

І. Т. П'ЯТНОЧКА, С. І. КОРНАГА

**ІСТОРІЯ ЗАРОДЖЕННЯ, РОЗВИТКУ ТА ТЕПЕРІШНІЙ СТАН
ФТИЗИАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ НА КРЕМЕНЕЧЧИНІ**ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна**Мета:** дослідити історію зародження, розвитку та теперішній стан фтизіатричної служби на Кременеччині.**Матеріали і методи.** Проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо історії зародження, розвитку фтизіатричної служби на Кременеччині. Проаналізовано стан захворюваності на туберкульоз у Кременецькому районі у різні періоди боротьби з туберкульозом.**Результати.** Наведено дані про зародження, розвиток як результат правильної організації роботи в боротьбі з туберкульозом: методи виявлення, консервативну протитуберкульозну терапію та хірургічне лікування туберкульозу легень, профілактичні протитуберкульозні заходи в різні періоди становлення фтизіатричної служби. А також її занепад, внаслідок теперішніх необґрунтованих реформ щодо фтизіатричної служби.**Висновки.** Кременецький тубдиспансер розташований на території, яка ідеально підходить для лікування захворювань органів дихання. Зберігся невеликий за кількістю, але здібний, працьовитий медичний і допоміжний персонал, який бере за приклад вірне справжнє служіння хворим своїх попередників.**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** Кременеччина; протитуберкульозний диспансер; туберкульоз; фтизіатрична служба.

Кременеччина – одна з перлин України, багата на чудову природу, цінні пам'ятки археології, культури, історії. Це найкращий об'єкт для формування людської особистості, всебічного творчого розвитку, активної у громадсько-політичному житті [6]. Пізнання історичної минувшини дає змогу оцінити сучасність. Людина повинна знати минуле, оскільки воно формує людську особистість, всебічно її розвиває, закладає основи менталітету та, врешті-решт, дозволяє правильно вирішувати чи запобігати тим чи іншим нагальним завданням.

Мета: дослідити історію зародження, розвитку та теперішній стан фтизіатричної служби на Кременеччині.**Матеріали і методи.** Проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо історії зародження, розвитку фтизіатричної служби на Кременеччині. Проаналізовано стан захворюваності на туберкульоз у Кременецькому районі у різні періоди боротьби з туберкульозом.**Результати дослідження та їх обговорення.** Перший протитуберкульозний заклад був відкритий у м. Кременець в 1935 р. Це прототип теперішнього тубкабінету («Пшиходня пшеців грузлічна»). Утримувався на кошти самопожертвувань населення. «Пшиходня» вела неповний облік хворих, безкоштовно видавала хлористий кальцій, там же застосовували штучний пневмоторакс. Щодо роботи в тубвогнищах, то її не проводили, хворих нікуди було ізолювати. Не було лікарняних ліжок не лише в м. Кременець, але й

в усьому Волинському воєводстві. Рентгенапарат знаходився у приватному користуванні, а візит до рентгенолога коштував 5 злотих, що відповідало вартості одного центнера зерна. Бацилярні хворі перебували в тісному контакті з рідними. Захворюваність набувала надзвичайно великого розповсюдження, більшість хворих помирала.

Після возз'єднання українських земель (1939–1940 рр.) у Кременці був створений протитуберкульозний диспансер, але його роботу перервала Друга світова війна. Епідемія туберкульозу «шаліла» надзвичайно. У післявоєнні роки була відкрита загальна лікарня на 75 ліжок, на місці колишньої земської лікарні, а при поліклініці – тубкабінет, в якому працювали лише один лікар та медсестра, робота яких полягала у веденні обліку хворих, внутрішньовенному введенні хворим хлористого кальцію і накладання штучного пневмотораксу.

У 1946 р. був відкритий тубдиспансер для амбулаторного обслуговування хворих, а в 1947 р. – тублікарня на 10 ліжок по вул. Ст. Шумській, в якій працював і користувався великою повагою лікар Яків Ландзберг і медсестра Галина Гапончук. Умови праці були дуже важкими. Часто хворі поступали в лікарню зі своїми ліжками та власною білизною. Ніяких протитуберкульозних препаратів тоді не було. Як кровоспинні середники використовували розчин хлористого кальцію чи кухонної солі, джгути, штучний пневмоторакс чи пневмоперитонеум.

