

Резник В.И.

ГИГИЕНА ЗЕМСКИХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СЕВЕРНОЙ ТАВРИИ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX ВЕКА

Освоение Россией необозримых просторов Северной Таврии началось ещё в XVI веке с возникновением донского и запорожского козачества. Но интенсивная колонизация этих мест прошла только в XVIII веке. На её ход существенно влияли эпидемии и эпизоотии, войны и неурожаи, однако, в целом, этот процесс происходил все более интенсивно [1].

Таким образом, на протяжении XVIII века, в особенности, в последней его трети, на территории Северной Таврии сложилось довольно многочисленное, разнообразное по социальному положению и национальному составу население, основную массу которого составляло крестьянское большинство [2].

Нетронутые безлесые и ковыльные степи с их плодородными чернозёмами становились крупнейшим земледельческим регионом южной России, что способствовало возникновению большого количества совершенно новых необжитых мест обитания человека [3].

Сложные географические и климатические условия проживания людей в необустроенных местах, тяжелый ручной труд, высокий травматизм при работе на несовершенных сельскохозяйственных орудиях и механизмах, скудное и некачественное питание, повсеместный недостаток воды предопределили очень высокую заболеваемость населения.

А.А. Скальковский отмечал: «Самая трудная борьба русскому человеку, поселившемуся в наших степях, предстояла с климатом, с его буйными ветрами, невыносимым зноем, страшным холодом и постоянным безводьем» [4]. К.А. Вернер в 1889 году отмечал: «население Таврической губернии не отличается особенно цветущим здоровьем, более всего страдает инфекционными болезнями, болезнями брюшных и дыхательных органов, болезнями глаз, кожи и ревматизмом. Сильное развитие их среди сельского населения обуславливается не гигиеничной обстановкой его жизни» [5].

О том, что показатели здоровья проживающего населения в Северной Таврии были значительно хуже, чем в общем по России, свидетельствовали также данные о призываемых к отбыванию воинской повинности. Так, в среднем за 10 лет (1874-1883 г.г.) в Таврической губернии по болезням и физическим недостаткам не было принято 18 процентов новобранцев. В целом по России этот показатель составлял 14 процентов [6].

В Северной Таврии до 1864 года организация и система оказания медицинской помощи сельскому населению совершенно отсутствовали [7]. В уездах были введены только должности уездных врачей, которые лечением больных не занимались. «До введения земских учреждений существовал один уездный врач на весь уезд; была в Мелитополе больница на 26 кроватей, но ни тот, ни другая нуждам населения не служили, лечение не входит в круг административной деятельности уездного врача, а в больницу принимались лишь чины военного ведомства, лица же крестьянского и других сословий в больницу попадали лишь тогда, когда оказывалась свободная кровать» [8]. В приёмных покоях оказывалась медицинская помощь только больным, «остающимся вне всякой помощи за неимением приюта» [9]. В уездах Северной Таврии медицинскую помощь оказывали состоятельным больным частнопрактикующие врачи, а также врачи, нанятые богатыми землевладельцами и работающие в их колониях и имениях. Большинству крестьян квалифицированная медицинская помощь была недоступна. Среди бедного слоя населения широкое распространение имело знахарство, крестьяне просто не доверяли врачам.

В целом же забота о народном здравии была возложена на Приказы общественного призрения, в ведении которых были немногочисленные больницы и приёмные покои, чаще всего размещенные в неприспособленных наёмных частных домах.

Приказы общественного призрения – это специально созданные государственные учреждения в России в 1775 году. В круг их ведения входили школы (до 1782 года), благотворительные и медицинские учреждения, сиротские дома, больницы, аптеки, богадельни, работные и смиренные дома. До учреждения Приказов общественного призрения больницы и госпитали служили одновременно богадельнями, домами для инвалидов и психических больных, в которых вместе со взрослыми содержались и дети. Именно Приказы общественного призрения положили начало созданию специальных медицинских учреждений, разработки гигиенических норм строительства и содержания больниц.

