

І.Ю. Робак, Г.Л. Демочко

**Охорона здоров'я
в першій столиці
радянської України**



(1919–1934 рр.)

Харків
Колегіум
2012

УДК 614.2(091) (477.54) «1919–1934»
ББК 51.1 (УКР)
Р58

*Затверджено вченою радою ХНМУ.
Протокол № 5 від 19.04.2012 р.*

Рецензенти:

Водотика С.Г. — доктор історичних наук, професор кафедри історії України та методики викладання Херсонського державного університету;

Потрашков С.В. — доктор історичних наук, завідувач кафедри історії України та всесвітньої історії Харківської державної академії культури.

Робак І.Ю., Демочко Г.Л.

Р58 Охорона здоров'я в першій столиці радянської України (1919–1934 рр.). — Х. : Колегіум, 2012. — 260 с. (іл. 14 с.)

ISBN 978-966-8604-66-9

Автори монографії — викладачі Харківського національного медичного університету: доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри суспільних наук І.Ю. Робак; кандидат історичних наук, старший викладач Г.Л. Демочко. У дослідженні йдеться про вироблення і становлення основних організаційних форм радянської моделі охорони здоров'я у Харкові за часів його столичного статусу (1919–1934 рр.).

Книга стане у пригоді викладачам, науковцям, студентам, керівникам органів охорони здоров'я і медичних установ, працівникам місцевого самоврядування, а також широкому загалу читачів, які небайдужі до історії Харкова.

ISBN 978-966-8604-66-9

©Робак І.Ю., Демочко Г.Л., 2012.

ВСТУП

Ця книга є другою складовою частиною дослідження з історії харківської охорони здоров'я, розпочатого монографією І.Ю. Робака «Організація охорони здоров'я в Харкові за імперської доби (початок XVIII ст. — 1916 р.)» (Х., 2007). Обидві революції 1917 року і громадянська війна призвели до руйнації старих, імперських інститутів у сфері охорони здоров'я, а нові не встигали складатися — чи то теоретично ще не були осмислені, чи то влада в Харкові надто швидко змінювалася. Отже, в царині охорони громадського здоров'я тогочасні події посіяли хаос так само, як і в багатьох інших сферах суспільного життя. Тому період 1917–1918 років ми не розглядаємо. Дійові ж заходи із запровадження нової, соціалістичної системи охорони здоров'я розпочалися в місті після утвердження в ньому радянської влади, коли Харків став столицею УСРР.

Питання охорони здоров'я відігравали дуже важливу роль у справі розбудови молодого держави. Після революційних подій вони постали на повний зріст і вимагали значних зусиль з боку республіканського, губернського та міського керівництва. Це насамперед питання епідемій, які «гуляли» містом, а також комплектація міста медичними кадрами, медико-соціальне забезпечення робітництва як найчисленнішої верстви населення Харкова і опори більшовиків, санітарні проблеми, безробіття, матеріально-побутові умови життя пересічних харків'ян.

Надалі історикам пропонується вживати введений до наукового обігу кандидатською дисертацією Г.Л. Демочко (захищена у 2011 році) термін «харківський період розвитку української радянської системи охорони здоров'я» [1, с. 3]. Він, по-перше, відображає появу саме системи, адже системність не була притаманна дорадянській медицині. Іншими словами, поняття «харківський період» є синонімом поняття «становлення системи». По-друге, організація структурних підрозділів із чітко визначеними функціями і усталення динамічного зв'язку між ними припадає

саме на час перебування народного комісаріату охорони здоров'я (НКОЗ), а також інших центральних органів влади, у Харкові. По-третє, столичний Харків був майданчиком для сміливих експериментів, результати яких згодом стали невід'ємною частиною радянської системи охорони здоров'я.

Щодо теми монографії, то вона маловивчена. Досі не створено цілісної картини історії охорони здоров'я в Харкові за часів буття його столицею радянської України. Хоча деякі розвідки таки існують, і вони становлять чималий доробок у дослідженні окремих напрямів історичного поступу харківської охорони здоров'я.

Так, організацію боротьби з епідемічними хворобами висвітлив видатний діяч громадської медицини С. Ігумнов [2, 3], який на основі самотужки зібраного статистичного матеріалу виявив та проаналізував причини поширення епідемічних хвороб у місті. Ініціатива одразу ж була підхоплена й іншими дослідниками — М. Мітельманом [4], О. Марзєєвим [5], М. Абрамовичем [6], Б. Гандельсманом [7].

Особливу увагу дослідників привернули соціальні хвороби та можливість їх відвернення. Слід згадати праці І. Арнольдї [8], Я. Білоруського [9], Д. Губерґріца [10], Д. Жбанкова [11], Е. Мутті [12, 13], Н. Степанова [14], А. Федоровського [15], С. Фурманова [16], в яких особлива увага приділена шляхам запобігання подібним захворюванням.

Із запровадженням кваліфікованої допомоги матері й дитині посилювався інтерес до цього напрямку роботи медиків. У пресі розгорнулись потужна протиабортна кампанія та популяризація протизаплідних засобів. З'явилися статті О. Федотової [17, 18], Р. Рохліної [19], Н. Попової [20].

Окремий інтерес становлять публікації, присвячені проблемі алкоголізму в місті. Це статті О. Барського [21], В. Вікторова [22, 23, 24], К. Водолазького [25, 26], О. Закаменної [27, 28], Л. Неймера [29], П. Овчаренка [30]. Умови праці медиків розглядалися М. Хворостанським [31], О. Пастернаком [31], Л. Рохліним [32,

33, 34]. Дослідженням і популяризацією страхової медицини займалися Е. Каган [35] та Л. Рохлін [36, 37, 38, 39, 40].

У пострадянський період вийшла досить фундаментальна монографія О.М. Ціборовського з історії соціальної медицини та охорони громадського здоров'я в Україні [41]. Вона зокрема містить матеріал, присвячений міжвоєнному Харкову.

Взагалі, аналіз існуючої літератури дає всі підстави стверджувати, що історія охорони здоров'я в Харкові потребує більш ґрунтовного дослідження, а подекуди й зовсім нового бачення і трактування, насамперед задля подальшого плідного розвитку медичної сфери.

У пропонованій монографії охарактеризовано великий загал документів та матеріалів. Документальну базу монографії складають різноманітні за формою існування, походженням, змістом, характером інформації, родом та видом писемні джерела. Основними з них вважаємо архівні документи. У підготовці роботи прислужилися матеріали з фондів Центрального державного архіву вищих органів влади та управління України (ЦДАВО), Центрального державного архіву громадських організацій (ЦДАГО) і Державного архіву Харківської області (ДАХО).

Значний обсяг цінних джерел був раніше опублікований. Так, необхідні для дослідження нормативні документи автори почерпнули з «Бюлетеня Народнього Комісар'яту Охорони Здоров'я», «Збірника медично-санітарного законодавства», «Збірника найголовніших директив і розпоряджень у справах охорони здоров'я», «Медично-санітарного законодавства УСРР», «Бюлетеня ВУЦПС Медсантруд». З опублікованих звітів медичних установ постають адміністративні, лікувальні, господарські та фінансові проблеми, що спіткали установи протягом звітного періоду. Зведені статистичні дані, які друкувалися щороку, дозволяють ретельно проаналізувати й оцінити рівень медичної допомоги по окремих її напрямках у різні роки. Статистичні збірники дають повний перелік медичних закладів, з кількістю ліжок у кожному та чисельністю медичного персоналу. Серед таких насамперед треба виділити «Статистичний збірник. Харківська округа», «Справочник

по Харьковской губернии», «Статистические сведения по Харькову», «Народне господарство Харківщини», «Мережа установ охорони здоров'я Харківської округи», «Харківщина в цифрах и фактах».

З періодичних видань використано журнали «Профілактична медицина», «Хроніка здравоохорони», «Шлях до здоров'я», «Врачебное дело», «За тверезість», газети «Комуніст», «Пролетарій», «Робітнича газета», «Вісті ВУЦВК». В журналах та газетах друкувалися статті організаторів охорони здоров'я та представників громадськості, які стосувалися медичної допомоги жителям столичного Харкова, санітарного стану міста тощо. Про санітарну організацію та самовіддану працю медиків під час пошестей можна дізнатися зі спогадів О.М. Марзєєва [42].

Наостанок зазначимо ще одну особливість дослідження. Воно, як і перша монографія циклу, є спробою поглянути на історію охорони здоров'я в першій столиці радянської України не з точки зору історії медицини, а з позицій соціальної історії, історії повсякдення і містознавства. При цьому наголос зроблено на втіленні в харківське життя загальних принципів організації радянської охорони здоров'я, а не на історичному шляхові окремих медичних закладів.

РАДЯНСЬКА ДЕРЖАВНА І МІСЦЕВА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Організація керівництва

Історія радянської України започаткована 12 (25) грудня 1917 року, коли Перший Всеукраїнський з'їзд рад, який відбувся в Харкові, проголосив на території республіки радянську владу [43, с. 186]. Більшовики сформували свій перший уряд під назвою Народний секретаріат. 12 лютого 1918 року Народний секретаріат переїхав до Києва, згодом — до Полтави, Катеринослава, Таганрога [44, с. 181]. Однак через неспроможність протистояти німецько-австрійським військам Москва 19 квітня 1918 року ліквідувала його.

Другим радянським урядом України став Тимчасовий робітничо-селянський уряд, заснований у Курську наприкінці листопада 1918 року. 3 січня наступного року він перемістився до Харкова, а 29 січня був перейменований у Рад народних комісарів (Раднарком, РНК) Української Соціалістичної Радянської Республіки (УСРР). Денікінська окупація Харкова (червень—грудень 1919 р.) припинила його діяльність. Остаточна нова влада повернулася до Харкова 12 грудня 1919 року.

Радянська система охорони здоров'я складалася історично в умовах подолання наслідків громадянської війни та повоєнної відбудови народного господарства і була обґрунтована у працях її теоретиків М.О. Семашка, Г.Н. Камінського, З.П. Соловйова, М.О. Володимирського, М.А. Виноградова, І.В. Русакова, О.П. Голубкова та ін.

Вперше основні постулати новітньої соціалістичної системи охорони здоров'я висунув у своїх працях і численних публічних виступах перший голова Ради Народних Комісарів РСФРР В.І. Ленін (Ульянов). У програмі партії, прийнятій VIII з'їздом РКП(б) 23 березня 1919 року, були проголошені нові принципи, за якими надалі розвивалася охорона здоров'я в радянській дер-

жаві [45, с. 59]. Своїм найголовнішим завданням партія вважала проведення оздоровчих та санітарних заходів з метою запобігання захворюванням [46, с. 7; 47, с. 7]. Було видано відповідний наказ Всеукраїнського Революційного Комітету від 24 січня 1920 року, де зазначалося, що «надзвичайно тяжке становище у зв'язку з епідемією висипного тифу, що розвивається, можливим розвитком холери та інших епідемічних захворювань спонукає Всеукраїнський Ревком вжити таких заходів: з дня оголошення цього наказу все медичне майно на території України оголошується народним добром та підлягає розподіленню тільки через місцеві відділи охорони здоров'я і військово-санітарні управління з націоналізованих аптек і аптечних складів, фабрик і лабораторій цивільного і військового відомства» [48, с. 96; 49, с. 212]. Далі всім службовцям пропонувалося залишатися на місцях і не полишати служби без дозволу на це місцевих органів влади. Так було націоналізовано всю сферу охорони здоров'я і аптечну справу, а також запроваджено трудову повинність медичних працівників.

Більшовики сформулювали основні засади своєї політики, які надалі почали втілювати в життя. Одним з таких пунктів програми стала боротьба із соціальними хворобами (туберкульозом, венеризмом, алкоголізмом) [45, с. 59]. Увага, яка була приділена цим хворобам, свідчить про те, що вони стали надзвичайно серйозною проблемою. «Охорона здоров'я, — писав М.О. Семашко, — повинна стати справою не однієї особистості, а всього суспільства, всієї держави» [50, с. 5–6]. Державна політика більшовиків висувала на перше місце людину-трудівника, а працю визнавала головним рушієм господарського та духовного життя народу. Відповідно до цього постулату й будувалася вся більшовицька політика. Подолання вищезгаданих проблем стало для більшовиків стратегічно важливим завданням саме через те, що соціальні хвороби були постійними супутниками робітництва, і викорінення їх означало дати країні здорового працівника. А робітництво складало соціальну базу більшовиків.

У своїх документах і пропагандистських виданнях більшовики цілком слушно пов'язували існування і поширення туберкульозу

з поганими житловими умовами трудящих. Доки існуватиме приватна власність, говорили вони, доти бідняки не зможуть отримати пристойного житла і залишатимуться носіями «житлового» туберкульозу. За більшовицькими твердженнями, капіталізм просто несумісний з охороною здоров'я, тому вони послідовно підводили маси до думки, що найпершою умовою оздоровлення населення є знищення капіталістичного ладу.

Особливу роль більшовики відводили викоріненню венеричних хвороб. Вказуючи на переважно статевий шлях їх поширення, М.О. Семашко вважав проституцію дітищем капіталізму, а причиною, яка змушує жінку займатися цією ганебною справою, називав голод. Невігластво, бідність, проституція — це ті супутники капіталістичного ладу, яким, на думку комуністів, не місце в новій державі.

Поліпшення здоров'я населення країни стало б досить вагомим аргументом на користь більшовиків, що на етапі становлення радянської влади було вкрай важливо. Тобто виконання поставлених завдань диктувалося вимогами часу, підходами, які висувало нове суспільство. Розбудова цього суспільства не передбачала існування в ньому пережитків старого, буржуазного ладу. Комуністичні гасла обіцяли добробут на протигагу злидням і соціальним негараздам. Як ми знаємо, соціальні хвороби квітнуть там, де існують ці негаразди, де нездорові суспільні умови породжують і нездоров'я конкретної людини [50, с. 13]. Одужання суспільства (а масштаби поширеності венеризму й туберкульозу дозволяють нам говорити саме про хворобу всього суспільства, а не окремої людини) свідчило б про добробут людей в комуністичній державі та правильність курсу, що був обраний її керівництвом.

У програмі були окреслені й основні принципи надання медичної допомоги населенню. Це принципи загальнодоступності, безоплатності та кваліфікованості медичної допомоги [51, с. 18–19; 52, с. 13]. Як вважають деякі дослідники (С.М. Богословський, В.М. Сорока, О.М. Ціборовський, О.О. Гарнець), ці постулати повторювали основні засади земської медицини і принципово новими не були [53, с. 47]. Однак самі радянські теоретики так

не вважали. Їхнім головним аргументом було те, що принцип загальнодоступності, сформований земською медициною, безкласовий, а в радянському суспільстві не можуть отримувати рівний ступінь медичного обслуговування трудяща людина і та, що не працює. У прагненні створити найкращі умови насамперед для робітників, тобто авангардного класу радянського суспільства, теоретики нової системи охорони здоров'я були непохитні [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 309, арк. 18].

Особлива роль відводилася самому робітництву в сфері медицини. Керуючись гаслом «Здоров'я трудящих — справа рук самих трудящих», більшовики зробили його правилом діяльності Наркомздоров'я. Тут були організовані ради, до яких входили представники профспілок. Усі важливі питання підлягали обговоренню в цих радах та їх схваленню чи несхваленню. Робітництво було долучене і до роботи в певних галузях: наприклад, охороною материнства й дитинства опікувалися жіночі відділи, до боротьби з венеричними хворобами широко залучалися члени спілки молоді тощо.

Керівником розбудови нової системи став Микола Олександрович Семашко, який 11 липня 1918 року обійняв пост народного комісара охорони здоров'я РСФРР [55, с. 45; 56, с. 45]. Цілком зрозуміло, що система Семашка переносилася і в Україну, а місто Харків, як столиця УСРР, стало піонером втілення цих ідей у життя [57, с. 112].

Одним з найважливіших у новій системі було визначено профілактичний напрям [58, с. 5; 46, с. 7]. Ефективність профілактики мала базуватися на загальній диспансеризації населення. Другий акцент ставився на системі підготовки медичних кадрів. Що ж до вже існуючих приватних лікарень, то очільник медицини М.О. Семашко пропонував негайно націоналізувати тільки спеціалізовані приватні заклади, тобто хірургічні, очні та інші. Взагалі ж, приватну практику він пропонував заборонити по закінченні війни, коли буде вивільнена достатня кількість медичного інвентарю з військово-санітарного відомства і демобілізується медперсонал, щоб у повній мірі зайнятися справою охорони здоров'я ци-

вільного населення [59, с. 9]. «Мы имеем реальную возможность так построить нашу медицинскую организацию, чтобы исчезла, как тьма от света, медицинская Сухаревка, и мы скоро покончим с позорным (и для дающего, и для берущего) пережитком капиталистического строя — частной практикой», — писав М.О. Семашко в газеті «Известия» [60, с. 171].

З уведенням 1921 року нової економічної політики створилася можливість для проникнення ринкових відносин і в сферу медицини. У циркулярному листі, надісланому НКОЗ УСРР всім губздороввідділам 9 вересня, зазначалося, що «на місцях не викликав до життя прагнення до самоокупності різних галузей комунального господарства, що, у зв'язку з абсолютною незабезпеченістю медичного персоналу, небувалим грошовим голодом, постало майже повсюдно питання про організацію охорони здоров'я також на засадах платності» [61, ф. 342, оп. 1, спр. 2013, арк. 113]. А 9 січня 1922 року ще й був виданий декрет, за яким приватні лікарні та аптеки знов могли існувати, але під контролем НКОЗу та місцевих відділів охорони здоров'я [62, с. 213].

Нова економічна політика та, як наслідок, перехід на місцеві кошти унеможливили утримання всієї мережі лікувальних установ державою, адже грошей місцевого бюджету для цього бракувало. Тому частину медичних закладів Харкова було переведено на „самооплатність», деякі здано в оренду, багато лікарень знято з постачання місцевого бюджету (номери 12, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 43, 45) [63, с. 162]. На повному утриманні міста залишилося лише тринадцять лікарень. Подекуди їм доводилося вводити плату за лікування, але це не рятувало від безгрошів'я. Заступник наркома охорони здоров'я М.І. Баранов на перше місце серед заходів, спрямованих на подолання кризи, поставив медичне страхування. На його думку, державний бюджет повинен охоплювати і покривати потреби загальнодержавного характеру. Це, безумовно, профілактичні заходи охорони здоров'я, а також більша частина фінансування охорони материнства і дитинства, зокрема шкільно-санітарна медицина. У лікувальній галузі на державному бюджеті слід залишати такі заклади, які мають

загальнодержавне значення, за чітко визначеним списком для кожної губернії. Така система поєднання страхової та державної медицини була створена і проіснувала до 1927 року, аж поки з'явилася можливість повністю фінансувати цю галузь із державного бюджету республіки [64, с. 176].

Першим радянським органом, що опікувався медичними проблемами в Україні, став відділ охорони здоров'я при Тимчасовому робітничо-селянському уряді, який проіснував до 2 лютого 1919 року (лише два тижні). Того дня Рада Народних Комісарів ухвалила Положення про Народний комітет охорони здоров'я (НКОЗ) УСРР. Там зазначалося, що він організовується як центральний орган, який керує всією медико-санітарною справою республіки, з такими основними функціями і обов'язками: 1) підготовка і вироблення законодавчих норм у галузі медико-санітарної справи; 2) організація та керівництво центральними медико-санітарними установами й місцевими органами охорони здоров'я; 3) фінансовий контроль і допомога всім медичним установам [49, с. 212]. За постановою уряду від 27 лютого 1919 року мали створюватися також і місцеві органи НКОЗ — відділи при губернських, повітових і волосних виконкомах.

Спочатку в Україні було сформовано лише 10 відділів із загальним штатом співробітників — 162 (без керівництва) [61, ф. 342, оп. 1, спр. 2008, арк. 20–22]. Згодом були створені нові відділи та Надзвичайна санітарна комісія, адже в республіці вирували жакливі епідемії [61, ф. 342, оп. 1, спр. 2008, арк. 6, 32, 89, 175]. Наприкінці березня 1919 року радянський уряд і Наркомздоров'я були переведені з Києва до Харкова [65, с. 21; 66, с. 27]. Першим наркомом охорони здоров'я радянської України був призначений П.П. Тутишкін, а з 16 лютого цього ж року — О.М. Винокуров [67, с. 262]. Відпрацювавши на цій посаді два з половиною місяці, О.М. Винокуров від'їжджає до Москви, де очолює Народний Комісаріат соціального забезпечення, і передає справу управління охороною здоров'я в уряді радянської України своєму заступникові М.О. Косту [61, ф. 342, оп. 1, спр. 2008, арк. 1]. Але й він на цій посаді був нетривалий час. Від 20 квітня 1920 по кінець 1925

років її обіймав М.Г. Гуревич [61, ф. 342, оп. 1, спр. 2008, арк. 37–38; 65, с. 21]. З 1925 по 1929 роки народним комісаром охорони здоров'я був Д.І. Єфімов, з 1929 по 1937 — С.І. Канторович [68, с. 117].

У січні 1919 року було створено Харківський губернський відділ охорони здоров'я. Наприкінці червня, коли місто окупували денікінці, він евакуювався з України і тимчасово припинив свою діяльність. 20 грудня, після визволення Харкова від білогвардійців, губздороввідділ було відновлено, тому повноцінно він почав працювати з 1920 року [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 84, арк. 14].

Відділ розпочав свою діяльність з об'єднання в одну мережу всіх лікувальних закладів. У розпорядженні губкому з цього приводу читаємо: «Цим повідомляється, що всі медичні та лікувальні установи, склади медикаментів, аптеки і т. д., що перебували у віданні Губернської земської управи, переходять в розпорядження губернського комісаріату охорони здоров'я. Всі лікувальні та медичні установи, склади з медикаментами, що обслуговували Харківську губернію та повіти, які раніше перебували у віданні тих установ, що перейшли до Харківської губернської Ради робітничих депутатів, також переходять до Губернського Комітету охорони здоров'я...» [54, ф. 821, оп. 1, спр. 9, арк. 217].

Чітко окреслювалися й функції відділу охорони здоров'я: а) нагляд і контроль за лікарнями, амбулаторіями, санаторіями, бараками та іншими закладами; б) улаштування лікарень, амбулаторних пунктів, заразних бараків за необхідністю; в) вжиття негайних заходів боротьби з епідеміями шляхом організації тимчасових заразних госпіталів, лазень, перев'язочних, дезінфекційних камер, пралень, загонів боротьби з епідеміями, лекцій, облаштування віспяних пунктів; г) облаштування станцій надання швидкої допомоги, пологових будинків; д) облаштування санаторіїв, диспансерів тощо [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 116, арк. 150].

Губздороввідділ мав досить розгалужену структуру, яка охоплювала всі сфери оздоровчої справи у місті.

На чолі відділу з травня 1920 року стояв його завідуючий С.І. Канторович (до нього на цій посаді нетривалий час працюва-

ли Л.С. Туркельтауб та М.О. Кост) [54, ф. Р-202, оп. 2, спр. 7-с, арк. 25, 86; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 2, арк. 5; 54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 51, арк. 5, 7; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 84, арк. 1, 49; 61, ф. 342, оп. 1, спр. 2008, арк. 33, 77].

При губздороввідділі для вирішення різноманітних питань збиралися колеги — мала та широка, працював секретаріат. Було також створено відділ управління справами, до якого входили: загальна канцелярія, інформаційне відділення, відділення з особового складу, адміністративно-господарське відділення та комендатура, транспортне відділення, стіл довідок, юридичне бюро.

У структурі губздороввідділу основною одиницею були підвідділи, яких у 1920 році налічувалося п'ятнадцять [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 84, арк. 14]. Кожен підвідділ мав у своєму складі відділення, які могли поділятися на секції.

Підвідділ лікувальної медицини був центральним і найскладнішим в апараті губздороввідділу — він розпадався на декілька спеціальних відділень та секцій. Підвідділ також керував роботою організованого ним наприкінці серпня 1920 року евакопункту. Спочатку у віданні підвідділу лікувальної медицини було 10 закладів, які налічували близько 2000 ліжок. Від травня 1920 року кількість лікувальних закладів почала зростати і вже в листопаді діяло 46 радянських лікарень, а загальна кількість ліжок досягла 5236. Це були 5 спеціально-заразних лікарень, 4 мішаних та 37 соматичних; для інфекційних хворих передбачалося 1500 ліжок, а для соматичних — майже 4000.

Поряд з лікарняною допомогою підвідділ займався і наданням амбулаторної допомоги. Кількість медичних дільниць зростає із 7 до 23, запроваджувалися, окрім ранкових, ще й вечірні прийоми хворих, забезпечувалась кваліфікована допомога лікарями-спеціалістами.

Для оптимального розподілу хворих по міських лікувальних закладах був створений евакопункт, який почав працювати з кінця вересня 1920 року. Евакопункт щодня отримував дані з усіх лікарень про наявність там вільних ліжок і розподіляв хворих, що звернулися до медиків.

З точки зору організації допомоги населенню в найсприятливішому становищі опинилася психоневрологічна секція, адже в місті функціонувала одна з найбільших в Україні лікарень — 4-та радянська лікарня імені Свердлова (Сабурова дача). Окрім Сабурової дачі, спеціалісти-психіатри приймали також у 1-й, 3-й та 28-й радянських лікарнях. У жовтні 1920 року відкрилося ще й стаціонарне відділення для лікування пацієнтів з нервовими захворюваннями.

У 1920 році почала розгортатися робота венерологічної секції. Була організована допомога фахівців у 1-й, 2-й та 4-й радянських лікарнях, у дитячій шкірній та дитячій венеричній лікарнях.

Очна секція керувала закладами, які надавали спеціалізовану офтальмологічну (трьома лікарнями та двома клініками) допомогу. Для боротьби з трахомою, яка ширилася в місті, лікарі-спеціалісти проводили обстеження притулків, дитячих будинків, шкіл — місць найбільшого скупчення дітей.

Акушерсько-гінекологічна секція керувала чотирма родопомічними закладами (загалом 400 ліжок), які обслуговували всі райони міста та його околиці. В інших лікувальних закладах також надавали спеціалізовану допомогу, але в значно меншому обсязі.

Секція хвороб вуха, горла та носа займалася організацією спеціалізованої допомоги як в лікарнях, так і в амбулаторіях.

Величезну й копітку роботу на початку свого існування здійснювала зуболікувальна секція. Вона налагодила безкоштовне обслуговування населення в 28 амбулаторіях міста. Секція провела облік зубних лікарів, зубних техніків та всього обладнання.

Туберкульозний підвідділ керував роботою таких спеціальних лікувальних закладів: 1-ю та 2-ю радянськими туберкульозними лікарнями, санаторієм для дітей, хворих на кістковий туберкульоз, санаторіями у Дергачах (110 ліжок) та Ріпках (55 ліжок). Туберкульозний підвідділ також займався справою диспансеризації та лікування сухотних хворих удома.

Санаторно-курортний підвідділ відповідав за роботу санаторіїв, у тому числі й спеціалізованих. Величезним досягненням

підвідділу була організація санаторію в Сокольниках — напівзруйновані, розграбовані дачі вдалося відремонтувати, налагодити в них електропостачання, каналізацію.

Під час розгулу епідемій найбільш важка та відповідальна робота діставалася новоствореному санітарно-епідемічному підвідділу. Він мав здійснювати численні заходи для запобігання розвитку заразливих хвороб. Міськсанепід проводив огляди майданів, вулиць, ринків, їдалень. При виявленні недоліків та порушень складалися акти, давалися конкретні вказівки щодо усунення вад, у разі злісного невиконання доводилось накладати адміністративні штрафи. Велика робота велася з дезінфекції приміщень, ізоляції хворих. Підвідділ також стежив за санітарним станом та умовами праці на виробництві.

Захистом дитячого та жіночого здоров'я займався підвідділ охорони материнства і дитинства. Підвідділ одразу приступив до організації дитячих закладів закритого типу, яких не існувало за імперської доби, — відкривалися нові дитячі будинки, консультації, ясла. Вже до кінця 1920 року 3500 дітей знайшли собі притулок у закладах Охматдиту. З ініціативи Інституту відкривалися санаторії для дітей — як сезонні, так і постійно діючі.

Фармацевтичний підвідділ керував роботою аптек, отриманням та розподілом медико-санітарного майна.

Санітарно-просвітницький підвідділ працював переважно над пропагандою серед населення елементарних гігієнічних знань, готував робітничі кадри для просвіти мас. При підвідділі працювали художня та діапозитивна майстерні, які виготовляли наочні матеріали. Основними формами роботи стали лекції на виробництві, розповсюдження листівок, плакатів та брошур, організація пересувних виставок, санітарних вітрин. По місту їздив спеціальний трамвай — «пересувний музей».

Судово-адміністративний підвідділ працював переважно над вирішенням практичних питань — проводилися огляди мерців, розтини, огляди поранених. Крім того, на прохання міської міліції відділ займався оглядом заарештованих [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 84, арк. 14–33].

Вже в перші роки існування радянської влади з'явилися закони, які значно поліпшували умови праці населення, що позначалося й на стані здоров'я робітників. Були прийняті декрети про встановлення 8-годинного (а на шкідливих виробництвах 6-годинного) робочого дня. Заборонялося працювати дітям до 14 років, а на шкідливі виробництва діти й підлітки зовсім не допускалися. Жінки отримували допологову та післяпологову відпустки (кожна строком на 2 місяці), від важкої роботи вагітних жінок зовсім увільняли; матерів, які годували дітей груддю, відпускали для цього з роботи. Як бачимо, такі кроки стосувалися кожної категорії працюючого населення. Це були дійсно прогресивні заходи, проведені для людини-трудівника, для збереження її працездатності та здоров'я. До того ж, на кожному підприємстві чи в установі діяли комісії з охорони праці, які стежили за виконанням законів та розпоряджень у цій сфері. Робітничі ініціативи реалізовувалися через профспілки, які стали досить дійовою силою. Людина, зайнята на роботі, стала тим центром, навколо якого здійснювалася державна соціальна політика.

Широкий спектр декретів та розпоряджень, які були видані радянським урядом, партійними органами або Наркоматом охорони здоров'я, дали помітні результати. Рік у рік зменшувались показники захворюваності, зростав рівень надання медичної допомоги, поліпшувались житлові та санітарні умови для населення. І попри всі недоліки, які проявилися згодом у радянській системі, в галузі охорони народного здоров'я відбувся шалений прорив, який приніс позитивні результати. Поява системності у втіленні законів та декретів дала змогу плановірно будувати медичну справу. За столичного статусу в Харкові з'явилася потужна мережа добре відлагодженої, системної допомоги населенню. І допомога надавалася не тільки при виникненні захворювання, а й у проведенні профілактичних заходів, які стали своєрідним ноу-хау радянської системи. Профілактика дозволила уникнути багатьох епідемій, зберегти та подовжити трудове життя народу.

Охороною здоров'я в місті до 1926 року безпосередньо займався Харківський губернський відділ охорони здоров'я, який

відав як справами центру губернії, так і периферії. Ідея виокремлення міськздороввідділу була визнана помилковою, такою, що не дасть жодних плодів, окрім «величезної заборгованості» [69, с. 198; 70, с. 21]. Однак, незважаючи на критику з боку завідуючих губернськими відділами охорони здоров'я, Харківський міський відділ охорони здоров'я таки організували, на підставі постанови Харківського губернського виконкому від 21 квітня 1922 року [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 592, арк. 17; 54, ф. Р-202, оп. 1, спр. 7-с, арк. 11]. Він мав такі сектори: лікувальний, санітарно-епідемічний, відділ охорони материнства і дитинства, фармацевтичний, контрольно-фінансовий та транспортний, які упродовж свого існування змінювали назви. Міськздороввідділ здійснював керівництво роботою всіх лікувальних установ міста, контроль за санітарним станом, боротьбу з епідемічними та соціальними хворобами, проводив оздоровчі кампанії серед населення. Проте до 1926 року ці функції ще не визначилися, а виокремлення міського відділу охорони здоров'я стало можливим лише після переходу влітку 1925 року на триступеневу систему управління «округа — місто — район» [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 1175, арк. 3]. Відтоді Харківська міська рада: а) опікувалася справами охорони здоров'я в місті; б) здійснювала на підпорядкованій їй території профілактичні заходи і боротьбу з пошестями, соціальними, професійними та іншими захворюваннями; в) запроваджувала в життя заходи з охорони материнства і дитинства, охорони здоров'я дітей і підлітків; г) керувала санітарною освітою і підвищенням кваліфікації вищого, середнього та нижчого медичного персоналу; д) здійснювала медичний нагляд в закладах фізичної культури [71, с. 23].

Постанова ЦК ВКП(б) «Про медичне обслуговування» від 18 грудня 1929 року поставила завдання НКОЗам республік організувати справу охорони здоров'я так, «чтобы четко выделилась пролетарская классовая линия» [72, с. 7]. Чітка пролетарська класова лінія, зокрема, виявилася у підлаштуванні роботи лікувальної мережі до 7-годинного робочого дня на заводах і фабриках. На самих підприємствах розгортали роботу медичні пункти, які

незабаром перетворилися в новий тип — медико-санітарні цехи. Учетверо зросла кількість пунктів першої допомоги на виробництвах.

Поряд з відділом у квітні 1929 року в Харківській міськраді створили й секцію охорони здоров'я, що працювала на громадських засадах [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 38, арк. 1]. При секції діяла лікувально-профілактична інспектура, яка займалася безпосередньо керівництвом і контролем медико-санітарних закладів міста [73, с. 20–22]. У 1929 році в Харкові, вперше в СРСР, було реорганізовано міськраду з наданням багатьом секціям прав оперативно-господарських органів, що керували певними галузями народного господарства. До таких реорганізованих секцій належала також і секція охорони здоров'я, що перебрала на себе не лише контроль, а й функції планового регулювання, тобто керівні повноваження.

За окружною інспектурою, головою якої був Самуїл Саратіков, лишилося загальне керівництво, планування й інспектування справи охорони здоров'я в окрузі, а практична медико-санітарна, профілактична, лікувальна робота і здійснення оздоровчих заходів по місту концентрувалися в секції охорони здоров'я міськради [74, с. 18]. Новою настановою для секції охорони здоров'я міськради стало «долучення до роботи всіх державних і громадських органів, пов'язаних з питаннями перебудови промисловості, сільського господарства і побуту, які своєю участю мали допомагати і сприяти розвитку всього народного господарства» [75, с. 5].

Секція налічувала 231 члена ради та кандидатів і 87 «долучених». Вона організувала комісії з оздоровлення праці і побуту (КОПіП) при поліклініках, до складу яких входили представники великих підприємств міста. Кількість членів цих комісій становила 1500 осіб. При житлових комітетах і домоуправліннях утворили 98 здоровосередків і санкомісій, що об'єднали загалом 1000 осіб [75, с. 6]. Головним органом секції був її пленум, що відбувався раз на місяць. Зі свого складу пленум виділяв президію секції з 9 членів та 3 кандидатів. У періоди між пленумами фактичне керівництво справою охорони здоров'я в Харкові здійсню-

вала президія секції. Два члени президії — голова (Г.І. Овдієнко) та заступник голови секції (І.С. Лур'є) — були «звільненими» працівниками і між засіданнями президії керували медичними справами у місті [74, с. 19]. Решта членів президії працювали на підприємствах і обов'язки в секції виконували як громадське доручення.

Засідання президії відбувалися раз на декаду. Пленум секції було поділено на 3 комісії: лікувально-профілактичну (голова — М.Г. Розинський), санітарно-профілактичну (голова — М.В. Томашевський) і охорони материнства та дитинства (голова — А.С. Варфоломєєва) [74, с. 19]. Кожна комісія мала свій пленум і президію в складі 7–9 осіб, керувала відповідною галуззю охорони здоров'я і мала кадри штатних інспекторів. Інспектором позалікарняної допомоги був призначений І.Б. Тер-Мікаелянц, лікарняної допомоги — К.Й. Гуфельд, інспектором амбулаторій — Н.В. Красовська, інспектором охматдиту — А.С. Варфоломєєва, охорони здоров'я дітей та підлітків — Л.С. Зетлер, інспектором санітарної освіти — А.С. Подражанський, зубінспектором була Д.П. Склярська, а фармацевтичним інспектором — Д.Ф. Біненбаум [74, с. 19]. Основна форма масової роботи членів секції і «долучених» — це прикріплення до тих чи інших закладів з метою контролю за їх діяльністю. В такий спосіб члени секції контролювали 137 закладів [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 1].

Зі складу активу секції обирали 33-х позаштатних інспекторів, між якими розподіляли (за територіальним і функціональним принципами) всі лікувально-санітарні установи міста і окремі напрями роботи. Кожен позаштатний інспектор контролював роботу членів міськради і «долучених». Оперативну роботу секції здійснювали відповідний штат інспекторів і технічний апарат з 18 осіб. Отже, секція мала можливості для повного управління діяльністю лікувальних закладів Харкова, які перебували на міському бюджеті чи на бюджеті фонду меддопомоги (він складався з відрхувань підприємств на лікування хворих).

Організаційно-масова й освітня робота секції велася у двох напрямках: 1) організація і виховання членів міськради; 2) органі-

зація і просвіта виборців через саносвіткурси та здоровосередки шляхом обговорення питань виховного і організаційного характеру на президіях, організаційних нарадах і нарадах «долучених», через курси медсестер, перекваліфікацію лікарів та роботу Комісії з оздоровлення праці та побуту [75, с. 9].

Від 1928 року охорона здоров'я була підпорядкована завданням п'ятирічного плану розвитку народного господарства. На першу п'ятирічку в цій галузі було заплановано значно підсилити санітарну організацію, яку радянські теоретики тоді проголосили основним напрямом діяльності в справі збереження народного здоров'я, відсуваючи на другий план лікувально-профілактичні заходи (за винятком окремих протиепідемічних заходів, ізоляції гострозаразних хворих і широкого впровадження дезінфекції) [76, с. 3, 7].

Упродовж 20-х років система охорони здоров'я видозмінювалася і на кінець досліджуваного періоду перетворилася на більш чітку структуру. Вся охорона здоров'я Харкова станом на 1934 рік була децентралізована й розподілена по районах. Централізований характер зберігало лише те, що планувалося і регулювалося згори або стосувалося заходів загальноміського характеру (оздоровчі заходи, капітальне будівництво, загальноміська санлабораторія, міська різниця худоби, дезінфекційна станція, великі лікувальні заклади). Загальне керівництво було покладене на міський відділ охорони здоров'я на чолі із З.Б. Вороб'євським. Все ж інше — лікувально-профілактична робота, санітарна справа, охорона материнства, молодшого та старшого дитинства, робітничої молоді — було передане до віддання єдиного районного диспансеру, який вів у районі конкретну оздоровчу роботу, засновану на повсякденному вивченні її динаміки.

Від самого заснування радянська охорона здоров'я Харкова будувалася за єдиними для великих міст принципами. Структура органів управління, їхні функції, сфери діяльності всюди були аналогічними. Це робило харківську охорону здоров'я органічною складовою частиною загальносоюзної системи. Харківські органи охорони здоров'я керувалися в своїй роботі переважно наказа-

ми згори, що здебільшого унеможливило їх самостійну діяльність. Проте порівняно з іншими містами республіки Харків мав певні переваги як столиця. По-перше, велику роль відіграло перебування тут НКОЗу; по-друге, саме в Харкові зосередилася найпотужніша в УСРР медична еліта, яка самовідданою працею дала поштовх для позитивних зрушень в своїй галузі. Адже саме завдяки харківським лікарям на епідемічному, туберкульозному, венеричному фронтах згодом вдалося позбутися цих жахливих хвороб не тільки в столиці, а й по всій республіці.

Цілком очевидно, що початкові кроки організаторів справи охорони здоров'я в першій столиці УСРР були вдалими. Вже на початку 1920-х років вони створили розгалужену управлінську мережу, яка була укомплектована кваліфікованими медиками. Загалом за п'ятнадцять років досліджуваного періоду в місті склалася дійова, структурно розвинена система охорони здоров'я. Якщо для дорадянського періоду саме поняття «система» навіть неможливо застосовувати щодо медичної справи, то радянська влада в цій царині створила власну систему. І завдяки системності роботи всіх оздоровчих структур, утворенню між ними стійких зв'язків вдалося значно підвищити рівень медичної допомоги населенню міста.

Система М.О. Семашка упродовж тридцяти років була єдиною в світі централізованою державною системою захисту громадського здоров'я на основі державного управління та бюджетного фінансування, яка забезпечувала загальний доступ усіх громадян радянського суспільства до медичних послуг. На етапі формування і розбудови радянська модель охорони здоров'я вважалася прогресивною, тому Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендувала іншим країнам впроваджувати деякі її елементи. Так, Велика Британія, бюджетну охорону здоров'я якої багато фахівців вважають наразі найкращою в світі, для її організації застосувала низку підходів М.О. Семашка [77, с. 18].

Фінансування

Нині в світі існують три основні моделі систем охорони здоров'я. Головним критерієм, за яким вони різняться, є спосіб фінансування діяльності. У світовій практиці використовуються такі джерела фінансування: державний і місцеві бюджети; державна або частково державна медична страхова система; кошти, зібрані через приватне страхування здоров'я, добровісні пожертви тощо.

Так звана «модель Семашка» мала фінансуватися виключно з державного бюджету, базувалася на загальних податках, контролювалася державою через систему централізованого планування і управління та характеризувалася відсутністю приватного сектора [57, с. 86].

Декрет Раднаркому України від 2 травня 1919 року «Положення про страхування на випадок хвороби» запровадив страхування у вигляді грошової допомоги для всіх осіб, які були зайняті в усіх галузях народного господарства. Страхування здійснювали загальноміські та окружні лікарняні каси за рахунок внесків працевдавців (10 % від фонду заробітної плати) та інших надходжень. Однак тогочасні керівники охорони здоров'я дійшли висновку про недопустимість паралельного існування двох медицин — страхової та державної. Ухвалене ще 31 жовтня 1918 року «Положення про соціальне забезпечення працюючих», а згодом постанова Раднаркому «Про передачу всієї лікувальної частини колишніх лікарняних кас Народному Комісаріату охорони здоров'я» (1919 р.) послужили підставою для одержавлення страхових організацій та ліквідації лікарняних кас [78, с. 24]. Система страхової медицини не відповідала загальній системі державної охорони здоров'я з її основними принципами в умовах нового суспільно-політичного ладу, не дістала підтримки з боку держави, тому на початку 1921 року лікарняні каси були повністю ліквідовані.

Однак перебравши на себе справу фінансування, НКОЗ не виконував ці обов'язки. Постачання продовольства в найкращі місяці 1920-го року не перевищувало й половини норми, кошто-

риси урізалися на три чверті, а потреби у паливі задовольнялися десь на 35–40 % [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 308, арк. 92]. Декретом Раднаркому УСРР від 1 квітня 1920 року Харківському губздороввідділу виділялася ділянка землі для самостійної заготівлі на зиму палива, однак і ця директива не вирішувала проблему в повному обсязі [79, с. 1].

Вже у травні 1920 року до фінансового відділу НКОЗ надійшов лист від завідуючого Харківським губернським відділом охорони здоров'я С.І. Канторовича, який вимагав негайного дофінансування, бо дійшло до того, що не було навіть мінімальних коштів для харчування хворих [61, ф. 342, оп. 1, спр. 460, арк. 2]. У зв'язку з цим наступного року губекономрада забронювала 25 % місцевих податків за губздороввідділом та надала на його потреби 250 мільйонів карбованців [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 537, арк. 74]. Як виявилось пізніше, такі методи були виправданими, адже за дев'ять місяців 1921 року губздороввідділ отримав від НКОЗ лише 28 % від необхідних коштів [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 308, арк. 106].

Перехід до непу та передача медичної справи на місцевий баланс призвели до жорстокої кризи у фінансуванні, що потягло зниження витрат на всі види медичного обслуговування, закриття деяких установ та скорочення штатів [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 786, арк. 3, 4, 7]. Лікарняна мережа станом на 1 червня 1921 року зменшилася удвічі, з 5100 ліжок було залишено 2720 [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 786, арк. 41]. Медична еліта Харкова вимагала, щоб за такого тяжкого становища держава не залишала медичну справу напризволяще, а взяла її на «державне опікування» [80, с. 100].

На з'їзді наркоматів здоров'я радянських республік у 1922 році було вирішено, що за складних умов відновлення господарства треба не допустити подальшого скорочення мережі лікувальних закладів і для збереження їх кількості на державний бюджет віднести: 100 % вартості утримання психіатричних лікарень та лепрозоріїв, 50 % коштів на будівництво лепрозоріїв та психіатричних лікарень, 100 % утримання хворих в лікарнях місць

позбавлення волі, а також судово-медичну експертизу, зубамбулаторію для дітей шкільного віку, 25 % утримання фтизіатричних закладів [81, с. 114]. Однак вже до кінця 1922 року стало зрозуміло, що перехід на місцеві кошти неминучий, і на з'їзді лікувальної медицини було прийнято рішення про клопотання залишити за державою хоча б інфекційну мережу, половину психіатричних і туберкульозних лікарень, по 10 % венеричної та іншої кваліфікованої допомоги [82, с. 194].

На початку 1922 року справа охорони здоров'я вперше перейшла на мішаний бюджет — продовжували надходити кошти з державного бюджету, а частина витрат була перенесена на місцевий, який постійно зазнавав дефіциту [83, с. 86]. Криза, яка одразу позначилася на сфері охорони здоров'я, спонукала до пошуку додаткових джерел фінансування.

Їх знайшли в системі Соцстраху для робітничої медицини (про Робмед ітиметься далі). Питома вага різних джерел фінансування щороку змінювалася. Так, у 1925/1926 бюджетному році витрати державного бюджету становили 8,09 %, місцевого — 32,2 %, а фонду меддопомоги застрахованим Соцстраху — 47,9 % [76, с. 72]. З державного бюджету кошти виділялися за кошторисом Народного Комісаріату охорони здоров'я та інших наркоматів, однак і ці кошториси час від часу коректувалися, урізалися штатні ставки [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 97, арк. 25; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 999-б, арк. 131]. Значні кошти надавав Соцстрах (фонд меддопомоги застрахованим). Його внесок і в 1926–1928 рр. був найвагомішим (див. додаток А 24) [84, с. 92]. Повністю віднести на місцеве бюджетне фінансування вирішили Сабурову дачу, очну лікарню ім. Гіршмана та лікарню при бупрі (будинку примусових робіт) № 2 [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 1204, арк. 15].

Додаткові кошти залучалися із промисловості, торгівлі, кооперації, профспілок, громадських організацій (Український Червоний Хрест, Комісія допомоги дітям, комісія «Друзі дітей» та ін.) [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 216, арк. 2]. На охорону здоров'я йшли кошти Уплатліку (мережа платних медичних закладів), до-

бровільні пожертви населення («кухлеві збори»), спецкошти лікарень [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 216, арк. 10; 71, с. 103].

Коштами державного бюджету утримувалися ті заклади охорони здоров'я, які були віднесені на баланс НКОЗу, та заклади загальнодержавного значення. Більшість із них працювала в Харкові і відчутно впливала на медичне обслуговування харків'ян.

Участь у позабюджетному фінансуванні ухвалювалася законодавчим порядком. Наприклад, промислові підприємства за законом забезпечували пункти першої допомоги відповідними приміщеннями, надавали приміщення під ясла для дітей робітників тощо.

Однак навіть за різних джерел фінансування коштів не вистачало. Від середини 20-х років «левова частка» фінансів країни спрямовувалася на індустріалізацію. У 1925/1926 та 1927/1928 фінансових роках витрати харківської охорони здоров'я скоротилися на 0,9 %, знизилася медикаментозна постачання (з 8 до 3 копійок на особу) та зменшився обсяг коштів на харчування одного хворого (з 54 до 45 копійок). Бюджетний 1927/1928 рік постійно «світив дірками»: не були передбачені кошти на боротьбу з епідеміями, медикаментозна постачання, додаткове харчування тощо. Аби не допустити погіршення роботи з надання медичної допомоги населенню, бюджет постійно доасигнували. Було визнано — існуючі проблеми призводять до того, що «прохождение больного по аппарату лечебного учреждения не дает должных результатов» [85, с. 7]. Тому міськрада у своєму бюджеті на 1929/1930 фінансовий рік виділила для охорони здоров'я на 27,7 % коштів більше, ніж у попередній бюджетний рік [86, с. 3]. Це дало змогу спрямувати 710 тис. карбованців на нове будівництво в галузі.

На болісних проблемах недофінансування постійно наголошував заступник народного комісара охорони здоров'я С. Саратіков. Зокрема він заявляв, що санітарно-епідеміологічні заходи, які теоретично мали посісти чільне місце в радянській системі охорони здоров'я, тримаються на мізерних сумах, іноді їх просто викреслюють з кошторису. Значне недофінансування заробітної

плати спричиняло скорочення медперсоналу, а відтак і погіршення якості обслуговування хворих. Недостатньо коштів спрямовувалося й на матеріально-технічне забезпечення лікувальних закладів. Деякі з них, на думку С. Саратікова, більше нагадували нічліжки [87, с. 8].