У 1946–1948 рр. Кременецька районна лікарня поповнилася рентгенапаратом, яким обслугову-

вали населення не лише Кременецького району, а й сусідніх: Вишнівецького, Шумського, Дедеркальського, Почаївського та Лановецького районів. Рентгеногляд проводив Яків Ландзберг двічі на тиждень у післяобідній час, наплив людей був надзвичайно великим. У 1948 р. у тубдиспансер направлений на роботу ще один лікар – Валентина Белая, яка вела частину хворих стаціонару (на 25 ліжок) і амбулаторний прийом у диспансері. Зауважимо, що Якову Ландзбергу належить беззаперечна особлива заслуга у становленні та розвитку фтизіатричної служби на Кременеччині.

Наприкінці 1948 р. тубдиспансер отримав рентгенапарат, на якому проводили лише рентгеноскопію. Починаючи з 1949 р. почали широко впроваджувати туберкулінодіагностику та вакцинацію БЦЖ внутрішньошкірним методом. Отже, значну увагу почали приділяти оздоровленню дітей. А ще у 1945 р. при міській лікарні, яка знаходилася по вул. Миру, було відкрито дитячий кістково-протитуберкульозний стаціонар на 10 ліжок. Проте дитячий санаторій, на 25 ліжок, як самостійний заклад почав функціонувати лише з 1946 р. і знаходився в будинку колишнього бургомистра Кременця. У 1949 р. вже під назвою «Дитячий протитуберкульозний санаторій» переведено на Караваєву дачу, на 175 ліжок. Головним лікарем був Михайло Кодачиків, який навів належну дисципліну та комфорт в обслуговуванні маленьких пацієнтів. У літній час тут оздоровлювалося до 340 дітей. З 1980 р. головним лікарем санаторію призначено Сергія Ляшевича, з яким працювали ще два лікарі: Мирослав Расевич – рентгенолог (після його звільнення з посади головного лікаря Кременецького протитуберкульозного диспансеру) і Богдан Олещук; 16 осіб середнього медперсоналу, 15 вихователів та 44 особи молодшого та технічного персоналу. В подальшому, в 1993 р., в зв'язку зі значним зменшенням захворюваності на дитячий туберкульоз, санаторій перепрофільований на дитячий психоневрологічний заклад.

Стосовно, власне, протитуберкульозної служби Кременецького району, то вона з кожним роком ставала потужнішою, покращувалася ефективність профілактичних заходів та лікування. З 1950 р. було ще відкрито тубстаціонар на 20 ліжок у Бережецькій дільничній лікарні. З цього часу в Кременецькому тубдиспансері застосовували такі корегуючі операції при неефективному пневмотораксі, як: френікоекзрез, френікоалкоголізація, олеоторакс і, зокрема, торакопластика. До слова, такі операції вперше були впроваджені в м. Кременець Тернопільської області. Ініціатором і виконавцем таких операцій був кваліфікований фтизіохірург, головний лікар Яків Ландзберг. Зауважимо, що колапсотерапія на цей час відіграла провідну роль при лікуванні хворих на туберкульоз легень, оскільки

специфічні антибактеріальні препарати тільки з'явилися у дуже незначній кількості. Десять грамів стрептомицину і декілька сотень грамів ПАСКу запалювали в очах хворих надію на одужання або, щонайменше, на продовження життя, а в серцях медпрацівників загорався вогонь і радість творчої праці. З 1950 до 1960 р. смертність від туберкульозу знизилася з 26 до 3 на 10 тис. населення, а захворюваність, відповідно, зі 111 до 20 на 10 тис. населення. З 1971 р. різко зменшилася кількість хворих на туберкульозний менінгіт, позалегеневі форми туберкульозу. Значно покращилася ефективність лікування, закриття каверн у вперше діагностованих хворих коливалося в межах 67–92 %, а припинення бактеріовиділення у 77–93 %.

Вершиною (апогеєм) розквіту протитуберкульозної служби на Кременеччині, тобто розширення матеріальної бази, покращення превентивних заходів і ефективності лікування хворих на туберкульоз, припало на 1962–1980 рр., на час перебування на посаді головного лікаря Мирослава Расевича. Під його керівництвом, ще молодого, проте настирливого, ініціативного, талановитого, на місці тракторних гаражів і майстерень було відремонтовано приміщення для двох стаціонарних відділень на 100 ліжок (на легкі та тяжкі форми туберкульозу легень) з місцевим водогоном та каналізацією; проведено електролінію та електрифікацію лікарняних та підсобних приміщень; збудовано механізовану пральню, гаражі та допоміжні приміщення, зокрема адміністративно-господарське залом на 175 місць. Висаджено на площі понад 1 га фруктовий сад, під'їзду дорогу обсаджено липами та декоративними кущами. Звичайно, при цьому щиро активну допомогу надавали колеги та більшість працівників диспансеру. Дуже важливою подією, за його настирливості, було придбання спеціального автобуса з флюорографічним апаратом, а також нового обладнання для лабораторії та лікарняних кабінетів. До слова, більшість цих робіт виконано власними руками працівників колективу диспансеру під безпосереднім керівництвом та особистою активною участю Мирослава Расевича. За особливе трудолюбиве життя він розплатився власним здоров'ям, травмою хребта і операцією з негативними наслідками, які пожинає дотепер. До того ж, не нажив статків: ні власного житла, ні машини.