Были попытки властей распространить обязанности по оказанию медицинской помощи рабочим на частные предприятия, а по обслуживанию сельского населения – на общины, однако они не увенчались успехом.

Больницы, находившиеся в ведении Приказов общественного призрения, были неблагоустроены, плохо снабжались медикаментами и продовольствием.

Почти за 90 лет своего существования Приказы общественного призрения открыли в России всего 519 больниц. Родовспоможение проводилось в уездах Северной Таврии повивальными бабками, которые не имели медицинского образования [11].

С 1864 года забота о народном здравии была возложена на вновь созданные земства.

Вторая половина XIX столетия в России ознаменовалась проведением важнейших реформ на государственном уровне правительством Александра II. Среди них освобождение крестьян от крепостной

зависимости, реформы в финансовой и судебной сфере, государственного контроля, печати, государственного самоуправления, народного образования, воинской повинности. В ряду этих радикальных реформ после крестьянского положения важнейшее место, без всякого сомнения, занимает положение о земских учреждениях.

Ещё 25 марта 1859 года было дано Высочайшее повеление о преобразовании губернского и уездного управлений. В нём указано такое руководительное начало: «при сем рассмотрении необходимо предоставить хозяйственно-распорядительному управлению в уезде большее единство, большую самостоятельность и большее доверие». 23 октября 1859 года эти начала распространились и на преобразование губернских учреждений. В результате работы особой комиссии Министерства внутренних дел и Министерства финансов 1 января 1864 года было обнаружено положение о губернских и уездных земских учреждениях.

В результате проведения этой реформы в ряде губерний России были созданы земства – местное самоуправление под главенством дворянства. На Украине реформа распространялась только на южные и левобережные губернии, где было создано 6 губернских и свыше 60 уездных земских управ. На Правобережье земская реформа проведена только в 1911 году [12].

Земство у уездах Северной Таврии состояло из уездного собрания, заседание которого проходило раз в году (по чрезвычайным обстоятельствам – чаще) и исполнительного органа – уездной земской управы. В состав уездного собрания входили гласные, избираемые на съездах землевладельцев уезда, собраниях городских собственников и волостных сходках крестьян [13].

Земским учреждениям поручались следующие дела: заведование имуществами, капитальными и денежными сборами земства, устройство и содержание принадлежащих земству зданий и путей сообщения, управления делами взаимного земского страхования имуществ, попечение о развитии торговли и промышленности, дела народного продовольствия и общественного призрения бедных, участие, преимущественно в хозяйственном отношении, в пределах закона, в попечении о народном образовании и о народном здравии. Земству также вменялось взимание, раскладка, назначение и расходование земских налогов и сборов.

В ходе становления и функционирования земской медицины в Таврической губернии сразу же возникла острая необходимость строительства новых земских сельских и городских больниц, лечебниц и амбулаторий. Этому способствовал ряд объективных и субъективных факторов. Интенсивное строительство лечебных учреждений в уездах Северной Таврии было в первую очередь вызвано крайне низким процентом госпитализированных больных из числа заболевших:

Уезды	Общее число больных	Число стационарных больных	Процент
Днепровский	33551	290	0,8
Мелитопольский	119035	755	0,6
Бердянский	131001	673	0,5
Евпаторийский	5989	306	5,1
Феодосийский	18522	204	1,1
Ялтинский	9198	90	0,9

Такое положение свидетельствовало о крайне острой нехватке стационаров для госпитализации тяжелых больных и неудовлетворительным санитарно-техническом состоянии большинства больниц того времени.

Однако самое главное-то, что в первый же год существования земства в губерниях была внедрена не имеющая на то время аналогов в мире участковая система медицинского обслуживания населения. Это потребовало строительства на каждом врачебном участке больницы или лечебницы, сети амбулаторий и фельдшерских пунктов.

В начале каждый земский врачебный участок занимал довольно большую территорию, что при отсутствии дорог с твердым покрытием и транспорта значительно ухудшало своевременность и качество оказания медицинской помощи. Было необходимо постоянно увеличивать количество врачебных участков с уменьшением радиуса обслуживания и количества населения на одного врача.