Починаючи з 1929 року керівництво країни запровадило централізовану форму фінансування системи охорони здоров'я з державного бюджету, яка діяла до 50-х років [88, с. 110]. Внаслідок такого переходу фінансування загалом покращилося. Зокрема, значно зросла кількість науково-дослідних і науково-практичних установ: якщо в 1927 році було лише 14 установ такого типу, то в 1931 стало 22 [89, с. 96–97].

Нелегкі 1932–1933 роки позначені зростанням кількості хворих у лікарнях міста. Через голодомор люди помирали просто на вулицях, а ті, що зверталися по медичну допомогу, мусили чекати на неї у приміщеннях клубів, у школах, бараках, адже лікарні були переповнені [54, ф. Р-1962, оп. 1, спр. 973, арк. 18]. Проте централізоване фінансування медицини в цей жахливий час не поліпшилося, міський відділ охорони здоров'я залишався безпорадним. Нарком охорони здоров'я С.І. Канторович особисто опікувався столичними справами і писав листи до облвиконкому з проханням виділити достатню суму коштів на розгортання ще 500 ліжок. На допомогу обласній лікарні з місцевого бюджету було виділено 150 тисяч карбованців [54, ф. П-2, оп. 1, спр. 9, арк. 85]. Знову довелося звернутись по допомогу й до Соцстраху (див. додаток А 12) [90, с. 54].

На кінець першої п'ятирічки (у 1932 році) з'ясувалося, що першочергових асигнувань потребує в Харкові розгортання мережі вендиспансерів, тубдиспансерів, дезустановок, поліклінік та консультацій, бо існуючі були перевантажені. Водночас виявилось, що медико-санітарних цехів створено цілком достатньо, але вони не виконали п'ятирічних планів медичного обслуговування своїх контингентів (див. додаток А 25) [91, с. 13].

Отже, перші пореволюційні роки вселяли надію на достатнє фінансування сфери охорони здоров'я за схемою М.О. Семашка,

тобто виключно з державного бюджету. Перехід до непу закономірно спричинив децентралізацію і перехід на місцеві кошти. Вони виявилися недостатніми. Довелося залучати Соцстрах і кошти підприємств та громадських організацій. Під час непу харківська охорона здоров'я переживала фінансову кризу, що призвела до скорочення штатів і кількості ліжок та погіршення обслуговування хворих. Робітнича медицина (соцстрахівська) перебрала на себе більшість проблем і дещо поліпшила стан справ у середині 1920-х років. Але після її скасування лікарні зазнали ще більшого навантаження. Така напружена ситуація існувала до кінця досліджуваного нами періоду.

Соціальне становище та умови праці медичних працівників

Медичний персонал знаходився на небезпечному рубежі між здоров'ям та хворобою і першим приймав удар у боротьбі із заразливими захворюваннями. Свого часу, ще до Жовтневої революції, видатний харківський медик В.П. Бобін привернув увагу громадськості до того, що сім'ї загиблих від епідемій лікарів залишаються без засобів до існування, а лікарем М.П. Андіоном був розроблений план взаємного страхування. За цим планом всі лікарі брали участь у страхуванні, а в разі смерті колеги видавалася грошова допомога родичам померлого [92, с. 236]. Тобто в дожовтневий період лікарі мали самі брати на себе функції страховиків. З приходом радянської влади, відповідно до основних засад «семашківської» системи охорони здоров'я, така функція покладалася на державу, а саме на Комісаріат соціального забезпечення. 9 березня 1919 року з'явився декрет РНК УСРР «Тимчасове положення про забезпечення медичних працівників, що постраждали в боротьбі з епідеміями». За цим законом усім особам, які при виконанні службових обов'язків захворіли на одну із заразливих хвороб, гарантувалося: надання безкоштовної медичної допомоги, утримання на час хвороби за тарифними ставками відповідно до їх професії; виплата щомісячної пенсії

тим, хто втратив працездатність або став інвалідом; у разі смерті медичного працівника виплачувалася пенсія непрацездатним членам його родини; видавалися кошти на поховання в розмірі середньомісячної зарплати [93, с. 344]. Цей закон особливу вагу мав для тих санітарних лікарів, які були вимушені працювати при бупрах (будинках примусових робіт, своєрідних радянських в'язницях) — місцях великого скупчення інфекційних хворих, адже тут хвороби «консервувалися» через специфіку закладів і найчастіше переходили у тяжку хронічну форму [54, ф. Р-190, оп. 1, спр. 1, арк. 2, 4; 94, с. 3–4]. Безумовно, робота в такому закладі ставила під загрозу і життя лікаря. На кінець 1920-х років страхуванню на випадок смерті від гостро заразливих хвороб підлягали такі категорії медиків: лікарі-епідеміологи; лікарі-бактеріологи; дезінфектори; лікарі та середній персонал інфекційних відділень бараків; загально-санітарні лікарі, які брали участь у боротьбі з епідеміями; медперсонал, тимчасово мобілізований на боротьбу з епідемією [95, с. 203].

У 1919 році Народний комісаріат праці врегулював питання розміру заробітної плати медичних працівників. Від 1 лютого того року діяли тверді ставки по категоріях. У кожній категорії були чітко зазначені посади та стаж роботи на цих посадах, який давав право отримувати певні гроші. Найвищою була заробітна плата в сумі 2400 крб для першої категорії (професори й доценти медичного факультету університету та жіночого медінституту, які виконували педагогічну і лікувальну роботу; завідувачі лікарняних закладів, де було понад 300 ліжок; завідувачі лікувально-санітарних інститутів, закладів обласного та загальнодержавного масштабу), а найнижчою — 1200 крб — для дільничних лікарів, лікарів швидкої допомоги й навчальних закладів, які мали стаж менше 3-х років [96, с. 418; 54, Р-821, оп. 1, спр. 43, арк. 8–14]. Виходячи з таких тарифних ставок, санітарні лікарі зі стажем від 6 до 9 років отримували 1800 крб — приблизно стільки, скільки й робітник ХПЗ, який за радянських часів належав до найбільш привілейованої частини населення [97, с. 654]. Сумісництво посад було небажаним (щоб не допускати безробіття) і дозволялося як

виняток [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 43, арк. 4]. У довоєнний період ординатор міської лікарні отримував 1200 крб на рік, а за новими ставками його заробіток становив 2250 крб, тобто начебто відбулося підвищення майже удвічі [98, с. 47]. Проте не слід забувати, що це відбувалося на тлі «галопуючої» інфляції. За чотири воєнні роки ціни на хліб та м'ясо підскочили в 17 разів, на картоплю — в 25, на сало — в 50 разів [97, с. 654]. Прожитковий мінімум у 1919 році становив 8012 крб на рік, отже зарплата лікарів покривала лише 15–30 % від цього мінімуму. Виходить, що реальна заробітна плата харківських лікарів наприкінці громадянської війни порівняно з показником 1913 року знизилася в десятки разів. Певною мірою допомагало те, що при введенні карткової системи розподілу харчових продуктів співробітники Народного Комісаріату охорони здоров'я та губздороввідділів прирівнювалися до «ударної» групи (літери «А») і отримували продукти як робітники фізичної праці — в найбільших розмірах і за широким асортиментом [99, с. 4]. До того ж, медичний персонал мав право харчуватися «з котла» тих лікарень, де працював, що значно поліпшувало його становище [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 97, арк. 2]. Однак під час громадянської війни та розрухи лікувальні заклади забезпечувалися продуктами вкрай нерівномірно, тому медики замість такого харчування забажали отримувати грошовий еквівалент, але не добилися такого вирішення питання. Натомість губздороввідділ наказав видавати пайки. Та в деяких лікарнях їх не видавали через те, що нічим було годувати навіть хворих, про персонал уже не йшлося [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 97, арк. 7]. Аптечні працівники, наприклад, тривалий час пайків зовсім не мали або отримували меншу норму хліба [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 306, арк. 17].

Оскільки найгіршими умови праці були у лікарів туберкульозних закладів, то ця кателася в харчовому плані розглядалася окремо [515, с. 116]. Їм призначалося більш калорійне харчування, щоб організм міг боротися з небезпечною інфекцією [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 306, арк. 28]. Також працівники туберкульозних закладів мали скорочену тривалість робочого дня — шість годин замість восьми [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 17, арк. 85].

До проблеми низької заробітної плати додалися затримки з її виплатою, які почалися вже 1920 року [100, с. 3]. Медиків через брак кадрів залучали до роботи у двох-трьох місцях, а лікарям, які обіймали адміністративні посади, «радили» певний час приділяти їй практичній діяльності [101, с. 22–23]. На оплату понаднормового часу (див. додаток А 1), яка мала бути в півтора раза більшою, у Наркомздоров'я взагалі не знаходилося коштів [102, с. 12]. 1920 року недофінансування охорони здоров'я майже на 50 % відчутно позначилося на матеріальному становищі лікарів, які по декілька місяців не отримували грошей за свою роботу [61, ф. 342, оп. 1, спр. 460, арк. 2].

Стабілізація економіки країни під час непу дещо впорядкувала оплату праці лікарів. У питанні захисту своїх прав та контролю оплати праці величезну роль відігравала професійна спілка «Всемедикосантруд». З проведенням грошової реформи 1922–1924 років рівень зарплат знизився [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 25, арк. 4; 103, с. 1; 104, с. 3–4]. Профспілка почала боротися за його підвищення. Одним з перших досягнень стало укладення колективного договору між членами спілки та Народним Комісаріатом охорони здоров'я УСРР, що набув чинності з 1 жовтня 1924 року. Цим договором закріплювалися конкретні ставки по розрядах, захищалися права рентгенівських працівників, які отримували до основної ставки в 9 крб 50 копійок ще 50 % (лікарі) та 25 % (молодший персонал) [105, с. 11]. Для порівняння зазначимо, що медикам Москви в 1924 році починали відлік для нарахування заробітної плати від суми 11 крб 49 копійок, що на 2 крб вище, ніж їхнім харківським колегам (вочевидь, взяли до уваги статус столиці СРСР) [106, с. 121]. Беручи за стартову суму 9,50, працівники медичних закладів могли отримувати від 17,50 (двірник, охоронець, кухонний працівник) до 76 карбованців (директор наукового інституту) на місяць. Пересічний лікар зі стажем до 10 років мав 52 крб [102, с. 12]. Тут варто пригадати ціни 1925 року на міських ринках (за фунт продукту, тобто десь 400 г): картопля коштувала 75 коп., олія соняшникова — 30 коп., сало — 45 коп., яловичина — 20 коп., цукор — 32 коп., а десяток яєць ко-

штував 36 копійок [107, с. 81]. Платня за двокімнатну квартиру становила приблизно 4–6 карбованців на місяць [108, с. 75]. Порівнюючи купівельну спроможність лікарів у 1913 й 1925 роках, ми пересвідчуємося, що вона значно зменшилась. Так, пересічний харківський лікар у 1913 р. отримував приблизно 100 крб на місяць. При цьому найкраще м'ясо коштувало ті ж самі 20 копійок, картопля — 25–40, цукор — 15, яйця — 20–40 коп. [98, с. 47–49].

Було врегульоване питання оплати понаднормової праці — тепер перші дві години оплачувалися в півтора, а наступні дві — у два рази більше за встановлену норму [109, с. 12–13]. Відіграла роль і специфіка роботи. Наприклад, у 1925 році з ініціативи М. Бокаріуса, який подав листа до народного комісара охорони здоров'я Д.І. Єфімова, судових лікарів зрівняли у статусі із санітарними і дали їм 50-відсоткову надбавку до ставки, зважаючи на те, що вони мали екстрені виклики нічної пори (адже велике місто Харків обслуговували лише 4 судові лікарі) [61, ф. 342, оп. 1, спр.115, арк. 9; 54, ф. Р-855, оп. 2, спр. 12, арк. 115]. Ставки медиків залежали від поясів, по яких розподілялися всі українські міста. Найвища зарплата серед міст УСРР була в Харкові [110, с. 11]. Потім до першого поясу віднесли міста Донбасу, а також Запоріжжя, Кривий Ріг, Маріуполь [71, с. 229]. Особливо привілейованими у фінансовому плані стали, окрім відповідальних працівників, масажисти, ортопеди й нарконізатори, яким могли призначати спецставки. Це обумовлювалося тим, що практичний досвід таких фахівців ставав дедалі більше затребуваним і їх не вистачало [111, с. 11]. Також гостро відчувався брак дільничних лікарів, рентгенологів, акушерів і стоматологів. Тому окружна інспектура охорони здоров'я ухвалила положення, за яким лікарі-інтерни мусили відпрацьовувати певний термін (від півроку до півтора) за направленням на певну дільницю (переважно до сільської місцевості) [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 14, арк. 30–30, зв.].

У 1925 році Наркомздоров'я УСРР вирішив переглянути і значно підвищити тарифні ставки медичних працівників. Тепер зарплатна амплітуда для харків'ян становила від 22 до 160 карбованців. Лікарі-терапевти отримували 78 крб, молодший госпо-

дарський персонал — 24 крб, а директори інститутів — 140 крб [112, с. 4].

Певні соціальні проблеми виникали у санітарних лікарів. За царату це була лікарська спеціальність з найвищою оплатою [98, с. 48–49]. Як зазначалося вище, під час громадянської війни радянська влада намагалася зберегти привілейоване становище санлікарів і встановила оплату їхньої праці на рівні промислових робітників. У перші повоєнні роки, коли спалахи епідемій ще дошкуляли, санітарні лікарі продовжували отримувати пільги. Так, діяло положення, за яким санлікарі й бактеріологи отримували в півтора раза більше від окладу, якщо працювали по 6–8 років на посаді (66 млн крб), та подвійний оклад, якщо працювали понад зазначений термін (88 млн крб) [113, с. 405]. Постановою № 309 ВЦРПС санітарні працівники забезпечувалися також пайками за посиленими нормами та одягом [114, с. 349–350]. Санітарні лікарі могли безкоштовно їздити трамваєм та автобусом [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 47, арк. 383; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 584, арк. 3]. Персонал лабораторій міськсанепіду з 1922 року був прирівняний за оплатою праці до персоналу холерних лікарень як такий, що безпосередньо має справу з інфекціями [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 786, арк. 40]. Проте епідемії поступово вщухали, і влада почала втрачати інтерес до матеріального становища санітарних лікарів. 1924 року профспілка «Всемедикосантруд» включила їх у єдину тарифну сітку з лікарями інших спеціальностей, тим самим позбавивши пріоритету в оплаті праці [115, с. 149]. Але визначені 80 карбованців санітарних лікарів не влаштували. Мало того, що запанувала зрівняльна політика, навіть ці мізерні оклади почали затримувати [116, с. 71]. Тому санітарні лікарі через надзвичайно важкі умови праці просто переходили до інших сфер лікарської діяльності. З цієї причини 8 дільниць міста (приблизно 30 %) залишилися без потрібних спеціалістів [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 38, арк. 3]. Такий стан справ змусив владу знову підняти зарплату санітарного лікаря — від 1925 року вона становила 120 карбованців на місяць (на 20 карбованців менше, ніж у директора інституту). Покращилося і становище лаборантів, які тепер отримували

по 115 карбованців, тобто майже однаково із санітарними лікарями [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 786, арк. 40].

Зросла заробітна плата у працівників заразних бараків [117, с. 24]. Змінилося на краще й становище лікарських помічників. Окргдорівінспектура дозволила їм займатися приватною практикою (виписувати ліки, проводити прості операції, робити щеплення, видавати посвідчення про хворобу чи смерть) [118, с. 6]. І все ж таки скрутне матеріальне становище змушувало багатьох лікарів, яким з 1925 року заборонялося займатись приватною практикою (лікарям Робмеду, інтернам, членам лікарняно-консультаційних комісій та санітарним лікарям, а також запрошеним на роботу окружними органами Народного Комісаріату охорони здоров'я), порушувати цю заборону [31, с. 9–13] [61, ф. 342, оп. 3, спр. 162, арк. 15]. Інші категорії мали змогу змінити свій матеріальний стан шляхом відкриття приватних кабінетів, що було дозволено законодавством [119, с. 2–3]. Замалою була оплата праці молодшого персоналу. До того ж, виплати часто затримували. Це штовхало працівників на крадіжки казенного майна [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 25, арк. 4, зв.].

По закінченні громадянської війни гостро постала проблема безробіття серед медиків. Адже до міста прибули демобілізовані з Червоної Армії. До того ж лави безробітних поповнювали переселенці з голодуючих губерній. Безробітні медики активно шукали роботу, оприлюднювали звернення до сумісників, благаючи тих відмовитися хоча б від однієї посади (деякі лікарі обіймали по 3–4 посади), однак даремно — до кінця 1922 року жоден із сумісників не зробив цього (див додаток А 2) [120, с. 16–17]. З одного боку, тільки так вони могли отримати пристойні гроші. З іншого боку, громадськість міста була проти звільнення досвідчених лікарів, адже безробітні, які намагалися посісти місця сумісників, не мали достатнього досвіду роботи [121, с. 4–6]. У 1923 році в Харкові налічувалося 1342 безробітних медики, а 1925 — вже 1912 [122, с. 3]. Це була четверта за кількістю безробітних категорія на біржі праці [123, с. 15]. Ситуація дещо виправилася з розвитком мережі закладів Робмеду, де змогли працевлаштуватися безробітні лікарі,

сюди ж були переведені деякі сумісники. Це дало змогу знизити рівень безробіття медичних працівників.

Проблема перенаселення міста, велике скупчення людей на замалій житловій площі не оминули й медиків. Медичним працівникам дозволялося жити при лікарнях, де вони працювали, якщо там були вільні приміщення, без стягнення за це платні [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 4, т. 1, арк. 53; 124, с. 20]. Якщо медики звільнялися з лікарні, вони підлягали негайному виселенню [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 919, арк. 46]. Лише в окремих випадках губздороввідділ розглядав питання персонального надання житлової площі при лікарнях особам, які там не працювали. Вона переважно надавалася за певні досягнення в колишній роботі. Так, наприклад, була залишена квартира за вдовою С.П. Григор'єва — директора Рентгенологічної академії, який помер від черевного тифу; за доктором М.І. Рахманіновим, стаж якого сягав 38 років; за родиною доктора М. Масловського — керівника туберкульозного підвідділу губздороввідділу [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 919, арк. 75, 78, 91, 111]. Однак траплялося, що при лікарнях все одно жили не тільки співробітники, а й люди, які не мали відношення до лікарень [54, ф. П-2, оп. 1, спр. 9, арк. 85; 54, ф. Р855, оп. 1, спр. 2, арк. 26; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 919, арк. 29, 30]. У 1925 році законодавчо було встановлено категорії, які мали право на проживання при лікарнях. До них належали працівники, які за посадою могли знадобитися на роботі в будь-який час. Це були переважно завідувачі закладів, лікарі-інтерни, ургентні хірурги, операційні сестри тощо. Дозволялося селитися й тим співробітникам (за наявності вільних місць), житло яких розташоване далеко від місця роботи [125, с. 7]. Від 1927 року через скрутне матеріальне становище при лікарнях (за умови наявності вільних місць) могли оселятися й особи, не причетні до лікарень, із стягненням з них грошової плати [124, с. 20]. Але протягом досліджуваного періоду проблема з житлом для медичних працівників залишалася, тому партійні органи з метою утримання персоналу на місцях приймали спеціальні ухвали щодо поліпшення його житлових умов. Наприклад, для співробітників обласної лікарні рішенням бюро

обкому партії від 4.05.1932 було вирішено відкрити їдальню та збудувати гуртожиток [54, ф. П-2, оп. 1, спр. 9, арк. 86].

За підрахунками, на одного лікаря у 1923 році припадало 480 харків'ян, тоді як у 1913-му цей показник становив приблизно 400 осіб [98, с. 44]. Зменшення забезпеченості населення міста медичною допомогою сталося внаслідок соціальних катаклізмів, що пронеслися країною. Перша світова і громадянська війни, спалахи епідемій, масова еміграція буквально «вибили» лікарів з міста. Наприклад, у лютому 1919 року 135 лікарів було мобілізовано на фронт, а 136 — залишено в Харкові [54, ф. Р-202, оп. 1, спр. 36, арк. 47]. Тобто місто було на 50 % позбавлене медиків у той час, коли лікарні були переповнені пацієнтами, а персонал тримався на межі можливостей [126, с. 156; 63, с. 154]. Після громадянської війни Рада праці та оборони ухвалила залишити в Червоній Армії на мирний час повний штатний склад медичного персоналу [127, с. 11]. Масова демобілізація медиків розпочалася аж у 1922 році. Проте робочих місць для них передбачено не було, що спричиняло (як зазначалося вище) масове безробіття. Підготовку медиків у Харкові поновили 1920 року, отже й перші випуски з працевлаштуванням почалися із середини десятиліття. Сукупність означених чинників обумовила на початку 20-х років велике навантаження на медичних працівників. Найбільших труднощів зазнали лікарі медичних дільниць. Справді, хіба можна було задовольнити під час прийомів усіх хворих (хоча б просто поспілкуватися й опитати про стан здоров'я), якщо за одну годину навіть лікар-фахівець мав обслуговувати від 4 (дантист) до 13 (хірург) осіб (див. додаток А 25) [39, с. 1304].

Перевантаженість медиків, погане забезпечення лікувальних закладів, а також мізерний рівень оплати праці персоналу зумовили недбале ставлення деяких з них до виконання службових обов'язків [54, Р-203, оп. 1, спр. 243, арк. 27, 33]. Іноді дії лікарів межували з відверто кримінальними діяннями, як це було у випадку з лікарем М.В. Шестопалом. Своїми махінаціями, знущанням з персоналу він зажив ганебної репутації в медичних колах і врешті був викритий та покараний (див. додаток Б 1). Особливо

знущалися лікарі з психічно хворих, змушували їх виконувати різні роботи (прибирання, миття підлоги), за невиконання завдавали тілесних ушкоджень. Такі «витівки» зазвичай пояснювали станом хворого чи бійкою між пацієнтами, хоча зрідка дії лікарів вдавалося викривати і карати [61, ф. 342, оп. 3, спр. 346, арк. 22–26, 77]. Існував навіть табель стягнень, за яким медичні працівники мали бути покарані за ті чи інші проступки. А от справи побиття лікарями хворих розглядали на дисциплінарному товариському суді профспілки «Всемедикосантруд», де медикам виносили різні міри покарання (від призначення громадських робіт до виключення з профспілки та заборону займатися надалі будь-якою діяльністю в медично-санітарних закладах) [128, с. 9; 129, с. 9–14; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 306, арк. 172].

Траплялися й серйозні конфлікти з пацієнтами. Хворі, часом безпідставно, свій гнів зганяли на лікарі. За образу лікаря при виконанні ним службових обов'язків було встановлено покарання за ст. 10 та 88 Кримінального кодексу, які передбачали позбавлення волі строком від 6 місяців [130, с. 11]. Резонансною в 1927 році стала «справа Неоніли Кочетової» — жінки, яка вбила лікарку Естерман, помстившись за померлу дитину [131, с. 9; 132, с. 25]. Судом було визнано, що Естерман визначила один з найскладніших для встановлення діагнозів, призначила правильне лікування, дала навіть свою домашню адресу для звернення в позаробочий час, але через ускладнення дитина померла. У харківській пресі широко висвітлювався судовий процес, особливий резонанс він мав у середовищі робітників міста [133, с. 10]. Естерман була вагітна, але, не зважаючи на свій стан, надавала допомогу інфекційним хворим, ризикувала від них заразитися, ладна була прийти на допомогу у вільний від роботи час. Вбивцю засудили до п'яти років ув'язнення. Цей епізод, навпаки, являє нам приклад відданості лікаря своїй справі.

Узагальнюючи викладене, зауважимо, що соціальне становище лікарів Харкова (втім, як і всіх лікарів радянської України) в означені роки не можна оцінити однозначно. З одного боку, радянська влада намагалася дбати про них (уведення безоплатного

страхування, встановлення заробітної плати на рівні робітничої та її постійне підвищення, пільги в розподільчій системі, надання службового житла тощо). З іншого боку, лікарська спільнота втратила багато позицій у своєму соціальному статусі. Її матеріальне становище, хоча і вважалося в радянському суспільстві непоганим, значно поступалося матеріальному становищу дорядянських лікарів. А скасування більшовиками чинів і нагород, що підкреслювали неабиякий соціальний статус лікаря, ще більше знижувало його.

БОРОТЬБА З НАЙВАЖЛИВІШИМИ ХВОРОБАМИ ТА ПОДОЛАННЯ ЇХ НАСЛІДКІВ

Епідемії

Першим серйозним випробуванням для «семашківської» системи в пореволюційній Україні стали грізні епідемії, що супроводжувалися катастрофічною смертністю. Тому основним у розбудові охорони здоров'я на початку існування УСРР було піклування про госпіталізацію інфекційних хворих, поліпшення медикаментозного забезпечення, організацію допомоги хворим вдома. Відповідно, найпершим завданням, яке постало перед харківською медичною спільнотою, був порятунок міста від епідемічних хвороб.

Головною причиною пошестей того часу був жахливий санітарний стан міста. Голодна блокада, встановлена ворогами радянської влади; бруд і брак миючих і дезінфекційних засобів та апаратури; відсутність палива й закриття лазень; великі людські втрати, зокрема медичного персоналу; розвал старої інфраструктури охорони здоров'я — все це надзвичайно ускладнювало боротьбу з інфекційними захворюваннями.

Неблагополучне епідемічне становище погіршували біженці, які юрбами тяглися до міста. Жителі районів бойових дій, голодуючі з Поволжя, Дону та Центральної Росії, які намагалися знайти харчі, переносили місцеві різновиди епідемічних хвороб, що прогресували в місті і значно підвищували рівень захворюваності. Не допомагали навіть міліцейські кордони на околицях міста — все одно переселенців не меншало [54 ф. П-1, оп. 1, спр. 520, арк. 108].

Іншим чинником незадовільного санітарного стану в місті була розруха. Пошкоджені системи водозабезпечення та водовідведення (і без того недостатні для великого Харкова) значно погіршували санітарні умови життя харків'ян. Асенізаційні діжки не встигали вивозити бруд з вулиць. Щоправда, й саме населення не

дуже ретельно дотримувалося чистоти — в місті існувала безліч несанкціонованих сміттєзвалищ, куди харків'яни зносили відходи [134, 20 апр.].

Однією з причин епідемій було хронічне недоїдання жителів Харкова, адже ослаблений організм людини не може боротися з хворобою. За даними анкетування чотирьох категорій харків'ян (особи фізичної праці, представники розумової праці, службовці та студенти вишів) виявилось, що з категорії осіб фізичної праці постійно голодуючих було найбільше. Саме вони здебільшого хворіли на інфекційні хвороби — висипний, черевний, поворотний тифи і тиф нез'ясованої етіології. А ця категорія харків'ян на той час була найчисленнішою. Існують дані, що наприкінці громадянської війни, до введення непу, харків'яни хліб заміняли картоплею, а якщо не мали цих «розкошів», то вживали різні сурогати. Тому разом з інфекційними хворобами недоїдаючих містян часто косила й цинга. Більшість анкетованих харків'ян визнали, що 1920–1921 роки — це найжахливіша голодна пора на їхній пам'яті [135, с. 818]. Голод в Україні 1921–1923 років став визначальним фактором у спалаху епідемії холери [136, с. 5].

Важливою причиною поширення хвороб (таких, як висипний тиф) стала нестача житлової площі. Найчастіше ця хвороба дошкуляла там, де люди жили у тисняві та бруді, не мали змоги достатньо митися і змінювати білизну [137, с. 4].

Іншою, доволі вагомою причиною поширення епідемічних захворювань стала так звана «студентська» епідемія (наприклад, на висипний тиф), коли хворіли переважно студенти, які привозили «заразу» з дому після канікул або заражались в потягах.

У 1920 році Харківська губернія була на першому місці по Україні із захворюваності на висипний тиф та третьою із захворюваності на поворотний тиф [54, ф. Р-202, оп. 1, спр. 36, арк. 28; 138, с. 25]. Наступного року висипний тиф дав 1739 випадків, поворотний — 1834, черевний — 2197, нез'ясований — 2439 випадків [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 308, арк. 95]. Існують також інші дані, які змальовують ще жахливіший рівень захворюваності на поворотний тиф (див. додаток А 11) [2, с. 55]. Дослідник М. Мітельман

1903–1927 роки взагалі називає часом епідемії поворотного тифу. Автор подає такі відомості щодо міста Харкова в досліджуваній нами період: 1919 рік — 2000 випадків, 1920 — 4609, 1921 — 2593, 1922 — 2413, 1923 — 752, 1924 — 404, 1925 — 199, 1926 — 115, 1927 — 59 випадків [4, с. 20; 139, с. 33]. Як бачимо, найтяжчий період захворюваності припав на громадянську війну (1919–1920), а від 1921 року епідемія поволі (упродовж семи років) відступає.

Серед усіх категорій населення на поворотний тиф найбільше хворіли безпритульні — 66 %, друга категорія (арештанти) давала 23 % [4, с. 22]. Це були переважно мешканці нічліжок або просто безхатки, тобто декласований елемент, який постійно мігрував між бупром, міліцейською дільницею та вулицею. Слід зазначити, що в Харкові нічліжна справа перебувала в занедбаному стані. Існувало лише приблизно 50 % місць від потрібної кількості. Діяли міський нічліжний дім на 130 осіб та декілька приватних нічліжок. Ясно, що вони були перенаселені. Та на всі заклики санітарного лікаря Харкова В.В. Фавра про зведення нового нічліжного дому влада вперто відмовчувалася. Лише з 1924 року почав функціонувати нічліжний дім на 200 місць на Кінному майдані. Розгорталася мережа робітничих гуртожитків. Якщо згадати вищенаведені цифри про захворюваність на поворотний тиф, то саме відтоді вона почала значно спадати. Безумовно, велике значення мали налагоджена в той час санітарна обробка нічліжних будинків та майже стовідсоткова шпиталізація хворих на поворотний тиф [4, с. 25].

У боротьбі з пошестями радянська медицина на перше місце ставила запобіжні заходи як найдійовіший фактор, що міг зупинити епідемії, і на друге місце — лікувальну справу. Профілактика спрямовувалась на ті пункти, де існувала найбільша загроза: шляхи сполучення, рухомі маси голодуючих, місця позбавлення волі, найбідніше міське населення, промислові підприємства, місця скупчення людей, лікувальні заклади. На станції Харків Південної залізниці діяв ізоляційно-пропускний пункт на 100 ліжок для прибулих до міста людей, у яких лікарі підозрювали інфек-

ційну хворобу. Їх розміщували у пункті до з'ясування діагнозу, а потім відправляли до відповідних медичних закладів.

Для лікування тифу по місту було організовано 27 пунктів щеплення, діяли 3 «летючі загони», які обслуговували підприємства [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 308, арк. 96]. Щоб мати оперативну інформацію про поширеність тієї чи іншої інфекції, міськсанепід зобов'язав лікарів негайно телефоном повідомляти про нові випадки [140, с. 25; 141, с. 11].

Несправедливо було б не відзначити, що на першому етапі (до ліквідації лікарняних кас) справі боротьби з епідемічними хворобами значно посприяла Харківська загальноміська лікарняна каса. Саме вона організувала «летючі епідемічні загони» у складі лікаря, фельдшера, сестри-жалібниці та покоївки, які забезпечували необхідну допомогу хворим удома. Харків'яни повинні були заявляти про свої хвороби до одинадцятої ранку на спеціальні пункти, і тоді медична допомога надавалася в той же день. Такі пункти були розташовані по всьому місту, а саме: на вул. Катеринославській, 111 на Холодній Горі, у Шкільному провулку на Основі — в приміщенні земської амбулаторії, на вул. Старо-Московській, 115 — у приміщенні 1-ї амбулаторії міськкаси, на вулицях Ярославській, 2 та Журавлівській — у міській амбулаторії [142, с. 34].

Методи протиепідемічної просвіти населення були найрізноманітніші. Регулярно проходили «тижні» й «місяці» чистоти з широким використанням пропагандистської літератури [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 520, арк. 96]. До санітарної роботи долучалася громадськість міста. Скрізь (на підприємствах, в установах, у будинках) діяли комісії боротьби з брудом і нечистотами та спеціальні міжвідомчі органи, наділені надзвичайними повноваженнями: санітарні трійки, санітарні п'ятірки, іноді встановлювалася одноосібна санітарна диктатура [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 520, арк. 14–15].

Багато клопоту медикам завдавала і малярія, що була лідером у структурі захворюваності харківського населення дорядянської доби [98, с. 17]. Від 1920 року більшовики почали реєструвати її

в обов'язковому порядку [143, с. 34]. У 1923 році в Харкові був створений Протозойний інститут з наукового вивчення малярії та підготовки кадрів для боротьби з цією жахливою недугою [144, с. 7].

На початку 20-х років малярія здебільшого лютувала в робітничих районах — потерпали працівники «Канатки» й металісти Червонозаводського району [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 917, арк. 13]. Хвороба не полишала місто весь досліджуваний період. Захворюваність постійно зростала упродовж 1925–1928 років, охоплюючи дедалі більше робітників «Серпа і Молота», ХПЗ, ДЕЗ [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 81, арк. 9]. Малярійний загін, який провів дослідницьку роботу в помешканнях поблизу річки Немишлі, також виявив високий рівень захворюваності на малярію [145, с. 97]. У 1933 році вона значно поширилася у порівнянні з попереднім і вартувала багатьох днів працездатності харків'ян [91, с. 4].

Станом на середину 20-х років ХХ століття в Харкові лідувала епідемія скарлатини, яка переважно вражала дітей [145, с. 94]. У зв'язку зі збільшенням випадків захворювання на скарлатину було розгорнуто додаткові ліжка у 2-й та 8-й радлікарнях (їх стало 450), де приймали хворих дітей, з'явилося дитяче скарлатинозне відділення на території Сабурової дачі [146, с. 24; 54, ф. Р-203, оп.1, спр. 1558, арк. 154]. Доволі високі показники давали й інші інфекційні захворювання (див. додатки А 12, А 15, А 16, А 17) [147, с. 74–75; 148, с. 78; 149, с. 67–68].

У 1928 році через неабияку епідемічність міста й усієї округи планувалося посилити заходи боротьби із заразливими хворобами. Від 1929 року в місті почали реєструвати коросту і трахому — настільки високим був рівень захворюваності. Після обстеження осередків паразитозів запровадили їх хінізацію. По місту працювали дезінфекційні загони, які обробляли кімнати інфекційних хворих формаліном та сіркою [140, с. 25].

Значною проблемою для Харкова у 1920-ті роки стала захворюваність на сказ. Особливо важко було у 1924–1925 роках, коли в місті спалахнула епізоотія сказу серед собак [150, с. 5]. Працівники відділу комунального господарства бездоглядних тварин

відловлювали, але їх велика кількість зводила нанівець боротьбу з цією проблемою [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 197, арк. 3]. Єдиним на той час виходом, поряд з відловом тварин, стало проведення вчасних щеплень. Без щеплень смертність від сказу була б стовідсотковою [151, с. 40]. Цю роботу взяли на себе пастерівські пункти, які забезпечували допомогою при укусах собак як харків'ян, так і жителів губернії. А Харківське пастерівське відділення до того ж обслуговувало ще й Полтавську, Кременчуцьку, Донецьку, Курську та частину Орловської губерній. Хворі із цих губерній приїжджали до Харкова безкоштовно, жили в гуртожитку при пастерівській станції, отримували достатнє харчування і проходили курс лікування [152, с. 15]. Наприклад, у 1925 році Харківський пастерівський пункт Санітарно-бактеріологічного інституту провів 3413 щеплень, що становило значну кількість, але ще не достатню для остаточного вирішення справи [148, с. 63]. Щороку зростала кількість покусаних собаками людей. Тому наукова рада при Харківській окрздоровінспектурі, після доповіді завідуючого пастерівським відділенням І Санітарно-бактеріологічного інституту приват-доцента М.М. Цехновицера, розробила певні заходи боротьби зі сказом: передбачалося обов'язкове носіння собаками, які знаходилися поза помешканнями, намордників (у разі невиконання на господаря тварини чекав штраф — 3 карбованці); проводилося обов'язкове винищення бродячих собак; відповідальність за заподіяну твариною шкоду здоров'ю людей покладалася на власників тварин, а недогляд розцінювався як невиконання постанови окрвиконкому; домоуправління були зобов'язані повідомляти про будь-які підозрілі випадки захворювань на сказ. У той же час для тварин, що покусали людей, діяли ізолятори (на 150 собак), де за ними спостерігали протягом 3–6 місяців, а потім, якщо тварина не становила небезпеки, її повертали власникові [153, с. 67]. Ця резолюція була підтримана Харківським окружним виконавчим комітетом, який видав 11 травня 1927 року відповідну постанову «Про заходи боротьби зі сказом», де на відділ комунального господарства покладалася як реєстрація домашніх тварин, так і винищення бездоглядних тварин (або тих, які не

мали намордника та повідка, що в даних умовах ототожнювалося з бездоглядністю) [154, с. 66; 71, с. 317].

Загалом за 1927/1928 р., тобто через десять років після проголошення в Харкові радянської влади, було зареєстровано 32543 випадки інфекційних захворювань. Серед них грип дав 19679 випадків, кір — 4639, скарлатина — 2625, малярія — 1330, дифтерія — 672, черевний тиф — 569, паразитарні тифи — 20 випадків [84, с. 88]. Порівняємо ці дані з останнім мирним довоєнним роком — 1913-м [98, с. 116–126] і пересвідчимося, що за перше десятиріччя своєї влади більшовики повністю здолали в Харкові холеру, віспу, висипний тиф і практично — паразитарні та поворотний тифи. Далі беремо кількість населення міста у 1927 році (412824) і виводимо цифру захворюваності на дифтерію. Вона становить 1,6 випадка на 1000 населення. А цей показник 1913 року був близьким до 5 [98, с. 125]. Значно знизилася й захворюваність на малярію [155, с. 17]. Безсумнівні успіхи за такий короткий термін вражають.

Історичні джерела переконливо свідчать, що «семашківська» система в Харкові гідно витримала удари епідемій. На кінець досліджуваного періоду були ухвалені нормативні акти, які впроваджували обов'язкові щеплення проти деяких інфекційних хвороб усього населення (віспа) або деяких його категорій (черевний тиф, скарлатина). Чільна увага приділялася фінансуванню протиепідемічної справи — кошти залучалися не тільки з місцевого бюджету і фонду допомоги застрахованим, а й від підприємств, громадських організацій, Червоного Хреста [71, с. 303–304].

Харківська медична спільнота мобілізувала свої сили і спрямувала їх на боротьбу з грізними інфекціями. Лікарі самовіддано працювали у найнебезпечніших районах міста, приймали заразних хворих і самі наражалися на небезпеку. Так від висипного тифу помер на посту видатний харківський гігієніст і маляріолог Володимир Володимирович Фавр [156, с. 446; 157, с. 167]. Професор Петро Іванович Шатілов очолив державну комісію боротьби з тифом і працював у ній самовіддано, ризикуючи власним здоров'ям. Більше того, восени 1920 року він собі першому зробив противи-

сипнотифозне щеплення, яке ще не пройшло жодного клінічного випробування — на це бракувало часу. І вже в останню з низки епідемій, навесні 1921 року, Петро Іванович підхопив висипний тиф під час відвідання хворого. Його надзвичайно втомлений, виснажений тяжкою працею організм не витримав — 13 травня 1921 року, на одинадцятий день хвороби, П.І. Шатілов помер [158, с. 302].

Однак, попри всі жертви і зусилля, загальна епідемічна картина у столичному Харкові залишалася невтішною. Високий рівень інфекційних хвороб спонукав харківських медиків шукати нові шляхи його зниження. Саме за радянської доби велику роль почала відігравати санітарна просвіта населення, яка перетворилася на державну справу. Щоб не допустити значного поширення інфекції, харків'ян навчали елементарним правилам гігієни.

Соціальні захворювання

У новому суспільстві соціальної справедливості влада прагнула знищити залишки буржуазного ладу. Одним із найтяжчих його проявів були соціальні хвороби. Питання боротьби з ними постало особливим пунктом у «Програмі Російської комуністичної партії (більшовиків)», прийнятій на восьмому з'їзді партії в Москві у березні 1919 року [45, с. 59]. В цьому документі були визначені найзагрозливіші соціальні хвороби того часу — туберкульоз, венеризм та алкоголізм. Тому саме на їх викорінення були спрямовані кращі сили медичної науки та практики [159, с. 97]. Для ефективного керування цією справою при НКОЗ РСФРР створили секції боротьби з туберкульозом та венеризмом. Відповідні відділи дещо пізніше були створені при НКОЗ УСРР [160, с. 124–125; 161, с. 126–127].

Туберкульоз. Небезпечною соціальною хворобою, якій більшовики оголосили непримиренну війну, був туберкульоз [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1502, арк. 5; 162, с. 182–186]. Сухоти вражали переважно соціально незахищені верстви населення. Ця хвороба в дожовтневий період давала найбільшу смертність [98, с. 114],

та й після революції кількість хворих на туберкульоз харків'ян залишалася високою [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 17]. Тому позбавлення від такої тяжкої спадщини буржуазного ладу було в більшовицькій програмі не тільки пунктом серед чергових заходів, а питанням престижу, мірилом виконання обіцянок.

Сухоти — складна соціальна і суто медична проблема, що вимагає великих коштів. За царату держава надавала медикам мізерну підтримку. Спеціалізованої допомоги тривалий час не існувало, а невелика «лечебниця», яка бралася за туберкульозних хворих, почала працювати у Харкові лише в 1910-х роках. У 1912 році Харківським відділом «Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом» була відкрита безкоштовна і загальнодоступна амбулаторія, що працювала як диспансер, у 1914 — безкоштовні ясла для дітей, хворих на туберкульоз. Від 1913 року діяв санаторій «Ріпки» на 35 ліжок. Але цих закладів вкрай не вистачало для Харкова [98, с.114–115]. Тому вже 1919 року виконком затвердив план розширення санаторію «Ріпки» до 200 ліжок, а приватну «лечебницю» Г.М. Авдакової було націоналізовано і перетворено на диспансер [163, с. 421]. Та всі ці заклади працювали переважно з хворими на туберкульоз легенів — найпоширенішу форму цієї недуги, хоча були захворювання і на кістковий туберкульоз, і на туберкульоз залоз, кишківника, нирок, шкіри тощо [164, с. 8]. Однак хворих на кістковий туберкульоз обслуговували здебільшого ортопедичні заклади, а не спеціалізовані туберкульозні диспансери, і така ситуація зберігалася протягом усього досліджуваного періоду [165, с. 55]. Лише невелика кількість тубдиспансерів мала власні кістково-суглобні відділи, а про відділи для інших різновидів туберкульозу ніде й не згадується.

Станом на 1921 р. вдалося налагодити роботу чотирьох амбулаторій-диспансерів. Через них пройшло 20223 хворих, госпіталізація яких проводилася в стаціонарах 1-го та 2-го диспансерів [166, с. 9].

Епідемії, що вирували тоді, на деякий час відсунули безпосередню роботу Наркомздорв'я з винищення туберкульозу. Однак у 1922 році комісаріат продовжив роботу з організації системи за-

кладів для боротьби із цією жахливою хворобою — протитуберкульозних диспансерів [167, с. 272]. На той момент по всій Україні було лише 8 диспансерів на 390 ліжок [168, с. 136]. Така мізерна кількість не задовольняла не те що республіку — будь-якому тогочасному українському місту бракувало б такої кількості ліжок. Провідною ланкою цієї системи планувалося зробити диспансер, навколо якого мали групуватися допоміжні лікувально-оздоровчі заклади: санаторії для дорослих і дітей, денні й нічні дитячі санаторії, нічні санаторії для дорослих, туберкульозна лікарня для госпіталізації тяжких хворих, а також туберкульозні пункти на великих фабриках та заводах [169, с. 231–232]. У 1923 році працювали перші протитуберкульозні диспансери, які склалися з двох частин — медичної та громадської, яка пов'язувала диспансери з громадськими та заводськими організаціями. Вона формувалася з делегатів рад соціальної допомоги у складі представників фабзавкомів та інших організацій. Завданням диспансерів стали діагностика, лікування, профілактика та соціально-громадська боротьба з туберкульозом. Діяльність туберкульозного диспансеру поширювалася на певну територію, де фахівці вели облік туберкульозних хворих, виявляли туберкульозні вогнища, форми захворювання, вели систематичне спостереження за рухом туберкульозу в районі (див. додаток А 10). В основу районування туберкульозних диспансерів поклали природно-історичні райони міста. Це дало можливість вивчати поширеність хвороби, захворюваність та смертність залежно від соціального, вікового, професійного та статевого складу населення [170, с. 46]. На підставі опрацьованого матеріалу туберкульозний диспансер здійснював практичну боротьбу з туберкульозом. У найтіснішому зв'язку з диспансерами працювали й туберкульозні пункти на підприємствах. Тут лікарі виявляли туберкульозних хворих та направляли їх на лікування до диспансеру [171, с. 10–11]. Одночасно діяли й нічні санаторії, які обслуговували працездатних хворих переважно із закритою формою туберкульозу, однак кількість таких санаторіїв не відповідала потребам міста, оскільки не були вирі-

шені основні соціальні проблеми робітництва — недостатнє харчування та погані житлові умови.

Керівництво фтизіатричною справою здійснював Український науково-дослідний туберкульозний інститут, заснований у Харкові 1921 року. Оскільки таких інститутів на всю Україну було лише три (ще в Києві та Одесі), то харківський інститут обслуговував не лише місто і губернію, а й прилеглі регіони. Для того, щоб якось розвантажити ці заклади, 5 лютого 1922 року в Харкові почали діяти спеціальні курси для лікарів, організовані лікувальним відділом НКОЗ [61, ф. 342, оп. 1, спр. 2008, арк. 217; 172, с. 19]. Заняття проходили в будинку 89 по вулиці Чернишевській, при клінічному Туберкульозному інституті (тут же був облаштований і гуртожиток). На курси прибували лікарі, відряджені губздороввідділами, які мали не менше трьох років терапевтичного стажу або чотирьох років загального лікарського стажу. Після закінчення чотиримісячних курсів вони мали не менш як півтора року відпрацювати за призначенням НКОЗ. Планувалося за перший лекційний термін підготувати щонайменше 25 лікарів. Викладали на курсах професори Я.С. Аркавін, С.Л. Трегубов, приват-доцент С.Л. Ерліх, доктори І.І. Файншмідт, Б.Л. Яхніс, Ф.Ю. Розе, С.М. Ямпольський, І.Б. Йозефович, Я.А. Гальперін та інші. Завідувачем курсів був обраний доктор М.С. Морозовський [173, с. 264; 174, с. 159–160].

На початку свого існування Туберкульозний інститут мав відділення на 100 ліжок для хворих на туберкульоз легенів, що містилося у великій п'ятиповерховій будівлі. Тут же працювали водолікувальний кабінет і аптека, власний рентгенівський кабінет. У 1924 році було відремонтоване й стало до ладу друге відділення інституту — хірургічне, на 25 ліжок, що розташувалося в сусідній будівлі. Це відділення виконувало надзвичайно важливу роботу — рятувало тих пацієнтів, яким консервативне лікування не допомагало.

Отже, завдяки активним заходам з розширення протитуберкульозної мережі вже на 1924 рік Харків мав вагомі здобутки — налічувалося сім диспансерів з допоміжними закладами, два са-

наторії («Ріпки» та «Сокольники»), Туберкульозний клінічний інститут Наркомздоров'я з кафедрою туберкульозу медичного інституту при ньому, спеціальне легеневе відділення на 80 ліжок при 2-й радлікарні, нічний санаторій на 75 ліжок [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1502, арк. 38]. Наступного року пацієнтів прийняв ще один диспансер [175, с. 3]. Допомогу туберкульозним дітям надавали такі заклади: три відділення при лікарнях, два денні санаторії, санаторії у селищі Високому на 40 місць, «Помірки» на 100, «Васище» на 40, «Ясна Поляна» на 40 та «Ольхівка» на 25 місць. До того ж у самому Харкові працювало 11 консультацій для дітей грудного віку [176, с. 151].