Крім цього, він доброзичливо заохочував і допомагав при проведенні наукових досліджень та публікацій з питань фтизіатрії, які проводив співавтор статті. Ми сердечно вдячні другу – Мирославу Расевичу за його справді щиро матеріальну та психологічну підтримку при написанні кандидатської дисертації на тему: «Серцево-судинна система при хіміотерапії хворих на туберкульоз легень» (1972 р.).

У роки керівництва Мирослава Расевича, за результатами санітарно-освітньої, профілактичної, лікувальної та реабілітаційної допомоги населенню та хворим, Кременецький протитуберкульозний був першим серед інших районних диспансерів області. Заслуженою повагою серед населення та хворих користувалися завідувачі диспансерного відділення Зеновій Горук, Євгенія Расевич, рентгенолог Анатолій Холодило, фтизіатри: Андрій Плитюк, Степан Трищук, Ірина Левандовська, Любов Хомишина, Людмила Петрушевська, Леся Слив'юк; середній медперсонал: Ольга Бонікевич, Антін Слободянюк, Ніна Пастушенко, Галина Майборода; рентгенотехніки: Михайло Злочевський, Петро Пузей; лаборанти: Василь Сердюк, Тамара Величко; шофер Василь Кірчик, сестра-господиня Віра Слободенюк. Значний внесок у розбудову протитуберкульозної служби зробив головний бухгалтер Віталій Гурчик та багато інших незгаданих, за що просимо вибачення.

Попри все це, у 1980 р. фортуна повернулася в зворотному напрямку, не на користь протитуберкульозної служби району. Мирослава Расевича звільнено з посади головного лікаря через «провал» ідейно-виховної роботи в колективі тубдиспансеру, а саме за різкий вислів проти лікаря-комуніста і компартії, оскільки лікар протилежно вилася проти розпорядження головного, мотивуючи необхідністю йти на партзбори. Чи могла б ситуація змінитися, знаючи Мирослава Расевича як добру, об'єктивну, відверту, не лукаву людину, як кваліфікованого фахівця і особливо здібного організатора протитуберкульозної служби? Як на нас, могли б відновити його на посаді. Якби добра настирлива воля і порука головного лікаря Кременецької ЦРЛ чи обласного протитуберкульозного диспансеру. Не відважилися, лячно було.

За час перебування Мирослава Расевича головним лікарем досягнуті значні успіхи протитуберкульозною службою. Різко знизилася захворюваність серед дітей, підлітків та дорослих. Лікувально-профілактична робота була найефективнішою в області. Зміна головного лікаря неоправдано негативно відобразилася на подальшій «долі» Кременецького тубдиспансеру.

У 1980 р. головним лікарем Кременецького тубдиспансеру призначений Григорій Величко, як фтизіатр він характеризувався знающим кваліфікованим спеціалістом. Але в роботі керівника колективу, в боротьбі з туберкульозом вирішальну роль відіграє організаторський хист, інтерес до новаторства та прогресу. Цього не було. Наша ідея про будівництво нового корпусу для диференціально-діагностичного відділення і пульмонологічного стаціонару «загубилася». До слова, при значному зменшенні хворих на туберкульоз, в перспективі, вони будуть опікуватися

лікарями-пульмонологами. Хоча лікарський потенціал зберігся, але з'явилася деяка пасивність, інертність в роботі. Практично припинилося проведення ранішньої гігієнічної гімнастики серед пацієнтів, як і трудотерапія. Остання доволі позитивно впливала на функціональний стан пацієнтів та нівелювала їх негативний психологічний стан. Відбувалося поступове скорочення стаціонарних ліжок і, відповідно, медперсоналу. «Розпорошувалося» диспансерне майно. Взамін ніякого поповнення та реставрації.