К.А. Вернер указывает: «лечебницы должны устраиваться для сельского населения на пространстве с двенадцативерстным диаметром, т.е. каждая лечебница должна приходиться на площадь в 113 квадр.верст; только при этих условиях лечебницы могут достигать своей цели; между тем в Таврической губернии одна только кровать (а не лечебница) приходится на площадь, большую чем 113 квадратных верст» [14].

В период становления земской медицины система подачи врачебной помощи была разъездная: земские врачи регулярно в определенные сроки выезжали на свои земские врачебные участки и помогали больным советом и лекарствами. Медикаменты приобретались врачами в аптеках и выдавались больным за плату. В последующем медикаменты выдавались больным бесплатно [15].

Затем передовые земские врачи предложили внедрить сначала стационарную, а потом смешанную систему оказания медицинской помощи сельскому населению. Земские власти с большой неохотой согласились на переход к смешанной системе. Но со временем стало ясно, что при такой системе

медицинского обслуживания и резкого увеличения процента стационарных больных показатели эффективности лечения больных значительно улучшились. При смешанной системе земский врач, кроме работы в больнице или лечебнице, оказания неотложной и экстренной помощи и работы в эпидемических очагах непосредственно на своём врачебном участке, был обязан регулярно по графику выезжать на врачебный участок для контроля работы фельдшеров, оказания плановой медицинской помощи населению, проведения санитарных мероприятий и контроля за водоснабжением, питанием, состоянием жилищ. «За последнее время резко заметно стремление Таврических земств заменить разъездную систему медицины стационарной с устройством возможно большего количества больниц или приёмных покоев с постоянными кроватями» [16].

«В Днепровском уезде земское собрание уже пять лет тому назад пришло к заключению о необходимости устраивать приёмные покои; в Мелитопольском уезде не только земство, но и крестьяне обществ пришли к сознанию необходимости больниц для населения и строят их на свои средства. В Бердянском и Феодосийском уездах также давно принята земством стационарная система подачи медицинской помощи среди населения, и врачи выезжают на свои участки лишь только в экстренных случаях и во время эпидемий» [17].

В начале 70-х годов XIX века земство было вынуждено устраивать больницы, лечебницы и амбулатории в частных непригодных домах. Земские врачи в своих отчётах указывали, что такие домовладения совершенно не соответствовали существующим на то время санитарным требованиям и нормам. Из доклада земского врача: «Дом, нанимаемый для больницы, находится в центре города и, хотя отчасти поместителен, но есть комнаты сырые и только именно неимение другого помещения, вынуждает оставлять больницу в этом доме и снисходительно смотреть на отсутствие главных гигиенических условий в приюте больных» [18].

На первом этапе в некоторых уездах Таврической губернии по опыту Крестецкого земства были открыты в частных домах приёмные покои. Однако опыт не удался? и приёмные покои, простоявшие два года пустыми, были закрыты. Приёмные покои явились переходной ступенью к постройке больниц.

Одним из факторов, способствующих увеличению количества лечебных учреждений, явилась безвозмездная и бесплатная стационарная помощь. Земский врач А.В. Корвацкий по этому поводу писал: «Крестьянское большинство более чем какое-либо другое сословие нуждается в хорошо устроенной и непременно бесплатной больнице, так как крестьянин в 99 случаях из 100 случаев человек, болеющий часто и тяжело, но несостоятельный, не имеющий возможности уплатить врачу» [19]. Было ясно, что квалифицированная медицинская помощь может быть оказана только в условиях стационара.