Одним з найпотужніших був Центральний диспансер імені Роберта Коха, який містився на майдані Фейербаха, 12 — поряд з робітничими районами Плехановським (Петінкою) та Журавлівкою. Організований Харківським відділом «Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом», цей заклад швидко розрісся і вже після революції займав величезний двоповерховий будинок, з власним дитячим відділенням. Диспансер мав стаціонарне відділення на 20 ліжок (15 дорослих та 5 дитячих) і фінансувався за рахунок держави. Окрім державних коштів, надходила грошова допомога від єврейської добродійної організації «Джойнт» та інших. При диспансері працювала рада соціальної допомоги, представлена робітниками багатьох підприємств. Цей заклад очолював протитуберкульозну роботу в місті та губернії.

Іншим досить великим закладом був 2-й протитуберкульозний диспансер, створений на базі націоналізованої «лечебниці» Г.М. Авдакової. Тут працювала амбулаторія, де діагностували ранні форми легеневого туберкульозу, що значно підвищувало шанси пацієнтів на одужання. На початку 20-х років диспансер був переведений у просторіше приміщення на вулиці Сумській, 52 [177, с. 28]. Відтоді диспансер займав двоповерховий будинок, а біля нього розкинувся розкішний сад. У диспансері діяли амбулаторії для дорослих та дітей, аптека, стаціонарне відділення на 10 ліжок. Широко впроваджувалося лікування туберкуліном та

шляхом накладання штучного пневмотораксу. На початку 20-х років це були дійові методи лікування страшної хвороби.

Ще один заклад боротьби з туберкульозом було відкрито при Першому інституті Робмеду у листопаді 1922 року. Він обслуговував виключно застрахованих, членів їхніх сімей та безробітних. Цей диспансер одразу був перевантажений відвідувачами, тому згодом прийом вели у дві зміни. Рада соціальної допомоги (РСД), організована тут з представників робітничої громадськості, координувала диспансеризацію робітників та зв'язок з підприємствами через так звані туб'ячейки (первинні осередки ради на виробництві). Тим, хто, за даними обстеження, харчувався незадовільно, радою призначалися пайки. Окрім такого виду допомоги, РСД займалася проведенням лекцій, консультацій на підприємствах тощо.

Окремий диспансер створили для обслуговування десяти тисяч робітників величезного Плехановського району (Петінки) у 1924 році [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 25, арк. 4]. Диспансер надавав протитуберкульозну допомогу не тільки самим робітникам, а й членам родин. Його розгорнули при 3-й робітничій поліклініці, яка була розташована між двома найбільшими заводами — Харківським паровозобудівним та заводом «Електросила №1» (колишній завод ВЕК, евакуйований до Харкова з Риги 1915 року, в майбутньому ДЕЗ і ХЕМЗ). Хоча сама будівля медичного закладу була непоганою, в ній не існувало кабінету для хірургічного відділення, лабораторія і аптека були одним приміщенням поліклініки; рентгенівського кабінету теж не було, тому доводилося користуватись послугами рентген-кабінетів інших лікувальних закладів.

Дуже необхідним за своєю спеціалізацією був кістково-туберкульозний санаторій для дітей, відкритий губздороввідділом ще в 1919 році. Там на 50 ліжках лікувалися діти віком до 15 років. Обстеження маленькі пацієнти проходили в Рентген-академії. Окрім лікування, діти в санаторії навчалися — їм викладали малювання, природознавство, креслення тощо.

Ще з дореволюційних часів за 47 верст від Харкова існував санаторій «Ріпки». Відкритий він був 7 липня 1913 року з ініціативи учасників Харківського відділу «Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом». Обабіч санаторію розкинувся великий дубовий парк, існувало власне водоймище, працювали електростанція, бібліотека, дезінфекційна камера, пральня. У кінозалі демонстрували кінострічки про туберкульоз, лікування та методи запобігання цій хворобі. «Ріпки» був найкращим на той час тубсанаторієм. Хворі лікувалися тут протягом трьох місяців, отримували харчування 5–6 разів на день (5000 калорій), чого не міг дати жоден лікувальний заклад.

Для хворих на першу стадію активного легеневого туберкульозу працював санаторій «Сокольники», розташований за три версти від Харкова. Він міг прийняти 30 хворих, які добре харчувалися й відпочивали на природі.

Також існували протитуберкульозні заклади, створення яких було ініційоване Українським Червоним Хрестом та керівними органами шляхів сполучення — Дорздоровом Південних та Донецьких залізниць. 1923 року ці дві організації відкрили диспансер для своїх працівників, а Червоний Хрест додав дитяче відділення диспансеру.

У листках непрацездатності харківських робітників діагноз «туберкульоз» був зазначений у 67,3 % випадків (для порівняння: у Москві такий діагноз сягав лише 30 %) [178, с. 125–126]. Тут варто зазначити, що за переписом населення 1926 року соціальний склад населення Харкова мав такий вигляд: пролетаріат — 84,6 %, самостійні виробники — 10,1, підприємці — 4,6 та особи вільного фаху — 0,7 % [179, с. 4]. Основну «групу ризику» щодо захворювання на сухоти складали робітники, тобто переважна маса населення міста. Вони або вже хворіли на туберкульоз, або щодня на виробництві спілкувалися з носіями туберкульозної палички й мали всі шанси захворіти. Давалися взнаки і недостатньо здорова організація праці, і погані житлові умови. Докладно цю проблему висвітлено у невеличкій, але багатій статистичними даними, розвідці С.І. Медведєвої та Л.Д. Ульянова «Распределение

и анализ заболеваемости и смертности от туберкулеза в Харькове по естественно-историческим и диспансерным районам». Автори ретельно проаналізували захворюваність харківських робітників, дослідили її рівень по районах проживання і підтвердили, що найбільше потерпали від туберкульозу саме робітничі райони [180, с. 12].

Робітництво вирішило взяти справу боротьби із сухотами у власні руки. Так серед працівників теплового цеху ХПЗ виникла ідея про організацію сільськогосподарської колонії для туберкульозних хворих «Здравница». Адже за даними комісії, яка працювала на заводі, серед 472 оглянутих активну стадію туберкульозу мали 32 особи, а неактивну — 31 [178, с. 125]. Ідею виклав у листі до Раднаркому 23 березня 1924 року в газеті «Пролетарій» працівник ХПЗ І.М. Ферхмін [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 15]. Він доводив, що, працюючи в шкідливих умовах, робітники не можуть одужати від туберкульозу, до того ж заражують інших. На допомогу через хворобу, надану Соцстрахом, прожити неможливо. Тому робітники вбачали вирішення проблеми в організації такої структури, де вони могли б і бути корисними державі, повноцінно працюючи в іншій сфері, і водночас поліпшувати своє здоров'я. Ідею організації колонії обговорили на засіданні профспілок великих підприємств, де вона була підтримана [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 9, арк. 1]. Влада також позитивно відреагувала на цю пропозицію. Голова ВУЦВК Г.І. Петровський на листі І.М. Ферхміна написав резолюцію: «Тов. Гуревичу: дать заключение и возможную помощь. Дело, которому надо посочувствовать» [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 16; 54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 46, арк. 113]. Зазначимо, що Харків був піонером впровадження такої ідеї, оскільки в УСРР та й в усьому Союзі закладів подібного типу не існувало [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 82, 166].

Після резолюції Г.І. Петровського туберкульозна рада на засіданні 7 квітня 1924 року визнала за необхідне організувати таку колонію [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 1] і створила комісію з п'яти осіб (серед них був і Ферхмін — ініціатор цієї ідеї), яка повинна була в якомога коротший термін знайти та оглянути

приміщення, придатне для розміщення колонії на 100 осіб [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 4]. Організація колонії та подальше керівництво нею були покладені на Харківський губздороввідділ [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 43]. Колонія мала обслуговувати тільки робітників харківських підприємств [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 1]. Після ліквідації губздороввідділу у 1925 році вся справа перейшла до відання Харківської окружної інспектури охорони здоров'я [там само].

Колонія «Здравница» мала на меті зміцнити здоров'я робітників, хворих на сухоти, шляхом санаторного лікування в умовах, пов'язаних з виробництвом [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 46, арк. 113]. Планувалося, що колонія зможе прийняти приблизно 160 хворих, які будуть зняті з виробництва на два роки й зі своїми родинами мешкатимуть цей час у здоровому оточенні, постійно перебуваючи під наглядом лікаря. Пацієнти отримували здорове, калорійне харчування. Сплачували за нього таким чином: хворим надавалася знижка 50 % (встановлена 6 березня 1926 р.), а з членів сімей платню брали в повному обсязі [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 131]. Харчування хворих відрізнялося тим, що за нормами їм відпускали ті продукти, яких не отримували здорові: наприклад, туберкульозникам щодня давали 2 склянки молока та 16 золотників сала (це приблизно 70 грамів) [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 136].

Планувалося також вести широку культурно-масову роботу серед колоністів і місцевого населення. Для цього мали побудувати театральний зал на 600 глядачів з гарно оздобленою сценою та виписати кіноапарат [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 64]. У колонії хворі могли не тільки зміцнювати здоров'я, а й посилено працювати у сфері сільського господарства. Тобто колонію організовували на принципі самооплатності [181, с. 28]. Було підраховано, що на кожного хворого витратиться приблизно 300 карбованців за рік, а виробити пацієнт може дещо більше. Тому планувалося, що колонія не тільки не буде тягарем для держави, але й приносить дохід [182, № 205].

Оскільки держава не могла профінансувати всі витрати, їй мали допомагати профспілки та робітнича медицина. Таким чином, на початковому етапі створення колонії фінансування планувалося здійснювати з трьох джерел: Наркомздоров'я, профспілки та мережа робітничої медицини [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 14]. Але вже за декілька місяців, коли кошторис був складений, до справи долучилося й Головне управління соціального страхування, яке взяло на себе третину від суми, необхідної для облаштування колонії [там само, арк. 40]. Це була відчутна допомога, оскільки із загального кошторису понад 147 тисяч карбованців [там само, арк. 53] відділ Робмеду НКОЗ міг дати тільки 20 тисяч, а Робмед губздороввідділу — тільки 15 тисяч (до того ж суми відпускалися частинами), а це становило лише 13 та 10 відсотків відповідно [там само, арк. 40]. Сюди ж планувалося додати і 5 тисяч карбованців, зібраних під час проведення туберкульозного триденника [там само, арк. 44].

Проблема пошуку території для колонії вирішувалася непросто. Були оглянуті маєток Харитоненків «Наталіївка» [там само, арк. 83], приміщення у радгоспі «Червоне поле» [там само, арк. 6, 13, 14, 57], у Карлівці [там само, арк. 82] та Кекіному [там само, арк. 90]. Однак стан будівель вимагав значних коштів на перебудову під санаторій, тому означені місця комісія губздороввідділу відхилила. Лише 8 вересня 1925 року була досягнута угода з Наркомземом про передачу для колонії земельного фонду Мало-Історопського радгоспу в розмірі 603 десятин орної, лугової та лісової землі [там само, арк. 183]. Розташувалася колонія в Лебединському повіті, на станції Боромля (сучасна Сумська область) [183, с. 193]. За досягнутою угодою збільшили кошторис, який склав 267 760 карбованців. Кошти розподілили таким чином: Головна соціальна страхова каса та окружна страхова каса — 100 000; робітнича медицина Народного Комісаріату охорони здоров'я — 25 000; робітнича медицина окружної інспекції охорони здоров'я — 16 600; профспілки — 26 560; відділ шляхів Народного Комісаріату охорони здоров'я — 16 600; залізничні

будівельні органи — 33 200; окрвиконком — 49 800 [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 236].

Як бачимо, на страхкаси припадало навіть більше третини витрат, що свідчить про існування ефективної страхової системи, спроможної забезпечити такі солідні видатки. Саме вони уможливили існування сільськогосподарської колонії для туберкульозних хворих.

Першим керівником колонії був призначений І.М. Ферхмін, а штат складався з 32 осіб [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 108]. До колонії надходило дуже багато листів від осіб різних спеціальностей, які намагалися отримати тут роботу, отже охочих не бракувало [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 9, арк. 25–35]. Проте були проблеми зі штатом медичних працівників, яких шукали по всій республіці [там само, арк. 251, зв.].

Лікар С.Л. Аронштам влітку 1925 року повідомив у газеті про організацію колонії, і ця звістка швидко облетіла зацікавлених робітників [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 8, арк. 164]. Листи-заявки почали надходити вже з вересня [там само, арк. 9, 21]. А 9 грудня 1925 року заклад фактично розпочав роботу, оскільки того дня прийняв першу групу хворих. Однак до колонії міг потрапити не кожен бажаючий, оскільки специфіка її діяльності, а саме сільськогосподарський напрям, диктували, які саме спеціалісти там потрібні. Тому колонія надсилала заявку до окрздорову, який, у свою чергу, переправляв її до диспансеру. А вже в диспансері відбирали згідно з вимогами, який хворий наступним поїде на лікування [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 10, арк. 86]. Цілком зрозуміло, що переважну більшість хворих на туберкульоз «продукували» підприємства важкої промисловості. Отже, якщо робітник не вмів, окрім своїх прямих обов'язків, виконувати ще якусь іншу роботу, то йому проблематично було потрапити до здравниці.

Через брак досвіду й недофінансування в колонії майже від самого початку існували проблеми. А за півроку з окрздорову до адміністрації закладу надійшов лист, де йшлося про надто великі витрати на ведення господарства (дефіцит становив 66 тисяч 824 карбованці 30 копійок) і неукomплектованість штату (особливо

медичного персоналу) [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 10, арк. 109; 54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 25, арк. 30]. Причиною окрздоров вважав недбале ставлення керівництва колонії до своїх обов'язків, тому 1 серпня 1926 року І.М. Ферхмін був відсторонений від посади й очолив список боржників із сумою півтори тисячі карбованців [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 10, арк. 112; 54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 25, арк. 62]. Після фінансової перевірки виявилися й грубі порушення: облік вівся недбало, не існувало документації щодо підсобного виробництва (майстерні, бляшане виробництво, молочна ферма, лісівництво, лозове виробництво, бджолярство, млин); не були повернуті гроші, взяті на виплату зарплати робітникам і службовцям; не був здійснений розрахунок із Соцстрахом.

Новим керівником колонії 5 серпня 1926 року став Д. Рум'янцев [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 10, арк. 150]. Що ж до осіб, звинувачених у названих порушеннях, то І.М. Ферхмін та його бухгалтер І.М. Шитов були переведені на нижчі посади, зі стягненням з них 50 % окладу аж до ліквідації заборгованості (з Ферхміна стягували по 52 крб, а з Шитова — по 78) [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 10, арк. 200; 54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 25, арк. 17; 54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 46, арк. 121].

Наприкінці березня 1928 року Харківський окрвиконком рад затвердив рішення про ліквідацію колонії «Здравница», про що було повідомлено в пресі [23654, ф. Р-855, оп. 2, спр. 34, арк. 1]. За кілька днів, а саме 1 квітня, всі співробітники були звільнені та отримали повний розрахунок [54, ф. Р-855, оп. 2, спр. 34, арк. 2].

Слід зазначити, що існування, хоча й нетривале, такого закладу продемонструвало народну ініціативу, а головне — можливість реалізації ідей робітництва щодо поліпшення здоров'я. На жаль, ліквідація системи Робмеду, про яку йтиметься далі, поряд з недбальством працівників колонії стала вагомою підставою для згортання діяльності «Здравниці». До того ж усі учасники фінансування (окрім страхових органів) невчасно перераховували кошти, гроші надходили малими платежами, зі значними затримками. Переламний 1927/1928 рік, який позначився остаточним

переходом до державного фінансування сфери охорони здоров'я, став датою закриття колонії, що було прямим наслідком тогочасної державної політики, спрямованої на ліквідацію пепу.

На 1928 рік у Харкові діяло вже 8 туберкульозних диспансерів та 16 допоміжних закладів, а саме: 3 стаціонари (на 32 ліжка), 6 дієтдалень (3 для дорослих — на 138 місць та 3 дитячі — на 120 місць), 2 дитячі майданчики (100 малят), 2 денні санаторії (60 дітей) та 3 нічні санаторії (190 осіб) [84, с. 97; 74, с. 7; 54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 46]. У 1929 році додалися 20 ліжок у 5-му тубдиспансері [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 45]. На той час існувала нагальна потреба в таких закладах, бо, як показує рівень відвідувань (а це 38314 хворих у 1926 р. та 38402 хворих у 1927 р.), проблема туберкульозу залишалася гострою для нашого міста.

Подоланням туберкульозу займалася Харківська окружна туберкульозна рада. У 1926 році, на дотримання нового положення Народного Комісаріату охорони здоров'я про тубради, вона зазнала деяких змін. Тепер президія ради складалася з 15 осіб: окрздоровінспектора, туберкульозного інспектора, інспекторів лікувальної медицини, представників Охматдиту, санінспектора, завідуючого робітничою медициною, представників відділу охорони праці, окружної профспілкової ради, міської ради, медико-санітарного управління залізниці, головних лікарів 1-го, 2-го та 5-го диспансерів і представників ради соціальної допомоги 3-го та 5-го диспансерів.

Рада соціальної допомоги у 1920-х роках була новим явищем. Її метою стало об'єднання громадських організацій у боротьбі з туберкульозом, а також сприяння співпраці диспансерів з тими організаціями, які опікувались оздоровленням життя та побуту. Рада соціальної допомоги займалася проведенням різних протитуберкульозних акцій у районах, на підприємствах, у сім'ях, дитячих закладах тощо, пропагувала заходи профілактики, допомагала в організації масових оглядів груп населення на захворюваність туберкульозом, організовувала лекції, бесіди, виставки, музеї, «туберкульозні куточки», надавала соціальну до-

помогу хворим на туберкульоз та їхнім родичам, забезпечувала додатковим харчуванням, необхідними речами, сприяла відбору хворих на санаторно-курортне лікування, брала активну участь у туберкульозних триденниках. До складу ради входили переважно лікарі, завідувачі диспансерів, санітарні лікарі, а також представники страхкас, райжінвідділів, санітарного комітету житлових об'єднань. Діяльність ради соціальної допомоги фінансувалася на кошти, що надходили з фонду соціальної допомоги, від проведення туберкульозних триденників та інших організованих заходів; дозволялося й використання добровільних пожертв.

Із впровадженням диспансеризації та єдиних диспансерів, про які йдеться у четвертому розділі монографії, протитуберкульозна робота значно активізувалася. У другій половині 1920-х років існували тільки диспансери, а з 1930-го при єдиних диспансерах було розгорнуто потужні туберкульозні відділення, які займалися збиранням даних та обліком хворих. Така інформація дозволяла оцінити реальну і повну картину захворюваності. Усіх хворих розподіляли на групи — немовлята, вагітні жінки, промислові робітнички, учні шкіл. Розподіл давав змогу перейти до наступного щабля — вести облік по групах і спостерігати динаміку. У відповідності до цього в групах проводили необхідне лікування та оздоровчі заходи. В результаті падав рівень захворюваності на підприємствах.

Іншою безсумнівною перевагою туберкульозних відділень диспансерів був постійний зв'язок фтизіатрів з дільничними диспансеризаторами. Завдяки такій тісній взаємодії з'явилася можливість якомога раніше виявляти туберкульозних хворих і негайно розпочинати їх лікування. Робота відділень заслужила довіру населення міста, тому вже за одне півріччя значно зросла кількість звернень харків'ян, особливо серед первинних хворих [184, с. 1069].

Однак наполегливу роботу медиків ускладнювало те, що 97 % хворих віком від 25 до 35 років були алкоголіками [13, с. 4–5]. Коштів, що відводилися на протитуберкульозну роботу, хронічно не вистачало — дуже велика кількість населення була

інфікована різними видами туберкульозу [185, с. 169]. Одним із засобів поповнення «грошового кошика» були туберкульозні триденники. Згодом вони стали традиційними і відбувалися доволі часто. Гроші, зібрані у ці дні, становили значні суми, і керівництво охоче вдавалося до такого виду поповнення фінансів. Так, за поданням губздороввідділу губвиконком підготував відповідне розпорядження, за яким: упродовж триденників діяла надбавка на трамвайні квитки в розмірі 50 %; на 25 % дорожчали квитки в кіно, театри та інші видовища й розважальні заходи, рахунки в готелях, кафе, ресторанах, кондитерських, гастрономах і винних магазинах; на 10 % зростали ціни в ювелірних крамницях; орендарі, власники будинків, домоуправління мали проводити обов'язкові збори з мешканців 16–60-річного віку, за винятком робітників, зайнятих на державних підприємствах, безробітних та червоноармійців. Усі додаткові кошти, зібрані під час триденників, спрямовували на протитуберкульозну справу [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 919, арк. 73; 54, ф. Р-1639, оп. 1, спр. 1, арк. 63].

Туберкульозні триденники традиційно проводили навесні. Очолював їх комітет з проведення триденників під головуванням завідуючого губздороввідділом, до його складу входили й інші відповідальні співробітники губздорову. Комітет розсилав на підприємства та в організації запрошення до участі у триденнику — комсомолові, профспілкам, Червоному Хресту, губсоцстраху тощо. До роботи обов'язково залучалися представники туберкульозних диспансерів міста Харкова. Комітет обирав зі свого складу робочі групи з підготовки триденника: санітарно-просвітницьку, фінансово-матеріальну та агітаційну. Постійною в роботі цих груп залишалася проблема відсутності коштів на марки, емблеми, гасла, плакати. Тут підключалися комісія допомоги голодуючим, «Джойнт» та інші організації. Окрім усього іншого, на ці гроші накладом 50 тисяч примірників виходила газета «Туберкульозний триденник», яка містила багато корисних просвітницьких відомостей.

Комітет широко вдавався до наочних методів впливу на харків'ян. У театрах і клубах демонстрували «німі лекції» на тему

туберкульозу. В міських закладах та на підприємствах відбувалися платні лекції, «санітарні суди», тематичні постановки. Всі заходи на користь туберкульозного триденника були звільнені від місцевого податку [186, с. 2]. На підприємствах демонстрували «куточки здоров'я». Такі засоби прищеплювали населенню елементарні речі, які багатьом не були відомі, — правила особистої гігієни й профілактики, початкові знання про туберкульоз. Надзвичайно популярною була виставка про туберкульоз, на яку приходило багато харків'ян. Учасники триденника проводили й так звані «кухлеві збори» — добровільні пожертви на протитуберкульозну справу. Усі гроші, отримані під час проведення триденників, надходили в окрздоров, виключно на боротьбу з туберкульозом.

Завдяки політиці радянського керівництва у Харкові вдалося значно знизити рівень захворюваності на туберкульоз, а смертність від нього у порівнянні з довоєнною зменшилася з 25 до 17 осіб на 10 000 населення [187, с. 35]. Було встановлено ефективний профілактичний бар'єр на шляху інфекцій, створено широку мережу оздоровчих закладів (санаторіїв, нічних стаціонарів тощо). Це заклало основу для подальшого викорінення туберкульозних хвороб у радянському суспільстві. Проте, незважаючи на колосальні зусилля, наприкінці досліджуваного періоду проблема туберкульозу не була подолана остаточно. Ця хвороба ще залишалася провідною у середовищі промислових робітників. Тридцять відсотків смертей у працездатному віці були спричинені туберкульозом [188, с. 56]. Дуже турбувала організація лікування кісткового та суглобного туберкульозу. Аж у 1933 році на спеціальній нараді протитуберкульозної та ортопедичної організацій України було заявлено про необхідність «розроблення усіх заходів у справі боротьби з кістковим туберкульозом», і відтоді йому почали приділяти більше уваги [165, с. 55].

Венеричні захворювання. Так само важливою була і боротьба з проституцією як основним джерелом поширення венеричних хвороб. Ще Дмитро Іванович Багалій назвав венеричні хвороби «страшним бичом городского населения» Харкова [189, с. 113].

До революції, наприклад у 1902 році, в Харкові лікувалося 2530 венериків, і це вважалося справжнім лихом [98, с. 111]. Однак наміри лікаря В.В. Фавра жорсткіше регламентувати це явище були відхилені міською санітарною комісією у 1905 та 1915 роках. Тоді В.В. Фавр виступав з доповідями про неодмінну участь міської управи в нагляді за проституцією, але його пропозиції були визнані «ненадежними и морально недопустимыми» [190, с. 91–92].

Більшовики жорстко і беззастережно заборонили проституцію. Першим кроком стало створення у березні 1921 року спеціальної комісії ВУЦВК на чолі з В. Мойровою — завідуючою відділенням роботи серед жінок при ЦК КП(б)У. Загальне керівництво покладалося на Міжвідомчу комісію при ВУЦВК, яку очолювала Марія Скрипник [191, ф. 1, оп. 20, спр. 824, арк. 1–6]. Крім цих органів, діяла ще й рада по боротьбі із соціальними хворобами і проституцією, яка з грудня 1922 року функціонувала при Народному Комісаріаті охорони здоров'я [61, ф. 342, оп. 1, спр. 1730, арк. 1]. До складу ради входили керівник охорони здоров'я в республіці, представники партії, жіночого відділу [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 919, арк. 95]. Очолив її народний комісар охорони здоров'я УСРР Д.І. Єфімов. У 1923 році в Харкові при НКВС з'явився спеціальний підрозділ для боротьби з проституцією і поширенням венеричних хвороб, а вже в наступному році відновилася робота товариства дерматовенерологів.

Основною причиною проституції в той час називали важкі соціально-економічні умови життя взагалі та жіноцтва особливо [11, с. 163; 14, с. 16–17]. За даними обстежень жінок легкої поведінки, 90 % походили з бідних верств населення. Тому необхідність поліпшення умов життя жінки, зрівняння її у правах з чоловіком стало однією з основних соціальних проблем, за розв'язання яких взялися більшовики. Економічне розкріпачення жінок, залучення їх до всіх видів праці, розвиток охорони материнства і дитинства, шалений адміністративний тиск на повій сприяли тому, що масова проституція почала потроху зникати в перші роки радянської влади. Проте неп загальмував цей процес. З одного боку, з'явилися заможні непмани, а отже й попит на

послуги «жриць кохання». З іншого боку, зріс рівень безробіття, а з виробництва виштовхували передусім найменш кваліфікований елемент — жіноцтво, яке потрапляло на вулицю, «на панель», збільшуючи пропозицію сексуальних послуг. Як результат — різкий стрибок рівня проституції [167, с. 273]. Голова ВУЦВК Г.І. Петровський та нарком здоров'я УСРР М.Г. Гуревич на початку 1923 року (фактичне розгортання непу та підвищення рівня проституції) звернулися до губвиконкому та губздороввідділу з циркулярним листом, в якому було зазначено: «...проституции не должно быть места в трудовом государстве». Для викорінення ганебних явищ, які штовхають жінку на хибний шлях, планувалося вжити таких запобіжних заходів:

- при скороченні штатів особливо обережно ставитися до найуразливіших категорій жіноцтва (самотніх жінок, безпритульних дівчат, вагітних та жінок з малими дітьми); відділам охорони праці, профспілкам і жінвідділам пропонувалося захищати в першу чергу інтереси вищезазначених категорій, пам'ятаючи про те, що будь-які негативні кроки можуть штовхнути цих жінок на шлях проституції;

- організувати промислові артілі, що могли поглинути деякі групи безробітних жінок, які не мали достатньої кваліфікації;

- при організації громадських робіт максимальну увагу приділяти залученню до них безробітних жінок, а також організувати спеціальні громадські роботи для безробітних жінок;

- потурбуватися про підвищення кваліфікації жінок шляхом бронювання для них достатньої кількості місць у професійно-технічних школах та школах майстрів;

- боротися із жіночою безпритульністю шляхом облаштування гуртожитків для безробітних жінок, будинків тимчасового перебування для новоприбулих до міста дівчат та жінок;

- посилити піклування про безпритульних дітей, організувати для них ясла, дитячі їдальні, консультації тощо;

- поширити санітарно-агітаційну просвітницьку роботу серед дорослого та юнацького населення в профспілках, на виробництві, у клубах, спілках молоді, червоноармійських частинах з

метою роз'яснення сутності проституції, неприпустимості та ганебності її в трудовій республіці;

- посилити професійну роботу серед тих жінок, рівень заробітної плати яких низький і для яких проституція може слугувати додатковим заробітком;

- посилити адміністративний нагляд за місцями можливого залучення робітників до розпусти, таких як кафе, ресторани, чайні, кабаре, готелі, трактири;

- рішуче боротися з посередниками та пособниками проституції, притонуотримувачами;

- організувати доступне й безкоштовне лікування венеричних хворих шляхом організації венерологічних поліклінік та диспансерів [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 919, арк. 92–96; 167, с. 273].

Поширення проституції на початку 1920-х років зумовило різке зростання венеричних захворювань, особливо сифілісу [167, с. 272]. Серед усіх заразних захворювань сифіліс був на третьому місці за кількістю уражених людей [192, с. 5]. Ця хвороба охопила всі верстви населення, не можна було виділити якусь одну, ізольовану групу людей, щоб навісити на них ярлик «прокажених»: «Перед сифілісом все равны... Рядом со щеголевато одетым военным сидит рабочий в замусоленной блузе с измазанным салом и копотью лицом. Тут же сидят два приезжих крестьянина из окрестных деревень в лаптях, с повязкой на лице» [16, с. 25]. Таку картину можна було щодня спостерігати в Інституті венеричних хвороб (заснований у січні 1924 р.), який був переповнений пацієнтами, що стікались звідусіль, адже в Україні діяло лише два державних венерологічних інститути — в Харкові та Одесі [193, с. 16]. Тільки за лютий 1924 року харківський інститут мав понад 6000 звернень хворих на сифіліс, а вже в березні кожне відділення приймало 550–600 осіб щодня! Соціальний склад хворих був таким: 70 % — робітництво, а 30 % — бездомні, безробітні, інваліди, кустарі. Серед усіх хворих 52 % — чоловіки, 33 % — жінки, а 15 % — діти віком до 15 років [194, с. 10–11].

Картину захворюваності на венеричні хвороби обтяжувало ще й пияцтво, адже, за даними Харківського державного венеро-

логічного інституту, 80 % одружених чоловіків та 74 % неодружених заразилися венеричними хворобами в стані алкогольного сп'яніння, а 38 % заражених пияк припадало на молодиків 20–24 років. Тобто частина харківської молоді на той час вела легковажний спосіб життя, що ілюструється й такими даними: 45 % чоловіків-пияк заразилося венхворобами від повій, 38 % — від «випадкових знайомих» і лише 1 % — від дружин [195, с. 6; 196, с. 5].

Якщо раніше боротьбу з венеризмом, як правило, вели за напрямом лікувальної роботи, то тепер переважали заходи громадської профілактики, а центр боротьби з венеризмом перемістився з лікарні у венерологічний диспансер. Основними його функціями були: облік венеричних хворих; кваліфікована лікувальна допомога; планомірне гігієнічне виховання як хворих, так і широких мас населення; проведення оглядів організованого дитинства, робітників та службовців, місць громадського користування і фабрично-заводських підприємств, особливо тих осіб, що мешкали у казармах, гуртожитках; обстеження родин хворих (за їхньою згодою); спостереження за тим, щоб хворі закінчували лікування, а при потребі й продовжували його [167, с. 272].

Через брак державних коштів до боротьби з венеричними хворобами активно долучалася громадськість. У 1922 році було організоване Товариство боротьби з венеричними хворобами [167, с. 271]. Наступного року при губернському відділі охорони здоров'я з'явилися ради боротьби з венеризмом та проституцією [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 919, арк. 261; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 917, арк. 18]. Члени таких рад мали вести профілактичну роботу серед населення та стежити за проходженням повного лікування венеричними хворими в поліклініках Робмеду. Громадськість дедалі більше не тільки говорила про лікування сифілісу та інших венеричних хвороб, а правильно наголошувала на профілактиці. «Лечить болезнь — дело великое, а предупредить — величайшее», — писалося тоді в пресі [197, с. 27]. Профілактичні заходи мали важливе значення у подоланні венеричних хвороб. На другому всесоюзному з'їзді боротьби з цими захворюваннями, який від-

бувся у Харкові в 1925 році, вказувалося на необхідність: виявлення венеричних хворих для своєчасного їх лікування; активної санітарної пропаганди, насамперед популяризації використання санітарних превентивних засобів; статевого виховання молоді та боротьби з проституцією як джерелом венеризму. Для соціальної реабілітації Наркомат праці отримав вказівку організувати трудові колективи для самотніх жінок, де вони могли б займатися некваліфікованою працею та отримувати гроші, аби тільки не заробляли на життя торгівлею власним тілом. А для тих осіб, які хотіли одружитися, новий закон про шлюб передбачав до реєстрації надавати кожному з подружжя розписку, що він або вона не заражені венеричними хворобами [54, ф. Р-1639, оп. 1, спр. 1, арк. 58]. «Ставати до шлюбу хворим не забороняється, але коли хто з подружжя затаїв свою хворість перед другим і наслідком тому буде хвороба, та на це скаржитиметься той, від кого затаєно хворобу, його притягається до карної відповідальності» — ось такою була ще одна спроба запобігти наступу венеричних хвороб у суспільстві [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 919, арк. 249].

Кадри венерологів склалися переважно з вільнопрактикуючих фахівців, послуги яких для найманих працівників були недоступними за цінами [198, с. 62]. У 1923–1924 роках для поширення венерологічної допомоги населенню на базі Харківського венерологічного інституту було створено курси лікарів-венерологів [199, 10 серпня].

З метою заохочення хворих звертатися до лікувальних закладів радянський уряд ухвалив законодавчі акти, які захищали їхні права. Венеричним хворим надавалося право безкоштовного лікування [16, с. 25]. Працюючих на час лікування визнавали тимчасово непрацездатними та забезпечували страховою допомогою. Їх заборонялося звільняти зі служби, як і незаразливих венеричних хворих, яким за висновком лікувальних закладів дозволялося працювати в трудових колективах [200, с. 35]. Медики під час лікування венериків мали дотримуватися лікарської таємниці. Лише для хворих, які, знаючи про свою хворобу, навмисно заражали здорових людей, згідно з доповненням до статті

150 Кримінального кодексу, передбачалися заходи кримінального покарання [201, с. 24]. Однак (як впливає з тогочасної преси) багато хворих сприймали венеричну хворобу не як медичну проблему, а як особисту ганьбу, і всіляко намагалися приховати її, заражаючи все більше своїх близьких та знайомих. Зрештою це приводило їх до знахарок та «бабок», які «лікували» власними сумнівними засобами [197, с. 27].

У першій половині 1920-х років лікувальним закладам заборонялося проводити примусові медичні огляди осіб, підозрілих на венеричні захворювання, навіть повій [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 919, арк. 261; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 917, арк. 18]. Винятком були клієнти підпільних будинків розпусти, викритих органами міліції [199, 8 грудня]. У другій половині 20-х років медичні заклади почали активно практикувати примусові профілактичні медичні огляди та лікування венеричних хворих [201, с. 24]. Проте, як зазначалося в інструкції про порядок здійснення постанови уряду «Про заходи боротьби з венеричними хворобами» від 24 січня 1927 року, такі заходи дозволялося застосовувати, по-перше, виключно щодо осіб, факт хвороби яких було встановлено на підставі медичних оглядів; по-друге, лише після попереднього застосованих методів переконання хворих у добровільному відвідуванні медичних закладів; і по-третє, тільки за їхньої відмови від цього. Щодо «відмовників» та хворих, які перервали лікування, органам охорони здоров'я пропонувалося порушувати клопотання перед міським виконкомом для притягнення таких хворих до судової відповідальності, спираючись на вищезгадану статтю 150 Кримінального кодексу УСРР [61, ф. 342, оп. 3, спр. 1846, арк. 2]. Однак вже на підставі пункту 6 постанови РНК УСРР від 23 березня 1929 року «Про заходи боротьби з венеричними хворобами» питання примусового лікування венеричних хворих ставалося жорсткіше. Відтепер примусовому оглядові (а в разі встановлення наявності хвороби — і примусовому лікуванню) підлягали особи, які перебували в таких житлових і виробничих умовах, що сприяли зараженню оточуючих осіб; якщо вони могли заражати осіб, з якими співпрацюють або яких обслуговують; учні й ті, хто

працювали за наймом вихователями або хатніми працівниками; вагітні жінки. Питання про примусові огляди могли порушувати вже не тільки працівники міліції, а й самі установи: венерологічні диспансери, органи санітарного контролю, органи охорони материнства й дитинства. Тобто здійснити примусовий огляд людини на предмет венеричної хвороби ставало значно легше. До відповідальності можна було притягнути будь-який лікувальний заклад, що констатував у особи венеричне захворювання, а також той заклад, де хворий почав лікування і самовільно його припинив. Харків'яни, заражені венеричними хворобами, отримували в закритому конверті, без зазначення мети кореспонденції, повістку до венерологічного диспансеру з попередженням, що в разі неявки вони будуть притягнуті до відповідальності за п. 6 ст. 72 Адміністративного кодексу УСРР (а не Кримінального, як було раніше). В останньому пункті цієї інструкції зазначалося, що перед примусовим притягненням слід використати всі можливі заходи переконання, щоб добровільно привести хворого до лікарні, однак відмова особи автоматично надавала чинності вищезгаданним заходам примусового лікування [89, с. 60–61].

У 1927 році в Харкові існувало лише три венерологічні диспансери. Число їх відвідувань вражає: 1926 рік — 177983, а 1927 — вже 197813 (це при населенні близько чотирьохсот тисяч осіб). За поширеністю венеричних хвороб серед українських міст Харків посідав перше місце [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 47]. Таку кількість хворих наявними силами вилікувати було неможливо. Збільшення витрат на сферу охорони здоров'я дало змогу довести у 1930 році кількість вендиспансерів до семи [74, с. 7], додатково були відкриті ще два нічні венпрофілакторії для надання першої противенеричної допомоги [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 31].

Заради подолання венеричних недуг влітку 1934 року в Харкові було розгорнуто додаткову лікувальну мережу для госпіталізації венериків [202, с. 63]. Того ж року Наркомздоров'я видав наказ, за яким у Харкові та ще кількох містах України були відкриті лікувально-трудова профілакторії. З цією ж метою було

розширено мережу профілактичних противенеричних пунктів. До кінця досліджуваного періоду проституція ще мала попит і свої негативні наслідки, тому такі дії радянського керівництва були цілком доречними.

Алкоголізм. Алкоголізм на початку 20-х років ХХ століття був одним із дошкульних соціальних захворювань, зокрема й у Харкові. Однак уряд країни мав вирішувати такі нагальні проблеми, як голод 1921–1923 років, епідемії, туберкульоз, венеризм та професійні хвороби. Протистояння алкоголізмові на початку 1920-х років обмежувалося виданням просвітницьких брошур, лекціями на підприємствах, тематичними виставками, демонструванням наочності тощо. Лікували алкоголіків лише три лікарі на все місто — Б.С. Грейденберг, К.І. Платонов і М.Г. Седов, та й ті займалися приватною практикою [177, с. 59]. Їхні послуги були занадто дорогими для більшої частини населення. Держава проблемі алкоголізму в суспільстві ще не сприймала як загрозову, тому адекватної підтримки з її боку не було. До 1924 року в країні діяла заборона на торгівлю горілкою, а виробництво самогону каралося як кримінальний злочин. Більшовики вважали, що в такий спосіб вони переможуть алкоголізм. Проте їхні сподівання не виправдалися. А з 1924 року із суто економічних причин торгівлю горілкою для населення поновили, і проблема алкоголізму постала як нагальна [203, С. 202, 216–217].

Переважно алкоголіками ставали робітники підприємств, тобто важкої фізичної праці, які виправдовували свою пиятику розслабленням після робочого дня [35, с. 13]. Як доводить статистика, чим більше часу працювала людина (а отже й більше заробляла), тим більше грошей вона витрачала на алкоголь. Наприклад, робітники, що працювали 9 годин на день і витрачали більше половини зарплати на спиртні напої, становили 33 %, а ті, що працювали понад 10–12 годин і пропивали також більше половини зарплати, вже становили 67 % від загальної кількості робітників, які вживали спиртні напої [27, с. 7–8]. Нелегкими були дні видачі зарплати для працівників витверезників. Якщо у

звичайні дні вони обслуговували 20–30 осіб, то в день зарплати до витверезників потрапляло вдвічі більше п'яниць [204, с. 24].

Жахлива ситуація складалася у місті і з дитячим алкоголізмом. За даними обстежень дітей працівників транспорту, 85 % серед них були знайомі зі смаком спиртних напоїв, 70 % вживали 2–3 різні спиртні напої (горілку, вино, пиво), а 81 % дітей відповіли, що такі напої їм подобаються. Слід звернути увагу: вік опитуваних становив від 8 до 14 років. Деякі діти розповіли, що вживають алкоголь упродовж 1–4 років, тобто познайомилися з ним, ймовірно, в 6–12-річному віці! 37 % опитаних зізналися, що алкогольні напої їм дають батьки [205, 18 серпня].

У тогочасному Харкові шинки були звичайним явищем, а в їдальнях багатьох підприємств та установ просто не продавали чаю, мінеральної води або ситра, але там завжди були пиво та міцніші напої. Ними вільно торгували, наприклад, у 22-й їдальні, що містилася в будівлі Палацу праці [26, с. 16]. Не дивно, що після бурхливих свят робітники не з'являлися на роботу і це позначалося на виробництві. Так, після Різдва 1929 року ХПЗ додав 20 тракторів, електрозавод — 60 електромоторів, а «Світло шахтаря» — 400 шахтарських ліхтарів [206, с. 10].

Однією з причин алкоголізму в 1920-ті роки було процвітаня саморобного виготовлення алкогольних напоїв — самогонваріння. Попит на цю продукцію тримався на постійному рівні, адже пляшка кращої фабричної горілки на ринку в 1928 році коштувала десь 80 копійок, а відро — 16 крб. Виготовлення ж відра самогону вартувало самогоннику 6 крб 50 коп., отже в реалізації він був значно дешевшим [207, с. 2]. До того ж деякі п'яниці, які не могли купити самогон, вживали денатурат та інші сурогати [208, с. 16].

Уряд республіки запровадив правове обмеження торгівлі алкогольними напоями. Адміністративним кодексом УСРР 1928 року були зроблені перші кроки до зменшення споживання лікєро-горілочаних виробів у суспільстві. По-перше, заборонили торгівлю горілкою поруч зі школами, дитбудинками, інтернатами, лікарнями. По-друге, припинили реалізацію будь-яких міцних на-

поїв у клубах, театрах і кінотеатрах [208, с. 25]. Одразу зазначимо, що деякі кав'ярні торгували лікєро-горілочаними напоями нелегально, хоча на дверях висіла табличка «Вода, пиво, соки».

3 березня 1929 року наркомати юстиції та внутрішніх справ спільно видали обов'язкове розпорядження щодо боротьби із шинкарством, яке каралося штрафом, ув'язненням та висиланням за межі округи [209, с. 1]. Слідом за цим 28 травня 1929 року з'явилася постанова РНК УСРР «Про заходи до обмеження торгівлі спиртними напоями», яка забороняла «в промислових містах та фабрично-заводських селищах відкривати нові місця продажу горілки і горілочаних виробів». Харківській міській раді дозволялося закривати будь-яку точку продажу горілки, спиртних виробів та пива на прохання робітничих організацій. Натомість по всьому місту відкривалися культурні заклади — невеликі кафе, де не продавали міцних напоїв. Також суворо заборонялося торгувати горілкою та пивом: на революційні свята; у районах розташування фабрично-заводських підприємств — у дні видачі заробітної платні; в робітничих клубах, буфетах громадських установ, у театрах, кіно, лазнях, громадських садах, парках і місцях народного гуляння; у закусочних та їдальнях громадського харчування; реалізовувати особам, які вже перебувають у стані алкогольного сп'яніння (таких просто не пускали до пивних і ресторанів) [208, с. 16]. У пресі була заборонена алкогольна реклама, дозволялися тільки відповідні вивіски на тих крамницях, де торгували вином і пивом [210, с. 9].

У цій боротьбі більшовицьке керівництво завдало удару ще й по церкві. Протиалкогольна преса активно пропагувала непримирність до релігії та церковних свят — вони вважалися причиною ледарювання та пияцтва населення. Промовистими були назви статей: «Геть п'яне свято — великдень!» [211, с. 7–8], «Релігія — наш небезпечний ворог» [206, с. 5–6], «Геть релігійний дурман та пияцтво» [25, с. 7–8]. А у статті «Попа й пияцтво» [212, с. 4–6] автор звинувачує служителів церкви у тому, що ті впливають на свідомість людей двома отрутами — релігією та горілкою. В антиалкогольній літературі є такий приклад: «У самому

тільки Харкові перед великоднем 1929 року продали півмільйона «сороковок» горілки, майже на півмільйона карбованців», але немає жодного свідчення про продаж алкогольних напоїв в інші дні [211, с. 12]. Як бачимо, у суспільстві виховувалося неприйняття церкви та впевненість, що пиячать найбільше на релігійні свята, хоча статистика зберігає стало високі цифри про п'яниць, затриманих на вулицях саме в дні видачі заробітної платні.

Статистика щодо смертності теж невтішна: із 100 серцевих нападів лише 10 викликані іншими причинами, решта 90 сталися через вживання алкоголю; 40 % злочинів скоєно в стані алкогольного сп'яніння; 20 % нещасних випадків на виробництві, вдома або під час вуличного руху відбувалося під впливом алкоголю на свідомість людини [23, с. 8].

У Харкові станом на 1929 рік діяли 5 наркодиспансерів, які районувалися за виробничим принципом: 1-й наркодиспансер містився при Психоневрологічному інституті й обслуговував друкарів, харчовиків, шкіряників, швейників, трудівників авіазаводу та ще кількох підприємств; 2-й діяв при Інституті психіатрії, він лікував найтяжчі випадки наркоманії, обслуговував спиртовий, ліжковий та велосипедний заводи, радіозавод, 1-й та 2-й бупри, житлові кооперативи й клуби свого району; 3-й діяв при третій поліклініці й обслуговував ХПЗ, ДЕЗ (сучасний ХЕМЗ), «Серп і Молот», «Кутузівку»; 4-й — при медико-санітарному управлінні Південної і Донецької залізниць, обслуговував переважно транспортників; 5-й — у Троїцькому провулку, обслуговував тютюнові фабрики, електростанцію, трамвай, картонажні фабрики, заводи кустарів та житлокоопи й клуби свого району [213, с. 16].

Одним з дійових методів лікування алкоголізму на той час був гіпноз [214, с. 14]. Досвід показав, що майже 50 % алкоголіків, які зверталися до наркодиспансерів, під впливом гіпнозу припиняли пиячити, а ще 20 % пили набагато менше [10, с. 5–7].

Однак не всі харків'яни зверталися до наркодиспансерів добровільно. На підставі інструкції Нарком'юсту, Наркомвнудсправ та Наркомздоров'я деякі категорії пияк підлягали примусовому лікуванню. Це ті особи, у яких на фоні алкогольного сп'яніння

виникали психічні розлади; алкоголіки, які порушували громадський спокій і були небезпечними для оточення; п'яниці, які під дією алкоголю руйнували майно [21, с. 8–11]. Клопотання про примусове лікування алкоголіка порушували зацікавлені особи (найближчі родичі, домоуправління, адміністрація установи, де працював п'яниця) перед спеціальними комісіями при здоров'ї відділах. Ці комісії після огляду хворого призначали певне лікування. Згодом пункт 72-й Адміністративного кодексу, окрім закріплення права місцевих органів відправляти на примусове лікування алкоголіків, увів ще й штрафи та примусові роботи за відмову від примусового лікування і появу нетверезим на вулицях міста. Штрафи надходили до місцевого бюджету і спрямовувалися в медичні заклади для лікування п'яниць [215, с. 8–95].

У подоланні проблеми алкоголізму в місті активну участь брали громадські організації. Основну діяльність вело Всеукраїнське протиалкогольне товариство, яке мало розлогу мережу осередків на місцях — на підприємствах, у клубах, при житлових об'єднаннях тощо. Завдання осередків полягали у подоланні алкогольних звичаїв та пропагуванні здорового побуту, залученні нових членів до товариства, організації допомоги хворим шляхом встановлення контакту з наркодиспансерами та направлення туди алкоголіків і наркоманів, у сприянні обліку збитків підприємств від прогулів внаслідок пиятики [208, с. 30]. З ініціативи протиалкогольного товариства в кінотеатрах демонстрували спеціальні фільми, у фойє влаштовували виставки, а лікарі читали роз'яснювальні лекції. Таке живе спілкування приваблювало харків'ян. Наприклад, кінофільм «Під гіпнозою» переглянуло понад 300 тисяч осіб [216, с. 7].

Протиалкогольний рух породив дуже важливий і вкрай необхідний на той час заклад — витверезник. Вперше на території Союзу витверезник було відкрито у березні 1929 року в Москві [217, с. 7]. Коли про це дізналися харків'яни, серед громадськості виникла ідея створення такого закладу у своєму місті. І небезпідставно, адже самі міліціонери вже не могли впоратися з розгулом алкоголізму (приміром, лише за дев'ять місяців 1929 року у від-

ділки Харкова було доставлено 7579 п'яниць) [28, с. 12.]. У витверезнику ж працювали лікарі, які надавали медичну допомогу і виводили людей зі стану сп'яніння, при потребі виписували направлення до наркодиспансеру. Тому ця ідея знайшла підтримку в медичних колах.