У 1998 р. Григорій Величко виїхав із Кременця. На місце головного лікаря призначили Григорія Вальчука, якому вже важко було зупинити інерцію занепаду в роботі протитуберкульозної служби диспансеру. До того ж, з'являлися різні реформи направлені на скорочення протитуберкульозних стаціонарів з акцентом на «вигідне фінансово обгрунтоване» амбулаторне лікування, тобто гроші повинні «йти» за хворим. У спадщину новому головному лікарю перепавав вже зменшений загальний склад на 90 осіб, в тому числі 7 фтизіатрів, а кількість стаціонарних ліжок скоротилася до 80. Звичайно, зменшувався об'єм роботи як і її ефективність. Скорочення у всіх сферах діяльності Кременецького диспансеру продовжувалося надзвичайно швидко. У 2018 р. ліжковий фонд зменшився до 25 ліжок, загальна кількість працівників – 67 осіб, зокрема 4 фтизіатри (завідувач диспансерного відділення – Вікторія Плетюк, фтизіатри: Леся Слив'юк, Юлій Яловський, Марія Смірнова, лікар-рентгенолог Григорій Вальчук, 2 лаборанти, 20 медсестер. Звичайно, всі вони добросовісно виконують свої прямі функціональні обов'язки, але перебувають під страхом повного закриття стаціонару і переходу лише на «малозатратне» амбулаторне обслуговування хворих. Наосліп, без далекоглядної перспективи реформування і «оптимізації» протитуберкульозної служби на Кременеччині можуть виникнути непередбачувані негативні наслідки. Адже туберкульоз в історично-еволюційному розвитку характеризується хвилеподібними спалахами та затиханнями, з появою все нових небезпечних проявів. За останні роки дійсно зменшилася захворюваність, але з кожним роком зростає кількість пацієнтів із медикаментозною резистентністю, зокрема з мультирезистентністю. Лікування такого туберкульозу в 100 разів дорожче, ніж чутливого [5]. До того ж, ефективність його лікування становить 34,9 %, за даними ВООЗ.

Згідно з Планом дій боротьби з туберкульозом у Європейському регіоні ВООЗ (на 2016–2020 рр.) вважає, що кожна країна може адаптувати ці рекомендації до національних програм, залежно від своїх умов та можливостей. Отже, не можна сліпо копіювати клінічні протоколи, стандарти

і стратегії країн із низькою захворюваністю для України, з високим тягарем туберкульозу [5]. Отож, слід аргументовано враховувати сучасні районні реалії та можливості.

Слушно зауважити, що по Тернопільській області кращі, за останні роки, показники, зокрема захворюваність та ефективність лікування [4], ніж у середньому, по державі. Тож очільники області вважають, що потрібно значно зменшити фінансування, зокрема і на Кременецьку протитуберкульозну службу. Але і в самій області по регіонах епідеміологічні показники різні. До того ж, статистичні показники в Україні по захворюваності не відповідають реальності. За даними ВООЗ, недовиявлення хворих на активний туберкульоз становить 25,0 %, рівень мультирезистентного туберкульозу серед пацієнтів, яким вперше у житті встановлено діагноз туберкульозу, складає 24,3 % серед хворих із повторними випадками туберкульозу – більше, ніж у двічі, понад 58,2 % [3].

Стосовно, власне, Кременецького району, захворюваність на всі форми з 2016 р., порівняно з 2017 р., зменшилась з 42,3 до 37,9 на 100 тис. населення. Це виглядає доволі позитивно. Але, в той же час, питома вага бацилярних форм зростає, відповідно, з 55,6 до 57,7 %, а деструктивних форм з 29,6 до 57,7 % (на 100 тис. населення, відповідно, з 11,7 до 21,9). Швидкими темпами зростає кількість хворих на мультирезистентний туберкульоз. Значно знизився обсяг профілактичних заходів: вакцинацією дітей вакциною БЦЖ у 2017 р. охоплено лише 23 %, туберкулінодіагностика проведена у 4,3 %, флюорографічне обстеження менше, ніж у 30 %.

Теперішні меседжі щодо реформування протитуберкульозної служби зазвичай зводяться до переорієнтації стаціонарного лікування на амбулаторне, тож у багатьох складається враження, що головна мета таких реформ – зекономити. Невже це єдине, що потрібно зробити для успішної боротьби з цією підступною недугою? А щодо нинішніх клінічних протоколів та стандартних схем лікування, то в них немає чіткого критерію вилікування. Такого критерію не існує. Хворий повинен лише пройти повний регламентований курс антимікобактеріальної терапії і до припинення бактеріовиділення. А опісля нікого не цікавить, що буде далі. Звичайно, це сприяє почастишанню рецидивів і, передусім, хіміорезистентності.