Быстрому росту количества больниц способствовали успехи хирургии. На то время уже были решены две самые важные проблемы, ранее не позволяющие широкому распространению хирургической и травматологической помощи, в которой так нуждалось сельское население. Во-первых, внедрение асептиков и антисептиков-, то есть системы предупреждения и лечения гнойных послеоперационных осложнений, и, во-вторых, введение в широкую хирургическую практику общего и местного обезболивания при проведении операций. Для проведения сложных оперативных вмешательств требовалось устройство операционных: «Специальные операционные комнаты или залы должны устраиваться при соблюдении всех правил антисептики и асептики. Операционная комната должна располагаться, обыкновенно не далеко от палат для большего удобства переноски больных, Операционная комната должна хорошо освещаться. С этой целью, кроме бокового света, устраиваются стеклянные купола для освещения сверху. В этой комнате помещаются: операционный стол, операционный стул, инструменты, перевязки. Кроме того, в операционную комнату должна быть проведена вода в обильном количестве, как холодная, так и теплая» [20].

«И во многих селах и деревнях можно уже найти благоустроенные больницы и опытных научно-образованных врачей- хирургов, И население, раньше боявшееся ножа и операции, теперь все более и более доверяют хирургу, все более убеждаются в приносимой им пользе. Хирург сделался в полном смысле слова близким другом страждущего населения.

Из заболеваний, осложнявшим прежде всего заживление ран, как, например, госпитальный «антонов огонь», (гангрена – авт.), в настоящее время им совершенно незнакомы. Целые поколения современных нам врачей ни разу не имели случая увидеть эту ужасную болезнь, хотя раньше она была обычной и свирепствовала, как самая упорная эпидемия» [21].

Сложным оставался вопрос финансирования строительства больниц. Денежные средства на капитальные вложения направлялись из бюджета земств, доходная часть которого формировалась из повсеместного земельного налога, средств, которые выделяли сельские общины и пожертвований. Многие крупные земледельцы строили больницы на свои средства, а затем безвозмездно передавали их земству (граф Канкрин, Панкеев, Попов, Иваненко) [21].

Санитарный надзор за строительством и эксплуатацией земских лечебных учреждений в Северной Таврии проводили земские врачи. При его осуществлении земские врачи ощущали большие трудности. Земства чинили препятствия для такой деятельности врача или полностью игнорировали его рекомендации и предложения, особенно при строительстве больниц, что потребовало в дальнейшем их реконструкции, а то и строительства новых зданий.

«Сложность дела и профессиональная ответственность перед исполнением требуют от земского врача как специально медицинской подготовки, так и опыта общественных деятелей. При сложившихся

условии ведения дела земской медицины в Мелитопольском уезде, мнение врачей, работающих на пользу населения и выносящих на себе всю тяжесть не правильной постановки дела, фактически не принимаются во внимание при разрешении многих сложных вопросов. Результатом такой системы являются нецелесообразное устройство лечебных заведений, неправильное распределение медицинской помощи в уезде, недоразумения между персоналом и Управой, невольный уход медицинских работников. Собрание земских врачей уезда избрало депутатами в Земское собрание врачей А. В. Корвацкого и С. А. Александрова для поддержания ходатайства собрания по данному вопросу» [22].

«Прошлое Уездного земства показывает, что здания лечебных, выстроенные без строго обдуманного плана и без соблюдения всех необходимых требований со стороны медицинского персонала и администрации этих заведений, вызывают впоследствии необходимость перестроек и различных переделок зданий, и производство таких расходов, без которых, по своей вероятности, можно бы обойтись, если бы указанные требования были соблюдены в самом начале при постройке лечебного заведения» [23].

Земские врачи уже при выборе участка под строительство больницы обращали внимание земства на то, что местность вблизи строительства «должна быть здоровой, вдали от промышленных заведений, шумных улиц, при ней разбивается сад против ветров и лучей солнца» [24].

«Было указано, что приобретенное по уполномочию предыдущего Собрания Уездной Управой место для постройки больницы, по мнению врача, заведующего больницей г. Корвацкого, представляет очень много неудобств и, что г. Корвацкий указывает новое место для больницы, по его мнению, вполне пригодное для означенной цели. Корвацкий указал на следующие недостатки приобретенного места, а именно: близость городского для нечистот места, а также на то, что при господствующих ветрах, несущих кучи песку, больница будет страдать от пыли и что, по его мнению, по вокзальной улице имеется очень удобное место для постройки больницы» [25].