Не залишилася осторонь і робітнича громадськість міста. 15 грудня 1929 року на зборах протиалкогольного осередку ДЕЗ була ухвалена резолюція на підтримку Харківського товариства боротьби з алкоголізмом і рішення адмінвідділу про закриття шинку «Куток розваги» та передачу приміщення під витверезник [218, обкл.]. Оскільки шинок знаходився в центрі міста, то витверезник міг обслуговувати мешканців з різних районів. Робітники ДЕЗу звернулися до президії міськради з проханням якомога швидше приступити до організації цього закладу. Згодом відповідну постанову міськрада затвердила і почалися конкретні дії [217, с. 7]. Невдовзі, 18 червня 1930 р., у Харкові відкрився перший в Україні витверезник. Працював він цілодобово і надавав медичну допомогу тим, хто мав алкогольне отруєння [219, с. 24]. За червень-липень 1930 року витверезник прийняв 1026 осіб (тобто в середньому близько 17 за добу), у серпні — 512, вересні — 600, жовтні — 716, у листопаді було доставлено 914 осіб, а в грудні — 736 [29, с. 8–9]. Однак, як потім з'ясувалося, витверезник охопив лише центр міста, а п'яниці з околиць туди потрапляли рідко. Для доставки п'яничок здалеку не було карети. Так постало питання про відкриття ще одного витверезника, в іншому кінці міста. Проте на початку 30-х років ці наміри залишилися невітленими. Та створення навіть одного витверезника було вагомим здобутком у боротьбі з алкоголізмом у Харкові [30, с. 4].

Певну роль відіграли й спеціальні комсомольські бригади, що склалися з представників комсомольських осередків підприємств. Ці активісти мали наглядати за станом антиалкогольної роботи на підприємствах, обстежувати буфети на предмет продажу горілчаних напоїв, підтримувати зв'язок з клубами, де здійснювалась тематична пропаганда. Наприклад, у 1928 році були обстежені десять харківських клубів, а точніше — буфети при

них. Комсомольські бригади виявили та вилучили всю алкогольну продукцію, замінивши її на безалкогольну. Бригади встановили, що клуби дуже неохоче приєднуються до кампанії, окрім клубу «Металіст», який організував хорівий гурток як один з видів боротьби із хмільним побутом. А керівник клубу ім. М.І. Калініна взагалі відкрито заявив: «Досі ми нічого не зробили у цій сфері, та й у подальшому також не збираємося нічого робити» [220, с. 5]. За такої байдужості до справи на великі зрушення годі було сподіватися.

Зловживання алкоголем створювало проблеми не тільки для самих п'яниць, а й для їхніх дітей. Серед пацієнтів Сабурової дачі було багато малюків з уродженими психічними вадами, бо їхні батьки були алкоголіками. Чималу кількість таких пацієнтів підбирали просто на вулицях, деякі з них перебували в стані алкогольного сп'яніння [22, с. 3].

Для людей, які зловживали алкоголем і не мали житла, у місті створили спеціальні притулки — так звані нічліжні будинки. Одним з найбільших був триповерховий будинок окрсоцзабезу № 1 поблизу Благовіщенського базару. Призначався він виключно для жінок, які з певних причин опинилися на вулиці, і таких мешканок налічувалося в ньому близько 400. Були тут і матері з немовлятами, і зовсім «спиті» жінки, які вдень займалися крадіжками та жебрацтвом, а ввечері поверталися до нічліжного будинку [24, с. 7–8].

І все ж таки, оглядаючи той складний період, маємо відзначити, що боротьба з алкоголізмом у Харкові привела до позитивних зрушень. Вживалися дійові адміністративні заходи, ширилася антиалкогольна пропаганда. Розгорнулася діяльність мережі наркодиспансерів. Запроваджувалось примусове лікування алкоголізму. Був створений перший витверезник. До антиалкогольної діяльності активно долучалися комсомол, інші громадські організації. Мабуть, не всі ці заходи були виправданими з точки зору дотримання демократичних норм, але вони демонстрували прагнення більшовицької влади і громадськості, що її підтримувала, остаточно позбутися алкоголізму.

Професійні захворювання

Період відбудови народного господарства в першій половині 20-х років по-новому поставив завдання боротьби з професійними захворюваннями. Уряд особливо переймався здоров'ям робітничих мас, оскільки робітництво було його опорою, соціальною базою. «Болезненность и смертность рабочих значительно менее благоприятны, чем болезненность и смертность остального населения» — цим висловом комуністична партія проголосила класовий підхід до організації охорони здоров'я [221, с. 3]. Наркомат охорони здоров'я виокремив проблему професійних захворювань у промисловості. На її подолання спрямували свої зусилля установи Робмеду та створений 1923 року на базі 1-ї робітничої поліклініки Інститут робітничої медицини (очолював Е.М. Каган), який за десять років свого існування перетворився на потужну науково-дослідну структуру. За перше десятиріччя існування бюджет інституту (який незабаром отримав гучну назву — Всеукраїнський державний інститут патології та гігієни праці) зріс у 13 разів, а чисельність співробітників — з 60 осіб до 310; до його складу увійшли 30 різноманітних лабораторій, секторів та відділів [222, с. 51]. Усе це дало змогу інституту за досліджуваний період стати керманічем у справі охорони життя та здоров'я робітничого класу України. Особливу увагу тут приділяли вивченню умов праці робітників-металістів на харківських заводах, яке проводив З.Д. Горкін.

При відділі робітничої медицини міста в 1923 році було створено інспектуру охорони здоров'я робітничої молоді — ОЗРМ [61, ф. 342, оп. 2, спр. 1930, арк. 126]. Основним завданням інспектури стало проведення безкоштовних медичних оглядів застрахованих робітників-підлітків. Обстеження виявили, що здебільшого підлітки мають незадовільний стан здоров'я, а деякі й зовсім непридатні до тієї роботи, яку вони виконують на виробництві. У 1925 році в Харківській окружній поліклініці було започатковано диспансеризацію підлітків [там само, арк. 117]. Науковці Інституту робітничої медицини та Харківського медич-

ного інституту склали перелік шкідливих професійних факторів, а також тих захворювань, з якими не можна допускати підлітків до роботи на підприємствах, якщо там присутні означені фактори. За таким списком орієнтувалися працівники бюро з вибору професій [223, с. 969–971]. Від 1927 року у великих школах ФЗУ також були введені посади штатних лікарів, однак масовості це явище не набуло [61, ф. 342, оп. 2, спр. 1930, арк.14–15, 43]. Роботи з профвідбору молоді майже не існувало, бо переважаність санітарно-промислових лікарів не дозволяла їм брати участь у консультаціях бюро з вибору професій, а тим паче проводити бесіди з новоприбулими. Тому на виробництво досить часто потрапляли молоді люди, які за своїм фізичним станом не могли виконувати певну роботу, що призводило до погіршення їхнього здоров'я, виникнення хронічних захворювань тощо [там само, арк. 33, 117].

Упродовж першої половини 1920-х років не було започатковано профілактики та лікування професійних хвороб і серед дорослих заводчан. Диспансерна робота закладів Робмеду полягала тільки в обліку. Періодичні медичні огляди не організовували навіть серед трудівників шкідливих виробництв. Виробничі та професійні травми в деяких випадках не реєстрували, а кваліфіковану медичну допомогу при нещасних випадках надавали невчасно.

Лише з 1927 року заклади Наркомздорову приступили до організації кваліфікованої медичної допомоги при нещасних випадках на виробництві. На підприємствах почали діяти амбулаторії та пункти першої медичної допомоги, які дозволили значно розвантажити поліклінічну мережу. За інструкцією Робмеду, в них мали працювати завідувач, терапевт, хірург, санітарно-промисловий лікар, лікар з диспансерної роботи та два стоматологи [61, ф. 342, оп. 3, спр. 337, арк. 14]. Там, де такі амбулаторії та пункти існували, робітники могли отримувати не тільки першу допомогу, а й лікування, якщо захворювання не потребувало увільнення від роботи. Обґрунтованість створення пунктів підтвердилася вже з перших днів їх існування. Особливо це було актуально для великих підприємств — ХПЗ, ДЕЗ, «Серп і Молот»,

де за день амбулаторії та пункти відвідували 150–200 хірургічних пацієнтів, серед яких 50–100 як первинні хворі [224, с. 2]. А надавали їм допомогу найкращі лікарі міста [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 2419, арк. 208]. Кількість таких пунктів швидко зростала на початку тридцятих років: якщо в 1930 році їх на підприємствах Харкова було 59, то у 1932 — 148, у 1933 — 163, а в 1934 — 169 [90, с. 45]. На ХЕМЗі проти двох у 20-ті роки працювало вже десять медпунктів, на ХПЗ — десять (теж замість двох), на ХТЗ — сім (а раніше не було жодного), на заводі «Серп і Молот» було організовано також сім замість двох [225, с. 6]. Значно поліпшило якість надання медичної допомоги на виробництві не тільки відкриття нових пунктів, але й графік їх роботи — вони працювали у три зміни, отже і робітник міг звернутися туди в будь-який час.

Непросто вирішувалося і питання боротьби з виробничим травматизмом. Несвоечасне надання медичної допомоги при виробничих травмах призводило до зростання інвалідності, що, у свою чергу, вимагало відповідної ортопедичної служби. Націоналізований медико-механічний інститут не задовольняв потреби харків'ян. Внаслідок малої потужності він не встигав приймати навіть тих, кого тепер надсилав Наркомздорів з інших регіонів України. Допомогти могло тільки відкриття подібних закладів в інших містах, але за браком коштів їх будівництво гальмувалося. Окрему проблему становило протезування. Оскільки протези виробляли лише два заводи — Харківський та Київський, то черги на безкоштовне їх отримання інвалідами розтягувалися на кілька місяців [224, с. 7].

У листопаді 1925 року медико-механічний інститут було реорганізовано в Український державний клінічний інститут ортопедії та травматології (УДКІОТ), на який поклали функції центрального ортопедичного закладу республіки. Директором інституту став доктор медицини М.І. Ситенко — досвідчений хірург, представник нової генерації вчених і організаторів медичної науки та практичної охорони здоров'я. Очолюваний ним колектив отримав певні позитивні результати в наданні ортопедо-травматологічної допомоги, у профілактиці уроджених каліцтв, виробничого трав-

матизму та його наслідків. Поліпшенню справи протезування сприяла організація у 1932 році науково-навчального виробничого комбінату на базі цього інституту, а також кафедри ортопедії та травматології Українського інституту удосконалення лікарів і Харківського протезного заводу. Того ж 1932 року за ініціативою УДКІОТу при Харківській міській раді створили міжвідомчу комісію боротьби з травматизмом, діяльність якої витримала випробування часом і триває дотепер [226, с.16–25].

Проблемою виробничого травматизму займалися й у Всеукраїнському інституті патології та гігієни праці. Там, зокрема, проводилася широка санітарно-технічна пропаганда, що мала на меті запобігання професійним захворюванням і травматизму пропагандистськими методами на тих ділянках, де «людський» чинник був одним з вирішальних, а необізнаність з правилами безпеки, персональної гігієни та шкідливими факторами могла спричинити тяжкі травми і втрату здоров'я. Така пропаганда була конче необхідна в умовах масового трудового піднесення, виробничого ентузіазму перших п'ятирічок, розгортання соціалістичних змагань, стахановського та інших подібних рухів. Проте спочатку сантехпропаганду ототожнювали із санітарною просвітою і згадували про неї під час окремих кампаній. З ініціативи Інституту патології та гігієни праці у 1933 році було розгорнуто новий напрям у царині санітарної культури — науково-дослідну роботу. Так на наукових засадах були сформульовані завдання для медсанцехів у галузі санітарної пропаганди. Робітників важкої промисловості навчали техніці безпеки при експлуатації устаткування, для них проводили семінари з методики вироблення гігієнічних навичок, розглядали мотиви й наслідки невиконання санітарних правил. При цьому яскравим ілюстративним матеріалом для впливу на свідомість людей були показники виробничого травматизму, які наводилися на просвітніх бесідах. Свою роботу із впровадження санітарної культури Інститут базував на глибокому психологічному впливі, що сприяло дотриманню виробничниками правил техніки безпеки.

ДІЯЛЬНІСТЬ САНІТАРНИХ СЛУЖБ

Санітарний стан Харкова у 20-ті роки ХХ століття

Від пори заснування Харкова у XVII столітті й упродовж наступних віків його санітарний стан залишався незадовільним. А на час Жовтневої революції місто мало занедбаний вигляд. Непролазна багнюка, пил, антисанітарія на вулицях, відсутність чітко встановлених місць для нагромадження відходів призвели до того, що Харків опинився під загрозою найжахливіших епідемій ХХ століття [54, ф. Р-203, оп.1, спр. 1502, арк. 5]. Річки стали місцем зливання відходів промисловості [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 148, арк. 21]. Однак Харків у порівнянні з іншими містами України мав одну перевагу: він був правильно розпланований — за радіальним принципом. У майбутньому це дало змогу харківським комунальникам значно краще, ніж в інших містах, налагодити водопостачання і каналізацію [227, с. 214].

Водопостачання Харкова в середині 20-х років ХХ століття здійснювалося з бурових свердловин глибиною 600 метрів. Видобуток води в кількості, необхідній для потреб міста, був, як і до революції, проблематичним [228, с. 3]. Протяжність водопровідної мережі становила у 1917 році 226,3, а у 1928 — вже 346,4 кілометра. І все одно це досягало лише 30,8 % від загальної довжини вулиць. У 1926 році мережа мала 3739 (за іншими даними — 3596) будинкових приєднань (16,8 % від загальної кількості домогосподарств у місті) [75, с. 14]. Хоча інше джерело подає цифру в 38,8 %, вона видається більш ймовірною, оскільки за нашими підрахунками виходить 34,4 % [84, с. 40]. Як би там не було, у найкращому випадку маємо тільки третину. При цьому домогосподарства, приєднані до водогону та каналізації, були розташовані переважно в центральній частині міста (27,8 %), тоді як на околицях послугами водогону користувалося тільки 5,5 % жителів. Мешканці верхніх поверхів будинків, приєднаних до

мережі, води з неї фактично не отримували. Водогінними будками (колонками) в центральних районах користувалося 58,4 % харків'ян, на околицях — 34,6 %. Воду брали з річок та колодязів у центрі 13,8 %, а на околицях — 59,8 % жителів [229, с. 242].

Місто споживало артезіанську та джерельну воду, але через постійну нестачу води з артезіанських колодязів у 1916 році починаються активні пошуки нових шляхів забезпечення міста водою. Активно облаштовували зрубні колодязі на окраїнах міста, де проблема з водопостачанням відчувалася найгостріше [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 520, арк. 44]. Однак вода в цих колодязях була непридатною для харчування і обмежено придатною для інших потреб. Ситуацію ускладнювало те, що природні умови Харкова не дозволяли точно спрогнозувати, яка кількість води буде піднята на поверхню при розробці свердловини. Зрозуміло, що зі зростанням населення міста складніше було задовольнити його попит у воді. Станом на 1928 рік середньодобове споживання водопровідної води на душу населення не перевищувало 4 відер [230, с. 38]. Однак і це був значний прогрес. Порівняно з дореволюційними роками споживання зросло більш як удвічі [98, с. 13]. Свердловин та громадських колодязів у 1928 році налічувалося 53 та 73 відповідно [84, с. 4]. При такій мізерній кількості води неможливо було поливати вулиці. Навесні та влітку в Нагірній частині міста через брак води траплялися перерви у роботі водогону, що спричиняло застої в трубах та потрапляння в мережу вуличного бруду через пожежні крани.

На той час низька санітарна культура населення, дорожня вода й невелика кількість будинкових розгалужень обмежували споживання води. Тому проблема полягала не тільки в її якості, а й у кількості. Новим кроком на шляху змін стало використання відкритих водоймищ. Над цим працювала група харківських вчених. Великим досягненням було також облаштування питних фонтанчиків, які на початку 30-х років ще проектувалися, а згодом довгі десятиліття працювали для харків'ян у скверах, парках, на стадіонах, роблячи питну воду доступною для перехожих [231, с. 61].

Питання про необхідність створення каналізації обговорювалося в міській думі ще з 80-х років XIX століття, але у міської влади не вистачало ні економічних важелів, ні технічних можливостей для здійснення цього задуму. Однак з обранням у 1900 році на посаду міського голови Олександра Костянтиновича Погорелка ситуація різко змінилася. Міська дума в 1907 році приймає рішення про необхідність спорудження каналізації та відрядження до Західної Європи спеціалістів для набуття додаткових знань у цій справі. За кордон поїхали заступник міського голови професор К.О. Зворикін та міський санітарний лікар В.В. Фавр [227, с. 12]. Саме їхня доповідь була покладена в основу проекту харківської каналізації. Головним будівничим каналізації міста став Даниїл Самійлович Черкес, який невдовзі був переведений на посаду міського інженера Харкова [232, с. 27; 233, с. 101]. Проект мав забезпечити наше місто каналізацією на 30–40 років наперед, за прогнозованої чисельності населення до 600 тисяч [234, с. 15]. Будівельні роботи розпочалися в 1912 році, а перше приєднання до вуличної мережі відбулося в 1914 [235, с. 11]. Однак Перша світова війна змусила згорнути роботи, а після подій 1917 року підключення на певний час зовсім припинилися [там само, с. 74]. Радянська влада в першу чергу розв'язувала питання політичного характеру. За свідченням професора Б. Веселовського, «городские советы, возникшие с революцией и игравшие огромную роль в революционной борьбе, непосредственно городским хозяйством первые годы почти не занимались» [236, с. 142].

З уведенням політики «воєнного комунізму» почалося масове переселення робітників з підвалів до квартир буржуазії. Квартирну плату відповідно до цієї політики було скасовано, так само, як і плату за комунальні послуги [236, с. 137]. Таким чином була зруйнована економічна база функціонування міського господарства. І розширення мережі каналізації довелося припинити [237, с. 4]. «З настанням 1920 року стан капітальних і порівняно нових споруд каналізації почав занепадати... Відсутність матеріальних коштів і примусовий характер праці робітників фактично залишили роботу всього обладнання та споруд без догляду... Мали

місце випадки фонтанування нечистот з колодязів каналізаційної мережі на вулицях міста» — ось які факти повідомив у 1922 році журнал «Коммунальное хозяйство на Украине». Таке становище спричинило зростання рівня інфекційних хвороб. Станом на 1919 рік у Харкові зареєстровано 485 випадків натуральної віспи, 20055 — висипного тифу, 2000 — поворотного тифу і 311 випадків холери [238, с. 3]. Епідемія холери на початку 20-х років лютувала так, що тільки за один день 30 червня 1922 р. в міській лікарні з цим діагнозом потрапив 1031 пацієнт [239, 30 червня]. Мережа каналізації складала лише 97 кілометрів у 1927 році [84, с. 42] та 103 кілометри у 1930 і охоплювала не більше 7 % будинків. Місто обслуговували переважно асенізатори [54, ф. Р-203, оп. 1. спр. 1558, арк. 125].

З переходом до непу з'явилися і кошти на розбудову каналізаційної мережі, щоправда, в обмеженому обсязі. Неважко підрахувати, що за три роки найважливіша справа містян майже не зрушила — додатково проклали десь 6 кілометрів мережі, що для величезного міста було надзвичайно мало [240, с. 8]. Такий повільний поступ зокрема пояснюється тим, що подорожчали приєднання до каналізації, в 1927 році вартість одного приєднання становила 1500 карбованців [там само, с. 8]. Це при тому, що «партмаксимум» (розмір заробітної платні, понад який комуніст не мав права отримувати) того року становив лише 200 карбованців на місяць. Фонд кредитування приєднань, створений міськрадою у 1927–1928 роках, виявився недостатнім, відтак міськрада була змушена подовжити термін кредитування від 3 до 5 років для окремих категорій (дрібних житлокоопів та робітників) [84, с. 42]. Мешканці міста, які мали каналізацію, не вміли правильно нею користуватися, і до решітки грабельного апарата насосної станції потрапляли ганчірки, кістки, палки, навіть трупи дітей [240, с. 9]. До того ж лише 28 % каналізаційних приєднань утримувалися в робочому стані, ще 30 % відведень були відремонтовані мешканцями примусово, а решту вони й не збиралися ремонтувати. Такий стан каналізації значно погіршував санітарне благополуччя міста. Протягом усіх 20-х років медици періодично

виявляли в Харкові (переважно на околицях) вогнища тифу, дизентерії, малярії [229, с. 242].

Система каналізації була розроблена за роздільним принципом, тому бруд, що змивався з вулиць дощовими й талими водами, потрапляв до річок і осідав на дні. Лише частина промислових підприємств була приєднана до міської каналізаційної системи, а деякі скидали свої відходи прямо до річки, наприклад паровозобудівний завод, «Світло шахтаря», «Червоний Жовтень», «Червона нитка», велозавод. Тільки Державінська мануфактура давала щодня до 3 тисяч відер стічних вод [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 11, арк. 24; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1502, арк. 6]. Усе це були потужні за рівнем промислового виробництва підприємства міста, які давали найтоксичніші викиди в порівнянні з іншими заводами та фабриками [230, с. 46]. До цього ганебного переліку додавалися й дитбудинки. Наприклад, 31-й дитбудинок на вул. Всесвятській, 6 (для дітей, заражених лишаєм) зливав воду від прання й купання просто на вулицю, що створювало небезпеку для робітничого району, адже стоки розливалися по всій Кладовищенській вулиці і спричиняли контактне зараження людей [54, ф. Р-820, оп. 1, спр. 997, арк. 53].

Дослідження вчених С.І. Златогорова та Л.А. Шкорбатова виявили на виході з міста річки Лопань значний рівень шкідливих бактерій та кишкової палички [230, с. 79]. Крім того, чотири кілометри містом протікала річка Харків, до якої впадала невелика, але брудна Немишля, що несла неочищені стоки Сабурової дачі.

Асенізатори вивозили з міста нечистоти на зливну станцію, побудовану в травні 1922 року. Там їх розподіляли на тверді та рідкі. Рідкі нечистоти звозили на єдине в місті звалище «Урал» (на південно-східній околиці Харкова, в районі сучасного парку ім. Артема). Але його потужність була недостатньою, тому планувалося відкрити нове звалище в районі Іванівки чи Холодної Гори. Тверді ж побутові відходи містяни зазвичай просто закопували у себе на подвір'ї.

Ще одним болючим питанням санітарного стану Харкова були різниці худоби. З переведенням від НКОЗу до Народного

Комісаріату продовольства (Наркомпроду) різниці почали порушувати найелементарніші санітарні правила, чим створювали загрозу для мешканців міста. Будівлі самих різниць були зруйновані, камери для забою худоби перетворені на сховища, де валявся різний непотріб — будівельні матеріали, гнила картопля тощо. Саме там стояли й діжки із солониною. З-під солонини та картоплі текли струмки смердючої рідини. Камери для забою перетворювались на універсальні приміщення: там і забивали худобу, і переробляли. Із м'яса, забракованого санітарним наглядом, робили солонину [54, ф. Р-203, оп.1, спр. 919, арк. 59]. Часто-густо нутрощі тварин викидали просто на вулицю, сюди ж збігала струмками кров — робітникам було заборонено заради економії води змивати кров до каналізації [241, с. 6]. Деякі різниці свої відходи без попередньої обробки зливали на леваду, поряд з якою струмували джерела Павлової дачі [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 584, арк. 29–33]. Адміністрація різниць диктувала свої «правила» забою худоби. Внаслідок необґрунтовано завищених тарифів на забій, встановлених адміністрацією, худоби забивалося значно менше пропускної здатності різниць, а це сприяло відкриттю нелегальних різниць, де про санітарний стан дбали ще менше.

Дуже гостро постала на початку 20-х років ХХ століття проблема харківських кладовищ. За розташуванням кладовища не наче кільцем охоплювали місто. Всього їх було 14, але зареєстрованих у поховальному відділі комунального господарства Харкова — лише 9, бо на решту не вистачало коштів для утримання співробітників. Однак усі вони активно функціонували. Хоча вигляд мали дійсно жахливий — дерева вирубані, паркани повалені або викрадені, пам'ятники з білого мармуру зникли (їх подрібнювали та підсипали до солі на базарах). Міські кладовища стали розсадниками антисанітарії. Одне з них, зі свіжими похованнями, якісь заповзятливі харків'яни примудрилися розорати під городи. За часів громадянської війни та жахливих епідемій звичайним стало ховати в одній могилі по дві труни, а потім і взагалі до 15–17 тіл без труни. «Братські» могили почали з'являтися в Харкові 1918 року. В такий спосіб ховали пацієнтів з ліка-

рень, шпиталів та вокзалу, які не проходили обліку РАГСів. За 1921 рік, наприклад, було поховано 18902 небіжчики, а за даними РАГСу в місті померло лише 8245 осіб. Різниця припадає саме на мерців «братських» могил [242, с. 49–50].

Губвиконком на засіданні 5 березня 1921 року заслухав доповідь завідуючого відділом охорони здоров'я С.І. Канторовича, який наголошував на необхідності якомога швидше організувати очищення вулиць міста і заборонити несанкціоновані звалища [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 520, арк. 16; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 241, арк. 8, 14; 54, ф. Р-202, оп. 1, спр. 13, арк. 208, 210, 211]. А вже асептична служба неспроможна була власними силами очистити місто і видаляла лише 15 % нечистот, а 85 % потрапляло в ґрунт та річки [243, с. 6]. Конче потрібна була участь громадськості в упорядкуванні міста. За задумом С.І. Канторовича, центральні вулиці мали очищатися силами всіх жителів [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 98, арк. 22]. Оголошувалися «місячники» або «тижні» чистоти, коли всі без винятку працездатні харків'яни підлягали трудовій повинності і працювали на вулицях в позаробочий час (після 16-ї години) [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 84, арк. 35]. За виходом жителів на громадські роботи спостерігали міліцейські підрозділи, а на тих, хто ухилився від повинності, чекав концентраційний табір строком до 6 місяців [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1502, арк. 6]. На прибирання робітничих кварталів С.І. Канторович рекомендував спрямувати людські ресурси концентраційних таборів. Особлива увага приділялася звалищним пунктам, які здебільшого утворювалися в місцях, не призначених для зберігання відходів, і були небезпечними для здоров'я мешканців. Організовували масове обстеження будинків і квартир, а винних в антисанітарії притягували до відповідальності [там само, арк. 16]. Контроль за виконанням таких заходів покладался на комісію з представників п'яти відділів: відділу управління, відділу губернської здоровоохорони, комендатури, відділу комунального господарства та губернського надзвичайного комітету [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 241, арк. 8]. Був розроблений і план очищення міста від сміття, яким передбачалося вивозити його з центральних вулиць кінними під-

водами, возами, вантажними автомобілями й навіть трамваями за умови подовження трамвайних колій до звалищ [54, ф. Р-202, оп. 1, спр. 13, арк. 211]. Харків поділили на чотири райони і для кожного району визначили звалище: за Лютеранське кладовище вивозили сміття з подвір'їв Нагірної частини міста, обмеженої вулицями Пушкінською, Московською (нині Московський проспект), 1-го Травня та річкою Харків; у яри університетської території — з усіх дворів, обмежених вулицею Єпархіальною (нині Артема), майданом Тевелева (нині Конституції), вулицями Миколаївською (нині Короленка), Клочківською та річкою Харків; на Ващенківське звалище — з Холодної Гори, Лисої Гори, Карпівського саду та Залопані; на звалище Павлової дачі потрапляло сміття з усіх інших районів міста.

Всі інші звалища мали бути закриті [54, ф. Р-202, оп. 1, спр. 13, арк. 108; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 241, арк. 14], а за тим, щоб там знов не утворювалися смітники, стежили чергові загони міліції [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 520, арк. 108; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 241, арк. 14]. В результаті у 1926–1928 роках 47 місць несанкціонованого нагромадження сміття припинили існування [84, с. 50].

Наступним кроком губвиконкому у поліпшенні санітарного стану Харкова стало рішення про проведення «місячників чистоти». Основні положення були викладені в доповіді спеціально створеної комісії з очищення міста. Ці положення С.І. Канторович виніс на засідання пленуму губернського виконавчого комітету 12 березня 1921 року, який виробив конкретні заходи.

Щодо звалищ, то чітко визначалися місця тимчасового або постійного прийому відходів. На місцях, де утворювалися несанкціоновані звалища відходів (наприклад Благовіщенський та Кінний ринки, Ветеринарний майдан, береги річок), були встановлені міліцейські пости, які пильнували, щоб туди не скидали побутові та інші відходи. В цьому ж 1921 році було вперше порушено питання про необхідність створення санітарної міліції [244, 16 квіт.].

Пошуком нових точок для звалищ займався відділ комунального господарства губвиконкому в контактi з міськсанепідом та

санітарно-технічним підрозділом. Підїзди й мости, що вели до звалищ, належало полагодити, навіть планувалося прокласти тимчасову колію для трамваїв та конок. Біля звалищ рекомендувалося встановити чергування наглядачів. Кожна домівка, подвір'я, організація чи установа мали взяти участь у «місячниках чистоти». Керівники гарнізону та комендант міста силами військовослужбовців були зобов'язані привести до ладу всі казарми та будинки, зайняті військовими частинами. До прибирання центральних вулиць, майданів, парків, скверів, громадських закладів залучали все працездатне населення концтаборів і таборів для військовополонених, з яких відділ комунального господарства за декілька тижнів організував «артель мусороочистителів і метельщиків» [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 241, арк. 14]. А в 1923 році з числа безробітних, що перебували на обліку на біржі праці, 504 особи були підпорядковані міському відділові комунального господарства і прибирали вулиці. Загалом вони відпрацювали 37706 днів [123, с. 15]. В'язниці та інші місця позбавлення волі впорядковували утримувані в них люди під наглядом та керівництвом начальників закладів.

Жителям пропонувалося збирати всі відходи як у своїх будинках, так і на прилеглих до них територіях, вулицях, провулках, після чого розподіляти їх на дві категорії: горючі та негорючі. Горючі відходи дозволялося спалювати невеликими частками і лише вдень, а негорючі складати в одне місце й готувати до вивезення [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 310, арк. 31]. Але попри всі накази губвиконкому про негайне вивезення сміття, часто бруд та гній залишалися у величезних купах тривалий час, а пориви вітру розносили сморід і мотлох [134, 20 квіт.].

У рамках «місячників чистоти» запроваджувалися й «недільники», під час яких відбувались масові огляди житла та подвір'їв для перевірки якості проведених заходів та нагляду за роботою концтабірників і військовополонених. Оскільки контроль за прибиранням вулиць і подвір'їв мав бути систематичним, а людей для цього не вистачало, було ухвалене рішення готувати санітарно-житлових інспекторів на двомісячних курсах, які й почали діяти 10 червня 1920 року [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 310, арк. 39].

Під час «місячників чистоти» доводилось мобілізувати всі транспортно-вантажні засоби разом з обслуговуючим їх персоналом, незалежно від того, є вони власністю установ, військових частин чи приватних осіб. Такі транспортні засоби збирали відходи з майданів, вулиць, громадських закладів, подвір'їв приватних будинків і вивозили у місця, відведені для звалищ. Цією роботою був завантажений весь транспорт під час «недільників» і не менше однієї третини — по буднях. Окрім мобілізації транспорту, були підготовлені й трамвайні колії для перевезення гною та колії конок для перевезення асенізаційних діжок. За постановою президії губвиконкому від 20 січня 1921 року кількість таких діжок досягла 150, а кількість підвод — 120 [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 2, арк. 210]. Ясна річ, цього для столичного Харкова було надзвичайно мало. Відділ комунального господарства, керівники Харківського гарнізону забезпечували всіх працюючих на «недільниках» необхідним реманентом — ломачами, лопатами, кирками, мітлами, однак знарядь праці теж не вистачало, тому робота гальмувалася [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 118, арк. 22; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 380, арк. 34]. Контролювали прибирання міста міліцейські підрозділи [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 520, арк. 108]. Не залишалися поза увагою лазні та циркульні, де обслуговували робітничий люд міста і приміської смуги.

Всі, хто перешкоджав чи будь-яким чином протидіяв проведеному «місячникам чистоти», підлягали арешту в адміністративному порядку і притягненню до судової відповідальності [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 241, арк. 14–15]. Слід визнати, що і на початку 30-х років Харків залишався доволі брудним містом, але заходи, вжиті раніше, значно покращили його санітарний стан і зовнішній вигляд [71, с. 250].

У досліджуваний період в Харкові діяло 11 ринків. З уведенням непу та пожвавленням торгівлі значно погіршився стан ринків та базарних площ. З метою покращення ситуації були організовані різноманітні комісії, підкомісії, «п'ятірки», «трійки», відділи, але вони працювали кожен сам по собі. На ринках панував справжній хаос. Рундуки, ларьки, будки ставили де зама-

неться — на дорозі, тротуарі чи водостоці. Найбільш гнітючий вигляд мав Кінний ринок, його ще називали «інвалідним», бо тут мали право торгувати інваліди й хворі. Другим за кількістю проблем був Благовіщенський ринок. Торговці не дотримувалися елементарних правил санітарії та гігієни. Поряд з молоком та молочними продуктами вони торгували старим крамом, брудним ганчір'ям. Біля рундуків намагалися прилаштуватися перукарі, які тинялися ринком з ножицями та шматком дзеркала. Поряд з «паштетними» (де продавали борщ, котлети, ковбаси) пропонували ремонт взуття. Випічку продавали поряд з фарбою, цвяхами тощо [145, с. 121].

Звісно, ці проблеми турбували міський санітарно-епідемічний відділ. До нього, як і до відділу комунального господарства міськвиконкому, постійно надходили листи з інформацією про недобробства на харківських ринках. Однак відділ комунального господарства попервах не приділяв їм належної уваги, переважна більшість кореспонденції просто губилася в численних кабінетах. Деякі позитивні зрушення намітилися лише 1922 року, коли була створена спільна з представниками відділу охорони здоров'я комісія з благоустрою (а згодом і відповідний відділ). Робота по-жвавилася: завдяки постановам щодо впорядкування торгівлі на ринках були поставлені столи для торгівлі молоком, фруктами та овочами, почалась відбудова зруйнованих приміщень Холодногірського ринку, скрізь з'явилися урни для сміття тощо [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 918, арк. 92; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1795, арк. 105]. Була навіть призначена спеціальна посадова особа, яка керувала ринками, однак існувала ця штатна одиниця недовго. Згодом керівництво харківськими ринками повернули до кількох структур — розрахунково-фінансового управління, орендного відділу та управління з благоустрою. При «сімох няньках» повернулися старі проблеми, до яких додалися й нові. Так, стала популярною торгівля «із землі», хоча поряд стояли порожні столи. Це відбувалося через дорожнечу на патент, який повинні були купити торговці, щоб отримати місце за столом. Як показало обстеження харківських ринків, переважну більшість стихійних

торговців становили вдови робітників та червоноармійців, для яких вартість патенту була непосильною. Відбудоване крите приміщення на Благовіщенському базарі через дорогу оренду почало слугувати не місцем купівлі-продажу товарів, а притулком для антисоціальних елементів. Водночас поряд із ринком люди торгували «із землі» [145, с. 125]. А рішення про мощення території ринків бруківкою так і залишилося на папері [там само, с. 122].

Проведене у 1930 році обстеження харківських ринків виявило, що відчутних змін упродовж десяти років майже не відбулося. На деяких так і не були заощені центральні площі, скрізь продавали м'ясну продукцію, що не пройшла санітарного огляду [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 105, арк. 21]. Тобто і на початку 30-х років проблема впорядкування харківських ринків залишалася актуальною, а вирішення її гальмувала радянська бюрократія.

Важливою складовою санітарного благополуччя будь-якого міста є стан його житлового фонду, який значною мірою віддзеркалює «соціальне здоров'я» населення, являє собою обличчя міста. Щодо Харкова, то у 1920-ті роки він був охоплений житловою кризою. Це трапилося в результаті двох хвиль міграції населення: під час Першої світової війни до міста були евакуйовані промислові підприємства та мирне населення західних губерній Росії; за громадянської війни тут рятувалися від голоду жителі центральних та північних регіонів України, біженці з Дону, Поволжя, Уралу. З іншого боку, процес ускладнився такими факторами, як відсутність житлового будівництва в місті з 1914 року, припинення домовласниками поточних ремонтів у період Першої світової і громадянської воєн, незацікавленість мешканців у належному стані житла через систематичні виселення та переселення мешканців у 1918–1920 роках.

Житлове будівництво в місті фактично почали відновлювати з 1923 року. За цей рік було піднято з руїн і добудовано 58 будинків, за 1924 — 260, а за 1925 — 800. Упродовж трьох років (з 1923 по 1925 включно) у Харкові з'явилося приблизно 75 тисяч квадратних метрів житлової площі і ще стільки ж було додано за один 1926-й рік [244, с. 216]. Однак ці метри не задовольняли

потреб населення. За підрахунками, для забезпечення харків'ян необхідно було здавати на рік не менше 360 тисяч квадратних метрів житла. Харківська міська рада визнала за необхідне тримати курс на подальше розширення житлового будівництва, але коштів вистачало лише на виконання 45 % від запланованого. Тому промисловим підприємствам було запропоновано розширити будівництво за рахунок власних коштів. Також міськрада створила конкурсну комісію, яка оголосила конкурс на кращий тип будівлі. Премія за перше місце в конкурсі становила 1 тисячу карбованців [245, с. 216]. Такий захід був продиктований бажанням місцевої влади покращити житлові умови харків'ян, виключити з архітектурного фонду міста неекономічні та антисанітарні будівлі, велика кількість яких залишалася на центральних вулицях міста.

Перетворення Харкова на столичний центр вабило до нього людей звідусіль, що неухильно погіршувало житлову ситуацію. Маємо красномовні цифри. У місті за переписом населення 1912 року було 239904 жителі. Згодом їх чисельність змінювалася так:

1916 рік — 282961,

1920 — 222079,

1923 — 315408,

1925 — 359330,

1926 — 380347,

1927 — 412824,

1928 — 420000 [246, с. 91; 247, с. 168; 248, 21 апр.; 150, с.1; 240, с. 1; 249, с. 167; 54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 34]. У 1931 році у місті проживали вже 438834 особи [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 34]. Особливо побільшало населення в районі Основи, на Качанівці, в Липовому Гаї, Ясній Полянці; в центрі міста зростання особливо відчувалося в Центральному та Нагірному районах; серед робітничих районів зростання відбулось у Паровозобудівному, Іскринському та на Сабуровій дачі. Велика скупченість населення потягла за собою невиконання рішення окружного виконавчого комітету, який визначив мінімальну норму площі на одну людину в 20 квадратних аршинів (приблизно 10 квадратних метрів) як таку, що відповідає санітарним стан-

дартам [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 306, арк. 184]. Для ілюстрації наведемо цифри реального розподілу житлової площі на одну людину в різних районах міста Харкова станом на 1923 рік (див. додаток А 16) [246, с. 92]. Вони дають підстави для таких висновків: зазначені 20 квадратних аршинів на душу населення люди не мали в жодному районі міста; щільність населення зростала від центру міста до периферії; найбільш густозаселеними виявилися робітничі райони, де діяли великі підприємства. До речі, радянській владі не вдалося забезпечити таку санітарну норму житлової площі і в майбутньому: наприкінці 80-х років, вже на схилі комуністичної доби, харків'ян ставили на квартирний облік при наявності житлової площі, меншої за 6 квадратних метрів на особу (це попри величезне житлове будівництво 60–80-х років).

Глибина житлової кризи визначалася не тільки розміром житлової площі на душу населення, а й багатьма іншими критеріями. Один з вагомих чинників — це зовнішній вигляд самої будівлі. В Харкові у 1920-ті роки значна кількість споруд мала такий поділ: наземна частина, напівпідвальна та підвальна (підлога заглиблена більш як на метр). Через брак житлової площі всі три частини були щільно заселені. На одну так звану «квартиру» припадало по шестеро осіб.

Санітарний стан подібного житла був гнітючим. До підвальних та напівпідвальних приміщень потрапляли ґрунтові води, що підвищувало вологість у приміщенні. До того ж там не було кухонь (точніше, всі вони були зайняті пожильцями), а готували їжу та прали білизну прямо в кімнатах, що знов-таки впливало на вологість. Через це в оселях з'являлися «домові гриби», які теж не сприяли здоров'ю мешканців. Тривалий час ця проблема не набувала розголосу, і лише у 1934 році за постановою Харківської міськради було організовано штаб боротьби з «домовими грибами». До нього входили представники житлово-комунальної сфери, будівельники, медики, які обстежували помешкання харків'ян і допомагали їм позбутися грибів. Відсутність сараїв чи погребів змушувала людей зберігати продукти харчування і пальне в коридорах, кухнях, кімнатах, що, безумовно, забруднювало продукти.

Зазвичай кухні правили за місце купання малечі, бо в підвальних приміщеннях ванних кімнат не було зовсім, а в напівпідвальних їх кількість ледь досягала одного відсотка від загальної площі усіх напівпідвалів. У наземних квартирах ванні кімнати мали лише 14,5 % мешканців [246, с. 96]. На початку 1920-х років у місті було п'ять лазень, чотири з яких не працювали [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 520, арк. 123]. Лазні на підприємствах не задовольняли всіх потреб населення [250, с. 17]. Згодом кількість лазень скоротилася до двох, причому на одного мешканця Харкова припадало лише три відвідування на рік (у місті інших форм купання не існувало) [75, с. 15]. Хоча ще 1922 року Всеукраїнська санітарна рада затвердила постанову, за якою обов'язковим було відвідання лазні один раз на місяць [136, с. 38]. Варто зазначити, що під час проведення «місячників» і «тижнів» чистоти лазні працювали безкоштовно [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 35]. Оскільки вони все одно не могли прийняти всіх бажаючих, то у 1929 році почав працювати громадський душ в одному з харківських парків, який, до речі, був дуже популярний серед містян [там само, арк. 29]. Ситуація змінилася лише на початку 1933 року, коли в місті відкрилася нова лазня (відтоді їх стало три) і після ремонту збільшилася пропускна здатність інших: завдяки безперебійній роботі цих закладів у 1933 році їх відвідували 88,7 % харків'ян [91, с. 9].

Проблему опалення приміщень холодної пори року вирішували за допомогою різних систем. Це були: центральне опалення (водяне), амосівське (повітряне), голландське опалення, цегляні плити, «російські печі» та «буржуйки» [251, с. 23–24]. Така «строкатість» у засобах обігрівання, недосконалість діючої системи центрального опалення і відсутність будь-якої скоординованості у їх роботі призводили до поширення захворювань серед мешканців.

Тогочасні дослідження свідчать про те, що в Харкові кінця 1920-х років великого піднесення набуло індивідуальне будівництво, на цей сектор припадало 57 % від загальної кількості зведених споруд. Але в результаті такої забудови центральна частина міста починала виглядати, як село або містечко, де переважали маленькі глухі будинки. Матеріали для будівництва викликали

сумніви щодо можливості дотримання санітарних норм у цих помешканнях. Житлова секція Харківського міського санітарно-епідемічного відділу провела вибіркове обстеження. Загалом оглянули 76 будинків, з яких 1 був кам'яний, 6 мішаних (дерев'яних, обкладених цеглою), 67 дерев'яних, 2 саманових, що у відсотковому співвідношенні відповідало середнім цифрам по місту [252, с. 8]. Більше половини забудовників припустилися відхилень від проекту, деякі обмежилися пристосуванням під житло сарая, маючи надію, що за кращого матеріального становища будівлі таки завершать; із цих же причин інші забудовники зводили житло навіть без фундаменту, на дерев'яних «стілцях», сподіваючись потім підводити фундамент частинами. За плануванням будувалося найбільше квартир двокімнатних або трікімнатних — 65 %; 28 % були квартирами з однією кімнатою та однією кухнею. Зустрічалися навіть будівлі, в яких була одна кімната, що слугувала приміщенням і для проживання, і для готування їжі. При цьому кухні займали надто велику площу, часто перетворюючись на житлове приміщення [252, с. 8].

Огляд соціально-побутових умов харків'ян засвідчив нераціональне будівництво, бо воно проводилося без участі санітарних організацій. І під кінець 1920-х років якісного житла у місті не стало більше — проблеми нашаровувалися одна на одну, формуючи тривожну епідемічну ситуацію для харків'ян.

1933 рік теж не приніс жаданих результатів. Харківська обласна власть вибрала лише 89 % коштів на житлове будівництво з відведених господарським планом, а індекс виконання річного плану становив лише 79 %, що було невтішно для міста з такими можливостями й потребами [91, с. 6–7]. За підрахунками, Харків опинився на третьому місці серед міст, які найгірше розпорядилися асигнуваннями, відведеними на спорудження житла. За чотири роки (1930–1934) житловий фонд міста зріс лише на 15,7 %. Для порівняння: за цей же період у Запоріжжі він зріс на 79 %, а в Краматорську аж на 266 % [253, с. 7].

Найактивніше на початку 30-х років будували навколо тракторного заводу, паровозобудівного заводу та в центральному ра-

йоні міста. Різко підвищилася санітарно-гігієнічна якість нового житла (це ілюструють дані, наведені у додатку А 19). На їх підставі можна стверджувати, що житлові умови наприкінці досліджуваного періоду значно поліпшилися, а мешканці більшості районів міста отримали додаткові площі. Крім того, всі новобудови були приєднані до водогону та каналізації, що значно покращило санітарний стан квартир.

За часів свого столичного статусу Харків так і не спромігся розв'язати житлову проблему, хоча істотно просунувся на шляху її вирішення. Індустріалізація і колективізація посприяли швидкому зростанню харківського населення, яке не було забезпечене житлом. Тому з другої половини 20-х років у місті вдалися до побудови бараків для робітників, де про санітарне благополуччя думати не доводилося. Тож не дивно, що на початку 30-х років через проблеми у житлово-комунальній сфері такі хвороби, як малярія, туберкульоз, трахома, стабільно давали підвищені показники захворюваності.

Проаналізувавши усі викладені факти, ми пересвідчилися, що на початок 1930-х років представникам влади, медикам і громадськості Харкова вдалося до певної міри впоратися із жахливою антисанітарією попереднього десятиліття. Спільними зусиллями вони досягли певних позитивних зрушень. Але водночас неподоланими залишалися такі проблеми: антисанітарний стан річок (найбруднішими були Харків, Лопань, Немишля); недосконалі водогінна і каналізаційна мережі; недостатність асенізаційних об'єктів; антисанітарний стан ринків; неупорядкованість вулиць (тільки 30,8 % були замощеними); незадовільний санітарний стан пунктів громадського харчування; забрудненість місць громадського користування; брак лазень (три лазні на все місто із пропускною здатністю 7 тисяч осіб на день); недостатня територія зелених насаджень (лише 7 % від усієї площі міста); антисанітарний стан нічліжних будинків, скупчення там великої кількості людей [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 26–30]. Усі ці негаразди вимагали наполегливої роботи харків'ян.

Створення та діяльність радянських санітарних органів

У перші роки радянської влади в Харкові діяльність санітарних служб була спрямована насамперед на боротьбу з тяжкими епідеміями, що охопили місто. Залишений царатом незадовільний санітарний стан, масова захворюваність, а також руйнування, заподіяні громадянською війною, обумовили катастрофічне поширення епідемій. Як тільки денікінці залишили Харків, одразу до керівних органів республіки надійшла телеграма начальника санітарної частини армії Щербакова: «Білі залишили дуже розвинену епідемію серед людності; висипний тиф шириться в Червоній Армії» [127, с. 10].

Виступаючи 5 грудня 1919 року на VII Всеросійському з'їзді Рад з доповіддю, голова уряду радянської Росії В.І. Ленін сказав: «І третє лихо на нас ще насувається — воша, висипний тиф, який косить наші війська. І тут, товариші, не можна уявити собі того жаху, який діється в місцях, охоплених висипним тифом, коли населення знесилене, ослаблене, нема матеріальних коштів, — всяке життя, всяка громадськість зникає...». Питання ставилося руба: «Або воші переможуть соціалізм, або соціалізм переможе вошей!». У кінці своєї промови Ленін закликав «... напружити всі свої сили для того, щоб стерти з лиця російської землі висипний тиф — результат некультурності, злиднів, темноти і нещастя...» [254, с. 203–204].