Отож, принциповим є те, що бактеріовиділювач повинен бути госпіталізованим, оскільки лише в умовах стаціонару або хоспісу можна реально забезпечити щоденне контрольоване лікування і значно краще здійснювати інфекційний контроль. До того ж, не можна повністю ігнорувати «старі» погляди. Хворого потрібно лікувати в стаціонарі до стійкого знебацелення, загоєння порожнин

розпаду, клініко-рентгенологічної стабілізації процесу, тобто до гарантованого вилікування. Тож очевидно, що за українських реалій необхідно зберегти протитуберкульозні стаціонари вторинного рівня, зокрема в Кременці, територіально віддалені від обласних протитуберкульозних диспансерів. А що робити з безхатченками, які хворіють на легку форму туберкульозу, з асоціальними хворими на активну форму туберкульозу? Те, що Тернопільщина на сьогодні має найнижчі показники захворюваності на туберкульоз і кращу ефективність лікування, ще не дає підстав радіти. Така ситуація склалася не через те, що люди стали менше хворіти, а тому, що багато з них не проходять обстеження (туберкулінодіагностику, флюорографію тощо). У результаті, недугу виявляють на пізніх стадіях, коли боротися з нею складно і дорого. Кожний 5 вперше виявлений хворий помирає до року спостереження. Зростає захворюваність на ВІЛ/СНІД, а її поєднання з туберкульозом значно ускладнює проблему боротьби з цим надзвичайно небезпечним поєднанням. До того ж, прихильність до тривалого лікування знижується через незадовільне проведення санітарно-просвітньої роботи серед населення і хворих [2]. Слушно акцентувати увагу всім про те, що здоров'я настільки переважає всі блага життя, що воістину здоровий жебрак щасливіший від хворого багатія. Отож, коли немає здоров'я, мовчить мудрість, марне багатство і безсилий розум. За власне здоров'я насамперед відповідає сама людина, а також її оточення, держава. У цьому плані значну роль відіграє профілактика. Хоч їй приділяють мало належної уваги. Вважають, що коли лікар виліковує декілька десятків хворих, його прославляють, але той, хто запобіг від захворювання десятки й сотні тисяч людей, залишається непоміченим, бо ж як оцінити те, що не сталося [1].

Висновки

На завершення зауважимо, що Кременецький тубдиспансер розташований на території, яка ідеально підходить для лікування захворювань органів дихання, адже знаходиться просто серед лісу, в одному з мальовничих куточків Кременеччини, в урочищі Фецуки. Неповдалі, так зване, Царське село, як жартома називають порівняно новий масив розкішних забудов (по теперішніх мірках). Зберігся ще невеликий за кількістю, але здібний, працьовитий медичний і допоміжний персонал, який бере за приклад вірне справжнє служіння хворим своїх попередників, зокрема Мирослава Расевича, як запалену свічку, яка світячи іншим, згорає сама.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому вивченні історії розвитку фтизіатричної служби на теренах Тернопільщини.

Список літератури

1. Громашевский Л. В. Общая эпидемиология / Л. В. Громашевский. – 4 изд. – М. : Медицина, 1965. – 290 с.
2. Корнага С. І. Успіхи та недоліки в боротьбі з туберкульозом / С. І. Корнага, І. Т. П'ятночка // Туберкульоз, легеневи хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2018. – № 2. – С. 44–49.
3. Перспективи покращення ефективності лікування у хворих на мультирезистентний туберкульоз: світові тенденції та вітчизняні досягнення / Ю. І. Феценко, Н. А. Литвиненко, Г. О. Варицька [та ін.] // Інфекційні хвороби. – 2017. – № 4. – С. 10–21.
4. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник). – К., 2018. – 77 с.
5. Феценко Ю. І. Погляд на проблему боротьби з туберкульозом в Україні / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко // Укр. пульмонол. журн. – 2016. – № 3. – С. 5–10.
6. Чернихівський Гаврило Кременеччина від давнини до сучасності / Гаврило Чернихівський // Кременець : Папірус, 1999. – 330 с.