Земские врачи требовали, чтобы на 1 койку приходилось не менее 100 кв саженей территории строящейся больницы.

При отсутствии опыта строительства больничных зданий, проектных учреждений, нормативной документации и типовых проектов, проектирование и строительство больниц велось по практическому опыту других земств и литературным источникам. Все проекты на то время составлялись губернскими техниками.

Практически все земские больничные здания были построены по самой несовершенной коридорной системе. Эта система имела много неустраняемых недостатков: все отделения находились под одной крышей; палаты расположены рядом с пищеблоком и прачечной, уменьшена освещенность палат, несовершенна их вентиляция.

Уже в то время ориентации больничных зданий придавали огромное значение: «Для улучшения инсоляции больничные здания должны быть ориентированы с юго-востока на северо-запад или с северо-востока на юго-запад при достаточном расстоянии одного строения от другого (на двойную высоту каждого из них)» [26].

При проектировании и строительстве зданий больниц на то время уже существовали следующие требования: здание больницы предлагалось строить одноэтажным, или не более 2-х этажей. Палаты должны были разделяться по полу, возрасту и роду болезни. Кроме того, предусматривались изолированные помещения для инфекционных больных, запасные помещения на экстренные нужды, сортировочные палаты или павильон для вновь поступивших больных до точного определения их болезни. Вспомогательные помещения состояли из аптеки, кухни, прачечной, квартир для персонала, в отдельном здании часовня.

В санитарных требованиях особое внимание обращалось на устройство пола, стен и потоков с целью уменьшения запыленности здания. Больничные помещения, как правило, строились с высокими потолками. На каждого больного рекомендовалось 7-10 куб. метров воздуха и 7-10 кв. метров площади пола.

Земские врачи считали что «с улучшением вентиляции в больницах значительно уменьшается смертность от отдельных болезней, значение чистоты воздуха для хирургических больных громадно» [27].

При проведении санитарного надзора за лечебными учреждениями земские врачи уделяли главное внимание на состояние воздушной среды больниц. Усиленному загрязнению воздуха закрытых помещений больниц способствовал ряд отрицательных факторов:

– Климато-географические особенности безлесой, безводной и на огромных площадях вспаханной степи, постоянные сильные восточные ветры и черные пыльные бури способствовали проникновению в больших количествах мелкодисперсной пыли в больничных здания.

– Использование для освещения и отопления свечей или керосина и угля приводило к интенсивному аэрозольному загрязнению воздуха помещений больниц в виде дыма, копоти и пыли.

– При коридорной системе устройства больницы существенное влияние на состояние воздуха палат оказывала работа кухни и прачечной, загрязнение его аэрозолями и гидроаэрозолями.

– Отсутствовали эффективные технические системы обеспечения притока и вытяжки воздуха в требуемых объемах.

Усиленному надзору за воздухом закрытых помещений в больницах способствовала в определенной

мере теория «миаз», по которой большинство «заразительных начал» должно было распространяться воздушно-капельным путём. Особое место в санитарном надзоре за лечебными учреждениями занимала гигиена мебели, одежды и белья с целью профилактики внутрибольничной инфекции. Принимались меры по улучшению водоснабжения и питания больных. «Больничные принадлежности находятся в достаточном количестве по числу больных (по больничному уставу и в удовлетворительном состоянии).

Продовольствие больных производилось по положению больничного устава в виде порций: ординарной, слабой и экстренной. Для питья кроме возможно чистой воды, постоянно готовится квас. Припасы, употребляемые для приготовления пищи и питья, всегда свежие, доброкачественные и в надлежащем количестве» [28].

Неоценимый опыт, система, структура и функции земской медицины уже в конце XIX века были перенесены при организации медицинской помощи сельскому населению не земских губерний, городскому населению, рабочим на фабриках и заводах.