Головними настановами стали декрети уряду РСФРР «Про заходи боротьби з висипним тифом» від 28 січня 1919 р. [115, с. 96–99] і «Про заходи боротьби з епідеміями» від 10 квітня 1919 р. [115, с. 56–60]. У цих документах були сформульовані основні напрями подолання епідемічних захворювань. Відповідно до першого декрету вже 6 лютого 1919 року при Народному Комісаріаті охорони здоров'я УСРР було засновано Українську надзвичайну комісію боротьби з висипним тифом [126, с. 191]. На чолі комісії став нарком П.П. Тутишкін. 13 січня 1920 року в Харкові її реорганізували і перетворили на Всеукраїнську над-

звичайну комісію боротьби з висипним тифом, яку, в свою чергу, ліквідували вже 23 лютого і замінили на Всеукраїнську надзвичайну санітарну комісію [41, С. 273]. Як бачимо, назви комісій швидко змінювались (що взагалі характерно для революційної доби), а суть перетворень полягала в розширенні їх повноважень. До роботи комісії були залучені представники Всеукраїнського санітарної служби армії, губздороввідділу, міськздороввідділу, медичного товариства та ін. Головою призначили начальника Харківського окружного військово-санітарного управління Г.М. Данишевського [255, с. 74]. На допомогу роботі надзвичайної комісії при Харківському губздороввідділі в січні 1920 року було створено комісію з вивчення висипного тифу на чолі із професором П.І. Шатіловим.

Початок 1920-х років став часом грізних епідемій по всій республіці. Лютували черевний та висипний тиф, віспа, холера. Тому ЦК КП(б)У і ВУЦВК звернулися до Харківського губвиконкому з листом, в якому пропонували обговорити питання загрозового епідемічного становища міста на робітничих зборах, конференціях, партійних зборах та пленумах. Для ефективності роботи санітарних служб на засіданні Колегії Народного Комісаріату охорони здоров'я було ухвалено рішення про прийняття санітарної організації республіки на державний бюджет [116, с. 64]. З харківських установ на держбюджеті існували: губерньська санітарна лабораторія, Харківський санітарно-бактеріологічний інститут, Будинки санітарної освіти. Держава взяла на себе витрати з підготовки наочності — діапозитивів, брошур, плакатів [255, с. 81–82]. У зв'язку з тим, що органи охорони здоров'я дедалі міцнішали та розвивалися, РНК УСРР у 1923 році постановив ліквідувати Всеукраїнську надзвичайну санітарну комісію, а справу боротьби з епідеміями передати місцевим органам охорони здоров'я. Для фінансової підтримки в кошторисі місцевих органів існувала стаття «на боротьбу з епідеміями», а на республіканському рівні — 9-мільярдний протиепідемічний фонд Народного Комісаріату охорони здоров'я УСРР.

Санітарна організація початку 1920-х років ще не мала чіткої структури. Губвиконком неодноразово наголошував на необхідності об'єднання всіх санітарних органів під загальним керівництвом, аби скерувати їхню роботу та уникнути паралелізму [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 211, арк. 12]. Оперативно таку справу зробити не вдалося. Лише з 1922 року, а саме від III Всеукраїнського з'їзду бактеріологів та епідеміологів, спостерігаються деякі кроки із систематизації діючих установ. Наприклад, в середині 1922 року в «Плані санітарної організації України» були викладені положення про центральні санітарні організації — республіканську, губерньську, міську та повітову [116, с. 66].

Губерньська санітарна організація являла собою єдину спілку всіх санітарних установ губернії та тимчасового епідемічного персоналу. Керівним центром був санітарно-епідемічний підвідділ губздорову, який складався з таких секцій: санітарної, епідемічної, статистичної та секції санітарної просвіти [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1502, арк. 39]. З 1919 року очолював санепідпідвідділ С.М. Ігумнов. У своєму складі губсанепід мав такі відділення: міське санітарно-епідемічне (зав. С.Ф. Афанасьєв); санітарно-житлове відділення (зав. С.В. Коршун); санітарну лабораторію на Пушкінському в'їзді, 6 (зав. В.Г. Соболев); постійну міжвідомчу комісію з питань промислової санітарії [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 50, арк. 45; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1795, арк. 55].

Двічі на рік скликалися наради санітарних лікарів та епідеміологів, завідуючих лабораторіями, представників Санітарно-бактеріологічного інституту. Вони розробляли плани подальшої роботи організації, обговорювали епідеміологічні проблеми і шляхи боротьби із заразливими хворобами взагалі, слухали різноманітні доповіді й звіти, вирішували організаційні питання. Міська санітарна організація була частиною губерньської і виконувала плани, директиви та розпорядження вищих інстанцій. Кількість санітарних лікарів Харкова визначали за принципом: один лікар на кожні 20 тисяч населення. Санітарна організація міста в своїй діяльності спиралася на санітарні комісії — громадські об'єднання, в яких керівну роль відігравав місцевий медичний персонал. До

цих комісій населення обирало найбільш сумлінних та активних громадян, які цікавилися питаннями охорони здоров'я та благоустрою Харкова. Комісії мали право притягувати до суду винних у порушенні санітарних постанов [150, с. 14]. Кошти санітарних комісій поповнювалися шляхом відрахувань з місцевого бюджету, експлуатації закладів громадського харчування і побутового обслуговування населення (їдальні, лазні, перукарні, пральні тощо), сплати штрафів за санітарні порушення [256, с. 77].

Санітарно-житлове відділення мало своєю основною структурою санітарно-житлову інспекцію, яка здійснювала нагляд за житловим фондом міста. Інспекція розробляла на місцевому рівні постанови щодо житлової санітарії, затверджувала проекти будівництва, а також могла порушувати клопотання перед губздоровідділом про закриття небезпечних та шкідливих для здоров'я людей приватних та громадських споруд. Співробітники інспекції організовували виставки, екскурсії, лекції та здійснювали санітарну просвіту населення в інших формах [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 84, арк. 11].

Наказом Народного Комісаріату охорони здоров'я на держзабезпеченні на грудень 1922 року були залишені 125 співробітників Харківської санепідорганізації та 91 співробітник Санітарно-бактеріологічного інституту [257, с. 263–264].

22 травня 1922 року на Колегії Народного Комісаріату охорони здоров'я УСРР була прийнята постанова «Про підготовку санітарних лікарів», яка обґрунтувала необхідність для санітарних лікарів особливої, систематичної підготовки з основних галузей медичного знання — гігієни, біології, бактеріології, епідеміології та профілактики [61, ф. 342, оп. 1, спр. 2008, арк. 211]. Для здійснення такої підготовки було відкрито спеціальні курси, де викладали відомі закордонні лікарі, а також харківські фахівці — С.В. Коршун, С.П. Григорович, С.М. Коцевалов, М.М. Цехновіцер та інші [173, с. 262–263]. Особлива увага приділялася оволодінню сучасними технічними засобами в боротьбі з епідеміями, оскільки і виробництво масової вакцини проти віспи, холери й тифу, і створення потужних пастерівських, бактеріологічних та мікро-

біологічних станцій та лабораторій потребували обладнання за останнім словом техніки [258, с. 137–138].

Із заснуванням в Харкові у 1920 році Санітарно-бактеріологічного інституту значно збільшала кількість щеплень від заразливих захворювань. Робота цієї установи передусім була спрямована на виробництво віспяного детриту, протидифтерійної, стрептококової, протидизентерійної сироваток, холерної, черевнотифозної, гонококової вакцин, туберкуліну Коха та Дені [148, с. 62].

Значну роль у розвитку санітарно-епідеміологічної служби відіграли всеукраїнські санітарні ради, які періодично скликалися в 1922–1938 роках і розглядали найактуальніші питання діяльності санітарної організації в країні та її столиці. Особливого успіху їм вдалося досягти у ліквідації епідемій інфекційних хвороб.

Перша всеукраїнська санітарна рада була скликана в Харкові санепідвідділом НКОЗ УСРР та відбулася 25–30 серпня 1922 року. В її роботі взяли участь 68 делегатів з усієї республіки. Було заслухано 24 доповіді, ухвалено рішення, на підставі яких в Харкові й загалом у країні будувалася протиепідемічна робота. Перша рада заклала основи широкої імунізації населення проти віспи та поставила питання про повну ліквідацію такої хвороби, як холера [259, с. 182–189]. У своїх спогадах засновник української школи комунальної гігієни О.М. Марзєєв писав: «На все життя залишилася у мене в пам'яті картина засідань Першої Всеукраїнської Санітарної Ради. Ось вони, кадрові та найкращі санітарні лікарі республіки, цвіт и гвардія санітарної організації...» [61, ф. 4928, оп. 1, спр. 99, арк. 61]. Слід зазначити, що рішення, які ухвалювалися на з'їздах кожного скликання, завжди слушно реагували на зміни епідемічного стану і були дуже корисними для порятунку Харкова від хвороб.

Друга всеукраїнська рада у травні 1923 року розглянула питання про соціальні хвороби, які знесилювали країну, і Харків не був винятком. Особливе розташування і статус міста робили життя харків'ян нестерпним через велику кількість приїжджих з інших регіонів, бо вони переносили різноманітні захворювання. І це

на додачу до внутрішніх проблем із соціальними хворобами, які спричинялися низьким рівнем життя населення, безпритульністю, проституцією тощо. Друга всеукраїнська рада наголосила на необхідності широкої профілактики вищезазначених хвороб і негайній участі санітарних закладів у здійсненні такої профілактики. Вона також проголосила курс на винищення малярії, яка для Харкова становила давню і серйозну проблему [260, с. 188–193]. Методи профілактики обговорювалися й на третьому з'їзді (1924 р.), де було ухвалено рішення про «начало предохранительных прививок против дифтерии», затверджено план вакцинації проти черевного тифу й малярії. Велика увага приділялась вивченню та ліквідації епідемічних вогнищ [261, с. 152–155]. Програмна доповідь О.М. Марзеєва «О санитарной организации на Украине» започаткувала удосконалення санітарного нагляду. З'їзд ухвалив «Положение о санитарной организации» та обрав колегію санітарно-епідемічного відділу НКОЗ, яку очолив сам О.М. Марзеєв. Організацію санітарної статистики було покладено на санітарного лікаря, пізніше професора, фахівця соціальної гігієни і демографії С.А. Томіліна. А 1 червня 1923 року РНК УСРР ухвалила постанову «Про санитарні органи республіки», яка дала нове життя санустановам, окреслила організаційні засади здійснення санітарних і протиепідемічних заходів. Рішення всеукраїнської ради та ця постанова уряду дали змогу побудувати чітку структуру губернського санепідвідділу, включити до його складу такі підрозділи, як санітарний, епідемічний, статистичний, санітарно-просвітний та санітарно-технічний.

Наступні всеукраїнські ради порушили питання дитячих інфекцій, розглянули нові методи подолання трахоми та сказу. Боротьба з трахомою перейшла з відання лікувальних закладів до санітарної організації, а боротьба зі сказом отримала профілактичний напрям. П'ята всеукраїнська рада (1926 р.) особливу увагу приділила дезінфекційній справі, яка відтоді набула планового характеру [262, с. 5–14]. Видатний мікробіолог та епідеміолог проф. С.І. Златогоров, який був директором Першого Українського санітарно-бактеріологічного інституту імені І.І. Мечникова, зазначав: «Мы

нередко узнаем о заболеваниях тогда, когда их число уже велико, положите больного некуда и без лаборатории мы бессильны распознать болезнь» [263, с. 13]. Він рішуче наполягав на створенні широкої мережі інфекційних відділень і лабораторій, а також районних санітарних організацій як первинних ланок санітарної справи у місті. На шостій всеукраїнській раді у жовтні 1927 року ця ідея С.І. Златогорова отримала визнання — наслідком стало рішення про створення санітарних станцій, на які покладалось «выполнение в районе всех санитарных и эпидемиологических задач» [264, с.140–148]. Вже за місяць, 30 листопада, колегія Наркомздоров'я затвердила постанову санітарної ради і визнала за необхідне включити до складу санітарної організації райсанстанцію як відокремлений санітарно-епідеміологічний заклад із самостійним бюджетом.

Отже, всі рішення всеукраїнських санітарних рад не просто сприяли діяльності санітарної організації Харкова, а й визначали основні напрями її розвитку, задавали тон у вирішенні болючих питань міста й усієї країни.

1925 року в структурі санітарно-епідемічного відділу НКОЗ УСРР з'явилась нова інспекція — санітарно-харчова. Харківський міськсанепід вже давно наполягав на створенні окремої харчової інспекції, однак справа обмежувалася роботою санітарних контролерів на ринках. Щоразу з кошторису хтось викреслював пункт про утримання спеціального штату. І от нарешті в 1926 році, після вищезгаданого кроку НКОЗ, у місті почала діяти харчова секція Харківського міськсанепіду в складі трьох запрошених лікарів та помічників. Роботу харчової секції очолив один з районних лікарів, у кожному районі був окремий харчовий лікар, а на великих ринках працювали ще по три санітарних контролери. Перед санітарно-харчовим наглядом ставилися серйозні завдання: контроль якості продуктів харчування; нагляд за санітарним станом приміщень фабрик, заводів, комор, магазинів, які зберігали та реалізовували продукти харчування; участь в організації громадського харчування, розгляд лікарських розкладок та розкладок дієтичних їдалень; проведення регулярних санітарних огля-

дів працівників харчової промисловості; складання обов'язкових постанов з питань харчової гігієни; розгляд планів благоустрою ринків і впорядкування вуличної торгівлі [265, с. 265–266]. Необхідність та важливість роботи харчових інспекторів підтверджували перші результати аналізів — майже половина продукції, яка продавалася на харківських ринках, мала незадовільний санітарний стан [145, с. 101].

У 1930 році були затверджені директиви, що певним чином регулювали роботу органів харчової санітарії. Набрали чинності правила, за якими санітарні лікарі проводили санітарний огляд та бракування продуктів і напоїв. Підприємства, які випускали та продавали свідомо неякісну або фальсифіковану продукцію і були викриті санітарними лікарями, притягалися до відповідальності. Наприклад, у 1929 році було проведено обстеження їдалень та гуртожитків на підприємствах міста Харкова. Перевіряючи встановили значні недоліки в роботі їдалень ХПЗ, електро-механічного і тракторного заводів. Неприпустимі санітарні умови зафіксували вони і в гуртожитках цих підприємств: бруд, сморід, поламані меблі, зіпсовані продукти. В результаті комісія прийняла кілька жорстких постанов, за якими адміністрацію заводів і завідувачів їдалень притягли до судової відповідальності [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 21].

У 1928 році було затверджене положення про Харківський міськсанепід — міську санітарну інспектуру, що входила до складу окружної санітарної організації і працювала під загальним керівництвом та контролем окружного санітарного інспектора й за планом, який затверджував окружний інспектор охорони здоров'я. На чолі інспектури стояв санітарний лікар, який був керівником міської санітарної організації з усіма установами, підлеглими їй. До складу інспектури входили: старші районні санітарні лікарі; районні санітарні лікарі — спеціалісти з житлової, комунальної, харчової санітарії та епідеміології; районні санітарні лікарі; санітарні лікарі поліклінік; санітарно-промислові лікарі; санітарні лікарі буприв; санітарні лікарі залізничних станцій; лікарі прищеплювальних загонів; помічники санітарних лікарів, дезінфекцій-

ний та прищепний персонал. Лікарів-спеціалістів розподіляли по секціях — житловій, харчовій та епідеміологічній. Роботою кожної секції керував один із старших лікарів. Санітарна інспектура включала в себе також міську санітарно-технічну лабораторію, міську санітарно-бактеріологічну лабораторію, малярійну станцію, прищеплювальні загоны, дезінфекційні загоны, транспорт для перевезення інфекційних хворих та інші структури, які обслуговували місто в санітарному та епідемічному відношенні.

Завдання санітарно-епідемічної інспектури були всеохоплюючі:

- нагляд за санітарним станом міста, джерелами його водопостачання, каналізацією, асенізаційними установками, установками для очищення стічних вод, кладовищами, полями знешкодження нечистот та викидів;
- санітарний нагляд за існуючими житловими, лікувально-санітарними закладами, будівлями громадського користування, місцями скупчення населення та місцями позбавлення волі, лазнями, перукарнями тощо;
- участь в усіх стадіях житлового будівництва — виборі місця, плануванні, розгляді проектів, прийомі споруд, розподілі житлової площі та заселенні;
- санітарний нагляд за харчовими продуктами, смаковими речовинами та напоями, місцями їх виготовлення, зберігання, продажу та вживання, а також участь в організації громадського харчування;
- санітарний нагляд за фабриками та заводами як з точки зору санітарного стану, так і щодо впливу їх на довкілля, участь у проведенні попереднього нагляду за промисловими підприємствами;
- ведення обліку захворюваності населення на інфекційні хвороби, боротьба з цими хворобами та здійснення запобіжних протиепідемічних заходів;
- облік професійних захворювань, травматизму та організація боротьби з ними;
- участь у боротьбі із соціальними хворобами та проведення диспансеризації окремих груп населення;

- спостереження за виконанням по місту обов'язкових санітарних постанов, організація участі населення в оздоровчих заходах та керівництво ними, проведення санітарно-просвітницької роботи;

- участь в роботі комунальних та інших органів з усіх питань благоустрою та оздоровлення міста;

- вироблення заходів оздоровлення міста, підготовка доповідей з питань громадської охорони здоров'я для різних відомств, організацій та надання відповідних висновків за їх запитами, підготовка проектів обов'язкових постанов у галузі оздоровлення міста [266, с. 26–28].

Значним поступальним кроком стало введення за рішенням РНК УСРР від 10 січня 1931 року обов'язкових санітарно-оздоровчих вимог — санітарного мінімуму [71, с. 261–262]. Відтоді в місті за участі працівників підприємств, установ, шкіл, житлових кооперативів вироблялися пропозиції щодо оздоровчих заходів. Впровадження в життя цих заходів фінансувалося з місцевого бюджету, кошти громадян залучалися лише у вигляді добровільних пожертв. Завдяки вдосконаленню законодавчої бази були окреслені шляхи вирішення питань охорони та ремонту джерел водопостачання, впорядкування залюднених місцевостей, піднесення рівня санітарної культури, боротьби з паразитами, оздоровлення харчування. Вкладалися додаткові кошти в заходи очищення міста від бруду, побудову лазень тощо — в ту сферу, де грошей завжди катастрофічно не вистачало, а проблеми не зникали.

Відчутну допомогу в боротьбі за поліпшення санітарного стану міста надавала санітарна міліція. Організували її в червні 1921 року за ініціативою губернського надзвичайного санітарного комітету [154, ф. Р-203, оп. 1, спр. 308, арк. 206]. Структурно санітарна міліція належала до загальної міліції міста, але завдання в неї були специфічні. Діяла вона в інтересах санітарно-епідемічного підвідділу губздорову, пізніше — підсекції міськради. Завданням санітарної міліції було здійснення зовнішнього санітарного нагляду за майданами, вулицями, базарами, скверами, садами, подвір'ями,

житловими будинками, закладами громадського харчування, місцями виготовлення, зберігання та продажу харчових продуктів. За порушення встановлених санітарних правил на підставі Адміністративного кодексу санміліція (на відміну від інших санітарних служб) мала право карати порушників. Керував роботою санітарної міліції старший інспектор. Ця посада існувала у складі Головного управління міліції при РНК УСРР, цьому ж управлінню старший санінспектор і був підпорядкований. Спрямовували роботу санітарної міліції органи охорони здоров'я, вони також отримували звіти про її поточну роботу [71, с. 274–275].

Санітарна міліція мала право притягати до відповідальності осіб, які вчинили порушення правил охорони здоров'я. За це на підставі статей 46 та 72 чинного тоді Адміністративного кодексу винуватці сплачували штрафи, якщо ж їхні дії спричиняли тяжкі наслідки, то в силу вступала ст. 96 Кримінального кодексу, яка передбачала примусові роботи (або штраф у розмірі 1000 карбованців) чи позбавлення волі терміном на три роки (за можливі тяжкі наслідки) [71, с. 271]. Якщо вищезгадані засоби впливу не давали потрібного ефекту, то за постановою НКОЗ від 28 січня 1934 року особи, які продовжували антисанітарно утримувати своє житло, могли бути примусово виселені на підставі рішення суду як такі, що утримують житло не за його призначенням, створюючи тим самим неможливе співжиття з ними інших мешканців [267, с. 66–67].

Організація санітарної просвіти і боротьба за здоровий побут та санітарну культуру

Санітарна обізнаність харків'ян і загальний рівень санітарної культури, такі необхідні для оздоровлення міста, у 20-ті роки були невисокими. Як свідчать статистичні дані, 42 % сифілісу передавалося побутовим шляхом. Туберкульозні диспансери спостерігали великий відсоток випадків, коли хворий з відкритою формою туберкульозу спав в одному ліжку зі здоровою особою, що майже неминуче призводило до зараження тієї особи [76, с. 23–24].

Вибіркове опитування показало, що лише 27 % харків'ян мають елементарні знання про найбільш заразливі хвороби (в запитаннях фігурували висипний тиф, туберкульоз, сифіліс та холера) [там само, с. 43]. Таких прикладів була безліч, що яскраво свідчило про санітарне невігластво харків'ян. Низький рівень санітарної культури потребував негайної санпросвіти населення. Головне її завдання партійні та радянські органи вбачали в тому, щоб навчити населення застосовувати набуті знання у повсякденному житті для побутової профілактики інфекційних хвороб.

З метою підвищення рівня санітарної культури населення НКОЗ України розіслав губздороввідділам інструкцію, де пропонувалося до 1921 року організувати у великих містах будинки санітарної просвіти й санітарні музеї [61, ф. 342, оп. 1, спр. 2013, арк. 26]. У Харкові при губздороввідділі вже існував санітарно-просвітницький підвідділ, він і почав втілювати в життя вказівки НКОЗ [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 84, арк. 28]. Першорядним завданням було санітарне навчання населення в новостворених будинках санітарної просвіти та пересувних і постійних санітарних музеях [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 211, арк. 12]. Влітку харківськими вулицями двічі на тиждень їздив спеціально обладнаний наочною агітацією трамвай, який здійснював санпропаганду. Він зупинявся біля підприємств, військових казарм, на перехрестях залюднених вулиць. З вагона фахівці читали лекції про хвороби, правила гігієни тощо [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 308, арк. 205]. Окрім цього, підвідділ проводив бесіди на виробництві, розповсюджував серед населення санітарно-гігієнічну літературу — брошури, плакати, листівки [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 84, арк. 35]. На лекціях демонструвалися діапозитиви, муляжі, інша наочність [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 2079, арк. 13].

Чи не найкраще діяли просвітяни у робітничих поліклініках, охоплюючи великі маси людей. Вони прагнули привернути увагу робітників, зацікавити проблемами здоров'я і надати вичерпні відповіді на всі їхні запитання, а для посилення впливу на слухачів організували дослідно-показові гігієнічні консультації з виставковим матеріалом, створювали «куточки здоров'я» [54,

ф. Р-203, оп. 1, спр. 1795, арк. 55]. Найчастіше тематика консультацій стосувалась оздоровлення житла та побуту, праці, здорового харчування, організації охорони здоров'я, профілактики захворювань [268, с. 963]. Такі консультації або тематичні виставки працювали в кожному лікувальному закладі.

Велику роботу із санітарної просвіти здійснював Будинок санітарної культури, який мав на меті охопити якомога більші групи населення, показати наочні матеріали про санітарну культуру, організувати гурткову роботу [269, с. 103]. До того ж, санітарно-просвітницька робота широко велася в пресі та на радіо. За один тільки 1927 рік було випущено 140 тисяч листівок просвітницького характеру (на 400 тисяч харківського населення, тобто практично по листівці на кожну родину), велику кількість пам'яток і брошур. Інформацію розповсюджували містом через заводи, житлові кооперативи, медсанустанови, шляхом розклеювання друкованих матеріалів на околицях міста. Працівники Будинку санітарної культури читали лекції в клубах, «червоних куточках», у нічліжних будинках, гуртожитках, на підприємствах, в медсанустановах — скрізь, де існувала ця потреба. Лекції супроводжувалися наочним матеріалом, читалися доступною мовою та викликали жвавий інтерес міського населення. За 1927 рік було прочитано 14369 таких лекцій, на підприємствах організовано 78 виставок і 164 «куточків здоров'я», встановлено 146 «дощок здоров'я» [71, с. 101].

Наприкінці 1920-х років, коли поширилися епідемія черевного тифу та дизентерія, в усіх бібліотеках санпросвітяни збільшили кількість відповідної літератури, демонстрували виставки у книжкових вітринах, проводили вечори книг, а в поліклініках, лікарнях і диспансерах влаштовували лекції, бесіди, вечори питань та відповідей, імпровізовані «санітарні суди». В періодичній харківській пресі були надруковані статті на профілактичних темах, широко залучалося й радіо. За тогочасної політики «українізації» ще дбали про те, щоб санітарно-освітня робота проводилася українською мовою, тому санітарна література, агітки й плакати були україномовні. Певна роль у цій справі належала профілактичним

журналам «Шлях до здоров'я», «За тверезість», «Профілактична медицина» та іншим.

Великої ваги набули в той час комісії з оздоровлення праці та побуту (КОПіПи). Вони стали провідниками оздоровчих заходів серед населення. До складу цих комісій входили: представники санітарних комісій або здоровосередків; представники місцевих підприємств і установ; депутати міської ради, що мешкали в районі дії комісії або працювали в секції охорони здоров'я; представники профспілкових, жіночих, молодіжних організацій.

1 жовтня 1929 року з ініціативи секції охорони здоров'я Харківської міськради почав працювати саносвітній театр, де грала група самодіяльних акторів. Основні теми вистав були злободеними — гігієна побуту і праці, особиста гігієна, боротьба із соціальними хворобами, особливо алкоголізмом [54, ф.Р-855, оп. 1, спр. 79, арк. 4]. А вже в 1930 році саносвітня мережа складалася з двох будинків санітарної культури, двох гігієнічних консультацій, одного театру санкультури і трьох баз саносвіти [115, с. 64].

Кошти на таку багатопланову діяльність виділяли три основні джерела: бюджет НКОЗу, місцевий бюджет та фонд страхової медицини. Причому, НКОЗ зобов'язувався підтримувати власними фінансами справу санітарної освіти за умови, якщо асигнування місцевого бюджету та фонду меддопомоги складатимуть не менше певного (хоча й невеликого) відсотка (наприклад, 1930/1931 фінансового року місто мало проплатити не менше 1,75 % від усієї запланованої суми). У такий спосіб стимулювалася відповідальність місцевих чиновників за стан санпросвіти населення [115, с. 67].

У новій справі траплялося й чимало недоречностей. Скажімо, під час лекцій лунали не дуже коректні вислови, що наганяли страху на неосвічених містян. Такі лекції більше лякали, відштовхували населення, ніж несли корисну інформацію. Були відомі випадки, коли лектор у розповіді про венеричні хвороби зазначав, що болі у попереку є свідченням гонореї. Неважко уявити, скільки людей із цим симптомом не наважувалися піти до лікарні, щоб з'ясувати справжню причину болю та почати своєчасне лікування.

Нведемо й нещадні рядки зі збірника «Бьем тревогу», виданого у 1927 році: «Вместо мяса — одно сало. Сердце с салом работает мало, не выполняет своих заданий, и человеческое здание разрушается при явлениях сердечного томления, грудной жабы, водянки, одышки и скорой крышки» [270, с. 57]. Жахливі малюнки були запропоновані харків'янам в журналах «Алкоголізм», «Алкоголізм та виродження», «Водка наш враг». Вони не тільки не сприяли антиалкогольній пропаганді, а навпаки — завдавали психічних травм читачам. До психіатрів почали звертатися люди з нав'язаними такою пропагандою страхами, нав'язливими думками про тяжку спадковість і навіть самогубство [270, с. 58].

Ясна річ, це змусило переглянути зміст саносвітньої роботи і подбати про ретельніший добір кадрів. Із цією метою у 1933 році були організовані спеціальні курси масової підготовки середнього медичного персоналу в галузі санітарно-освітньої роботи. На курси приймалися особи, що закінчили медтехнікум або медпрофшколу. Готували курси санітарних інструкторів та помічників санітарних лікарів [271, с. 162–164]. Така підготовка значно підвищувала якість санітарної просвіти населення.

Проблеми санітарії та гігієни постійно були предметом обговорення на конференціях, які з успіхом проходили в Харкові. Після Харкова ідею проведення таких конференцій підхопили Київ, Дніпропетровськ, а згодом й інші міста України. В загальнономіській конференції 24 лютого 1934 року взяли участь близько півтори тисячі осіб, пов'язаних з комунальним господарством (службовці, лікарі, двірники, санміліція), були присутні й представники робітництва [272, с. 139–140]. Для наочності перед конференцією організували виставку світлин відповідної тематики, влаштували кіоски з продажу речей санітарно-гігієнічного вжитку. Головним результатом цих заходів стало утворення міцного багатотисячного санактиву, який включився у боротьбу за санітарне благополуччя міста [272, с. 140].

Викладені вище факти засвідчують, що після революції та громадянської війни Харків, який і до тих пір не відрізнявся чистотою, мав просто жахливий санітарний стан. Вирішення про-

блем санітарного впорядкування міста було покладене на щойно створені новою владою відповідні органи. Вони старанно виконували поставлені завдання, хоча загальний санітарний стан міста і на початку 30-х років був ще далеким від зразкового. Але ситуація в місті таки змінилася на краще, намітилася стійка тенденція до поліпшення епідемічної обстановки. Чи була створена більшовиками санітарна організація досконалою? Напевно, що ні. Здобутки в санітарній царині у 20-ті — на початку 30-х років слід віднести на рахунок плідної та самовідданої роботи харківських лікарів. Зазначимо також, що більшовики вміло залучали до вирішення різноманітних соціальних проблем широкі народні маси шляхом активної пропаганди та агітації. Не була винятком і проблема санітарного впорядкування Харкова. У ньому теж взяла активну участь харківська громадськість. ТанDEM санітарних лікарів та жителів міста плідно діяв під комуністичним керівництвом, завдяки чому вдалося подолати страшні пошесті та значно знизити рівень інших захворювань.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

Організація лікувально-профілактичного обслуговування робітників промисловості

Виникнення і розвиток обов'язкового медичного страхування й страхової медицини сягає реформ Олександра II, коли в царській Росії 26 серпня 1866 року в умовах наростання епідемії холери з'явилося тимчасове положення, яке власників фабрик і заводів зобов'язало організувати для своїх робітників лікарні (1 ліжко на 100 осіб) [273, с. 92]. Цей крок і започаткував так звану фабрично-заводську медицину. Однак, за даними В.В. Святловського, серед 658 фабрик та заводів Харківської округи лише 4 мали лікарні, лікаря та аптеку [274, с. 41]. Такою медичною допомогою користувалося близько 15 % робітників, оскільки власники підприємств вважали за краще звільнити хворого працівника, ніж витратити кошти на його лікування [275, с. 88]. Одним з найважливіших документів був закон «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности», прийнятий у 1903 році. За цим законом, роботодавець ніс відповідальність за шкоду, заподіяну здоров'ю при нещасному випадку на виробництві, шляхом виплачування пенсій потерпілому або членам його сім'ї [276, с. 11]. Він уперше змусив роботодавця дбати про здоров'я своїх підлеглих. Проте документ визначав виплати тільки при нещасних випадках і не зачіпав інші види втрати працездатності (тимчасову та стійку), тому невирішені питання зависли у повітрі і аж через 10 років знайшли відображення в думських законах. 23 червня 1912 року Третя Державна дума розробила та ухвалила чотири закони, які до 1917 року регулювали стан справ у медичному обслуговуванні робітничого населення: «О страховании рабочих от несчастных случаев», «Об обеспечении рабочих на

случай болезни», «Об учреждении присутвий по делам страхования рабочих», «Об учреждении Совета по делам страхования рабочих» [277, с. 97]. Ці закони дозволили широко впроваджувати діяльність лікарняних кас, які з'явилися в Харкові вже 1913 року [98, с. 57]. Треба зазначити, що напередодні більшовицької революції кількість таких кас по Харкову була доволі високою (друге місце за чисельністю в Україні після Києва) — 536 кас та 286 тис. учасників [273, с. 94].

Лікарняні каси були двох типів: заводські (якщо на підприємстві працювало понад 200 осіб) та об'єднані (каси для дрібних підприємств) [273, с. 93]. Заводські каси здійснювали виплату допомоги у таких випадках: первинна допомога при раптових захворюваннях і нещасних випадках; амбулаторне лікування; допомога при пологах; стаціонарне лікування з повним утриманням хворих. Лікарняна допомога включала безкоштовну видачу ліків, перев'язувальних матеріалів та необхідних медичних засобів. Власник підприємства, який мав забезпечити амбулаторну і стаціонарну допомогу, міг сам утримувати необхідні медичні заклади, мати угоди з іншими власниками або міськими, земськими чи приватними медичними закладами. У 1913 році були внесені доповнення до статуту лікарняних кас, що давали їм право організувати лікарні, амбулаторії, санаторії, аптеки. Лікарів-спеціалістів до таких закладів або запрошували на договірних засадах, або зараховували на постійну роботу. Дрібні лікарняні каси зливалися, утворюючи об'єднані лікарняні каси, які менше залежали від підприємців. Це дозволяло їм мати значні статутні й резервні кошти, організувати надання амбулаторної та стаціонарної допомоги (навіть у домашніх умовах), екстрену медичну допомогу в нічний час, забезпечувати постійне чергування медичного персоналу. Підприємства, які входили до каси, вносили 2,5–8 % від заробітної плати учасників каси і користувалися тими послугами, які вона надавала [142, с. 34].

Але діяльність лікарняних кас мала низку вад. Так, витрати зі страхування не були повністю покладені на власника підприємства: 60 % коштів формувалися з внесків самих робітників і лише

40 % — із внесків роботодавців. Тобто робітники сплачували в 1,5 рази більше, ніж підприємці. Законодавче обмеження платні за медичну допомогу заважало лікарняним касам розвивати організацію. Строки отримання виплат вагітним та породіллям були недостатніми та необґрунтованими. Напередодні Жовтневої революції виникла і законодавча плутанина, коли каси мали спиратися в своїй роботі водночас на страхове законодавство 1912 року і постанову Тимчасового уряду від 25 червня 1917 року, хоча ці дві нормативні бази істотно відрізнялися.

У 1910 році була створена Харківська загальноміська лікарняна каса, яка об'єднала роботу більшості кас великих та дрібних підприємств міста. На початковому етапі Харківська каса не була солідною, але ефективна робота дозволила вже на початку 1919 року приєднати до неї багато місцевих лікарняних кас, зокрема кондитерської фабрики «Жорж Борман», заводу К.Г. Шиманського, та надавати медичну допомогу ще більшій кількості робітництва міста. Протягом 1919 року до неї приєдналося ще близько 40 кас різних підприємств і установ. Додаткові кошти дали можливість загальноміській касі вже 20 жовтня відкрити лікарню для застрахованих робітників [142, с. 910]. Однак наприкінці року лікарняна каса опинилася в скрутному, навіть кризовому становищі. Збільшення захворюваності внаслідок епідемій просто унеможливило виплати відшкодування робітникам. До того ж почастишали випадки, коли роботодавці всіяко ухилялися від сплати внесків до каси, що, ясна річ, погіршувало її фінансовий стан. Наприклад, один з найбільших заводів — паровозобудівний — протягом чотирьох місяців не вносив гроші до каси, що призвело до утворення величезного боргу, який був сплачений лише під тиском робітників підприємства. А каса натомість виплачувала робітникам ХПЗ близько 27 % своїх коштів [278, с. 3]. Харківське міське самоврядування теж заборгувало 1,5 мільйона карбованців, але каса не припиняла обслуговування робітників електростанцій, трамвайників, працівників водогону тощо. В такому становищі годі було й думати про будівництво нових медичних закладів у найближчому майбутньому.

У серпні 1919 року Спілка лікарняних кас Півдня Росії ухвалила меморандум, в якому виголосила нагальну потребу в реформуванні законодавства [278, с. 11]. З точки зору більшовиків, лікарняні каси не могли стати основною ланкою системи охорони здоров'я за своєю сутністю, оскільки вони обмежувалися лише наданням медичної допомоги, не вивчаючи, а відтак і не усуваючи причин професійної захворюваності; не здійснювали санітарного нагляду та обстеження умов, які впливали на здоров'я робітників; не займалися питаннями охорони праці. Всі ці прогалини не влаштовували радянську владу.

Однак визнання позитивної ролі лікарняних кас в організації медичної допомоги засвідчує декрет РНК від 14 листопада 1917 року «Про безкоштовну передачу лікарняним касам лікувальних закладів підприємств» [115, с. 13]. Зміна структури й підпорядкованості лікарняних кас перетворила їх у нові медичні заклади, де кошти на утримання формувалися тільки за рахунок внесків підприємців. Кошти лікарняних кас, що призначалися для оплати медичної допомоги, формувалися як в обіговий, так і в резервний капітал. Обіговий капітал складався із внесків і приплат, а також прибутків від майна каси та випадкових надходжень, — його спрямовували на поточні витрати. Резервний капітал формувався із відрахунків від суми внесків та приплат у розмірі 5 % і виконував функцію резерву обігових коштів, а в разі їх витрачання переходив на поточні заходи. Відрахування до резервного фонду припиняли, якщо вони сягали суми, що дорівнювала сумі витрат каси за останні два роки, і відновлювали при розмірах, нижчих від цієї суми. У разі непокриття поточних витрат обіговим капіталом правління лікарняної каси мало право вирішити питання про збільшення величини страхового внеску або про скорочення витрат [115, с. 13].

Для страхування осіб, які були зайняті в галузі народного господарства, 2 травня 1919 року Рада Народних Комісарів видала «Положення про страхування на випадок хвороби», за яким управління касами переходило до робітництва, внески роботодавців були збільшені до 10 % при повній відсутності внесків

зі сторони робітників, розмір грошової страхової виплати становив 100 % від заробітної плати, а тривалість — до дня повного одужання людини; вагітним та породіллям призначалася грошова виплата за 8 тижнів до пологів та за 8 тижнів після пологів, а у випадку смерті родичам видавалася допомога в 30-кратному розмірі середнього заробітку. Пізніше були встановлені виплати на випадок абортів — грошова допомога впродовж двох чи трьох тижнів після операції [37, с. 312]. До кола застрахованих увійшли всі без винятку особи, зайняті найманою працею [279, с. 66].

Декретом від 18 лютого 1919 року лікувально-санітарні заклади передавалися до відання НКОЗ — у відповідності із «семашківським» принципом єдності в справі народної охорони здоров'я [115, с. 104]. Юридичною підставою цієї акції стала постанова Раднаркому «Про передачу всієї лікувальної частини лікарняних кас Народним Комісаріатам Охорони Здоров'я» [280, с. 12–14]. При цьому НКОЗ та радянські керманічі ігнорували несвоєчасність цієї справи, труднощі такого злиття, заклики медиків до збереження страхової медицини як гілки радянської медицини, яка на той час ще не мала чіткої структури і була в стадії кристалізації. За висновками представників харківської медичної громадськості, які були узагальнені Л.Л. Рохліним і оприлюднені на сторінках періодичної преси, «в області взаимоотношений с отделами здравоохранения страховая медицина должна установить контакт и согласованность действий в общей работе, но не должно иметь места поглощение медико-санитарного страхового аппарата и растворение его в общих формах советской медицины» [37, с. 312]. Проте існування страхової медицини односторонньо було визнане необґрунтованим, бо вважалося, що вона обслуговуватиме лише «наиболее обеспеченные и до известной степени привилегированные слои пролетариата» [там само].

Тогочасна страхова медицина не вписалася в загальну систему державної охорони здоров'я з її засадничими принципами, тому не дістала підтримки з боку держави, і на початку 1921 року лікарняні каси було повністю ліквідовано. Невдовзі, за законом

від 2 вересня 1921 року, і лікувальні заклади були прикріплені до підприємств [83, с. 72].

Соціальна політика комуністичної партії в умовах диктатури пролетаріату мала на меті створення умов для превалювання робітничого класу над іншими категоріями населення в усіх сферах життя [281, с. 82]. У циркулярах, розісланих НКОЗом до губздороввідділів, зазначалося: «Поліпшення побуту робітничого класу є нині одним з найважливіших завдань робітничо-селянської держави» [61, ф. 342, оп. 1, спр. 2013, арк. 30]. Як висловився нарком охорони здоров'я М.Г. Гуревич, «лишить советскую медицину классовости — лишить нас души» [83, с. 72]. Такий підхід проявився в особливому ставленні до здоров'я робітництва і обґрунтував пільгове медичне обслуговування робітників. На одному із засідань партійців не випадково пролунала така заява: «Рабочие требуют лучшего ухода, чем вообще граждане» [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 25, арк. 4, зв.]. Класовий принцип радянської медицини яскраво виявився в таких організаційних формах: 1) при формуванні лікарняної мережі за норму для фабрично-заводських міст (до яких належав і Харків) була взята цифра — одне ліжко на 150 мешканців, для решти — одне ліжко на 200 мешканців; 2) існуючі лікувальні заклади перегруповували таким чином, щоб найкращі лікарні та амбулаторії, добре обладнані та забезпечені, надавалися в користування виключно членам профспілок та їх сімей; 3) будівництво нових лікувальних закладів розпочинали в районах з робітничим населенням [282, с. 43]. Таким чином керівництво намаглося забезпечити робітничий клас кращою медичною допомогою, ніж отримували інші верстви населення.

До системи робітничої медицини більшовики прийшли за непу, в умовах мізерних державних коштів і тиску ринкових відносин. Вона сприймалася більшовицьким керівництвом як вимушений крок назад від принципів радянської охорони здоров'я, адже не отримувала державного забезпечення. Тому від самого початку розглядалася як тимчасова система заходів, що існуватиме до зміцнення державної охорони здоров'я, яка згодом обов'язково має поглинути систему робітничої медицини.

Започаткуванням цієї системи послужило створення профспілками на промислових підприємствах комісій з охорони праці та здоров'я, до яких увійшли представники профспілок і медичні працівники. Така ініціатива була підтримана урядом — 10 грудня 1921 року за постановою РНК УСРР при Наркоматі охорони здоров'я почав працювати підвідділ робітничої медицини (Робмед) на чолі з висуванцями профспілок. За деякий час, 2 березня 1922 року, при Харківському губвідділі охорони здоров'я був організований підвідділ робітничої медицини, який забезпечував безоплатне обслуговування трудящих [283, с. 351]. Першорядним його завданням стало створення медичних закладів при промислових підприємствах для боротьби з професійними захворюваннями. Робмед очолював діяльність закладів робітничої медицини в місті і складався з кількох підрозділів: лікувально-профілактичної інспектури; відновлення працездатності, фізкультури та оздоровлення робітників-підлітків; а також центрального лікувального бюро, що дбало про надання спеціалізованої лікарської допомоги хворим, яких направляли до центру [38, с. 1194]. Територіальні відділи Робмеду почали діяти в промислових округах у 1922 році. Завідувачем підвідділу був обраний С.В. Смирнов (представник профспілки «Металіст»), а його заступником — доктор Л.Л. Рохлін [283, с. 22]. На початку свого існування Робмед мав під контролем 1-у робітничу лікарню на 200 ліжок, 2-у робітничу лікарню на 75 ліжок, 1, 2, 3 та 4-у поліклініки, будинок відпочинку в Сокольниках і ще 20 ліжок у тамтешньому санаторії та 50 ліжок у санаторії «Ріпки» [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 584, арк. 23].

Згідно з декретом Раднаркому УСРР від 10 грудня 1921 року фонд страхової медицини мав цільове призначення: допомога при раптових захворюваннях і нещасних випадках; амбулаторне загальне і спеціальне лікування; допомога вдома; допомога при пологах; стаціонарне лікування; організація ясел, консультацій, будинків матері та дитини, закладів охорони здоров'я дітей; спеціальна допомога у фізіотерапевтичних і ортопедичних інститутах, диспансерах, санаторіях; санаторно-курортне лікування [273, с. 95].

Станом на 1923 рік у Харкові амбулаторну допомогу в системі Робмеду надавали вісім поліклінік (потужність яких становила 350 тисяч відвідувань за півроку) і пункти першої допомоги на великих підприємствах. Загалом у місті діяло 36 таких пунктів (53 тисячі відвідувань за півроку). Однак стаціонарна мережа робітничої медицини мала в тому ж 1923 році лише 3 лікарні, які за півроку прийняли понад 4 тисячі хворих [284, с. 79]. У 1923–1924 роках на багатьох великих харківських підприємствах ще існували лікувальні структури. Наприклад, амбулаторії функціонували на ХПЗ, «Серпі і Молоті», «Ново-Баварській фабриці» [285, с. 5]. Попервах система Робмеду передбачала їх ліквідацію та винесення за межі фабрик і заводів, залишаючи там лише пункти першої допомоги. Завдання лікаря медпункту зводилося «к рациональному оказанию первой помощи как при травмах, так и при заболеваниях»; інші функції мали взяти на себе поліклініки. Такі перетворення призвели до того, що в поліклініках хворі тинялися кабінетами; потім від лікаря — до контрольної комісії, звідти — до каси, завкому та знову до поліклініки.

Така неорганізованість стала типовою для різних міст і була переглянута «нагорі», у Москві. Результатом стало створення заводської організації за таким типом: 1) фабрично-заводський лікар, завідувач медичного пункту з функціями лікаря-гігієніста й профілактика; 2) його помічник — тобто лікар, зайнятий переважно наданням першої допомоги, оглядом новоприбулих тощо; 3) терапевт і хірург, які вели амбулаторний прийом; 4) лікпоми (як правило, студенти-медики 4–5 курсів, які чергували вночі). Однак згодом виявилось, що прийоми у хірурга й терапевта стали пріоритетними і перевищувати норму. Деякі лікарі відмовлялися від допоміжних служб (лабораторій, рентгену і т. д.), що позначалось на якості лікування. Неefективною часом була допомога лікаря-хірурга, який з об'єктивних причин не міг вести свою пряму роботу — хірургічні втручання — в непридатних, примітивних приміщеннях на підприємстві. З огляду на ці проблеми були проведені нарада завідувачів поліклінік, а потім — збори терапевтичних і хірургічних відділень у поліклініках. Учасники

визнали необхідність реорганізації існуючих пунктів надання медичної допомоги. Основним нововведенням став розподіл хворих на групи, що давало змогу значно поліпшити їх обслуговування. Були визначені чотири категорії: а) пацієнти з гострими захворюваннями, яким лікарі медичного пункту надавали першу допомогу і направляли або до лікарні, або додому — для подальшого лікування районними лікарями; б) із такими захворюваннями, з якими після надання медичної допомоги робітники можуть повернутися на виробництво; в) із захворюваннями, що потребували відсторонення людини від роботи, направлення до ВКК та подальшого обстеження і лікування в поліклініці (наприклад хірургічного втручання); г) пацієнти з хронічними захворюваннями, які потребували значно тривалішого і складного обстеження, нагляду та лікування різними спеціалістами поліклініки. Хворих здебільшого направляли до поліклінік із супровідними записками від лікаря заводської амбулаторії. Проте, за встановленими інструкціями, робітники могли потрапити на консультацію чи лікування до деяких закладів Робмеду лише з дозволу лікувального бюро при Центральному Робмеді. Але надавали його за клопотанням місцевих органів Робмеду чи страхових кас, тобто після «паперової» процедури, яка могла тривати кілька місяців.

Варто зазначити, що робітники, які вже звикли отримувати медичну допомогу неподалік — на заводі чи фабриці, не завжди схвально зустрічали такі перетворення. З великими труднощами була ліквідована амбулаторія на Харківському паровозобудівному заводі. Однак швидко відновлення кваліфікованої медичної допомоги реабілітувало Робмед в очах працівників. Врешті-решт на ХПЗ з'явилася повноцінна лікарня. Хворі отримували 100 % заробітної платні, а в разі необхідності — оплачувані відпустки. На паровозобудівному заводі створили грошовий фонд екстреної медичної допомоги, щотижня засідала лікарняно-контрольна комісія, яка скеровувала діяльність лікарні та розглядала претензії хворих. Вже з 1924 року медичну допомогу організувала та втілювала комісія робітничої медицини, до якої входили працівники поліклініки, лікарні та представники робітництва. Лікарня

при заводі постійно поповнювалася новим обладнанням. Саме в ці роки були розроблені проекти нових корпусів, які працюють донині [286, с. 119].

Більшість новостворених робмедівських поліклінік не відповідали статусові закладів такого типу за характером і за кваліфікацією роботи, тому невдовзі певна кількість «поліклінік» повернула собі статус амбулаторій та медичних пунктів. Ті, що залишилися, перетворились на потужні багатопрофільні заклади. Так, при 1-й та 3-й поліклініках існували зуботехнічні, бактеріологічні та аналітичні лабораторії, електросвітлолікувальний кабінет. Відвідувачі поліклінік могли користуватися послугами Рентгенакадемії, спеціальними методами досліджень від Інституту наукової медицини НКОЗ, а також лабораторіями клініки Ерліха та 4-ї радянської лікарні [283, Стб. VI].