References

1. Hromashevskiy, L.V. (1965). *Obshchaya epidemiologiya [General epidemiology]*. 4th ed. Moscow: Medicine [in Russian].
2. Kornaha, S.I., & Piatnochka, I.T. (2018). *Uspikhy ta nedoliky v borotbi z tuberkul'ozom [Successes and disadvantages in the fight against TB]*. *Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiia – Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection*, 2, 44-49 [in Ukrainian].
3. Feshchenko, Yu. I., Lytvynenko, N.A., Varytska, H.O., Chobotar, O.P., Pohrebna, M.V., Senko, Yu.O., Davydenko, V.V., Shcherbakova, L.V., & Hrankina, N. (2017). *Perspektyvy pokrashchennia efektyvnosti likuvannia u khvorykh na multyrezystentnyi tuberkuloz: svitovi tendentsii ta vitchyzniani dosiahnennia [Prospects for improving the treatment efficacy for patients with multidrug resistant tuberculosis: global trends and national advances]*. *Infektsiini khvoroby – Infectious Diseases*, 4, 10-21 [in Ukrainian].
4. (2018). *Tuberkuloz v Ukraini (Analitychno-statystychnyi dovidnyk)*. [Tuberculosis in Ukraine (Analytically statistical reference book)]. Kyiv [in Ukrainian].
5. Feshchenko, Yu.I., Melnyk, V.M., & Turchenko, L.V. (2016). *Pohliad na problemu borotby z tuberkulozom v Ukraini [A fight with tuberculosis in Ukraine: view on a problem]*. *Ukr. pulmonol. zhurnal – Ukrainian Pulmonology Journal*, 3, 5-10 [in Ukrainian].
6. Chernykhivskiy Havrylo (1999). *Kremenetschyna vid davnyiny do suchasnosti [Kremenetschina from antiquity to the present]*. Kremenets: Papirus [in Ukrainian].

ІСТОРІЯ ЗАРОЖДЕННЯ, РАЗВИТТЯ І НЫНІШНЄЕ СОСТОЯННЄ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЇ СЛУЖБЫ НА КРЕМЕНЕТЧИНЄ

И. Т. Пятночка, С. И. Корнага

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Цель: исследовать историю зарождения, развития и нынешнее состояние фтизиатрической службы на Кременетчине.

Материалы и методы. Проведен систематический анализ научных источников информации по истории зарождения, развития фтизиатрической службы на Кременетчине. Проанализировано состояние заболеваемости туберкулезом в Кременецком районе в разные периоды борьбы с туберкулезом.

Результаты. Приведены данные о зарождении, развитии как результат правильной организации работы в борьбе с туберкулезом: методы выявления, консервативная противотуберкулезная терапия и хирургическое лечение туберкулеза легких, профилактические противотуберкулезные мероприятия в различные периоды становления фтизиатрической службы. А также ее упадок, вследствие нынешних необоснованных реформ во фтизиатрической службе.

Выводы. Кременецкий тубдиспансер расположен на территории, которая идеально подходит для лечения заболеваний органов дыхания. Сохранился небольшой по количеству, но способный, трудолюбивый медицинский и вспомогательный персонал, который берёт в пример верное служение больным своих предшественников.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Кременетчина; противотуберкулезный диспансер; туберкулез; фтизиатрическая служба.

HISTORY OF ORIGIN, DEVELOPMENT AND CURRENT STATE OF PHTHYSIOLOGICAL SERVICE IN KREMENETS REGION

I. T. Piatnochka, S. I. Kornaha

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: to investigate the history of the origin, development and current state of the phthisiological service in Kremenets region.

Materials and Methods. We have carried out a systematic analysis of scientific sources of information on the history of the origin and development of the Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: to investigate the history of the origin, development and current state of the service in Kremenets region. The state of tuberculosis in the Kremenets district in different periods of the fight against tuberculosis is analyzed.

Results. The data on the birth, development, as a result of proper organization of work in the fight against tuberculosis are presented: methods of detection, conservative anti-tuberculosis therapy and surgical treatment of pulmonary tuberculosis, preventive anti-tuberculosis measures in various periods of the development of phthisiological services. As well as its decline, due to the current unreasonable reforms in the phthisiological service.

Conclusion. Kremenets Phthisiological Hospital is located in the area that is ideal for the treatment of respiratory diseases. A small in number but capable, hardworking medical and support staff has been preserved, which takes as an example the faithful service to the sick of their predecessors.

KEY WORDS: **Kremenets region; tuberculosis dispensary; tuberculosis; predecessors service.**

Рукопис надійшов до редакції 11.10.2018 р.

Відомості про авторів:

П'ятночка Іван Теодорович – доктор медичних наук, професор ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».

Корнага Світлана Іванівна – доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».