В России в 1890 году земству принадлежало 1197 лечебных заведений, что составляло 57% всех больниц империи, с числом кроватей в 24715 – около 35% общего числа кроватей всех больниц и клиник. По данным за 1892 год организация медицинской помощи в 34 земских губерниях, по сравнению с 12 не земскими губерниями, в которых медицинским департаментом была устроена сельская медицина, выражалась следующими цифрами:

	В земских губерниях	В не земских губерниях
Один врач приходится на площадь в	1800 кв. верст	8640 кв.верст
Один врач приходится на население	42000 душ	101300 душ
Одна кровать приходится на	1250 душ	2380 душ
На 10000 населения приходится кроватей	8,0	4,2
На 10000 населения приходится всех больных обращающихся за медицинской помощью	3210	1594
На 10000 населения коечных больных	123	47

Врачебный участок, являющийся основной формой организации земской медицины? был рекомендован в 1934 году гигиенической комиссией Лиги Наций другим странам мира для организации медицинской помощи населению.

До настоящего времени сохранилось множество зданий земских лечебно-профилактических учреждений, значительная часть которых до сих пор выполняет своё первоначальное предназначение.

Требования, правила и нормы, разработанные и внедрённые земскими врачами, со временем усовершенствованные, являются одной из основных составных частей современного предупредительного и текущего санитарного надзора за лечебно-профилактическими учреждениями.

Литература

1. Михайлов Б.Д. История города Мелитополя. Запорожье: ВПК «Запоріжжя», РИО «Издатель», - 1998. С.65
2. Арина А.Е. Социально-экономические изменения в деревне. Мелитопольский район. - М.: «Сельхозгиз», - 1939. - С.7.
3. Арина А.Е. Указ. соч. - С. 8
4. Скальковский А.А. Опыт статистического описания Новороссийского края. Часть II - Одесса, 1853. - С.100.
5. Вернер К.А. Памятка-книжка Таврической губернии. - Симферополь, 1889. - С. 83.
6. Вернер К.А. Указ. соч. - С. 94.
7. Вернер К.А. Указ. соч. - С. 100.
8. Дзякович П.К. Очерк города Мелитополя и его уезда в географическом отношении, - Мелитополь: Издание типографии Либермана. 1990. - С. 31.
9. Дзякович П.К. Указ. соч. - С. 95
10. Дзякович П.К. Указ. соч. - С. 96
11. Вернер К.А. Указ. соч. - С.93
12. Резник В.И. Гигиенические и эпидемиологические аспекты деятельности земских врачей Мелитопольского уезда во второй половине XIX-го века // Запорожский медицинский журнал. - 2000. - № 5-6. - С.71.
13. Дзякович П.К. Указ. соч. - С. 97
14. Вернер К.А. Указ. соч. - С. 100
15. Вернер К.А. Указ. соч. - С. 94
16. Вернер К.А. Указ. соч. - С. 95
17. Вернер К.А. Указ. соч. - С. 96
18. Корвацкий А.В. Отчёт земского врача за 1890. Фонды Мелитопольского Краеведческого музея. - № 313 - С. 124.

19. Корвацкий А.В. Указ. соч. - С. 136.
 20. Брокгауз Ф.А., Ефрон И.А. Энциклопедический словарь Том V С.-Петербург, 1891. - С. 326.
 21. Постановления Мелитопольского уездного собрания XL сессии. - 1911. - С.124
 22. Протоколы совещания земских врачей Мелитопольского уезда. 1896 г. // Фонды Мелитопольского Краеведческого музея. - №313. - С.46.
 23. Постановления Мелитопольского Уездного земского собрания XXI сессии. - 1888. - С. 126

Заболеваемость населения Таврической губернии (1881-1886 г.г.)