Для акушерської допомоги Робмед орендував ліжка в інших лікарнях. Страхові каси зобов'язували матерів, що мали дітей грудного віку, протягом перших дев'яти місяців обов'язково відвідувати дитячі консультації, інакше страхові каси пропонували позбавляти їх допомоги. В дитячих консультаціях запровадили вечірні прийоми, а працюючих матерів приймали поза чергою. Однак Робмед не завжди міг оплатити оренду ліжок, і керівництво лікарень було змушене відмовляти хворим у прийомі [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 2281, арк. 121]. Допомога дітям надавалася в Першому Інституті робітничої медицини, 3, 4, 5 та 6-й поліклініках лікарями-педіатрами [там само, арк. 63].

Вдома дітей обслуговували районні лікарі, які працювали по дільницях радіусом в одну версту (місто було поділене на 35 дільниць) [284, с. 79]. На одного застрахованого хворого Робмед виділяв приблизно 13 карбованців 66 копійок, а витрати на не-застрахованого становили 2 карбованці 32 копійки, тобто в шість разів менше [39, с. 1304]. Сумами визначалася і якість лікування. Однак через постійну перевантаженість лікарів викликами не всі хворі могли дочекатися вчасної допомоги, існував і великий відсоток відмов [287, с. 130].

Поступово мережа закладів робітничої медицини зростала. Кошти Робмеду дозволяли щороку збільшувати кількість лікувальних закладів (що видно з таблиці у додатку А 20) [362, с. 109]. Це свідчить про життєздатність робітничої страхової медицини та ефективність її роботи.

У 1923 році держава приступила до підготовки фахівців для цієї системи. В Харкові було відкрито Інститут робітничої медицини, при якому діяли курси підготовки фабрично-заводських лікарів [273, с. 96]. Майбутні курсанти проходили відбір за курсом профспілки «Всемередикосантруд».

Через обмеженість державних ресурсів система Робмеду будувалася на принципах страхової медицини, але не за рахунок страхових внесків робітників. Функція фінансування цієї системи була покладена на промислові підприємства, які мали щомісяця відраховувати приблизно 5 % своїх коштів до фонду медичної допомоги. До фінансування системи були також залучені і профспілки, які мусили виділяти на потреби оздоровлення робітників частку своїх грошових надходжень [288, ст. 22].

Плановий бюджет Робмеду розподілявся таким чином, як це показано в таблиці у додатку А 21 [39, с. 1303]. Однак слід зазначити, що Харків постійно перевищував витрати на ліжкову допомогу, охорону материнства і дитинства та на боротьбу із соціальними хворобами [39, с. 1304]. Тут давався взнаки столичний статус міста.

Кошти на робітничу медицину мали надходити переважно зі страхового фонду, але він був дотаційним до державних асигнувань [273, с. 95]. У тодішній пресі керманічі Робмеду доволі активно обстоювали позицію щодо охорони своїх коштів від державних органів управління. Постійно наголошувалося, що «преимущественное обслуживание пролетариата» — це аксіома, отже місцеві кошти, відпущені на справу охорони здоров'я, в першу чергу мають надходити на обслуговування робітників. Робмедівці закидали губздороввіділу, що той нерідко «перекидає» робітничі лікарні та поліклініки на страхові фонди, а це неприпустимо; що він зловживає гаслом «охорона здоров'я трудящих — справа рук

самих трудящих». Як бачимо, Робмед домагався права самостійно розпоряджатися страховими коштами і додатково отримувати якомога більше від бюджету. Своєю чергою, керівництво губздороввідділу звинувачувало Робмед, ніби той «відривається від губздорову», створює паралелізм у роботі, витрачає кошти хаотично [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1113, арк. 287]. Тобто губздороввідділ намагався взяти під свій контроль кошти Робмеду. Таке перетягування ресурсної «ковдри» мало об'єктивний, але руйнівний характер. Дві структури часто не могли знайти «точок дотику» для співпраці, постійно виникало питання підпорядкованості. «Выделение самостоятельного подотдела рабочей медицины не означает организации внутри здравоохранения государства в государстве», — наголошував М. Ландіс, керівник відділу Робмеду при НКОЗ УСРР, і додавав, що «все попытки товарищеской представителем положение в несколько ином виде ничем не обоснованы», а робмедівські товариші не мають ніякого уявлення про медичну допомогу в пролетарській державі [289, с. 109]. Таким був зміст його звернення до керівників охорони здоров'я в місті.

Органи робітничої медицини, створені як частина апарату Народного Комісаріату охорони здоров'я, працювали в контакт з органами Соцстраху під загальним контролем профспілкових об'єднань. Відбувалися численні робочі наради під головуванням окружних інспекторів охорони здоров'я в складі окружних професійних бюро; діяли страхкаси, санітарні комісії, відділення профспілки медичних працівників та інших великих профспілок [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 2419, арк. 101]. У поліклініках та інших лікувальних закладах Робмеду працювали комісії робітничого контролю та соціальної допомоги, а також відбувалися медичні наради [61, ф. 342, оп. 3, спр. 213, арк. 1].

Допомогу територіальним органам робітничої медицини на промислових підприємствах надавали фабрично-заводські комітети, які стежили за включенням до колективних угод обов'язків господарських органів щодо відрахування необхідних коштів на медичну допомогу та оздоровлення робітників, щодо забезпечення закладів Робмеду належними приміщеннями, щодо здійснення

заходів підвищення кваліфікації фабрично-заводських лікарів та ін. [290, с. 190].

У системі Соцстраху діяла Всеукраїнська страхова нарада (або Всеукраїнська нарада соціального страхування), яка в своїй діяльності спиралася на територіальні страхові наради, а територіальні — на «страхових делегатів» окремих підприємств, висуванців профспілок. Окружні наради мали контролювати стан лікувально-оздоровчої діяльності закладів робітничої медицини та формування і витрачання страхових фондів. Страхові делегати не тільки перевіряли якість надаваної допомоги та обґрунтованість страхових виплат, а й сприяли хворим робітникам в отриманні належної допомоги, оскільки ті часто не знали своїх прав.

Упродовж 20-х років система фінансування закладів Робмеду постійно вдосконалювалася. Згідно з постановою ВУЦВК та РНК УСРР від 3 лютого 1926 року фонд страхової медицини (фонд «Г»), який став основним джерелом фінансування медичної допомоги застрахованим, був підсилений за рахунок збільшення дотацій з місцевих і державного бюджетів та асигнувань з інших страхових фондів [38, с. 1194].

Кошторис на розподіл фонду Робмеду складав Наркомздоров'я за узгодженням із ВУРПС. Право його затвердження спочатку надавалося Наркоматові соціального забезпечення УСРР, з 1923 року було передане до уповноваженого Наркомату праці СРСР в Україні, а в 1925 році — до Всеукраїнської наради соціального страхування, яка попередньо узгоджувала його із зацікавленими органами (Українською радою народного господарства, уповноваженим Наркомату праці СРСР при РНК УСРР, наркоматом шляхів сполучення тощо) [38, с. 1194].

Від другої половини 1920-х років у зв'язку з централізацією господарського управління профспілки були поступово усунуті від керівництва закладами страхової робітничої медицини, що зрештою призвело до ліквідації її мережі. У 1927 році заклади робітничої медицини почали переходити на обслуговування різних верств населення. А на утримання фонду страхової медицини переводилися сільські медичні заклади, які раніше іс-

нували за рахунок місцевого бюджету [291, с. 21]. На підставі постанови РНК від 21 квітня 1927 року № 13/297 та «Обіжника НКОЗ» № 36 від тієї ж дати [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 47, арк. 1] був ліквідований апарат Робмеду. Внаслідок цього Харківська окрінспектура охорони здоров'я реорганізувалася з утворенням кількох інспектур: лікарняної допомоги та сільської мережі; позалікарняної допомоги; санепіду; охматдиту; санітарної статистики; тубінспектури; фармінспектури; судової медицини; кошт-фінчастини; секретаріату.

Відтоді інспектура лікарняної допомоги й сільської мережі об'єднувала міську, районні лікарняні мережі та всю низову амбулаторно-дільничну сільську медицину. Тубінспектура охоплювала тубдиспансери. Інспектура позалікарняної допомоги об'єднала амбулаторно-поліклінічну мережу окрздорову. До інспектури позалікарняної допомоги увійшли також секція оздоровлення робітничої молоді та секція із відновлення працездатності. Інспектура охматдиту об'єднала як ті структури, що були раніше в її складі, так і ті, що перейшли до неї з установ Робмеду. Без істотних змін залишалася діяльність санепіду, санітарної статистики, інспектури судової медицини та фармінспектури. Інспектором лікарняної допомоги був призначений С.Л. Аронштам, а інспектором позалікарняної допомоги — Сиротенко (ініціали не встановлено).

Надалі, у 1928 році, пленум ВУРПС запропонував перевести всі лікувальні заклади на державний або місцевий бюджет за умови збільшення цільових асигнувань на робітничу медицину [290, с. 56]. Таке рішення було підтримане і IV Всеукраїнським з'їздом професійних спілок у грудні 1928 року [61, ф. 342, оп. 3, спр. 213, арк. 1].

Процес ліквідації мережі Робмеду і передачі його закладів Наркоматові охорони здоров'я завершився 1929 року [291, с. 20; 90, с. 45; 74, с. 5]. «Высшие органы власти в этом отношении приняли совершенно твердое решение, подтверждающее незыблемость единства советской медицины, не допускающее двух толкований», — зазначав М.Г. Гуревич [83, с. 74]. Робмед, який втілював у життя принципи страхової медицини й елемен-

ти ринкових відносин, зазнав краху, як і сама система страхової медицини. Сталося це внаслідок скасування непу і переходу до адміністративно-командної системи організації всіх сфер життя радянського суспільства. Відтоді починається функціонування єдиної державної системи охорони здоров'я з централізованою формою управління, характерною ознакою якої стало монопольне надання медичних послуг державними закладами.

Попри всі недоліки (невизначеність відносин між учасниками системи, недосконале керівництво, проблеми з фінансуванням, недостатнє матеріально-технічне забезпечення, брак кваліфікованих кадрів) робітнича медицина в реальній формі показала позитивні досягнення і за якістю надання різних видів медичної допомоги перевершила тогочасну державну медицину. До того ж була продемонстрована життєздатність такої системи в соціалістичному суспільстві, адже коштів Робмеду вистачало на гідну медичну допомогу трудящим.

Окремої уваги заслуговує санаторно-курортне лікування. Найбільш популярними на той час були створені більшовиками санаторії та будинки відпочинку. Ще у 1920 році В.І. Ленін підписав декрет, яким планувалося зробити Крим здравницею для трудящих. Пізніше оздоровчі заклади з'явилися не тільки в Криму, а й зокрема на Харківщині. Вони мали надавати робітникам та службовцям можливості відновити свої сили в найбільш сприятливих умовах під час чергової відпустки [292, с. 486]. Особливу увагу громадськості завжди привертало питання відбору й направлення застрахованих на такий вид лікування. До появи страхових кас робітники мусили обходити кілька інстанцій, щоб врешті-решт отримати довгоочікуване направлення. З організацією робітничої медицини в місті Харкові ця процедура дещо змінилася. Відбір тривав упродовж року і саме серед тих хворих, яким дійсно потрібна така допомога, але їхні хвороби на місці, в поліклінічних умовах, вилікувати неможливо. На початку року до Харківського Робмеду подавалися санаторно-курортні карти хворих, видані їм лікарями поліклінік. Далі бажаних лікуватися приймала комісія у складі двох осіб — представника ради гу-

бернських профспілок та представника губернського соціального страхування. Згодом до неї увели п'ятірку лікарів-спеціалістів: терапевта, фтизіатра, невропатолога, хірурга та гінеколога [293, с. 26]. На кожного потенційного курортника, обов'язково застрахованого, заводили своєрідну «справу»: в ній мала бути історія хвороби, виписка лікаря, результати аналізів та інша документація. До цієї «справи» ставилися особливо прискіпливо. Якщо необхідних документів не вистачало або довідку видав лікар, який не перебував на службі робітничої медицини, то до розгляду «справу» не приймали; якщо ж вимоги повністю задовольнялися, то хворому негайно призначали санаторне ліжко. У випадках, коли на даний момент вільних місць не було, комісія просто надавала людині відпустку через хворобу. Тим, хто не пройшов відбору, комісія видавала письмову довідку, в якій зазначала причину відмови, однак таких випадків було небагато, лише 2–3 %. Постанови санаторно-курортної комісії були остаточними і оскарженню не підлягали [294, с. 36–39]. Перевага при розподілі місць віддавалася кваліфікованим робітникам шкідливих підприємств, які тривалий час працювали за цією спеціальністю і отримали захворювання саме під впливом шкідливих виробничих факторів. Такий контингент становив у санаторіях та на курортах 80 %. Решта 20 % припадали на службовців, тобто тих людей, які не були зайняті важкою фізичною працею і не зазнавали безпосередньої шкоди здоров'ю. Серед робітничої групи також існувала певна черговість: першими від'їжджали трудівники фабрик і заводів; потім — працівники комунальних та інших підприємств, що проходили за робітничою тарифною сіткою; за ними йшли робітники залізничного, водного й місцевого транспорту; і останнім таке право отримували інженерно-технічний персонал, зайнятий безпосередньо на виробництві [89, с. 25].

У 1923–1924 роках при поліклініках і робітничих диспансерах почали діяти нічні профілакторії (санаторії), які набули великої популярності серед робітництва [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1558, арк. 156].

Ще 1862 року під Харковом, біля хутора Березова у Дергачівському районі, були відкриті цілющі джерела. Питання про можливість їх використання й відкриття санаторію розглядали у 1923 році на засіданні губвиконкому [54, ф. Р-1639, оп. 1, спр. 1, арк. 71]. До «Бермінвод» радили їхати особам з порушеннями обміну речовин, захворюваннями сечових шляхів, катарями шлунку, невротами та вторинними анеміями. Курс лікування становив приблизно 4–6 тижнів. Повноплатна вартість одного ліжка на місяць складала від 150 до 175, а для членів профспілок та їх сімей — 135 карбованців, що цілком співвідносилось з місячною заробітною платнею [54, ф. Р-855, оп.1, спр. 56, арк. 12, 14].

У 1934 році на території УСРР функціонувало 18 курортів, які могли запропонувати загалом 12500 ліжок [295, с. 64]. Шістдесят відсотків кількості місць надавалися робітникам безкоштовно, за соцстрахівськими путівками, а на решту могли претендувати бажаючі заплатити за лікування самотужки (див. додаток А 3) [54, ф. Р-1959, оп. 1, спр. 61, арк. 111].

Охорона материнства і дитинства

Поряд із робітництвом за радянських часів існувала ще одна привілейована категорія населення, яка підлягала особливому соціальному захистові з боку держави. Це матері з неповнолітніми дітьми. І відповідно, для них була створена спеціалізована медична допомога. До Жовтневої революції такого виду меддопомоги на державному рівні не існувало, а охороною материнства і дитинства в Харкові опікувалися громадські та приватні організації [98, с. 203–205, 222–224]. У Країні Рад охорона материнства і дитинства стала одним з основних проявів турботи держави про населення. Хоча, як побачимо далі, і тут запанував класовий підхід.

У лютому 1919 року В.І. Ленін підписав декрет «Про заснування Рад захисту дітей», яким справа забезпечення дітей харчуванням, одягом, житлом, медичною допомогою була проголошена одним з найважливіших державних завдань. Окремо вийшов декрет «Про безкоштовне дитяче харчування», за яким

усі діти віком до 14 років мали право безоплатного харчування, незалежно від того, до якої категорії отримувачів пайків належать їхні батьки. Це було пов'язано з проведенням тоді більшовиками економічної політики «воєнного комунізму», коли населення отримувало натуральні споживчі пайки у відповідності до свого соціально-класового стану (робітники, службовці, утриманці тощо) [115, с. 128]. Для полегшення становища вагітних жінок окрема постанова законодавчо закріпила переведення їх на легку роботу та увільнення від будь-якої роботи за 8 тижнів до пологів та 6 тижнів після народження дитини [296, с. 252–253]. По всій Україні на початку 1920 року при органах Наркомсоцзабезу почали діяти секції охорони материнства та дитинства. Однак вже за два місяці, 30 квітня 1920 року, постановою РНК УСРР справа охорони материнства й дитинства була передана до органів Наркомздоров'я (але отримання грошової виплати залишилося у віданні Наркомсоцзабезу). Таким кроком уряд гарантував запровадження «семашківського» принципу єдності всіх ланок системи охорони здоров'я.

Як свідчать попередні дослідження, справа акушерської та гінекологічної допомоги в місті «кульгала» від самого започаткування. В дожовтневий період жінкам доводилося долати такі проблеми, як недостатня кількість ліжок і внаслідок цього — низька пропускна здатність клінік, брак приміщень для розміщення хворих (які мусили, наприклад, тулитися в бараках та сараях господарських складів Олександрівської лікарні), недостатня кількість спеціалізованих закладів, мізерне їх фінансування. Такими закладами були, зокрема, малопотужна університетська акушерська клініка, земський пологовий будинок (він працював з перервами), акушерсько-гінекологічна факультетська клініка (станом на 1910 рік мала лише 20 штатних ліжок). Щоправда, існували й жіноча «лечебница» Г.М. Грінберга та ще декілька приватних «лечебниц», які працювали на платній основі, що не завжди влаштовувало збідніле жіноче населення міста. Акушерська клініка Імператорського Харківського університету, скажімо, отримувала кошти, яких вистачало лише на п'ять місяців, а значну час-

тину виділяв з власної кишені директор клініки І.П. Лазаревич [98, с. 133, 140, 172, 180, 195, 214]. Тому одним із завдань радянської медицини стало створення розлогої і доступної мережі акушерсько-гінекологічних закладів. Станом на 1920 рік вдалося утримувати 400 гінекологічних ліжок у чотирьох великих лікарнях Харкова — пологовій лікарні на вул. Старо-Московській, 105, 1-й радянській лікарні, 21-й радянській лікарні та університетській клініці. Ці чотири заклади забезпечували пологовою допомогою все місто та його околиці [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 96, арк. 37].

Із встановленням радянської влади з'явилися так звані консультації матері та дитини. Щоправда, через голод 1921–1923 років вони розпочали прийом пацієнток дещо пізніше від запланованих термінів. Основним контингентом цих консультацій стали жінки-робітниця та дружини робітників — приблизно 65 % від усіх, хто туди звертався [297, с. 50]. Приділення уваги не тільки охороні дитинства, але й охороні здоров'я жінки-породіллі спочатку здійснювалося за двома напрямками: з одного боку, були організовані консультації для вагітних жінок, з другого, — всі лікарські дільниці почали виділяти пологові ліжка. Хоча попервах навіть ця невелика кількість ліжок не була затребувана в повному обсязі, бо жінки звикли отримувати пологову допомогу у сповитух, до того ж рівень турботи про них значно поступався якості обслуговування іншими спеціалістами в цих же лікарнях [298, с. 11].

У центрі закладів охорони материнства і дитинства стояла консультація, що могла бути як самостійною організацією, так і підрозділом поліклініки. Вона проводила диспансерну роботу, культурно-освітню роботу з питань гігієни вагітності, гігієни пологів та післяпологового періоду, правильного годування немовлят і догляду за ними. Консультації мали штат медичних сестер, які навідували своїх підопічних удома. За обліком роботи консультацій можна встановити, що упродовж вагітності харків'янки по декілька разів вдавалися до послуг фахівців. Це дозволяє говорити про підвищення рівня довіри до медицини у справі по-

логової допомоги. Новонароджена дитина так само постійно перебувала під наглядом працівників консультації: лікарі стежили за вагою, харчуванням, дотриманням правил гігієни, а за місцем проживання немовлят оглядали патронажні сестри. При жіночих консультаціях існували молочні кухні, де безкоштовно або за невелику платню видавали молочні суміші для малечі.

Аби популяризувати в жіночих масах справу охорони материнства і дитинства, на підприємствах, де працювали переважно жінки, діяли спеціальні комісії. Вони дбали про якомога ширше запровадження на виробництві необхідних заходів. Чільне місце посідала просвіта населення шляхом проведення лекцій на відповідні теми, розповсюдження наочних матеріалів тощо. Комісії опікувалися соціальним забезпеченням жінки-матері (видача матеріальної допомоги, засобів догляду за дитиною, «приданого» для немовляти тощо), відвідували робітниць, які перебували у «декретній» відпустці, виявляли проблеми та вчасно сигналізували про них до створених районних відділів охорони материнства й дитинства [299, 9 фев.].

Починаючи з 1926 року дедалі більше жінок віддавало перевагу кваліфікованій акушерсько-гінекологічній допомозі [20, с. 17]. У 1926/1927 фінансовому році кількість пологів у лікарнях складала 7075, а за наступний рік зросла до 8000 випадків, що становить 85 % від загальної кількості пологів по місту (порівняймо: у довоєнний період їх кількість сягала лише 25–27 % [84, с. 94]. На підставі таких переконливих даних можна впевнено стверджувати, що того часу перелом у свідомості харків'янок на користь фахової медичної пологової допомоги відбувся. А це, безперечно, спільна заслуга влади та харківських медиків.

Швидкими темпами в пологових будинках та лікарнях зростала кількість ліжок, призначених для абортниць, що зумовлювалося легалізацією абортів у 1920 році: «1. Допускається бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается максимальная безвредность» [296, с. 285–286; 300, с. 7–8; 18, с. 27]. У харківських лікарнях було зроблено найбільше абортів

(станом на 1925 рік) у порівнянні з іншими містами України [148, с. VIII]. Через скрутне матеріальне становище вагітність була небажаною в більшості робітничих родин і перетворилася на головну причину розлучень [301, с. 83]. Якщо ми поглянемо на статистику 20-х років, то простежимо, що найбільший показник щодо абортів припадає саме на промислові райони країни, тоді як в центрі та на заході республіки жінки віддавали перевагу народженню дитини [302, с. 8]. У лютому 1925 року НКОЗ України спеціальною постановою запровадив порядок здійснення цих операцій для різних категорій вагітних жінок. «Перевагу» на аборти поза чергою здобули фабрично-заводські робітниці: насамперед безробітні самотні жінки, які отримували допомогу з біржі праці; за ними — самотні робітниці, які мали одну дитину; потім — одружені багатодітні робітниці [303, 14 лютого]. Як показує статистика, 68 % акушерської діяльності припадало на аборти [148, с. VIII]. Привілей саме робітницям виник не випадково — держава боялася «оголити» виробництво, а робітниці зазвичай самотужки вдавалися до таких методів переривання вагітності, які могли надовго зробити їх непрацездатними.

Для регулювання кількості хірургічних втручань і справедливого розподілу місць між абортницями у лікарнях при підвідділі охорони здоров'я та при лікарських дільницях існували комісії, що видавали дозволи на аборти, — так звані абортні комісії. Перелік причин, за якими жінкам законно дозволялося зробити цей крок, був досить широкий: за медичними показаннями; якщо мати годує немовля; багатодітність; наявність дитини віком до 2-х років або хворої дитини; якщо вагітна є матір'ю-одиначкою; безробітність; якщо жінка ще навчається; незадовільні соціально-побутові умови, антисанітарний стан помешкання. Поважною обставиною могло стати й те, що жінка має чоловіка-інваліда, військового або хворого. Такий широкий спектр причин дозволяв задовольняти переважну більшість запитів на аборт. Лише 2 % жінок після звернення до абортної комісії погоджувалися на збереження вагітності, такій же кількості харків'янок відмовляли у хірургічному втручанні з різних причин [304, с. 51].

За 1923 рік через абортні комісії пройшли 1603 жінки, за 1924 – 1986, 1925 – 5941, 1926 – 8871 особа [17, с. 81]. Як бачимо, кількість жінок, що бажали позбутися вагітності, стрімко зростала. До того ж багато жінок-абортниць уникали поголосу, тому і кількість підпільних абортів трималася на значному рівні [305, с. 321]. Зазвичай для здійснення нелегальних операцій харків'янки зверталися до сповитух або ж самостійно вживали різні отрути. А з початком непу додалися ще й вільнопрактикуючі акушерки, які незаконно робили аборти «секретно беременным». Не маючи дозволу від губздороввідділу на здійснення цих операцій, вони все одно розміщували в пресі рекламні оголошення про штучне переривання вагітності. У березні 1923 року вийшла постановка, яка обмежувала друк такого типу оголошень без дозволу губздороввідділу [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 919, арк. 114]. Робота акушерок в місті стала предметом особливої уваги губздороввідділу та прокурорського нагляду. Порушники, які працювали без відповідного дозволу, підлягали арештові й судовому покаранню [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 972, арк. 68].

І все ж суто адміністративні заходи боротьби з підпільними абортами не допомагали. Тому, з огляду на неспроможність медичних закладів задовольнити всіх жінок, бажаних перервати вагітність, було дозволено робити аборти в приватних лікарнях та на квартирах, які підходили для цього [306, с. 302; 307, с. 3]. 1926 року створення абортних комісій було визнане недоцільним, а їх діяльність припинена. У 1926 році в місті народилося 9404 маляти, а могло б народитися на 10236 більше, у 1927 році народилося 9000 дітей, абортів зроблено 13158 [148, с. X]. Намагаючись зупинити зростання абортів, радянський уряд увів деякі обмеження на їх застосування задля збереження репродуктивного здоров'я нації. Незважаючи на те, що шлюбно-сімейний кодекс 1926 року затвердив право жінок на штучне переривання вагітності, аборти було заборонено робити жінкам, які завагітніли вперше, і тим, які робили цю операцію менше півроку тому [308, с. 49]. Аборти при вагітності понад три місяці проводилися лише за медичними показаннями [89, с. 44]. Таке рішення спричинило чимало нових

незареєстрованих випадків. Для боротьби з таємними абортами та для покарання осіб, які робили їх підпільно, лікарі мали негайно повідомляти міліцію про хворих жінок, які потрапляли до лікарні з ускладненнями після абортів, зроблених по домівках [303, 29 серпня].

«Абортних» ліжок катастрофічно не вистачало. 1930 року на весь Харків їх було тільки 40, що змусило орендувати ще 25 ліжок у Червоного Хреста і 20 – у 23-й лікарні Уплатліку [86, с. 24]. Адаже «абортні хворі» утворили численну категорію. За статистикою 1930 року, абортні хворі становили 32 %, хірургічні хворі – 18,5 %, інфекційні – 11 %, терапевтичні – 10,4 %, породіллі – 8,7 % [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, , арк. 35; 54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 125, арк. 28]. Отже виходить, що кількість абортів майже в чотири рази перевищувала кількість пологів.

Слід зазначити, що рівень освіченості серед робітниць у справі запобігання небажаній вагітності залишався доволі низьким і на початку 30-х років. Багато жінок (від 40 до 50 % опитаних у 1934 р.) вдавалися до уриваного статевого акту, який призводив до невралгії та ендометритів, а інша категорія жінок вважала за панацею проводити собі йодні впрорскування, що спричиняло багато гінекологічних хвороб. Методи запобігання вагітності, рекомендовані лікарями, не прижилися. Як показують дані патронажу, половина жінок відмовилась від розпочатого курсу прийому протизаплідних засобів і повернулася до інших, давно відомих методів [309, с. 52–54].

З метою зниження рівня небажаної вагітності було розгорнуто популяризацію контрацептивних засобів. У 1923 році Наркомздоров'я України розробив постанову, яка передбачала, що ініціатива призначення протизаплідних засобів мала виходити не від лікаря, а від жінки, тобто спрощувала доступ до них. У першій половині 1920-х років широко пропагувати населенню контрацептиви не вдавалося, але вже у другій половині таку роботу почали проводити в консультаціях для жінок, гінекологічних амбулаторіях та пологових будинках [310, с. 22]. Однак результати її залишалися незадовільними. З 1925 по 1930 роки

кількість абортів по Україні зросла на 375 %, а по столиці цей показник був ще вищим. Отже, абортна справа переросла у соціальну проблему. Саме тому НКОЗ у лютому 1929 року запропонував «популяризувати серед жінок вживання протизаплідних засобів для запобігання небажаній вагітності», тобто відтоді в усіх харківських лікувальних закладах як амбулаторного, так і стаціонарного типів, де відбувались прийомі жінок, пропагували препарати для запобігання вагітності «Преконсоль», «Контрацептин» [309, с. 52–54]. У будь-якій консультації жінка-робітниця могла отримати ці препарати, а незаможним харків'янкам їх видавали спочатку безкоштовно, бо гроші на це тимчасово виділяла рада соціальної допомоги. Своєю чергою, ці гроші ради соцдопомоги отримували від платних абортів для матеріально забезпечених жінок Харкова [89, с. 45]. У НКОЗі пильно стежили за тим, щоб вищезгадані протизаплідні засоби були в наявності у кожній аптеці і проблем з їх отриманням не виникало [311, с. 192].

У зв'язку з тим, що труд жінки майже дорівнює до чоловічої праці, а іноді вона виконувала й тривалішу роботу, ніж чоловік, постало питання про соціальний захист жінки-матері, яка за таких умов не могла належно виконувати свої природні функції. Станом на 1920 рік народжуваність в Харкові становила 6068 осіб, а смертність — 12126, тобто перевищувала народжуваність удвічі [116, с. 73]. Особливо високою була смертність малят віком до одного року: у 1920 році — 29,4 %, 1921 — 33,6 %, 1922 — 22,7 % [312, с. 17]. Цікаво, що у Москві цей показник був значно меншим — 13,7 %, а в Ленінграді — 12,9 % [274, с. 163]. Такий розрив стався тому, що обидва міста були стратегічно важливими для більшовиків, тому фінансування всіх галузей, зокрема й охорони здоров'я, проводилося швидше і в більшому обсязі. Це дало змогу раніше приступити до організації притулків для дітей та надання медичної допомоги породіллям.

Хворобливість дітей у Харкові на початку 20-х років вражала: багато маленьких жителів міста були хворі на туберкульоз, значна кількість мала висипний тиф [83, с. 94]. Для таких малят з метою ізоляції їх від здорового контингенту будували спеціальні

бараки, розширювали відділення в лікарнях [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 56, арк. 134, зв.]. У 1921 році губздоровідділом було відкрито дитячий санаторій в Помірках на 200 місць, щоб матері-робітниці та матері із сімей з низькими статками мали можливість оздоровити дітей [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 308, арк. 97].

Значну частину від усіх матерів становили матері-одиначки, які через матеріальну скруту не могли самі виховувати дітей. Такі малята потрапляли в дитбудинки або ставали підкидьками [313, с. 483]. По досягненні одного року їх переводили у будинки дитини, де вони перебували до трирічного віку [314, с. 493]. Про необхідність викорінення такого явища, як відмова від дітей, та знищення його причин першими заговорили медики. На засіданні Харківського медичного товариства Р.Д. Рохліна розпочала дискусію та висвітлила головні питання щодо «призрення» дітей, наголошуючи, однак, на тому, що тільки повноцінна сім'я має можливість для правильного індивідуального розвитку та виховання особистості. Особлива увага була приділена соціальному захисту матері та забезпеченню їй всіх умов для належного виховання дитини. Реальні кроки стали можливими завдяки резолюції I Всеросійської наради з питань охорони материнства і дитинства (1–5 грудня 1920 року), яка в першому своєму пункті чітко проголошувала: «Развивать в первую очередь учреждения открытого типа, как ясли, консультации, молочные кухни». У документі зазначалося, що жінка-мати має бути забезпечена всіма видами соціальної, матеріальної, а також юридичної допомоги [315, с. 291–292].

Планувалося створити декілька типів закладів, що могли б задовольнити будь-яку жінку-матір, якщо вона зазнає скрути. Першими з таких організацій стали консультації «Крапля молока» (існували і в дорадянський період), які 1919 року були передані у відання губернського відділу соціального забезпечення [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 56, арк. 133]. Консультації надавали штучне дитяче харчування мамам, коли ті виходили на роботу з «декретної» відпустки, залишаючи немовля вдома. Якщо доглянути дитя було нікому, мама-трудівниця могла влаштувати

його в ясла, де б залишала на період роботи і приходила годувати власним молоком під час робочої перерви. Другим типом закладів мали стати денні або вечірні ясла (залежно від того, в який час працює жінка), де очільниками будуть лікарі. Третім типом планувалися заклади, що виховують «детей, которые стали предметом общественного внимания и призрения» [316, с. 166]. Вони мали слугувати перехідною ланкою до індивідуальної опіки над дитиною, а стати таким опікуном повинна мати, якій для цього слід створити необхідні умови.

Деякий час діяв будинок-притулок для дітей та матерів, кошти на який у розмірі 50 мільйонів карбованців виділив губернський фінансовий відділ [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 520, арк. 169]. Розмістився він на вулиці Сумській, 33 і наприкінці 1920-го року прийняв 148 немовлят, 87 матерів та 205 дітей віком до п'яти років. Там працювали стерилізатор для молочної кухні та пральня, діти були забезпечені достатньою кількістю білизни [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 56, арк. 133]. Однак один з таких притулків (будинок матері та дитини № 2) за рішенням колеги губздороввідділу від 14 червня 1920 року закрили, оскільки справи там були зовсім кепськими: «Дом находится в непригодном помещении, антисанитарное состояние, истощенность детей, чрезвычайно большая детская смертность, совершенное отсутствие надзора за безродными детьми, нежелание матерей, кормящих своих детей, кормить чужих, а также отказ их от освидетельствования, присутствие больных кожными и венерическими болезнями» [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 53, арк. 7; 54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 51, арк. 116].

Заклади закритого типу були постійно переповнені, побільшало дітей-підкидьків, адміністрація вдавалася до непедагогічних методів виховання дітей [54, ф. Р-203, оп. 4, спр. 13, арк. 53]. Смертність у цих закладах трималася на рівні приблизно 40 %. Такий високий рівень смертності давали саме підкидьки, які були ослабленими, тяжко хворими, і лікарі не могли врятувати їм життя. Недарма закриті дитячі заклади люди називали «фабриками янголів» [317, с. 8; 318, с. 17].

Основні ідеї, викладені в доповіді Р.Д. Рохліної, були взяті для розробки НКОЗом та втілені в діяльності Першого Українського державного інституту охорони материнства і дитинства, скорочено — Охматдит. Інститут був організований у 1922 році при НКОЗі (наказ № 174 від 28.10.1922), а очільником його став Самуїл Мойсейович Ямпольський. Завдання новоствореної установи були чітко визначені: а) наукова розробка питань охорони материнства і дитинства; б) вивчення громадської та індивідуальної гігієни, патології та патофізіології дітей грудного віку і раннього дитинства; в) вивчення та правильна організація окремих типів лікувальних закладів по лінії охорони материнства і дитинства; г) підготовка й підвищення кваліфікації їх персоналу; д) обслуговування вищої та середньої медичних шкіл.

Підрозділами Інституту були такі заклади: консультація для грудних дітей з молочною кухнею та патронатом при ній, консультація для вагітних, стаціонар для дітей грудного віку, інститут «Крапля молока»; будинок грудної дитини — клінічний будинок грудної дитини НКОЗ; дитячий будинок для дітей віком 1–4 років; ясла для дітей до 4-х років; школа для медичних сестер з охорони материнства і дитинства. Керівним органом була рада, до складу якої входили: головні лікарі установ, підпорядкованих Інституту, завідувач науково-педагогічної частини інституту «Крапля молока», представники кафедри дитячих хвороб Харківського медичного інституту та інші. Про свою роботу Охматдит звітував перед НКОЗом. Слід зауважити, що заклади материнства і дитинства спочатку опікувалися малятами віком до чотирьох років, а з кінця 30-х років мережа поширила свою діяльність на дітей до восьми років, старші діти перебували під наглядом Наркомосвіти [310, с. 24].

У зв'язку з тим, що мережа Охматдиту трималася на місцевих коштах, а бюджет формувався із запізненням і не завжди відповідав потребам, для збереження мережі дитячих закладів довелося вдаватися до патронатування, тобто шефства над деякими закладами. Звичайно, траплялись непорозуміння з організаціями, які надавали на це кошти. Часто через недофінансування шефа-

ми доводилося скорочувати штат, порушувалися деякі санітарні норми. Однак у переважній більшості заклади, що перебували під опікою промислових та громадських організацій, були відремонтовані, там регулярно вивозили сміття, діти мали білизну та плаття, частково були забезпечені верхнім одягом, харчувалися різноманітно та з дотриманням калорійних вимог. Значно гірші умови склалися в дитячих закладах під патронатом військових організацій — вони були засмічені, додаткового постачання не відбувалося від моменту прийняття їх на баланс, харчування було мізерним. Серед оглянутих закладів (які інспектувала губернський шкільно-санітарний лікар Л.С. Зетлер) найгірша ситуація спостерігалася в установах Наркомосвіти, що спричинилося рухливістю контингенту, адже туди приймали біженців з голодуючих районів України та Поволжя. Постало питання їх розміщення, бо тільки до Харківської губернії у кінці 1921 — на початку 1922 років була привезена 1631 дитина [319, с. 13], а дитбудинків не вистачало [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 657, арк. 3–4]. Переповненість їх була такою, що на одного мешканця в кімнаті припадало лише 25 % від норми кубатури повітря [54, ф. Р-820, оп. 1, спр. 997, арк. 53]. До того ж майже всі хвороби були завезені біженцями. У дитячому евакоприймнику навіть було зареєстровано вісім випадків «привезеної» холери, четверо діток померло [319, с. 20]. З'являлась у дитячих закладах і трахома, інфікованих переводили до трахомного будинку № 21 (Москалівка, 36) [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 584, арк. 31]. Серед обстежених закладів соціального виховання у 75 % дітей був встановлений туберкульоз, у 35 % — анемія, у 50 % — лімфаденіт. Щоб зупинити проникнення інфекційних хвороб, для прийому малечі силами Українського Червоного Хреста було створено 5 пунктів на залізничних станціях, де приїжджих годували, оглядали та залежно від стану здоров'я розподіляли по відповідних закладах. Існувала на залізниці й своя амбулаторія на 700 місць.

Варто нагадати, що голодуючим дітям допомагали організація АРА (Американська адміністрація допомоги), місія Нансена, єврейська організація «Джойнт» та інші [320, с. 243–244.]. Вони

надсилали пайки, надавали медикаменти дитячим будинкам та лікарням [321, с. 190–191]. Активно допомагали дітям і жінвідділи районів міста. У 1922 році з їх ініціативи на підприємствах було прийнято рішення, за яким 2 % від зарплатні жінок відраховували на допомогу дитбудинкам. Усього було зібрано 590 мільйонів карбованців, на які купували одяг, іграшки, книжки та солодощі [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 820, арк. 27]. За 1922 рік на кошти губвиконкому та міськвиконкому Охматдиту зміг відремонтувати майже всі заклади своєї мережі в місті, закупити й відремонтувати значну кількість меблів [322, с. 240].

У 1923 році мережа закладів Охматдиту в Харкові складалася з шести жіночих та дитячих консультацій, трьох дитячих амбулаторій, трьох амбулаторій-диспансерів для обслуговування дітей, хворих на туберкульоз. Стаціонарну допомогу надавали в одній дитячій лікарні та в дитячих відділеннях 1-ї та 2-ї радлікарень.

Від середини 1920-х років успішно розвивалася мережа ясел, бо зростала потреба в догляді за дітьми робітниць, яких у місті ставало щодалі більше [54, ф. Р-1639, оп. 1, спр. 1, арк. 68]. Ціни за ліжко в яслах були знижені до можливої межі, аби не створювати матеріальної проблеми при влаштуванні дитини [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 134, арк. 6]. У чергах до ясел перевага віддавалася працюючим мамам [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 1268, арк. 9]. Розподілом місць займалися ради соціальної допомоги, які склалися переважно з жінок-робітниць [там само, арк. 61]. Ці ради також наглядали за закладами Охматдиту [317, с. 3]. Простежити динаміку можна з даних, наведених у додатку А 24 [151, с. 38].

Отже, у 1927 році кількість ясел зросла до 24, а вже у 1929 році вони охопили 90 % дітей віком до двох років [86, с. 5; 54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 10, зв.]. У 1934 році мережа ясел мала потужність 5407 ліжок, які були в переважній більшості переведені на цілодобовий режим роботи [90, с. 46]. На жаль, «кількісні» досягнення Охматдиту не позбавили від старих негараздів — великої скупченості дітей, антисанітарного стану будівель тощо [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 13]. Однак усі міські ясла перебували під постійним наглядом лікаря поліклініки або

консультації, який мав широкий спектр обов'язків: регулярно оглядав дітей; ізолював тих, хто захворів або страждав на хронічні заразливі хвороби; проводив профілактичні заходи; стежив за вакцинацією та ревакцинацією; виписував засоби догляду за немовлям, медикаменти й вів їх облік; розробляв тижневе меню для дітей; давав поради медичним сестрам щодо правильного годування дітей; стежив за виконанням медичних призначень; мав право оголошувати заклад під карантин і тимчасово закривати, якщо того потребували протиепідемічні заходи; міг не прийняти дитину до ясел за станом здоров'я тощо [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 15, арк. 73–74].

З 1927 року знов запрацювала система індивідуального догляду дітей, яка була призупинена в 1922 році. Внаслідок масової втечі населення від голоду до Харкова потрапило багато безпритульних дітей. Місць у дитячих будинках для них не вистачало. Тому влада прийняла «категоричну директиву» — поміщати цих дітей до селянських родин на підставі інструкції щодо індивідуального патронувannya [319, с. 15]. Однак у багатьох родинах життя дітей ставало нестерпним — до них ставилися як до дармової робочої сили, тому доводилося підшукувати їм нові умови проживання [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 827, арк. 33]. У 30-ті роки до цієї проблеми підходили вже більш відповідально: відбирали тільки здорових дітей і благополучні сім'ї, за порядком стежили патронажні сестри, які навідували родини щомісяця. Перші відомості, які надходили до Охматдиту, засвідчили, що система індивідуального догляду має право на життя. До того ж індивідуальне патрунування вирішувало певною мірою проблему недофінансування закладів. Якщо, наприклад, у 1930 році дітлахи з ізолятора на вул. Артема, 36 не мали змоги гуляти через незабезпеченість одягом, то при індивідуальному патрунуванні подібні проблеми господарського характеру лягали на патронів [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 16]. Такий підхід поліпшував насамперед становище самих дітей, які в патрунованій сім'ї отримували більше благ, ніж могли надати дитбудинки.

У тому ж 1927 році відділення охорони материнства і дитинства в поліклініках та консультаціях перейшли на диспансерний метод роботи, що дозволило охопити більшу кількість контингенту і посилило зв'язок з акушерсько-гінекологічними пунктами [318, с. 28].

Мережа дитячих закладів у 1929 році мала 24 ясел, що охоплювали 90 % усіх немовлят, 7 санаторіїв, 5 молочних кухонь, 4 дитячих будинки [323, с. 21, 29, 31]. У 1932 році налічувалося вже 31 консультація, 15 диспансерів ОЗДП, 47 ясел, 7 молочних кухонь, 35 шкільних та 7 дитячих санаторіїв [324, с. 13]. Кількість лікарів-педіатрів становила 135 осіб [86, с. 23]. З поліпшенням медичної допомоги найменшим жителям міста значно знизився рівень дитячої смертності і в 1930 році не перевищував 10 %. Однак маємо зазначити, що серед загальної кількості померлих найбільше було дітей робітників. Дуже високим залишався і рівень смертності малят, народжених поза шлюбом матерями-одиначками [325, с. 29, 53].

Голодомор 1932–1933 років спричинив жахливу ситуацію для дитинства міста Харкова. Матері, які не в змозі були прогодувати дітей, віддавали їх до дитбудинків або підкидали до приватних осель. З'явилось багато сиріт, батьки яких померли від голоду. Мережу дитячих будинків (за затвердженим бюджетом у 1933 році діяли три будинки на 540 місць) довелося поповнити ще двома дитбудинками на 160 місць (на вулиці Тарасівській, 6 та у провулку Сердюківському, 5). У квітні того ж року хвиля підкидань змусила міський здороввідділ організувати ще декілька дитячих будинків загалом на 555 ліжок. Сюди переважно потрапляли малята віком до 4-х років, яких міліція доставляла з вокзалів. Коли місто було переповнене малими безхатченками, їх почали розміщувати в дитбудинках області. Лише за два тижні 1933 року (кінець квітня — початок травня) до області було переведено 1205 дітей, а в місті залишали немовлят, хворих та виснажених дітей. Більшість малечі, що перебувала в дитбудинках, страждала на захворювання шлунково-кишкового тракту через недостатнє харчування, було багато випадків захворювання на

кір. А смертність (наприклад, у травні) становила близько 30 % від загалу дитбудинківців [54, ф. Р-1962, оп. 1, спр. 973, арк. 9]. Для порівняння: такий же рівень дитячої смертності був зафіксований у Москві під час громадянської війни [126, с. 156].

В такій ситуації ВУЦВК видає постанову «Про літню дитячу оздоровчу кампанію 1933 року», датовану 20 травня, в якій була визнана необхідність «значно поширити літню оздоровчу роботу поточного року і охопити нею більшу кількість дітей, ніж у минулі роки». Цією постановою утворювалися обласні, міські та районні міжвідомчі комісії з оздоровлення дітей. Метою роботи комісій була мобілізація коштів на оздоровлення малечі. На фінансування кампанії ВУЦВК орієнтовно визначив суму 75 мільйонів карбованців, з яких приблизно 45 % припадало на кошти батьків. Фінансовий стан був доволі непоганим у тих містах, де діяли такі комісії, але решта потерпала від безгрошів'я. До того ж підприємства не квапилися відраховувати 0,25 % своїх коштів на оздоровлення дітей за постановою ВУЦВК від 5 березня 1930 року, що також ускладнювало нову кампанію [326, с. 19]. У наступному, 1934 році НКОЗ проаналізував допущені хиби і запланував оздоровити ще більше дітей, ніж торік. З Харкова планувалося оздоровити 156600 дітей. Оздоровлення покладалося на такі основні заклади, як оздоровчі майданчики, піонертабори, фізкультурно-екскурсійні організації, сезонні санаторії [327, с. 6–10].

Охорона материнства і дитинства — одне з найкращих надбань радянської медицини. Якщо раніше жінки могли розраховувати лише на пункти «Крапля молока», де видавалося дитяче харчування, то вже на початку 20-х років влада взялася за створення спеціалізованих закладів, які надавали комплексну допомогу матері та дитині. Ефективність роботи новоствореного Інституту охорони материнства і дитинства (Охматдиту) важко переоцінити. Консультації охоплювали майже всю малечу міста, а нагляд, лікування, оздоровлення та контроль здійснювались постійно, до переведення підлітків на облік у лікарні для дорослих. Робота Охматдиту значно знизила рівень смертності серед малят

першого року життя, що є одним з ключових демографічних показників. Відтоді жінка могла розраховувати на кваліфіковану допомогу дитині, яку надавали досвідчені лікарі міста.

Стаціонарна медична допомога іншим категоріям населення

У радянській літературі мережа лікувальних закладів Харкова до Жовтневої революції традиційно виглядає нужденною та малочисленною. Панував ідеологічний постулат, що за імперської доби справа охорони здоров'я в місті була геть занедбана і лише з приходом більшовиків почалися зміни на краще. Приміром, дослідник радянського періоду Д.І. Каракаш наводить дані про кількість ліжок (755), яка не могла задовольнити потреби населення в стаціонарній допомозі [63, с. 141]. Дійсно, 755 ліжок налічували ті лікарні, які підпорядковувалися місцевому самоврядуванню. Але загальна кількість ліжок, доступних для харків'ян, була значно більшою. Нові історичні розвідки переконливо доводять, що у 1912 році Харків мав 64 лікарні із загальною кількістю ліжок 3726, включаючи лікувальні заклади військового, залізничного та інших відомств [98, с. 226]. Це було солідно на той час. За показником «кількість жителів на одне ліжко» Харків поступався лише столиці Російської імперії (в Харкові — 133,4, а у Петербурзі — 126,1). Для порівняння наведемо дані по інших містах: Москва — 143,3; Одеса — 165,3; Казань — 166,6; Київ — 186,6 [328, с. 304]. Про чималу кількість лікувальних закладів у місті свідчать і дані з путівника по Харкову 1915 року [232, с. 16]. Тобто ми можемо стверджувати, що Харків на початку більшовицького періоду мав порівняно з іншими містами потужну мережу лікувальних закладів — як державних, так і приватних.

