські гуртожитки, квартири для професорсько-викладацького складу. Недостатньо налагоджений побут у гуртожитках, не забезпечені устаткуванням навчальні аудиторії, не укомплектовані клінічні бази призводили до гальмування навчального процесу; – велика плінність кадрів

висококваліфікованих працівників на початкових етапах, як і незначна кількість студентів, додавала проблем в організації навчального процесу; – політизація, ідеологізація навчального процесу, характерні для цього часового відрізка, не сприяли креативному потенціалові студентського, та особливо, науково-викладацького загалу; – складні умови праці загартувували у співробітників закладу сильний характер. Вони справді любили свою професію і виконували всі необхідні фахові обов'язки; – завдячуючи скоординованій діяльності зі всіма лікувальними закладами області, допомогою державних інституцій України та краю, співробітникам ЧДМІ вдалося посісти одне з провідних місць у процесі боротьби з епідеміями та масовим поширенням венеричних хвороб, туберкульозу, ендемією зобу, тифом, дизентерією, скарлатиною, гострим спалахом дитячого поліомієліту та ін.; – співробітники медичного інституту виявляли неабияку мужність у ліквідації вогнищ епідемії; продемонстрували фаховість у проведенні комплексних клініко-лабораторних та епідеміологічних досліджень. В ЧДМІ працювали науковці, які завоювали всесоюзну славу і визнання. Інститут в цей період став основним центром підвищення кваліфікації медичних працівників Чернівецької області.

Доказова база нашого дослідження надає повне право стверджувати, що колективу Чернівецького державного медичного інституту в період 1944-1954 рр. вдалося перетворити заклад на провідний лікувально-медичний та науковий центр медицини в Чернівецькій області.

Boychuk T. M., Moysey A. A. Leading medical and scientific center of the chernivtsi region (1944-1954).: The study presented to the reader's attention suggests an analysis of the foundation and development of the Chernivtsi Medical Institute in the period of 1944-1954. The work is based on archival and museum materials from the funds of the State Archives of the Chernivtsi Region (SACR), the Scientific Archives of the Bukovinian State Medical University, the History and Medical Museum of the University, a number of works on the history of Bukovina (including the History of Medicine) and local studies of Ukrainian, Austrian, Romanian researchers of the second half of the 19th and 20th centuries, publications in the local press about the state of medicine and the achievement of the CDMI. Most of these materials are published for the first time. The process of establishment of the institution, complex economic, social, cultural, sanitary-hygienic, epidemiological postwar conditions of the period of the 1940s was subjected to thorough analysis. The main premises of the Institute, representing historical and architectural value, are described. The activity of workers of the CDMI during the investigation of the causes and elimination of the consequences of the foci of goiter endemy, skin and venereal diseases, the fight against tuberculosis, infectious diseases (epidemic and recurrent typhus, typhoid, paratyphoid), malaria, dysentery, diphtheria, scarlet fever, meningitis, measles, influenza. The technique of expedition works is clarified, scientific work is described for revealing the causes of diseases and their effective treatment, the most important publications of scientific research results. Among the inherent diseases of this territory, Bukovina hemorrhagic fever was found, methods of its treatment were developed. There presented an interesting analysis of new tools and methods of treatment of patients proposed by the Institute's staff. Among them, the method of research with radioisotopes (Labeled Atoms) at the Department of Biochemistry, therapeutic physical culture in the clinics of the CDMI, novocain blockade in the clinic of ear, nose, throat, tissue therapy in the obstetric-gynecological clinic. The researchers paid attention to the consultations and surgery made in the districts of the region and medical help given to the population of neighboring regions, the process of improving the skills of medical workers of the whole region. Quite

interesting is the description of research by Professor B.P. Aleksandrovsky in the history of medicine. The work is equipped with tables containing statistic data in various spheres of the institution activity, photographs that are first published in scientific work, objective biographical information about individual scientists. In the conclusions the authors insist that the evidence based on the presented research entitles to assert that the staff of the Chernivtsi State Medical Institute in the period 1944-1954 managed to turn the institution into a leading medical-medical and scientific center of medicine in the Chernivtsi region.

Key words: Chernivtsi State Medical Institute, Bukovina State Medical University, medical and scientific center, Chernivtsi region, history of medicine.

Бойчук Тарас – доктор медичних наук, професор, ректор ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», АН ВШ України. Автор 262 наукових праць, в тому числі 10 навчальних посібників та 8 монографій. Коло наукових інтересів: хронотоксикологія, лазерна поляриметрія біологічних об'єктів. Головний редактор наукових журналів „Буковинський медичний вісник”, „Клінічна та експериментальна патологія”, „Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина”, „Актуальні питання суспільних наук та історії медицини”.

Boychuk Taras – Doctor of Medical Science, professor, rector of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Academician of the Academy of Science of the Higher School of Ukraine. Author of 262 scientific publications including 10 textbooks and 8 monographs. Research interests of the author: chronotoxicology, laser po-

larimetry of biological objects. He is editor of scientific and practical journals „Bukovinian Medical Herald”, „Clinical and Experimental Pathology”, „Neonatology, Surgery and Perinatal Medicine”, „Current Issues of Social Sciences and History of Medicine”.

Мойсей Антоній – доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри суспільних наук та українознавства ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». Коло наукових інтересів: історія української культури, історія України, традиційна культура населення Буковини, взаємовпливи в сфері традиційної культури українського та східнороманського населення Буковини, процеси етнокультурної ідентичності в прикордонних регіонах. Автор 190 наукових праць, в тому числі 5-х монографій.

Moisey Antoniy – Doctor of Historical Sciences, professor, Chief of the Department of Social Sciences and Ukrainian Studies in Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University». Research interests: history of Ukrainian culture, history of Ukraine, traditional culture of Ukrainian population, interplay in area of traditional culture of Ukrainian and east-romanian population of Bukovina, processes of ethnocultural identity in border regions. Author of 190 scientific publications including 5 monographs.

Received: 18-10-2017

Advance Access Published: November, 2017

© T. Boychuk, A. Moisey, 2017