Болезни	Бердянский	Мелитопольский	Днепропетровский	Перекопский	Евпаторийский	Симферопольский	Феодосийский	Ялтинский
Инфекционные заболевания	31745	7894	9030	474	1181	1676	3297	2992
Болезни нервной системы	3414	831	223	-	25	99	325	281
Болезни органов кровообращения	996	374	231	6	54	50	78	120
Болезни органов пищеварения	26031	4033	4390	177	1026	1018	2184	1696
Болезни органов дыхания	14210	3328	1757	227	545	595	1238	1221
Болезни органов зрения	6118	2157	891	57	269	177	696	343
Болезни органов слуха	1257	330	91	6	41	24	129	74
Болезни кожи подкожной клетчатки	20605	3000	2253	52	758	397	1330	1412
Ревматизм и болезни суставов	-	1127	1287	32	530	319	661	-
Новообразования	-	150	106	-	44	4	38	-
Повреждения	-	926	561	28	234	118	766	-
Отравления	105	18	13	-	-	1	6	13
Болезни с неопределенным диагнозом	-	997	641	71	91	-	1068	10
ИТОГО	120086	28111	23320	1176	5536	4759	12824	9403

Земская медицина Таврической губернии в 1886 году на одного врача приходилось:

	Квадратных верст	Населенных пунктов	Сплошных селений	Дворов	Жителей	Детей	Стариков	Школ	Учащихся	Родившихся	Умерших	Скоростижно умерших
Днепровский	3397	166	25,5	5250	32296	7747	1078	14	1042	1874	1278	19,5
Мелитопольский	1693	78,6	19	4740	30312	3580	556	17,5	1076	1808	1245	24,3
Бердянский	779	30,3	16,8	2803	18379	4340	591	15,8	985	1031	688	8,9
Перекопский	1745	146	68,6	1177	6687	1511	256	17,6	466	237	146	5,6
Евпаторийский	2520	151,5	115	2294	13225	2981	480	41	831	722	511	13
Симферопольский	1473	370	81	2857	15336	3129	648	26,6	748	565	470	10
Феодосийский	1240	140	67	1811	11832	2103	388	30	779	476	309	12
Ялтинский	366	75,5	16,7	1927	9222	1972	353	14	598	260	116	2,7

Земская медицина Таврической губернии 1886 г. стационарная помощь по К.А.Вернеру.

Уезды	Число больниц	Число кроватей	Одна кровать приходится на:								
			Число квадратных верст	Число селений	Населенных пунктов	Число дворов	Число жителей	Зарегистрированных больных	Хирургических больных	Венерических больных	Инфекционных больных
Днепровский	3	60	190	1,7	11	329	2153	559	64	9,7	49,7
Мелитопольский	3	54	217,2	3	11,6	647	4490	2204	143	33,7	54,7
Бердянский	4	95	81,1	1,9	3,5	303	2128	1379	162	14,8	108,4
Перекопский	2	20	266	10,3	21,9	121	1003	сведений нет			
Евпаторийский	2	30	164,6	7,6	10,1	153	881	199	35	6	17,8
Симферопольский	2	16	276	15,2	69,5	535	2877	407	41	6,5	46,4
Феодосийский	4	50	124	6,7	10,4	218	1123	370	41	3,3	23
Ялтинский	3	15	67,6	4,4	20,1	514	2459	613	84	13	11,4
Губернское земство	1	350	(Из них 260 в отделении для душевно-больных)								

Земская медицина Таврической губернии 1886 г. Кадры и сеть по К.А.Вернеру.

	Бердянский уезд	Мелитопольский уезд	Днепровский уезд	Перекопский уезд	Евпаторийский уезд	Симферопольский уезд	Феодосийский уезд	Ялтинский уезд	Губернское земство	Итого
Врачей	11	8	4	3	2	3	5	4	5	45
Фельдшеров	42	27	23	7	7	7	13	8	6	140
Акушеров	6	-	1	2	-	-	3	-	1	13
Сестер милосердия	-	-	-	-	-	-	4	-	-	4
Итого	59	35	12	12	9	10	25	12	12	202
Число медицинских участков	10	7	4	3	1	3	5	4	-	37
Из них с больницами	4	3	3	2	1	2	4	3	-	22