Приватні лікарні, які працювали в місті, брали надто високу платню для більшості незаможного населення Харкова. Серед приватних лікарень існували такі відомі для харків'ян заклади, як лікарня О.П. Браунштейна (на 10 ліжок), Й.С. Ар'є (12 ліжок), В.Д. Брандта (16 ліжок), Д.В. Лихоносова (30 ліжок),

Г.І. Авербаха (37 ліжок), очна лікарня Д.М. Натансона (4 ліжка), лікарів-спеціалістів (50 ліжок), Л.Г. Маргуліса (18 ліжок), І.Я. Платонова (30 ліжок) тощо [232, с.18]. Після націоналізації приватних лікарень у 1920 році їх було перетворено на профільні лікувальні заклади [54, ф. Р-202, оп. 2, спр. 7-с, арк. 36, 38]. Так, лікарня Г.І. Авербаха залишилася як хірургічно-урологічна (22-а радянська лікарня) з приєднанням до неї у вигляді акушерсько-гінекологічного відділення лікарні М.В. Шестопаля. Г.І. Авербаха призначили старшим лікарем об'єднаного закладу, а М.В. Шестопаля — ординатором акушерсько-гінекологічного відділення. В незмінному вигляді залишилася лікарня В.Д. Брандта (вона стала 23-ою радлікарнею), а його самого призначили завідувачем [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 96, арк. 56]. Лікарню Б.Г. Пржевальського ліквідували, а інструментарій та інше обладнання передали до відділення М.В. Шестопаля [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 96, арк. 55]. Відділенням лікарні Харківського медичного товариства стала лікарня Й.С. Ар'є. Лікарню Л.Г. Маргуліса залишили як акушерську (24-а радлікарня), її поповнили інвентарем, але колишнього власника понизили до посади ординатора. Лікарня П.М. Лівшица була приєднана до 1-го хірургічного шпиталю й перетворена на його гінекологічне відділення. В лікарні доктора С.М. Бурака розташували лікарню хвороб вуха, горла, носа [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 51, арк. 75]. Очні лікарні О.П. Браунштейна та Д.М. Натансона об'єднали, головним лікарем призначили Браунштейна. Інші дрібні лікарні передали до відання відділу постачання, в приміщеннях ліквідованих закладів були розташовані райздороввідділи [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 53, арк. 23–24; 54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 50, арк. 23]. Лікарня О.Г. Давидовича отримала назву 3-ої радянської лікарні, «больница Жданова и Гуревича» — 31-ої радлікарні, а лікарня Б.Б. Брандсбурга — 25-ої радлікарні [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 50, арк. 23].

Події революції та громадянської війни спричинили занепад справи охорони здоров'я [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 97, арк. 6–9]. У лікарнях, пологових притулках пацієнти лежали в неопалюваних приміщеннях, де температура повітря ледь сягала 2–3 °С

[66, с. 27]. Інколи хворих не купали по півроку [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 97, арк. 6]. Столицю буквально штурмували потоки біженців, які теж потребували медичної допомоги. Їх розміщення по лікарнях регулював евакопункт (особливо масово люди тікали до Харкова під час голоду 1921–1923 років) [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 306, арк. 17, 30]. Місто мало ліжка і для приїжджих, і для самих харків'ян (див. додаток А 9), однак не в таких величезних масштабах. Значно обтяжували проблему ліжко-місць інваліди, безпритульні діти та хворі червоноармійці, яким нікуди було виписуватися, тому вони всіляко намагались затриматися [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 2, арк. 39]. У лікарнях часто знаходили прихисток люди, які просто не мали житла, а зовсім не за станом здоров'я. Але за хабарі завідувачі закладів виділяли їм ліжка і створювали в лікарнях безлад [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 306, арк. 17, 30]. На початку 20-х років заповнюваність харківських медичних закладів була абсолютною [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 520, арк. 4]. Щоб якось зарадити справі, президія губвиконкому видала розпорядження, за яким органи губсоцзабезу мали влаштувати по своїх закладах усіх дітей та інвалідів, які переповнювали лікарні [там само, арк. 47]. Медицині бракувало предметів першої необхідності, навіть посуд мили некип'яченою водою, що під час епідемій було зовсім неприпустимо [126, с. 156]. Медикаментів теж не вистачало, проте величезна кількість лікувальних засобів, яку тримали на центральному складі, залишалася там через юридичні суперечки між відомствами [66, с. 27]. За цих умов губздороввідділ навіть звернувся до губвиконкому з проханням дозволити обмін або продаж на вільному ринку деяких речей, які не мають відношення до медичної практики [54, ф. Р-202, оп. 1, спр. 1502, арк. 58]. Такі дії, звісно, обумовила виснаженість ресурсів міста.

З 1921 року починається поступове відродження охорони здоров'я. З'явилися нові лікарні, розпочалося зведення нової споруди для Рентгено-радіологічного інституту [329, с. 231; 330, с. 230]. Нормальна діяльність радянських органів охорони здоров'я населення розгорнулася в Харкові після закінчення громадянської війни, ліквідації пошестей, а потім наслідків голо-

ду. Відтоді витрати на охорону здоров'я збільшувалися щороку. Зростала також і якість медичної допомоги харків'янам, зокрема обслуговування робітників.

Станом на 1920 рік населення міста обслуговували 23 лікарні, кількість ліжок в яких не відповідала потребам. Але вже наступного року кількість ліжок була значно збільшена — місто обслуговували 46 лікувальних закладів з 5940 ліжками [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 161, арк. 19; 54, ф. Р-855, оп. 2, спр. 1, арк. 110]. Найбільшими були губернська лікарня на Сабуровій дачі (1135 ліжок), клініка Ортопедичного інституту (210), університетська клініка (120), 1-а радянська (раніше Олександрівська) лікарня (300) та 2-а радянська (раніше Миколаївська) лікарня переважно для інфекційних хворих (на 650 ліжок) та ін. [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 5, арк. 5; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 306, арк. 17]. Упродовж року загальна кількість ліжок була доведена до 6340, з них соматичних було 3930, інфекційних — 1950, мішаних — 460 [54, ф. Р-203, оп.1, спр. 308, арк. 93; ф. Р-203, оп.1, спр. 2419, арк. 206].

Однак наприкінці такого вдалого року позитивні зрушення призупинилися. Перехід до непу спричинив переведення лікувальних закладів на місцеві кошти, а їх у Харкова було обмаль. Досягнуті зрушення поглинули паливна, продовольча, фінансова та медикаментозна кризи. Більшість лікарень потребувала ремонту [54, ф. Р-203, оп.1, спр.306, арк. 29, 30]. Через нестачу бинтів, вати й детриту була майже зірвана віспощепна кампанія. Рівень харчування хворих був катастрофічним — за «голодної норми» у 2800 калорій вони отримували 1000–1100 калорій, тому довше одужували і додавали зайві ліжко-дні у статистиці [82, с. 193; 331, с. 91]. М'ясо в кращому випадку їли тричі на тиждень, а потім було прийняте рішення годувати хворих кониною за належної теплової обробки продукту [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 96, арк. 10]. Жахлива ситуація з харчуванням призвела до того, що пацієнти виходили з лікарень на трамвайні зупинки і жebraкували, щоб не померти з голоду [54, ф. П-1, оп. 1, спр. 820, арк. 9].

Санітарний стан лікарень так само погіршився. Наприклад, у 2-й радянській лікарні через брак палива температура в палатах

не підвищувалася за 7–10 °С, повітря було задушливим. У холерному бараці багато хворих лежало на підлозі, вкриваючись своїм верхнім одягом, часто на двох зсунутих ліжках тулилося по троє людей. Представники медичного персоналу жили у підвальному приміщенні лікарні, хоча вона мала статус інфекційної. У приміщенні для мерців лежала сотня трупів, які за відсутності коштів не вивозили по 6–7 днів (і це в одній з найкращих лікарень столичного міста) [61, ф. 342, оп. 1, спр. 66, арк. 6]. Звинувачення в бездіяльності та злочинній необережності, висунуті старшому лікареві 2-ої лікарні Ламанову Наркомздоровом на підставі проведеного обстеження, були визнані правлінням Харківського відділу профспілки «Всемередикосантруд» «не достаточо основательними в виду того, что обстоятельства, послужившие к обвинению означенного лица являлись общими для всех больниц как следствие переживаемого момента и тяжелого положения всего больничного дела» [там само, арк. 5]. Отже, це треба сприймати не як заступницький жест профспілкової організації за свого члена, а як підтвердження критичного санітарного стану в лікарнях міста.

Долаючи всі труднощі, харківські функціонери охорони здоров'я в 1922 році розгорнули кампанію за «оздоровлення» лікарень. Станом на жовтень лікувальним закладам було поставлено понад 200 тисяч пудів будівельних матеріалів, виправлено та пофарбовано близько трьох десятин залізних дахів, виправлено й прокладено наново майже півтори версти водостічних труб, встановлено приблизно версту нових кам'яних парканів та вставлено не менше 10 тисяч квадратних аршинів скла [332, 8 жовтня]. Швидкими темпами тоді відремонтували лікарні номери 1, 2, 3, 4, 5, 11, 13, 15, 16, 18, 20 та інші (всього 15 закладів) [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 584, арк. 21; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 917, арк. 12; 54, ф. Р-1639, оп.1, спр. 1, арк. 166], налагодили роботу дезінфекційних камер, вошебійок, лазень [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 241, арк. 4; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 2, арк. 185]. Загалом було приведено до ладу 95 % міської мережі медичних закладів [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1502, арк. 44].

Однак через зменшення фінансування була скорочена кількість ліжок: у 1922 році їх залишилося 1125, що реально забезпечувало тільки 50–55 % від фактичних потреб міста [63, с. 163; 151, с. 37]. Таку цифру губздороввідділ визнав критичною і наголосив: далі скорочувати мережу закладів неможливо [54, ф. Р-1639, оп. 1, спр. 1, арк. 3]. Дещо поліпшити ситуацію дозволив Народний Комісаріат фінансів, за циркуляром якого держбюджетні лікарні могли утримувати додаткові ліжка, але за плату. При цьому були висунуті певні умови: а) гроші, отримані від цих ліжок, мають бути використані на поліпшення лікувально-санітарної справи даної установи; б) утримання хворих на бюджетних ліжках у жодному разі не повинно погіршитися; в) НКФ контролюватиме витрачання коштів, одержаних у такий спосіб [54, ф. Р-855, оп. 2, спр. 12, арк. 185].

Альтернативою став перехід лікарень на госпрозрахунок. Поряд із безкоштовним наданням послуг в Харкові існувала мережа Уплатліку — платних лікувальних закладів, які планувалося якомога швидше перевести на бюджет. Кількість лікарень цієї мережі постійно зменшували, адже за принципами радянської медицини допомога населенню мала надаватися безкоштовно. Тобто існування Уплатліку вважалося тимчасовим явищем, яке керівництво галузі намагалося подолати. Проте в умовах недостатнього фінансування зробити це було неможливо. У 1923 році мережа Уплатліку складалася з 15, 22, 25 та 29-ї лікарень [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1113, арк. 5], у 1926/1927 господарському році діяли 22, 23, 24, 25-а лікарні (загалом 125 ліжок), центральна зубна амбулаторія, лабораторія С.П. Ерліха, водолікарня, колонія «Здравиця» (для хворих на сухоти й членів їхніх родин) і 87 ліжок по бюджетних лікарнях [54, ф. Р-1959, оп. 1, спр. 33, арк. 5]. Наповнення у цих закладах становило 67–79 %. У 1929/1930 році на балансі Уплатліку залишалися 20, 24, 25-а радлікарні (загальна кількість ліжок — 170), курорт «Березівські мінеральні води», санаторій «Помірки», дитячий санаторій в Помірках, дитячий денний санаторій, Інститут лабораторної діагностики, центральна зубамбулаторія та одна платна поліклініка [54, ф. Р-855, оп. 1,

спр. 216, арк. 26; 54, ф. Р-203, оп. 4, спр. 13, арк. 192]. У мережі Уплатліку добову платню пацієнта розраховували в залежності від рівня його заробітку (суми 1930 року можна побачити у додатку А 23). У виграшному становищі опинялися високооплачувані працівники, які повністю вкладалися в означені суми, а низькооплачуваним, некваліфікованим або малокваліфікованим працівникам Уплатлік був не по кишені. У березні 1932 року тарифи були переглянуті та підвищені (див. додатки А 4, А 5, А 6), адже заробітна плата в країні зросла. Підхід до стягнення платні з різних категорій населення не змінився. Та не минуло й року, як відбулася нова хвиля підвищення платні за медичні послуги [54, ф. Р-1959, оп. 1, спр. 61, арк. 4]. Працюючі пацієнти сплачували 100 відсотків за тарифами, а для решти населення існувала надбавка у 50 %. Водночас були встановлені пільги у розмірі 30 % ударникам праці, які мали відповідне посвідчення, вони також отримували медичну допомогу позачергово [54, ф. Р-1959, оп. 1, спр. 70, арк. 1, 9].

Характерно, що платність перебування в лікарні мережі Уплатліку не позначилася на попиті харків'ян. Показники щодо проведених там ліжко-днів були високі: по 23-й радлікарні — 29200 л/д, 24-й — 8250, 25-й — 13200, по санаторію «Бермінводи» — 20250. Інститут лабораторної діагностики зробив 19500 аналізів, а центральна зубамбулаторія провела 7040 маніпуляцій [233, арк. 32]. Особливо «популярними» були платні аборти в лікарнях Уплатліку, оскільки для безкоштовного проведення операції будь-де потрібно було чекати певний час, а тут надавали таку послугу значно швидше [54, ф. Р-1959, оп. 1, спр. 71, арк. 1–2]. При евакопункті працювала уповноважена людина, яка розподіляла абортниць по лікарнях та визначала платню за операцію (виходячи з доходів жінки та чоловіка).

До кінця досліджуваного періоду перевести всі лікарні на держбюджет не вдалося, і 16 лютого 1934 року з'явилася інструкція НКОЗу про платню лікдопомогу. За цією інструкцією було організоване Всеукраїнське управління самооплатних медично-санітарних закладів, яке відтоді керувало підрозділами, що існу-

вали на повній самооплатності. Ця установа розробляла розміри стягнення плати, категорії хворих, яким надаватиметься допомога в платних закладах, тощо. Крім того, інструкція дозволяла платне обслуговування в бюджетних медичних закладах за умови, що «ця платна допомога в жодному разі не погіршує якісно і кількісно безплатну допомогу трудящим» [333, с. 104–107]. Заклади ж, які існували на повному госпрозрахунку й самооплатності, плату стягали з усіх пацієнтів, не зважаючи на соціальний стан. Отримувані гроші залишалися в розпорядженні самого закладу, окрім тих, що були сплачені за проведення абортів (їх витрачали за вказівками НКОЗу).

За 1926/1927 фінансовий рік через харківські лікарні пройшли 43322 хворих, які провели там 592771 ліжко-день, а у 1927/1928 кількість хворих зросла до 48994 осіб, які провели в лікарнях 661626 ліжко-днів [84, с. 93].

Станом на 1927/1928 рік в Харкові на бюджеті міськради було вісім лікарень, які мали загалом 1495 ліжок. Це 1, 2, 10, 12 та 21-а радлікарні, 5-а дитяча соматична, 7-а венерична, 8-а дитяча заразна лікарні. Найбільшою за кількістю ліжок була 2-а радянська лікарня — 675 [334, с. 14]. З фонду меддопомоги утримувалися ще дві лікарні (1-а робітничка та Ново-Баварська) на 145 ліжок [84, с. 93–94]. Така кількість, безумовно, не задовольняла потреб міста, адже на одно ліжко припадало 255 хворих (за нормою мало бути 150), тому обслуговування населення стаціонарною медичною допомогою досягало лише 55–60 % від запитів [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1558, арк. 154; 84, с. 94; 54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 89, арк. 121]. А за іншими джерелами цифри ще вищі — 320 осіб на одне ліжко [335, с. 2]. В окремих випадках надлишкових пацієнтів було 120–150 % [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1502, арк. 42]. До того ж за кожною лікарнею були закріплені райони, хворі з яких направлялися до відповідної лікарні [336, с. 19]. Іноді лікарні відмовляли в госпіталізації через брак місць навіть тяжко хворим застрахованим робітникам, хоча за розпорядженням інспектури їх мали приймати за будь-яких обставин [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 16, арк. 70].

Збільшення асигнувань на справу охорони здоров'я НКОЗом у 1928 році в розмірі 50 000 карбованців забезпечило розвиток лікувальних закладів [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 47, арк. 36]. Того року в новому великому будинку було відкрито 3-ю робітничу поліклініку. Так намітилася позитивна динаміка щодо кількості ліжок. Стаціонарну допомогу в 1928/1929 бюджетному році харків'янам надавали (окрім лікарень) 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 15, 16 та 21-а поліклініки, які утримувалися місцевим бюджетом [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 34]. Кількість ліжок по харківських лікувальних закладах на 1 жовтня 1928 року становила 1985. Серед них було: терапевтичних — 290; хірургічних — 435; акушерсько-гінекологічних та абортних — 455; нервових — 75; для хворих на хвороби вуха, горла й носа — 45; очних — 40; урологічних — 40; туберкульозних — 90; венеричних — 60; інфекційних — 465 [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 16]. До кінця року загальна цифра продовжувала зростати (див. додаток А 7) [74, с. 37].

Однак у 1930 році кількість ліжок дещо скоротилася (до 1963) і харків'ян обслуговувало 13 лікарень. Оскільки показник «кількість людей на одне ліжко» поліпшився несуттєво і не добіг норми (1926/1927 — 288 осіб, 1927/1928 — 273, 1928/1929 — 244, 1929/1930 — 212 осіб), то було вирішено розширити ліжковий фонд шляхом новобудови [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 216, арк. 31; 54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 19]. За нормами Харків потребував 2900 ліжок проти існуючих 1963. Того ж року розпочалося будівництво величезної лікарні на 1500 ліжок у мальовничому районі міста між Помірками та Сокольниками, по Белгородському шосе (1200 для дорослих і 300 інфекційних ліжок для дітей), на побудову й оснащення якої витратили 10,5 мільйона карбованців [74, с. 5; 337, с. 21–22]. Це сучасний обласний клінічний онкодиспансер. За наказом президії міськради було значно скорочено термін зведення об'єкта [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 10, зв.].

За роки першої п'ятирічки у Харкові відбулося грандіозне збільшення медичної частини. Станом на 1934 рік (останній столичний) у місті функціонували вже 33 лікарні загалом на 5201 ліжко [90, с. 48]. На одне ліжко припадало 140 осіб. Це означає,

що в забезпеченні харків'ян стаціонарною медичною допомогою стався прорив.

Говорячи про надання медичної допомоги у лікарнях міста, слід приділити окрему увагу лікарням-велетням, які до приходу більшовиків мали багаторічну історію. Серед таких Олександрівська лікарня, Миколаївська лікарня, Сабурова дача, університетські клініки.

Олександрівська лікарня. Історія 1-ї радянської лікарні починається з дорадянських часів. Це найстаріша міська лікарня, відкрита у 1869 році. Містилася вона по вулиці Благовіщенській, 25 (нині вулиця Карла Маркса) і мала назву Олександрівської. Коли місто зайняли більшовики, лікарню перейменували на першу радянську, а 29 листопада 1922 року вона стала лікарнею імені В.І. Леніна, про що свідчить меморіальна дошка на стіні будівлі. Очоловав заклад Б.М. Сейбіль [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1795, арк. 153]. Фінансувалася лікарня спочатку Харківським губернським відділом охорони здоров'я, а з 1925 року перебувала на бюджеті міськради [323, с. 27]. Робота найбільшої лікарні відтоді була підпорядкована переважно обслуговуванню робітників — у 1919 році тут відкрили першу робітничу поліклініку. Основний її контингент на початку 1920-х років — хворі на епідемічні захворювання. Саме ця лікарня врятувала тисячі жителів міста від висипного тифу, холери та інших захворювань, адже тут існувала постійно діюча дезінфекційна камера, передана лікарні Харківським медичним товариством. Через перевантаженість хворими заклад перейшов на цілодобову роботу. Медичні працівники, які весь свій час віддавали хворим, мешкали у гуртожитку при лікарні й були звільнені від плати за житло [365, с. 20].

У 1922–1923 роках споруда лікарні, занедбана через буремні події революції та громадянської війни, була капітально перебудована та відремонтована [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 584, арк. 21]. Потім за рішенням губздороввідділу заклад отримав дві карети й коней для транспортування хворих [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 306, арк. 29]. Після 1923 року лікарня поступово розвантажувалася. Вона почала приймати лише незаразливих хворих, а велику

кількість вояків (які одужали, але не мали куди йти), венериків, дітей-інвалідів було розподілено по інших закладах [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 306, арк. 20].

Наприкінці 1920-х років адміністрація лікарні порушила питання про харчування хворих. До 1928 року лікувальні заклади, які мали змогу годувати пацієнтів, робили це за тридідітною системою. У 1-й радянській лікарні хворі теж отримували їжу за загальною, дієтичною та слабкою системами харчування. Головний лікар С.Р. Гехман, який багато років спостерігав за нераціональним харчуванням хворих, розробив новий план і з 1 січня 1928 року перевів своїх пацієнтів на ресторанне харчування (за тієї ж норми 45 коп. на особу) [364, с. 2]. При цьому лікарня недоотримувала кошти на білизну, хірургічний інструментарій, апаратуру тощо.

Цікаво порівняти показники роботи 1-ї радянської лікарні у дореволюційний час та за десять років після Жовтневої революції [366, с. 15].

	1912–1913 рр.	1927–1928 рр.
Поступило хворих	6519	8589
Померло	436	411
Зроблено операцій	483	2532
На 100 хворих припадає	6,4 операції	30 операцій
Прийнято пологів	1053	1852
Зроблено абортів	142	1602
Зроблено лабор. аналізів	1933	11158
Рентген-обстеження	—	2756

Особливо помітне зростання кількості проведених операцій, прийнятих пологів, зроблених абортів та проведених аналізів. При тому, що мережа лікарень у Харкові за перше пореволюційне десятиліття розширилася, все одно 1-а радянська лікарня не поступалася своєю популярністю серед харків'ян.

Станом на 1934 рік тут були створені й успішно функціонували хірургічне відділення на 120 ліжок (завідувач відділен-

ня — проф. О.В. Мельников), акушерсько-гінекологічне на 180 ліжок (проф. Б.А. Козинський), терапевтичне на 80 ліжок (проф. Є.О. Черніков), нервові на 60 ліжок (проф. Е.К. Євзерова) та ЛОР відділення на 20 ліжок (очолив його М.С. Цинкін), разом — 460 ліжок [367, с. 155]. Порівняємо: на початку 1914 року ліжок було 300 [98, с. 140].

Миколаївська лікарня. У 1919 році Миколаївська лікарня не припиняла своєї роботи. Після визволення Харкова від денікінців вона отримала загальноприйнятую на той час назву — 2-а радянська лікарня і перейшла до відання Харківського губернського відділу охорони здоров'я.

Від 1921 року клініка нарощує кількість ліжок для інфекційних хворих, адже епідемічні захворювання ще трималися на високому рівні. Інфекційне відділення поділялося на тифозне, віспяне, бешихове, туберкульозне, терапевтичне та хірургічне. За півтора десятиліття лікарня змінила декількох очільників: у 1917–1922 — С.М. Синельников; 1922–1924 — точно не відомо, вірогідно, обов'язки головного лікаря виконував старший лікар Ламанов (ініц. не встановлено); 1924–1929 — О.С. Шварц; 1930–1931 — Г.І. Розенфельд; 1932–1937 — І.Ф. Боровецький. У 1922 році лікарня отримала оновлену назву — 2-а радянська лікарня ім. Жовтневої революції. Та крім гучної назви, їй нічим було похвалитися. Початок 20-х років видався дуже важким. Якщо у 1921 році в лікарні працювала 551 особа, то вже за рік — лише 371. Найбільшого скорочення зазнали санітарки та покоївки, хоча штат висококваліфікованого персоналу вдалося зберегти. Жахливим було матеріальне становище лікарні — ремонту не проводили від дня заснування, один барак згорів, бракувало палива (у зимовий період довелось вирубувати парк поблизу лікарні, щоб зігріти палати). Приміщення були непридатні для утримання хворих: надмірна вологість, брак природного світла, грюкіт ліжок (замість дощок були покладені листи заліза, що залишилися після пожежі) — все це пригнічувало. Хворі, що переповнювали палати, не отримували навіть мінімальних харчів, тому хвороби й голод косили по 15–20 осіб на день.

Наприкінці 1922 року лікарню почали відбудовувати. Було здійснено ремонт, серед хворих проводили культурну роботу. Завдяки профспілці «Всемедикосантруд» медичний персонал отримав одяг — єдине, чим могла допомогти профспілка на той час. Адже умови праці медиків були нестерпні — через брак персоналу лікарі працювали по 12–18 годин, а платню отримували утричі меншу, ніж до революції.

Лікарні постійно не вистачало ліжок. Проблема не вирішило і приєднання у 1923 році шести бараків 48-ї радянської лікарні — усі ліжка були зайняті, а черга на хірургічні операції сягала двох місяців (приймали без черги лише хворих у невідкладному стані). У 1924 році 570 ліжок прийняли 6669 осіб, у 1925 — 8003, у 1926 — 6600, за перші дев'ять місяців 1927-го року — 7450. Таке навантаження призвело до переходу лікарні 1925 року на двозмінний графік роботи, навіть без перерви.

Розгортання робітничої медицини у 1923 році поставило питання про обслуговування робітників декількох великих заводів Харкова, повноцінна диспансеризація яких почалася з 1931 року. Для них облаштували робітничу лікарню на території 2-ї лікарні, у бараках для заразних хворих. Поліклінічне відділення з'явилося за короткий термін, а 1928 року було урочисто відкрито нову будівлю поліклініки. Тут розмістилися відділення: рентгєнівське, хірургічне, урологічне, терапевтичне, гінекологічне, очне, ЛОР, водолікувальне тощо, а також наркодиспансер та диспансер Охматдиту. У 1929–1930 роках лікарня гідно витримала епідемію черевного тифу та скарлатини.

До кінця періоду, що висвітлюється, лікарня підійшла провідним закладом з лікування інфекційних захворювань. У 1934 році вона мала 1225 ліжок, 912 осіб персоналу, що за рік лікували понад 20 тисяч робітників харківських заводів. На базі лікарні діяло шість наукових інститутів НКОЗ, що підвищувало їх значущість.

Сабурова дача. З приходом до влади більшовиків та реорганізацією медичних закладів Харківська губернська земська лікарня у 1918 році отримала нову назву — радянська лікарня № 4

ім. Я.М. Свердлова (назва актуальна до 1926 року), однак населення й досі пам'ятає стару назву — Сабурова дача, або Сабурка. Сабурова дача за часів революції зазнала відчутних втрат — частина корпусів згоріла, а та, що залишилася, була мало придатною для лікування хворих. Існували проблеми і з медичним персоналом — лікарів та фахівців середньої ланки катастрофічно не вистачало. Однак колишня слава закладу та величезний науковий потенціал, який тут зберігся, приваблювали медичну еліту країни. За відновлення та реорганізацію лікарні взявся відомий на той час психіатр з Ленінграда В.П. Протопопов, який 1923 року переїхав до Харкова і очолив заклад. Завдяки переходу лікарні на бюджет губвиконкому, того ж року було зроблено капітальний ремонт будівлі, відновлено центральне опалення, палати стали чистими й світлими.

Відтоді лікарня перебирає на себе функції провідного закладу республіки в галузі психіатрії. Оскільки В.П. Протопопов був не лише очільником лікарні, а й консультантом НКОЗу з питань організації психіатричної допомоги в Україні, це відкрило ширші можливості для розвитку лікарні. На базі 4-ї радлікарні завдяки В. П. Протопопову починають широко запроваджуватися лабораторні методи досліджень та нові засоби лікування психічних хворих.

На початку 20-х років у лікарні відновлюється трудотерапія, започаткована ще наприкінці XIX століття. Через складнощі фінансування, негаразди часів війни та революції трудотерапію на деякий час призабули, а за нових умов лікарня надолужувала втрачене. З 1923 року поновлюються роботи на земельній ділянці, придбаній три роки тому для зведення корпусу під робоче відділення, — у ньому перебувало близько третини психічно хворих. Вони були зайняті у слюсарній, взуттєвій, швацькій майстернях і на городі.

У 1925 році Сабурка, за спогадами сучасників, нагадувала маленьке містечко з кількома корпусами, 26 десятинами саду, майстернями, електростанцією.

1926 рік став переламним для закладу. На базі 4-ї радлікарні був організований Український інститут клінічної психіатрії та соціальної психогігієни. І не випадково, адже саме в Харкові існувала одна з найстаріших психіатричних лікарень, працювала медична еліта — відомі фахівці П.І. Ковалевський, П.І. Якобій, Б.С. Грейденберг та інші. Лікарня перетворилася у потужний науковий центр, до якого приїздили тисячі людей з надією на одужання. Про активізацію лікувальної роботи свідчить зростання кількості пацієнтів за досліджуваний період.

Роки	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Кількість пацієнтів	1785	2003	893	1112	1307	1840	2275	2717	2877	3067	3669	3842	3867	3586	3650

Інститут активно розгортає діяльність у нових напрямках — проводяться дослідження дитячих психічних розладів, біохімії психічних захворювань, проблем судової психіатрії, вчення про вищу нервову діяльність. Трудотерапія у цей час набула значного поширення. Було введено штатні одиниці лікаря-трудотерапевта, інструкторів, які працювали з пацієнтами із гострими формами психічних розладів. Завдяки трудотерапії такі хворі значно швидше одужували, а з 1930 року їх направляли до колонії у селищі Стрілечому, де вони продовжували реабілітацію.

Цікаво, що Сабурова дача мала й досить поважних пацієнтів — сюди зверталися відомі поети Велімір Хлебніков та Володимир Сосюра, письменник Андрій Головка [368, с. 40–43].

Університетські клініки. Університетські клініки (терапевтична, акушерсько-гінекологічна, хірургічна та офтальмологічна) були зведені й відкриті ще 1896 року. Керували ними видатні лікарі — на той час світила медичної науки. Відтоді вони стали

не тільки лікувальними закладами, а й центром, де формувалася медична наука Харкова. У 1912 році було розпочато будівництво, а в 1922 — відкрито дитячу клініку [369, с. 580]. На початку 1918 року в ній з'явилися нервові відділення та відділення дитячих хвороб (по 30 ліжок на кожне) [370, с. 79], їх часто також називали клініками. Всі університетські клініки разом мали 215 ліжок.

Під час революційних подій ці заклади працювали як шпиталі для полонених, а від 1920 року розгорнули прийом мешканців міста. 1921 року вони перейшли у відання новоствореного Харківського медичного інституту, який входив до системи Народного комісаріату освіти УСРР. На той час вони мали потужність 180 ліжок. У 1930 році інститут підпорядковується НКОЗУ, відповідно й клініки також.

Терапевтичну клініку упродовж 1921–1930 років очолював С.Г. Якушевич. З його ініціативи тут значно поліпшилась матеріальна база. Були обладнані біохімічна та клініко-мікроскопічна лабораторії, електрокардіографічний та рентгенологічний кабінети. Палати для хворих стали комфортнішими, хоча містилися в тих самих старих будівлях. У коридорах клініки з'явився зимовий сад. Якщо у 1917 році було лише 30 ліжок, то С.Г. Якушевич подбав, щоб одночасно могли отримувати лікування 55 пацієнтів. Після того як він вийшов на пенсію, заклад очолив Є.О. Черніков, який продовжив справу свого попередника [369, с. 353].

Акушерсько-гінекологічна клініка після встановлення радянської влади працювала на чолі з професором П.Х. Хажинським. Відомий лікар згуртував колектив видатних медиків, серед яких був І.В. Попандопуло — організатор першого на Україні безкоштовного пологового будинку. П.Х. Хажинським був заснований науковий гурток на базі клініки — професор привчав студентів до практичної та дослідницької роботи [369, с. 496].

До 1919 року дитячу клініку очолював І.В. Троїцький, а після від'їзду до Катеринослава передав справу професорові Я.С. Аркавіну, який зробив величезний внесок у розвиток закладу. Саме з його ініціативи починають розгортатися ліжка для новонароджених та немовлят. До роботи у клініці професор активно залучав

студентів. Після смерті Я. С. Аркавіна у 1929 році клініку очолив М.М. Фрішман. Він домігся розширення закладу — були добудовані третій поверх та веранди, почала діяти біохімічна лабораторія [369, с. 580].

Роботою хірургічної клініки з 1920 по 1933 роки керував професор І.В. Кудінцев. Його великою заслугою стало розширення закладу, який вже не вмщував хворих. Вдалося довести фонд до 80 ліжок. Особлива увага у клініці приділялася невідкладній хірургії, тому найбільше ургентних хворих Харкова привозили саме сюди [369, с. 516]. Слід зазначити той факт, що клініка виховала потужні наукові кадри. Зокрема, у 1926–1932 роках тут працював асистентом Ю.Ю. Вороний, який у 1933 році зробив першу в Радянському Союзі експериментальну операцію з пересадки трупної нирки. Незважаючи на те, що пацієнтка померла, сміливий виклик лікаря Вороного науці довів, що пересадка органів можлива. За це Юрій Юрійович отримав науковий ступінь кандидата медичних наук без захисту дисертації, а сам експеримент поклав початок розвитку вітчизняної трансплантології [371, с. 241, 256].

Клініку офтальмології, заснована видатним Л.Л. Гіршманом, у 1905–1924 роках працювала під керівництвом П.М. Барабашева, а з 1924 року її очолив О.П. Браунштейн. Упродовж 1924–1928 років кафедрою керували О.П. Браунштейн, П.П. Прокопенко, А.Я. Самойлов. У цей період було організовано фізіотерапевтичний кабінет, а також «летючі» загони офтальмологів для виявлення та лікування одного з найпоширеніших на той час захворювань очей — трахоми [369, с. 550].

Амбулаторно-поліклінічна допомога

Навіть за тяжких умов 1920-х років амбулаторно-поліклінічну допомогу в Харкові надавали кваліфіковані лікарі-фахівці. У місті працювало 9 робітничих поліклінік. У віддалених районах додатково діяли амбулаторії, де відбувався прийом з основних спеціальностей (хірургічні, внутрішні, жіночі, дитячі й зубні хвороби). Однак кількість таких закладів не задовольняла потреб населення, а жителі околиць міста просто не мали змоги дістатися до амбулаторій. Особливо потерпали жителі Журавлівки. Для них відвідання лікаря перетворювалося на справжню проблему — медпункт знаходився на самому початку величезного робітничого селища, і в разі хвороби сім'ї залишалися безпорадними. Найбільше страждали породіллі, адже отримати вчасну допомогу при пологах було неможливо [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 919, арк. 66].

Безкоштовну медичну допомогу по домівках Харківський губздороввідділ запровадив для трудящого населення міста 1 червня 1921 року. Для цього було вирішено заснувати інститут «квартильних лікарів». Першим із запровадження безкоштовної меддопомоги став Петінсько-Журавлівський район, а з 15 червня така допомога стала доступною для кожного харків'янина. Існувало 29 приймальних пунктів, де видавали дозволи на право отримання безкоштовної медичної допомоги [338, с. 124].

Обслуговування хворих удома здійснював спеціальний медичний персонал: лікарі та їх помічники — лікпоми. Для кращої організації роботи місто поділили на пояси: центральний, де лікар повинен зробити 300 відвідувань за місяць, середній — 250 відвідувань та периферійний — 200 відвідувань. Харків'ян обслуговували 120 лікарів (дані на 1928/1929 р.), але під час епідемій їх кількість збільшувалася за рахунок інфекційників [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 42; 54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 161, арк. 14]. Нічної пори до хворих виїжджали чергові лікарі [151, с. 41].

На жаль, рівень домашньої допомоги був невисоким. Перевантаженість дільничних лікарів призводила до того, що майже 20 % хворих вони обслуговували із запізненням, навіть на другий

день після виклику [339, с. 10–11]. Заважала відсутність чітких правил для населення щодо викликів лікаря додому. Через це несумлінні громадяни, не маючи серйозних захворювань, зловживали своїм правом на безкоштовні виклики лікарів. Для таких довелося вводити адміністративні покарання. На того, хто викликав лікаря необґрунтовано, за постановою Харківської міськради № 61 від 22 червня 1928 року, чекали адміністративний штраф у розмірі 25 карбованців або арешт на 2 тижні [340, с. 18–19; 74, с. 25].

Значним недоліком була переобтяженість районного лікаря «канцелярщиною». Не існувало чіткої системи зберігання амбулаторних журналів (сучасних карток), і коли лікар знов відвідував пацієнта, він відкривав нову амбулаторну картку і заносив усі дані, замість того, щоб мати при собі повну історію хвороби. Така неорганізованість марнувала дорогоцінний час і зменшувала кількість оглянутих хворих приблизно на 10–20 % [341, с. 10–11].

Якщо харків'янин не викликав лікаря, а вирушав до поліклініки, там на нього чекали самі незручності. Перше, куди потрібно було потрапити хворому, — це реєстратура, черги до якої тяглися іноді з вулиці. Але й діставшись до віконця, можна було отримати відмову. Після реєстратури він ставав у чергу до лікаря. А коли вже нарешті потрапляв на прийом, то мусив укотре надавати анкетні дані. У зв'язку з таким безладом в обслуговуванні населення Харкова і численними наріканнями на роботу лікарів 29 грудня 1927 року був затверджений проект раціоналізації апарату поліклінік, елементи якого і зараз діють в наших лікувальних закладах [342, с. 12]. По-перше, обмежувалася кількість хворих, яких міг прийняти лікар за одну робочу зміну. Ця кількість регулювалася талонами, які видавали харків'янам у момент запису на прийом. Інформацію про наявність талонів вивішували на дошці, оновлюючи її кожні 15 хвилин. На талоні зазначали час, коли саме людина буде прийнята, таким чином хворих позбавляли необхідності нудитися в чергах до кабінетів [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1558, арк. 158, зв.].

Кожен харків'янин та члени його родини повинні були мати медичну книжку — на підтвердження того, що вони застраховані (або хтось один з родини). Номер цієї медичної книжки позначався на картці. Однак траплялося, що незастрахована людина лікувалася за книжкою застрахованої, щоб отримувати медичну допомогу безкоштовно. Такі випадки не були масовими, але один набув широкого розголосу в 1926 році, коли пацієнт помер через «неправильне лікування» за чужою книжкою [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 1558, арк. 158, зв.]. Після первинної реєстрації на хворого заводи́ли амбулаторний журнал, який передавали в кабінет лікаря. До амбулаторного журналу заносили всі необхідні дані, а статистичні картки (які раніше містили загальну інформацію про хворого) були скасовані [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 17]. Після огляду лікар робив усі необхідні записи в амбулаторному журналі хворого і повертав медичну книжку. Оформлюючи листок непрацездатності, він лише записував основні дані, а решту дооформлювали в реєстратурі. Лікар мав право надати хворому 5 днів відпустки через хворобу без консультації з колегою іншої спеціальності. Подовження терміну відбувалося при повторному відвідуванні, з консультацією лікаря вузької спеціальності. Як бачимо, уведення цього проекту максимально скоротило час перебування хворого в лікувальному закладі, а завдяки зменшенню паперової роботи значно ущільнився графік корисної діяльності лікаря.

Від середини 20-х років лікувально-профілактична мережа нашого міста в основному розвивалася за такими напрямками: наближення амбулаторної та лікарняної допомоги до околиць міста; зростання мережі профілактичних закладів; поширення диспансерних методів у системі єдиних диспансерів.

Поліклінічна мережа Харкова 1928 року мала 10 поліклінік секції охорони здоров'я міськради (дев'ять для застрахованих робітників та членів їх родин та одна для решти населення) [74, с. 6]. На восьми дільницях лікувалося населення, яке не було застраховане.

До того ж усі поліклініки мали власні медичні пункти на підприємствах (див. додаток Б 3) [74, с. 149]. Вони надавали першу медичну допомогу при нещасних випадках та раптових захворюваннях. Таких медпунктів у 1929 році налічувалося 48 (з них 18 фельдшерських). Робота медпунктів була досить напруженою. Звернення робітників до медпунктів досягли 578241 відвідування, що майже вдвічі більше від прогнозованої цифри. Причому, було зареєстровано 59007 нещасних випадків на виробництві [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 44].

У 1934 році в місті діяло 46 амбулаторій та поліклінік. Для порівняння зазначимо, що у 1920 році існувало лише 10 амбулаторій, тобто кількість таких установ зросла більш як у чотири з половиною рази [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 51, арк. 89]. Це означало, що для харків'ян медична допомога стала доступнішою, ніж п'ятнадцять років тому.

Диспансеризація

На початку 20-х років харківська охорона здоров'я збагатилася новим методом надання медичної допомоги населенню — диспансеризацією. Диспансеризація — це активне, динамічне спостереження за станом здоров'я певних груп населення, взяття цих груп на облік з метою раннього виявлення захворювань, лікування їх та забезпечення від чинників хвороби. Основним соціально-гігієнічним завданням диспансеризації є збереження працездатності хворого населення. Важливим було місце диспансеру в профілактиці різних хвороб, адже найперші показники захворюваності населення концентрувалися саме в диспансері, а вже на підставі цих даних будувалася подальша профілактична робота. Диспансери вказували на ті захворювання, які поширювалися в певних умовах, та виявляли причини тієї чи іншої хвороби. А от створення системи усунення цих причин та подальші гігієнічні заходи — це вже завдання профілактики.

Диспансеризація передбачала такі елементи: виявлення хворих з початковими стадіями патологічного процесу; якомога по-

вніше обстеження цих хворих; нагляд за станом хворого в динаміці; здійснення комплексу лікувально-профілактичних заходів; ознайомлення з умовами праці та побуту з метою встановлення зв'язку між впливом виявлених негативних факторів та виникненням хвороби; пропаганда серед диспансерного контингенту розроблених профілактичних заходів; періодичне узагальнення отриманих даних. Для виконання поставлених завдань диспансер мав спеціальний дослідницький персонал.

Головне, що характеризувало диспансеризацію, — це плановість медично-санітарного обслуговування, плановість лікувально-профілактичних заходів, регулярний нагляд за певними категоріями харків'ян [343, с. 5]. В умовах диспансерної роботи можна швидше виявити та усунути організаційні похибки в роботі окремих ланок мережі. Єдиний диспансер тому і називався «єдиним», що охоплював усі відділи поліклінік та амбулаторій, профілактичні заклади. Диспансерний облік різних категорій населення, виявлення тих показників, які «кульгали», та якнайшвидше їх усунення — це лише один з векторів роботи єдиного диспансеру.

Першим кроком диспансеризації в Харкові стало відкриття у 1922 році районних поліклінік, які мали в своєму складі туберкульозний диспансер, венеричний диспансер, дитячу консультацію. Такими силами поліклініки мали змогу збирати велику кількість даних, систематизувати їх, виявляти закономірності та вживати необхідних профілактичних заходів [344, с. 304].

Вперше в Радянському Союзі єдиний диспансер з'явився у Москві. 1925 року до цієї справи приступили в Харкові, але дещо повільніше, беручи до уваги московські помилки [151, с. 41]. Харків'яни врахували те, що місто було великим промисловим центром, де кількість робітників в умовах індустріалізації швидко зростала. Так, лише за 1927 рік їх чисельність зросла на 133 %, а в Червонозаводському районі — на 240 %. Такий приріст ускладнювався тим, що основна маса робітників жила в приміській смузі, а поблизу місця роботи (заводу чи фабрики) таких проживало лише 12 % [324, с. 3]. Тому було вирішено обслуговувати робітників не за місцем проживання, а за місцем роботи, бо тільки

нерозпорошену робітничу масу можна було ефективно охопити диспансерним обслуговуванням. Таким стало перше харківське «ноу-хау», яке дозволило відразу зорієнтувати медичну організацію на виробництво, наблизити до робітничого колективу. До справи диспансеризації підключився Робмед. Він узяв під опіку робітників друкарень, школи друкарської справи, щетинників, «гарячі» цехи заводів «Світло шахтаря» і «Червоний Жовтень», тут же перебували на обліку й виробничники, пов'язані з окислом вуглецю та сіркою [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 17, арк. 59].

Промислові потужності Харкова періоду 30-х років ХХ століття були велетенськими. Відповідно зростала і кількість застрахованого населення: у 1929 році це було 209000 осіб, у 1930 — 256748, а у 1931 році — 389191, тобто за два роки цифра майже подвоїлася. Найбільші колективи мали: Харківський паровозобудівний завод — 25000 робітників та службовців; електромеханічний завод — 22000; тракторний — 20000; «Серп і Молот» — 14000; «Світло шахтаря» — 4000; канатний завод — 5000; швацька фабрика ім. Тінякова — 5000 [324, с. 10].

Стрімке зростання робітничого населення міста вимагало від відділу охорони здоров'я величезних зусиль і звитяги. Адже радянська держава опікувалась насамперед станом здоров'я робітничого класу. Тому доцільною в цій справі виявилася саме диспансеризація. Першими диспансеризованими стали дорослі робітники із шкідливих цехів ХПЗ, заводів ВЕК («Всеобщая электрическая компания»), «Серп і Молот», керамічного заводу, а також друкарень, тютюнових фабрик [345, с. 15]. Обстеження кожної людини здійснювали п'ятеро фахівців, що дозволяє говорити про отримання глибоких, виважених та достовірних результатів.

Проте невдовзі виявилися серйозні вади: дані про обстеження робітників заносили до санітарних журналів, але далі цього справа не посувалася, зв'язок з пацієнтами уривався. Не вистачало лікарів-диспансеризаторів. Порівняймо: у Москві їх було 300, а в Харкові 25–30. Це дуже гальмувало проведення кампанії. Так, станом на 1928 рік у Москві було диспансеризовано 230 тисяч ро-

бітників, а в Харкові лише 8–9 тисяч [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 53, арк. 4]. У лікарнях відчувалася гостра нестача ліжок для диспансеризованих. Бюро з вибору професій майже не працювало. Тому часто працівника, який за станом здоров'я мав бути переведений на легшу роботу, натомість просили звільнитися. У 1928 році ситуація стала настільки важкою, що доводилося диспансеризувати тільки тих робітників, які самі зверталися до лікарняного закладу, про роботу поза лікарнею навіть не йшлося.

Негативну роль відіграло і скасування у 1927 році системи Робмеду, тому з'явилася потреба у нових формах диспансеризації, до яких могли б активніше підключитися районні поліклініки. Адже саме у поліклінічних відділеннях, лікарських кабінетах починалася робота з диспансеризованими — від немовляти до дорослої людини. Таке рішення було доцільним ще й з тих міркувань, що в поліклініках працював великий штат районних лікарів, які могли вивчити побутові умови робітників, відстежити перебіг хвороб і зробити необхідні висновки.

Перехід до диспансеризації за територіальним принципом поставив районну поліклініку в центр цього процесу. Так, 3-я робітничка поліклініка диспансеризувала майже 1 тисячу робітників (ливарників, вагранників, ковалів, шліфувальників); 5-а робітничка поліклініка — приблизно 3 тисячі осіб (кришильників, сортувальників, працівників тютюнової фабрики). Однак диспансеризація стала додатковим тягарем для перевантажених поліклінік. Скажімо, та ж 3-я робітничка поліклініка обслуговувала 65 тисяч жителів свого Червонозаводського району і ще додатково жителів Чугуєва, Вовчанська, Рогані та хворих за направленнями НКОЗу [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 81, арк. 9].

Для усунення таких перекосів було розроблено «Основні положення побудови єдиного диспансеру». У документі передбачалося, що: 1) єдиний диспансер слід організувати в межах природно-історичних утворень — районів міста; 2) необхідно проводити попереднє вивчення району, його специфіки; 3) кількість населення, яку охоплює диспансер, має становити 30–50 тисяч осіб; 4) район обслуговування диспансером поділяється на окремі

дільниці з мешканцями до 3 тисяч; 5) дільницю мають обслуговувати один дільничний терапевт і одна медсестра (в диспансері лікар працює приблизно три години, на дільниці — дві); 6) для обслуговування дітей за трьома дільницями слід закріпити одного педіатра; 7) на кожні 15 тисяч населення виділяються фтизіатр та медсестра [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 81, арк. 4]. За такими правилами поліклініки й почали переходити на організаційні форми роботи єдиного диспансеру. Першою статусу єдиного диспансеру на початку 30-х років набула 5-а робітничка поліклініка. Під час перепису населення міста у 1931 році було введено таку категорію, як щільність проживання робітників-металістів. Найбільш заселеними робітництвом виявилися Червонозаводський район, Москалівка, район Холодної Гори, Іванівка, Тюрина дача, Павлівка. Цілком логічно, що саме в цих районах ще три поліклініки були переведені на форми роботи єдиного диспансеру — 3-я в Червонозаводському районі, 6-а на Москалівці та 7-а в Холодногірському районі [324, с. 12].

Отож на 1932-й рік Харків мав таку амбулаторно-поліклінічну мережу: поліклінік — 7; єдиних диспансерів — 4; амбулаторій — 6; медпунктів — 112; медсанцехів — 10; тубдиспансерів — 10; вендиспансерів — 10 [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 81, с. 7].

Із впровадженням диспансеризації суттєво змінилася і роль лікаря. З пасивного порадника він перетворився на дослідника й очільника колективу, який відстежував захворюваність тієї чи іншої групи населення. Він також значно наблизився до пацієнта, адже, потрапивши до диспансерної групи (тобто маючи певну хворобу, яка підлягає обліку), хворий ще тривалий час спілкувався з лікарем. Лікування диспансерних хворих тепер будувалося на інших методологічних підходах і з більшою ефективністю, бо лікар, маючи не один випадок хвороби, набував цінного досвіду.

Лікар-терапевт став основним працівником єдиного диспансеру — лікувального закладу, який діяв у межах визначеної території, що була поділена на дільниці. Кожну дільницю обслуговували дільничний лікар для дорослого населення та дільничний лікар для дитячого населення. На одного терапевта припадало в серед-

ньому 1,5–2 тисячі осіб, яких медики обслуговували як по домівках, так і на амбулаторному прийомі в диспансері [346, с. 163]. Таким чином, хворі були закріплені за певними дільницями, що покладало на лікарів велику відповідальність. Мешканці того чи іншого району не були випадковими пацієнтами — лікар на своїй дільниці підтримував контакт з кожною родиною, з кожним мешканцем, знав особливості їхнього життя тощо. Така робота медиків ставала наближеною до конкретних осіб, тому приносила більше користі для здоров'я цілого міста. Можливо, ретельне вивчення досвіду працівників єдиних диспансерів стало б у пригоді й сьогодні — для створення сімейної медицини у містах.

Одним із завдань диспансеризації було спостереження за станом здоров'я людини впродовж усього її життя. Під час вагітності жінка вже відвідувала консультацію Охматдиту і перебувала під наглядом різних спеціалістів (акушер-гінеколог, терапевт-дієтик, фізіотерапевт, венеролог, одонтолог) до самих пологів [347, с. 35]. Новонароджені та діти молодшого віку (до 8 років) були контингентом мережі Охматдиту, після 8 років діти переходили під увагу диспансеру ОЗДП і перебували там майже весь період навчання в школі [19, с. 1072]. Після вступу до фабрично-заводського училища підлітків продовжували наглядати в цьому диспансері, але якщо вони потрапляли до шкідливого цеху, то переходили під опіку заводського лікаря-диспансеризатора.

Диспансери обслуговували населення Харкова переважно за місцем проживання. Працівники диспансеру поступово вивчали рівень життя людини, умови проживання, місце роботи, визначали наявність шкідливих факторів. Люди, які працювали у несприятливих умовах («гарячі» цехи, низькі температури, сирість, шкідливі речовини в повітрі тощо), перебували під особливо пильним наглядом [348, с. 20]. Хворих на соціальні хвороби брали на особливий облік для спеціального диспансерного обслуговування [348, с. 20]. З 1928 року диспансеризації підлягали також діти й робітники-підлітки, курортні та санаторні хворі, вагітні та породіллі, члени сімей диспансеризованих, які проживали в гуртожитках та робітничих селищах [349, с. 2].

Харків був провідним містом Радянського Союзу, де ґрунтовно вивчали справу диспансеризації. По-перше, в місті для цього було вдосталь матеріалу — велика кількість робітничого населення, інших груп диспансеризованих. По-друге, Харків мав найцінніші кадри в галузі теорії та організації охорони здоров'я серед великих міст Союзу. Тому саме тут заснували 1933 року Харківський диспансерно-поліклінічний інститут, який займався питаннями диспансеризації населення. В інституті робота була організована по трьох секторах: лікувально-профілактичному; теорії та організації охорони здоров'я; планування та обліку. Головними завданнями інституту були визначені: розробка питань теорії, організації та практики охорони здоров'я, роботи медсанцехів; планування охорони здоров'я в масштабі міста, міського району; розробка питань обліку в лікувальних закладах; вивчення питань санітарної культури та побуту, особливо серед робітників-металістів; популяризація заходів охорони здоров'я серед широких робітничих мас та багато іншого [350, с. 2–3].

Швидка і невідкладна допомога

Після Жовтневої революції «Общество скорой медицинской помощи в гор. Харькове», яке виникло 1910 року за ініціативою І.М. Оболенського, було націоналізоване, а станція швидкої допомоги перейшла до відання Наркомату охорони здоров'я [351, с. 3]. За даними деяких джерел, посада старшого лікаря була перейменована на головного, ним став Микола Олександрович Молохов [338, с. 109; 352, с. 23]. Хоча в архівних матеріалах за 1920 рік маємо чіткий запис: «Молохов Н.А. — старший врач, заведующий станцией» [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 135, арк. 15, 17]. Тому схилимося до того, що за штатним розкладом назва посади не змінилася, а термін «головний» замість «старший» був уведений дещо пізніше. Саме завдяки зусиллям М.О. Молохова станція швидкої допомоги зберегла своє приміщення та основну частину майна під час громадянської війни. А найголовнішим, мабуть, було те, що зберігся колектив станції [там само, арк. 15, зв.]. На початку 20-х

років до роботи стали двадцять осіб персоналу станції (це були завідувач, канцелярський працівник, восьмеро санітарів, двоє кучерів та кухарка), в розпорядженні вони мали лише дві кінні карети [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 584, арк. 28]. В умовах розрухи працівники станції по п'ять місяців не отримували зарплати, але не полишали своєї роботи [54, ф. Р-821, оп. 1, спр. 135, арк. 17]. У 1925 році станції було передано перший автомобіль італійської марки «Лянча» [352, с. 27]. Сидіння в авто медики самотужки зняли, встановили кріплення для нош і одне сидіння для лікаря. Отже, транспорт станції складався із двох кінних карет і одного автомобіля, який працював у години пік (з 12.00 до 20.00) шість днів на тиждень, оскільки у штаті був тільки один шофер.

Надзвичайно важливим було донести до харків'ян правила виклику карети «швидкої», щоб таку цінну послугу отримували насамперед там, де життя могло урватися щосекунди. Правила виклику були оприлюднені на сторінках місцевої преси і багато років залишалися незмінними:

- «швидка допомога» виїжджала у разі, якщо траплялись нещасний випадок або раптове тяжке захворювання;
- «швидка допомога» працювала цілодобово і надавала медичну допомогу всім, кому вона була потрібна, без винятків (до революції карета не виїжджала до п'яних, заразливих хворих, психічно хворих та на приватні квартири);
- лікар лише надавав першу медичну допомогу, але надалі хворий мав звернутися до своєї лікарні;
- той, хто викликав «швидку», повинен був назвати своє прізвище, а по прибутті карети (пізніше — автомобіля) мав зустріти її біля під'їзду, щоб лікарі не гаяли часу на розшуки потерпілого;
- особи, які викликали «швидку» без потреби або надавали неправдиві свідчення про стан хворого, підлягали адміністративній відповідальності (сплачували штраф у розмірі 25 карбованців або підлягали арештові на термін до 7 днів) [74, с. 24].

Робота швидкої допомоги завжди залишалася напруженою, однак через нестачу транспорту могла задовольняти лише половину запитів на свої послуги [151, с. 37; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 307, арк.

76]. Щороку зростала кількість викликів до хворих: у 1925/1926 р. було здійснено 3016 виїздів, у 1926/1927 — 3884, у 1927/1928 — 7848, у 1928/1929 — 15593 виїзди [151, с. 7; 54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 105, арк. 45]. У 1928/1929 році відмови на виїзд сягнули 70 % [353, с. 23]. Слід сказати, що значну кількість становили виїзди без потреби, наприклад, у 1929 році їх було зроблено 623 [354, с. 19]. Звичайно, це знижувало рівень допомоги мешканцям міста. Крім того, до окрздоровінспектури постійно надходили відомості, що «швидка» доставляє до лікарень осіб, які не потребують госпіталізації або яким допомогу можна було надати на місці. Аби визначити, чи потребує людина госпіталізації, її треба детально оглянути в стаціонарі. У «швидкої» стаціонар був, але не працював. Не вдалося також налагодити й виїзди до інфекційних хворих, адже після їх перевезення транспорт підлягав дезінфекції і деякий час не обслуговував виклики [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 53, арк. 9]. Це в умовах нестачі транспорту було неприйнятним.

Оскільки у 1928 році були скасовані нічні ургентні чергування при 2, 6, 7 та 9-й поліклініках, то попит на екстрену допомогу значно зріс [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 45]. Щоб обслужити більше викликів, кінні карети замінювали автомобілями.

З остаточним переходом на автомобілі відсоток обслуговування викликів станцією швидкої медичної допомоги збільшився до 88,75 [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 45]. Повністю швидку допомогу перевели на автотягу в 1930 році [86, с. 19]. На 1932 рік парк автомобілів станції складався з чотирьох машин, а наприкінці досліджуваного періоду їх було шість: три санітарні машини марки «АМО», один «Кадиллак» та дві легкові автівки. З цього парку тільки «АМО» надійшли новими (працювали з 1927 року), решта машин була зношеною, часто простоювала на ремонті [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 9]. Та навіть з переходом на автомобілі станція швидкої допомоги не могла впоратися з обслуговуванням населення віддалених районів міста. Тому міськрада дедалі частіше наголошувала на необхідності створення на додаток до центральної станції швидкої допомоги ще й районних станцій [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 102, арк. 24].

Забезпеченість лікарськими засобами

У перші роки радянської влади особливо велика увага приділялася забезпеченню населення лікарськими засобами. У відповідності з основними програмними положеннями більшовиків, медична допомога населенню мала бути загальнодоступною, кваліфікованою та безплатною. Тому вважалося, що покращення такої допомоги не станеться, допоки аптеки перебуватимуть у приватній власності. Із цих міркувань існуючі приватні аптечні заклади 14 березня 1920 року рішенням Раднаркому УСРР були націоналізовані [67, с. 263]. Невдовзі націоналізували оптичні склади та магазини, а запаси оптичних приладів, які були у приватній власності, рекомендувалося здавати органам охорони здоров'я [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 2, арк. 49]. Губвиконком визначив, що при «масових трусах» (обшуках) не буде конфісковано медичний інструментарій, якщо ним лікар користується для обслуговування Червоної Армії або пролетаріату. В інших випадках, якщо є підозра на спекуляцію майном, воно буде конфісковане на користь губздороввідділу [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 98, арк. 3]. Якщо ж лікар не здав медичні інструменти до губздороввідділу і при обшуку їх знайшли, то справа передавалася до ревтрибуналу (наприклад, справа Лівшица у 1921 році) [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 380, арк. 37]. Громадянська війна, розруха, люті епідемії, висока смертність призвели до того, що кількість аптек значно скоротилася. Медикаментів, предметів догляду за хворими, медичного обладнання лікарні не отримували, хоча центральний склад був опечатаний більшовиками ще у 1918 році [66, с. 27]. Щоб якось поліпшити ситуацію з медикаментами, Всеукрревком був змушений ухвалити постанову про примусове вилучення медикаментів у населення та заборону їх вивезення за межі України [355, с. 127]. Тоді багато власників аптек не бажали втрачати свою справу й тікали за кордон разом із запасами ліків, а деякі просто псували аптечне майно, аби воно не дісталось новій владі.

Керували аптеками відповідні структури губернського відділу охорони здоров'я. Разом з іншими підвідділами при губздорові

був організований і фармацевтичний підвідділ. Його завданням стала організація лікувальної допомоги населенню Харківської губернії. Склався фармацевтичний підвідділ з відділень медичного постачання, контрольно-організаційного та розрахунково-бухгалтерського. Відділення медичного постачання отримувало і розподіляло медико-санітарне майно, контролювало роботу всіх аптек та аптечних сховищ. На кінець 1920 року підвідділ керував 27 аптеками нормального типу, 3 аптеками робітничого відділення, 11 аптеками при лікарнях, 1 аптекою при медичній дільниці та 1 аптекою на евакопункті. Йому були підпорядковані також губернське аптечне сховище та два розподільники. Особливу увагу підвідділ приділяв забезпеченню лікарськими засобами робітничих районів. З ініціативи фармацевтичного підвідділу центральні аптеки міста були переведені на околиці, де проживали переважно робітники. Та незважаючи на такі досить рішучі позитивні дії, робітництво все одно не отримувало ліки в достатній кількості через нерегулярність надходжень від центру, тобто НКОЗу [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 84, арк. 25–26].

В 1922 році при нечисленних робітничих поліклініках та лікарнях почали працювати «єдині» аптеки, в яких зберігалося безкоштовне обслуговування (щоправда, виключно для застрахованих робітників та службовців), тоді як в інших аптеках, об'єднаних під керівництвом Медторгу, вводилася платність ліків [355, с. 128]. Відкриття ж нових нелікарняних аптек взагалі заборонялося.

Із впровадженням непу нелікарняні аптеки були переведені на госпрозрахунок. 1922 року таких аптек у місті налічувалося вже 17, і вони мали неабияку популярність. Адже на початку десятиліття навіть застраховані робітники не завжди могли придбати в робітничих аптеках елементарні ліки, оскільки аптечні заклади забезпечувалися медикаментами в недостатніх обсягах [54, ф. Р-203, оп. 1, спр. 584, арк. 20]. Причиною стала руйнація і без того мізерного хіміко-фармацевтичного виробництва в республіці. Так, саліцилово-хлороформний завод та Катеринославська йодна станція, створені під час Першої світової війни, були законсерво-

вані. Бракувало навіть таких простих ліків, як бертолетова сіль, борна кислота, йодоформ, камфорна та касторова олії. Внаслідок затримки асигнувань постачання аптек страхової медицини катастрофічно погіршилося. Робітники були фактично позбавлені можливості користуватися безкоштовними ліками [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 195, арк. 14].

Харкову, як столичному центру, пощастило зі створенням тут найбільшої в УСРР зразкової аптеки при 1-й робітничій поліклініці, де працювали 46 кваліфікованих фармацевтів, які щодобово виготовляли до тисячі семисот одиниць ліків. Однак існування цієї аптеки не рятувало ситуацію. Постачання багатьох «ходових» ліків зазнавало перебоїв.

У 1920 році спробою налагодити виробництво медикаментів стало створення в Харкові Українського інституту експериментальної фармації, однак його робота не дала відчутних результатів, оскільки він не мав необхідного матеріально-технічного й кадрового забезпечення. Штат цієї організації складався лише з одного професора (засновника інституту О.Д. Розенфельда) та чотирьох лаборантів. Звісно, що за таких обставин на передові розробки в галузі фармації сподіватися не доводилось. Справжня діяльність інституту розпочалася тільки з 1925 року.

У зв'язку з тим, що певна кількість ліків надходила з-за кордону, а закордонні фірми намагалися реалізувати неякісну продукцію, при двадцяти харківських аптеках були відкриті контрольно-аналітичні пункти. Їх робота дозволила значно знизити кількість неякісних ліків на полицях аптек.

У листопаді 1923 року Раднарком УСРР прийняв постанову, якою дозволяв НКОЗу відкривати госпрозрахункові аптечні заклади. Але водночас зберігалася сувора система централізованого управління. Найнижча ланка — аптека — була позбавлена права розпоряджатися своїми коштами і одержувала товар «згорі», а не той, який би замовила сама. Ціни, які фіксувалися державою, в жодному разі не можна було змінювати, бо це кваліфікувалося як кримінальний злочин та суворо каралося. Така ситуація дала поштовх до існування «чорного» ринку медикаментів, де поряд з

дефіцитними ліками легко було натрапити на плацебо чи фальсифікат.

Лікарняні аптеки, як правило, не мали відповідних приміщень, достатньої кількості коштів для устаткування, а також необхідних медикаментів. Особливо гостро постала проблема кваліфікованих кадрів. Штати лікарняних аптек склалися переважно з фельдшерів, акушерок, а іноді й осіб, які зовсім не мали медичного фаху. Через це вони часто-густо відпускали одні ліки замість інших або порожню тару замість мікстури [356, с. 19]. Такі прикря випадки, на жаль, не були поодинокими, тому окрінспектура охорони здоров'я постійно радила аптекоуправлінню посилити трудову дисципліну й запровадити систему штрафів за подібні «помилки» і навіть ставити питання про звільнення працівників [357, с. 11–12; 358, с. 21]. Але зарадити справі мала не система штрафів та покарань, а підвищення кваліфікації працівників аптек. У 1928 році окружний інспектор охорони здоров'я С. Саратіков своїм розпорядженням наказував «негайно приступити до втілення у життя заміни некваліфікованих працівників кваліфікованими». Можливість залишитися на роботі в аптеці була надана тим особам, які вступили на фармацевтичні курси або мали аптечний стаж не менше п'яти років [359, с. 28]. Навчання на цих курсах тривало два роки, слухачі отримували стипендію від НКОЗу [там само, с. 28].

Погіршення фінансування медицини у 1925/1926 році позбавляло населення безкоштовних лікарських засобів [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 195, арк. 14]. Для вирішення цієї проблеми було організовано додатковий відпуск ліків для закладів, що утримувалися на міському бюджеті, із платних, госпрозрахункових аптек [151, с. 37]. Проте безкоштовно їх видавали не всім пацієнтам. За затвердженими «Правилами...», таке право мали певні категорії населення:

А) у випадках стаціонарного лікування — усі групи населення на весь час перебування хворого в лікувальних установах;

Б) у випадках амбулаторного лікування: 1 — застраховані та групи населення, що прирівнюються до них; 2 — військовослуж-

бовці та члени їх сімей; 3 — особи, що перебувають на соцзабезпеченні, та члени їх сімей; 4 — діти віком до 15 років включно; 5 — усі хворі під час надання їм швидкої медичної допомоги та гостроінфекційні хворі;

В) у випадках одержання медичної допомоги вдома: 1 — всі застраховані хворі; 2 — всі незастраховані, які перелічені в розділі «Б»; 3 — всі хворі, яким надано меддопомогу вдома, та гостроінфекційні [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 195, арк. 45].

Для кращої забезпеченості населення лікарськими засобами частину ліків (які дозволялося відпускати без рецепта) продавали через магазини санітарної гігієни [360, с. 8].

Варто зазначити: сподівання більшовиків на те, що госпрозрахункові аптеки спорожніють, а згодом і збанкрутують, не виправдалися. Навпаки, із впровадженням непу справи цих закладів покращувалися і фінансово, і кадрово — фахівці перейшли туди працювати, бо їм платили більше [361, с. 10–11]. Отже, не вдалося більшовикам налагодити цілком безкоштовне забезпечення населення лікарськими засобами.

У 1927 році, за десять років після більшовицької революції, місто обслуговували 55 аптек, які були розташовані в різних частинах Харкова. Зважаючи на чисельність харківського населення (412824 особи), підраховуємо: на одну аптеку в середньому припадало 7506 осіб, що було більше за дореволюційний рівень (1910 року в місті працювало 35 аптек, проте на одну аптеку припадало 6710 осіб) [328, с. 328]. За 1927 рік було відпущено ліків на 3 мільйони 642 тисячі 860 рецептів. Основну масу ліків відпускали безкоштовно аптеки при лікарнях, поліклініках, амбулаторіях. Масова частка таких аптек становила 78 %, існували вони на державному бюджеті, місцевому бюджеті та бюджеті фонду страхової медицини. Решту 22 % становили платні аптеки, що обслуговували незастраховану частину населення та застрахованих осіб у випадках, коли певних ліків не було в наявності у безплатних аптеках [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 105, арк. 20]. Платні аптеки належали аптекоуправлінню і працювали на самооплатності. Часто траплялося, що аптека, де необхідні ліки видавали безкоштовно,

знаходилася в іншому кінці міста, а поблизу свого помешкання харківський робітник міг їх тільки купити [54, ф. Р-855, оп. 1, спр. 47, арк. 196]. Тому з грудня 1927 року застрахованим особам за рецептами безкоштовно мали відпускати ліки в усіх аптеках Харкова. А застрахованими особами на той час були всі робітники та радянські службовці, тобто переважна частина харків'ян. І в цьому полягало головне досягнення радянської системи забезпечення населення лікарськими засобами за перше десятиліття влади більшовиків.

ВИСНОВКИ

Охорона здоров'я в Харкові має багаторічну історію, вивчення якої становить для нас неабиякий інтерес. Вона допомагає краще зрозуміти підґрунтя тих чудових досягнень, яких домоглися харків'яни, глибше осмислити шляхи й закономірності розвитку охорони здоров'я в нашій країні, щоб втілити найкращі напрацювання у практику сьогодення.

Встановлено, що фактично радянська охорона здоров'я в Харкові починається з грудня 1919 року, коли наше місто було визволене від білогвардійців та остаточно зайняте радянськими частинами. У цей період сфера охорони здоров'я перебувала в глибокій кризі з декількох причин.

По-перше, лікарні, що існували тоді в Харкові, майже не забезпечувалися медикаментами. На заваді стали громадянська війна та господарська розруха в країні.

По-друге, ці обставини значно погіршили санітарний стан міста, що створило епідемічне середовище.

По-третє, бракувало медичних кадрів. Лікарі, які перебували на державній службі, здебільшого були відправлені на фронт, а в тилу їх залишалося катастрофічно мало. Значна кількість приватних лікарів та фармацевтів емігрувала. Особливо масовим був відтік кадрів тоді, коли радянська влада оголосила про націоналізацію всіх медичних закладів та військову зобов'язаність медичного персоналу — як державного так і приватного.

Вищенаведені чинники спричинили значні труднощі в становленні радянської охорони здоров'я, тому нове керівництво негайно взялося за їх подолання. Передусім більшовики прагнули створити власну систему охорони здоров'я, засновану на ідеях марксизму-ленінізму. Дорадянська медицина не тільки в Харкові, а взагалі по всій Російській імперії, не склалася як система. Це більшовиків не влаштовувало. До того ж засади, на

яких базувалась охорона здоров'я за царату, суперечила їх переконанням. Фундатори радянської медицини мріяли розбудувати її по-новому, на принципах науковості, плановості, безоплатності, загальнодоступності кваліфікованої медичної допомоги, пріоритетності профілактичного напрямку, широкого залучення громадськості до охорони здоров'я народу.

Для розв'язання проблем галузі радянське керівництво насамперед створило розлогу систему управління. Відповідні підрозділи були створені і в Харкові. До того ж у столицю радянської України перемістилися республіканські органи управління, зокрема Наркомздоров'я, що, безумовно, позначилось на міській сфері охорони здоров'я. У свою чергу, Харків став піонером втілення нових ідей як в управлінні, так і в медичній науці. Харківський губздороввідділ був розгалуженою структурою, яка охоплювала всі складові оздоровчої справи у місті.

На початку свого функціонування система була налаштована на вирішення суто організаційних проблем. До цього залучалися, як правило, медики, які працювали в сфері управління галуззю. Однак незабаром, коли загал лікувальних закладів здобув єдине керівництво, до управління медичними установами широко долучилися робітничі маси. Вони реалізовували свої запити через профспілки, які встановили безпосередній зв'язок з медиками, — переважна більшість великих підприємств була закріплена за певними лікарнями. А згодом і деякі заводи-гіганти змогли утримувати для своїх робітників поліклініки, лікарні та санаторії. На початку 20-х років відбулось формування цього ланцюжка «робітник–профспілка–лікувальний заклад», який остаточно оформився вже після Другої світової війни. Взагалі, широка участь громадськості стала візитною картою радянської охорони здоров'я. Керівництво нею, як і всіма іншими сферами радянської системи, здійснювали партійні організації, і не тільки через профспілки, а й через ради всіх рівнів, комсомол, різні громадські організації. Профспілки ж практично «замкнули» на собі організацію санаторно-курортного лікуван-

ня трудящих — практично нового для України виду медичної допомоги, що набув розвитку в наступні десятиліття.

Щодо становлення системи фінансування медичної галузі, то почалося воно з формування цілісної мережі лікувальних закладів, що були націоналізовані. Хронологічно це припадає на початок 20-х років та економічну політику «воєнного комунізму». Охорона здоров'я тоді фінансувалася виключно з державного бюджету, що цілком відповідало переконанням ідеологів соціалістичної медицини. З уведенням непу можливість утримувати державним коштом абсолютно всі лікарські установи зникла і переважна їх більшість була переведена на місцевий бюджет, зовсім не готовий до такого навантаження. 1921–1922 роки стали періодом пошуку джерел для фінансування мережі; в результаті відбулось скорочення штатів, зменшення кількості ліжок та значне погіршення якості медичного обслуговування. Щоб підтримати хоча б залишки мережі, було створено Уплатлік — відділ керівництва платними лікарнями. Як свідчить статистика, платні лікарні мали доволі високу кількість відвідувачів, тобто існування платної мережі було виправдане попитом населення міста. За можливості їх фінансування такі лікарні переводили на бюджет, але позбутися платної медичної допомоги повністю керівництво не змогло. На початку 30-х років навіть з'явилося окреме Управління платними лікувальними закладами. Це свідчить про неспроможність тогочасної влади забезпечити безкоштовною медичною допомогою все населення. Хоча радянська держава, у власності якої перебували платні лікувальні заклади, забезпечила в них цілком пристойний рівень медичного обслуговування населення.

Окрім медичних установ, що фінансувалися з бюджетів різних рівнів та коштами пацієнтів, були й інші, наприклад, такі, що існували за рахунок громадських організацій (переважно профспілковій санаторії). Але в Харкові їх було не так багато, щоб профспілкове (чи будь-яке інше) фінансування могло мати вирішальне значення в становленні охорони здоров'я міста.

Інша справа — медичне страхування. Часом воно сприяло матеріальному забезпеченню харківської медицини. Виборовши владу, більшовики спробували використати для перетворення охорони здоров'я лікарняні каси, які відігравали значну роль у медичному обслуговуванні робітничого населення, зокрема у порятунку міста від страшних епідемій. Проте їх керівництво виявилось не надто лояльним до більшовицької диктатури, і влада заборонила діяльність лікарняних кас. Натомість розгорнула діяльність так звана робітнича медицина, що не дуже «вписувалася» в «семашківську» модель. Адже та передбачала рівні можливості для всіх членів суспільства в отриманні медичної допомоги, а принцип єдності виключав відмінності в елементах системи (організації керівництва, фінансуванні, кадровому забезпеченні тощо) для різних категорій населення. Робмед же надавав значні переваги в медичному обслуговуванні робітничому класові. Робмедівські лікарні мали потужну матеріальну базу, найкраще забезпечення медичними препаратами, якісні ліжка, кваліфіковані медичні кадри, а звичайні лікарні при цьому потерпали від недофінансування. Захисники Робмеду посилалися на ленінське вчення про диктатуру пролетаріату, яка є перехідним періодом від капіталізму до соціалізму; а держава такого періоду, мовляв, не передбачає соціальної рівності всіх членів суспільства, що в радянській країні було закріплено конституційно; отже, привілеї робітничого класу доби диктатури пролетаріату в усіх сферах суспільного життя (зокрема в охороні здоров'я) цілком обґрунтовані. Їхні опоненти наголошували на тому, що страхова медицина, покладена в основу Робмеду, відповідає ринковим економічним відносинам, відтак є пережитком буржуазного ладу, а її нетривале існування уможливили тільки умови непу. Згорання нової економічної політики поставило крапку на Робмеді, що цілком відповідало реаліям тогочасного суспільного розвитку. Проте сьогодні, в умовах руйнації «системи Семашка», перехід до страхової медицини переважна більшість фахівців вважає перспективним шляхом для України. І тут може прислужитися робмедівський досвід

створення потужного страхового фонду, який би наповнювався головню за рахунок роботодавців, а не з кишень найманих працівників. Лише тоді, коли працююча людина зможе за страхові кошти відновлювати своє здоров'я, ми зможемо говорити про певні успіхи у цій сфері.

Важливим рушієм охорони здоров'я є її кадрова забезпеченість. У цьому відношенні Харків опинився на початку 20-х років у скрутному становищі. Смуга війн і революцій вдвічі скоротила лікарський корпус міста. З одного боку, в лікарнях не вистачало лікарів, медсестер, санітарок, а з іншого, — медики утворили доволі численну категорію на біржі праці. Такий дисбаланс був обумовлений невисокою заробітною платою медиків — фахівці просто не поспішали з працевлаштуванням, а шукали інші варіанти. Під час непу їм дозволили працювати приватно. Це дещо пом'якшило проблему медичних кадрів, але не вирішило її. Адже платня за візит до таких спеціалістів була високою, а матеріальні статки переважної більшості харків'ян — низькими. Згортання непу мало наслідком заборону приватної практики. Та на початку 30-х років проблему вдалося розв'язати й без «приватників». Значною мірою допомогло відновлення підготовки спеціалістів у медичних навчальних закладах міста з обов'язковим працевлаштуванням випускників. До того ж зміцніла економіка дозволила значно покращити матеріальне становище медперсоналу.

Війна, розруха, голод, відсутність елементарних санітарно-гігієнічних умов, міграція людей призвели на початку 20-х років до спалаху в Харкові епідемічних хвороб. Слід зазначити, що на боротьбу з епідеміями швидко налаштувався міський санітарно-епідеміологічний відділ, який складався переважно з лікарів «старої гвардії». Саме завдяки самовідданій роботі медиків за підтримки держави та громадськості наступ цих хвороб вдалося стримати, хоча навіть наприкінці досліджуваного періоду деякі з них ще давали високі показники.

Значної поширеності набули на початку 20-х років і соціальні захворювання — туберкульоз, венеризм, алкоголізм. Бага-

то харків'ян страждали на те чи інше соціальне захворювання, що дуже гальмувало розвиток здорового суспільства. На це була звернена особлива увага комуністичної партії, яку засвідчили відповідні постанови. Ситуація, що склалася, ставила перед медиками завдання щодо викорінення цих хвороб та запобігання їх розвитку в майбутньому. У боротьбі із соціальними захворюваннями було створено потужний альянс лікарів і жителів міста. Якщо медики надавали практичну допомогу хворим, то міська громада під керівництвом більшовицької держави та за її матеріальної підтримки здійснювала потужну інформаційно-роз'яснювальну роботу серед населення з питань поширення, лікування і профілактики соціальних хвороб. Організована державою широка санітарна просвіта населення — це безумовне надбання тих років. За царату санпросвіта з боку держави обмежувалася переважно випуском інформаційних листівок у періоди епідемій. А радянська країна не шкодувала грошей на подолання соціальних недуг. Українське і харківське керівництво серйозно займалося вирішенням гострих соціальних питань: будувало нові спеціалізовані лікарні й санаторії, покращувало побут харків'ян, якість їх харчування та відпочинку, розгортало житлове будівництво. Щодо туберкульозу, то створювалася найефективніша в недалекому майбутньому система протистояння йому. Щодо алкоголізму, то саме тоді вперше за історію України розпочалась боротьба із цією бідною на державному рівні. А приборкання проституції завдало відчутного удару по венеричних захворюваннях. І соціальні хвороби відступили.

У боротьбі з епідемічними та соціальними хворобами сформувався профілактичний напрям у радянській охороні здоров'я. Поліпшення соціально-економічних умов життя харків'ян, підвищення їхнього загальнокультурного рівня, санітарне впорядкування міста, вакцинація населення, робота профільних санаторно-курортних закладів, санітарна просвіта містян і діяльність санітарної міліції були елементами профілактичного розвитку медицини у 20-ті роки. Однією з важливих складових профілактичної роботи стала диспансеризація. До соціалістич-

ної революції профілактичних заходів у харківській охороні здоров'я майже не існувало (за винятком віспощення і обмеженої запобіжної практики під час епідемій), а диспансери тільки зароджувалися. Ці нововведення стали революційними у 20-ті роки. Диспансеризація населення була запроваджена як метод профілактики захворювань, їх діагностики та лікування. Реалізовували цей процес шляхом створення профільних диспансерів та лікування там певних категорій пацієнтів.

Моніторинг основних захворювань, центром якого стали диспансери, дозволяв збирати інформацію про поширеність хвороб, дані про хворих на різні недуги, а результати їх обробки допомагали у профілактиці цих недуг серед жителів міста.

Диспансеризація та профілактика були взяті на озброєння радянською медициною і успішно прижилися, тому значення виникнення та розвитку їх у 20-х роках важко переоцінити. Ці елементи, на превеликий жаль, тепер забуті, а могли б стати у пригоді. За роки незалежності України профілактично-оздоровча справа занепала. Однак у 2010 році Верховна Рада затвердила програму первинної медико-санітарної допомоги населенню, за якою профілактика має стати щорічною та обов'язковою. Тож будемо сподіватися на позитивні зрушення, які поки що викладені тільки на папері і чекають свого втілення.

Якщо розглядати спеціалізовану медичну допомогу, то, з нашої точки зору, найбільших здобутків у досліджуваний період вдалося досягти в царині охорони материнства і дитинства. Охматдит радянського зразка був новою, раніше не відомою структурою, а обсяг і ефективність роботи з матерями та дітьми — просто вражають. Якщо до революції існувала лише консультація «Крапля молока», яка пропонувала консультативну допомогу матері на перших порах життя її немовляти, то за радянської влади охорона здоров'я матері та дитини контролювалася на всіх етапах — від ведення вагітності до досягнення дитиною віку 14 років (надалі нею вже опікувалися лікарні для дорослих). Охматдит надавав консультативну, діагностич-

ну, лікувальну, оздоровчу допомогу матері та дитині. Вперше жінки почали користуватися медичною допомогою при пологах і відмовлятися від послуг сповитух. Зростали престиж і значущість гінекологічної допомоги, а над кожною новонародженою дитиною встановлювався патронат. Такого рівня опіки населення ще не знало. Ми й тепер, говорячи про пологову відпустку для жінки, послуговуємось на побутовому рівні терміном тих часів — «декретна відпустка». Завдяки комплексу заходів, розроблених і запроваджених радянською владою, вдалося значно знизити рівень дитячої смертності та піднести турботу про здоров'я жінки.

Підсумовуючи висловлені думки, маємо наголосити, що більшовикам вдалося подолати безсистемність медицини, що стало одним з головних надбань радянської охорони здоров'я. Співна ця система проявилася вже після Великої Вітчизняної війни, але у 20-ті — на початку 30-х років були закладені її підвалини. Той невеликий відтинок часу дав потужний імпульс якісному розвитку радянської системи охорони здоров'я, яка багато десятиліть вважалася однією з найкращих у світі. Проте «семашківська» система могла ефективно діяти тільки при соціалістичній економіці, тому сьогодні вона деградувала. Та не варто лити за нею «крокодилові сльози», потрібно скористатися її здобутками в сучасних умовах.

Головні досягнення радянських медиків заслуговують не лише на відтворення в історичній пам'яті покоління, а й на подальше дослідження та застосування в практиці сьогодення. Історія свідчить, що становлення і розвиток радянської системи охорони здоров'я були справою декількох поколінь українських лікарів та науковців. Відмовитися від такої потужної теоретичної та прикладної спадщини сьогодні — легковажний крок. Як позитивний досвід минулого, так і помилки слід використати при виробленні сучасної державної політики України у сфері охорони здоров'я та її реформуванні в умовах ринкової економіки. З огляду на сучасний стан здоров'я громадян Украї-

ни, творче застосування досвіду минулого має бути активним і ефективним.

На підставі вивчення харківського періоду розвитку радянської охорони здоров'я впевнено можна стверджувати такі його здобутки, як системність, профілактика, охорона материнства і дитинства, дільничність, диспансеризація, перемоги в боротьбі із соціальними та епідемічними хворобами, широке залучення громадськості до оздоровчої діяльності. Вважаємо, що цей перелік «добрих справ» невдовзі збагатиться завдяки новим дослідженням проблеми.

ДОДАТКИ

Додаток А 1
ТРИВАЛІСТЬ РОБОЧОГО ДНЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ХАРКОВА ЗА
ПРОФГРУПАМИ ТА СТАТТЮ У 1926 Р.

Тривалість робочого дня Профгрупи	Чоловіки				Жінки				Обидві статі						
	до 6 год	7-8 год	9-10 год	понад 10 год	до 6 год	7-8 год	9-10 год	понад 10 год	до 6 год	7-8 год	9-10 год	понад 10 год			
Лікари, абс. показн.	66	76	85	50	9	89	81	49	14	9	155	157	134	64	18
Лікари, віднос. показн.	23,0	26,7	29,7	17,5	3,1	36,8	33,5	20,2	5,8	3,7	29,4	29,7	25,4	12,1	3,4
Зубні лікарі, абс. показн.	9	6	1	-	-	44	5	1	-	1	53	11	2	-	1
Зубні лікарі, віднос. показн.	56,2	37,5	6,3	-	-	86,2	9,8	2,0	-	2,0	79,1	16,4	3,0	-	1,5
Фармацевти, абс. показн.	45	35	16	12	4	62	31	4	4	-	107	66	20	16	4
Фармацевти, віднос. показн.	40,1	31,3	14,3	10,7	3,6	61,4	30,6	4,0	4,0	-	50,2	31,0	9,4	7,5	1,9
Середній персонал, абс. показн.	44	38	7	1	2	210	123	33	18	34	254	161	40	19	36
Середній персонал, віднос. показн.	47,8	41,3	7,6	1,1	2,2	50,4	29,4	7,9	4,3	8,1	49,8	31,6	7,9	3,6	7,1
Молодший персонал, абс. показн.	3	194	18	8	9	18	508	44	49	48	21	702	62	57	57
Молодший персонал, віднос. показн.	1,3	83,7	7,7	3,4	3,9	2,7	76,2	6,6	7,3	7,2	2,4	78,1	6,9	6,3	6,3
Госп.-адм. персонал, абс. показн.	31	324	83	47	28	59	292	50	20	16	90	616	133	67	44
Госп.-адм. персонал, віднос. показн.	6,0	63,1	16,2	9,2	5,5	13,5	66,7	11,5	4,6	3,7	9,5	64,8	14,0	7,1	4,6
<i>Загалом, абс. показн.</i>	<i>798</i>	<i>673</i>	<i>210</i>	<i>118</i>	<i>52</i>	<i>482</i>	<i>1040</i>	<i>181</i>	<i>105</i>	<i>108</i>	<i>680</i>	<i>1713</i>	<i>391</i>	<i>223</i>	<i>160</i>
<i>Загалом, віднос. показн.</i>	<i>15,8</i>	<i>54,0</i>	<i>16,8</i>	<i>9,4</i>	<i>4,1</i>	<i>25,1</i>	<i>54,3</i>	<i>9,4</i>	<i>5,5</i>	<i>5,7</i>	<i>21,5</i>	<i>54,1</i>	<i>12,3</i>	<i>7,0</i>	<i>5,1</i>

Додаток А 2
СУМІСНИЦТВО ЛІКАРІВ СТАНОМ НА 1 СІЧНЯ 1924 Р.

Назва спеціальності	Сумісництво на 2-х посадах	Сумісництво на 3-х посадах	Сумісництво на 4-х посадах	Усіх сумісників
Терапевт	37	6	-	43
Хірург	21	6	-	27
Венеролог	7	2	-	9
Педіатр	12	2	-	14
Рентгенолог	8	2	-	10
Окуліст	7	2	2	11
ЛОР	5	4	-	9
Санітарний	4	-	-	4
Гінеколог	12	4	-	16
Психіатр	10	5	1	16
Судовий	1	1	-	2
<i>Загалом</i>	<i>124</i>	<i>34</i>	<i>3</i>	<i>161</i>

Додаток А 3
ТАКСА ЗА ЛІКУВАННЯ В САНАТОРІЯХ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ
(ПОЧАТОК 30-х рр.)

Соціальний стан хворих	Їхній заробіток, крб	Вартість 1 ліжко-місця на 30 днів
Робітники підприємств	До 210	210
Службовці	До 150	210
Члени партії	Так само	210
Ударники за офіційною книжкою	Так само	210
Червоноармійці та партизани	Так само	210
Установи та організації – за власний кошт, за договором	Так само	210
Робітники підприємств	Понад 210	240
Службовці	151-250	240
Кустарі кооперативні	До 250	240
Службовці та кооперативні кустарі	250-350	270
Службовці та кооперативні кустарі	Понад 350	300

Додаток А 4**ВАРТІСТЬ ПОСЛУГ ПОЛІКЛІНІЧНОЇ МЕДДОПОМОГИ
МЕРЕЖІ УПЛАТЛІКУ (З 22 БЕРЕЗНЯ 1932 р.)**

Назва процедури	Вартість, крб
Прийом у лікаря	2
Порада консультанта	3
Маніпуляція від середнього медперсоналу	1
Проста амбулаторна операція під анестезією	3
Складна амбулаторна операція під анестезією	5
Велика перев'язка	3
Будь-яка електропроцедура – за сеанс	2
Виклик консультанта додому	10
Виклик лікаря додому (вдень та вночі)	5
Виклик середнього медперсоналу (вдень)	2
Добове чергування медсестри (харчування за рахунок хворого)	15
Примітка: для непрацюючих доплата 50 %	

Додаток А 5**ВАРТІСТЬ ЗУБОЛІКУВАННЯ У МЕРЕЖІ УПЛАТЛІКУ
(З 1932 р.)**

Назва процедури	Вартість, крб
Прийом у зублікаря	2
Пломба без лікування	3
Пломба з лікуванням	5
Екстракція без наркозу	3
Екстракція з наркозом	5
Зуб на гумі передній	6
Зуб на гумі корінний	3
Чистка зубів	3
Лікування зубів	5

Додаток А 6**ВАРТІСТЬ СТАЦІОНАРНОЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ
У МЕРЕЖІ УПЛАТЛІКУ**

Для працюючих – від загального доходу родини, крб	Сплачують за 1 ліжко-день, крб
До 50	3
Від 51 до 75	4
Від 76 до 100	5
Від 101 до 150	6
Від 151 до 200	7
Від 201 до 250	8
Від 251 до 300	9
Від 301 до 400	10
Від 401 до 500	11
Від 501 і вище	12
Для непрацюючих	15

Додаток А 7**МЕРЕЖА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ
МІСТА ХАРКОВА У 1929 р.**

Назва закладу	Станом на 01.1929 року
Лікарні та інші стаціонари	22
Кількість ліжок у стаціонарах	2151
Амбулаторії, поліклініки, поліклінічні відділення	14
Тубдиспансери, кабінети	7
Вендиспансери, кабінети	3
Дитячі та жіночі консультації	16
Здоров'я пункти на виробництві	16
Дитячі ясла	46
Дитячі санаторії	6
Молочні кухні	5
Станції швидкої допомоги	2
Санепідемстанції	1
Дезстанції	1
Будинки санітарної просвіти	1
Загальна кількість лікарів	1066

Додаток А 8**ЛІКАРНІ ХАРКОВА СТАНОМ НА 1920 РІК
ТА КІЛЬКІСТЬ ЛІЖОК У НИХ**

Назва	Штатна кількість ліжок
1-ша радянська лікарня	550
2-га радлікарня	950
3-тя радлікарня	70
4-та радлікарня (Сабурова дача)	1200
5-та радлікарня (в мин. Кропоткіна)	140
6-та радлікарня (в мин. Єленінська)	70
7-ма радлікарня (в мин. Дитяча венерична)	130
8-ма радлікарня (в мин. Дитяча шкірна)	100
9-та радлікарня (в мин. Лікарня Червоного Хреста)	175
10-та радлікарня (в мин. Ортопедичний Інститут)	210
11-та радлікарня (в мин. Гіршмана)	90
12-та радлікарня (в мин. Холодногірська)	50
13-та радлікарня (в мин. Трудівників армян)	Немає даних
14-та радлікарня (в мин. Допомоги породіллям)	Немає даних
15-та радлікарня (в мин. Основ'янський шпиталь)	300
16-та радлікарня (в мин. Ізолятор №1)	250
17-та радлікарня (в мин. Ізолятор №3)	Немає даних
18-та радлікарня (в мин. Барак при ХПЗ)	75
19-та радлікарня	50
20-та радлікарня	120
21-ша радлікарня	50
1-ша туберкульозна лікарня	20
2-га туберкульозна лікарня	11

Додаток А 9**СПИСОК ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ, ПІДВІДОМЧИХ
ПІДВІДІЛОВІ ЛІКУВАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ
ГУБЗДОРОВВІДІЛУ СТАНОМ НА 1920 РІК**

№ з/п	Назва лікувального закладу	Адреса
<i>Лікарні</i>		
1	1-ша радянська лікарня	вул. Благовіщенська, 25
2	2-га радянська лікарня	вул. Корсиківська, 35
3	3-тя радянська лікарня	вул. Благовіщенська, 10
4	4-та радянська лікарня імені Свердлова	вул. Конюшенна, 34
5	5-та радянська лікарня (дитяча)	вул. Дворянська, 11
6	6-та радянська лікарня	на розі Спиридонівської та Надеждинської
7	7-ма дитяча лікарня (венерична)	вул. Конюшенна, 22
8	8-ма радянська лікарня (дитяча шкірна)	вул. Клочківська, 2
9	9-та радянська лікарня (1-й хірургічний шпиталь)	Вознесенська площа, 5
10	10-та радянська лікарня (ортопедичний інститут)	на розі Різв'яної та Благовіщенської
11	11-та радянська лікарня (очна імені Гіршмана)	вул. Шевченківська, 12
12	12-та радянська лікарня (Холодногірська лікарня)	вул. Катеринославська, 152
13	13-та радянська лікарня	вул. Вознесенська, 5
14	14-та радянська лікарня (допомога породіллям)	Мала Гончарівка, 19
15	15-та радянська лікарня (Основ'янський шпиталь)	Велика Основа
16	16-та радянська лікарня (ізолятор №1)	вул. Благовіщенська, 17
17	17-та радянська лікарня (ізолятор №3)	Технологічний інститут
18	18-та радянська лікарня (барак при лікарні ХПЗ)	вул. Плехановська, 126
19	19-та радянська лікарня	Балашовський вокзал
20	Університетська клініка	Харитоненківський пров.
21	Пологова лікарня	вул. Старо-Московська, 105

<i>Амбулаторії</i>		
1	1-ша медична дільниця	вул. Зміївська, 49
2	2-га медична дільниця	вул. Кладовищенська, 4
3	3-тя медична дільниця	Воскресенський пров., 4
4	4-та медична дільниця	Велика Панасівка, 24
5	5-та медична дільниця	вул. Старо-Московська, 78
6	6-та медична дільниця	Журавлівка, 14
7	7-ма медична дільниця	вул. Пушкінська, 14
8	8-ма медична дільниця	вул. Пушкінська, 7
9	9-та медична дільниця	вул. Клочківська, 62
10	10-та медична дільниця	вул. К. Лібкнехта, 70
11	11-та медична дільниця	вул. Черноглазівська, 14
12	Дитяча гінекологічна амбулаторія	вул. Колодязна, 18
13	Гарнізонна амбулаторія	Вознесенська площа, 5
14	Амбулаторія на Лисій Горі	вул. Черкаська, 12
15	Амбулаторія при 1-му селянському будинку	Павлівська площа
16	Амбулаторія при Губодязі	вул. Різдяна, 12
<i>Венеричні амбулаторії</i>		
17	1-ша радянська венерична «лічебниця»	Троїцький провулок, 2
<i>Туберкульозні амбулаторії</i>		
18	1-ша туберкульозна «лічебниця»	Вознесенська площа, 12
19	2-га туберкульозна «лічебниця»	вул. Пушкінська, 6
<i>Зубні амбулаторії</i>		
20	1-ша міська зубна амбулаторія	Вірменський пров., 3
21	2-га міська зубна амбулаторія	вул. Катеринославська, 21
22	3-тя міська зубна амбулаторія	вул. Котляревська
23	4-та міська зубна амбулаторія	вул. Журавлівська, 54
24	5-та міська зубна амбулаторія	вул. Петинська, 71
25	6-та міська зубна амбулаторія	вул. Черноглазівська, 14
26	7-ма міська зубна амбулаторія	вул. Клочківська, 55
<i>Шкільні амбулаторії</i>		
27	1-ша шкільна амбулаторія	вул. Ветеринарна, 26
28	2-га шкільна амбулаторія	Михайлівський провулок, 10
29	3-тя шкільна амбулаторія	вул. Мало-Панасівська, 35

30	4-та шкільна амбулаторія	Павлова дача, провулок Павлівський при 12-й школі
31	5-та шкільна амбулаторія	вул. Батуринська, 25
32	6-та шкільна амбулаторія	вул. Катеринославська, 151
<i>Консультації з питань материнства й дитинства</i>		
1	Консультація №2	вул. Куликовська, 12
2	Консультація №3	вул. Журавлівська, 8
3	Консультація №4	вул. Петинська, 21
4	Консультація №5	вул. Кладовищенська, 59
<i>Санаторії</i>		
1	Дергачівський	село Дергачі
2	Санаторій «Ріпки»	село Ріпки
3	Санаторій для дітей, хворих на кістковий туберкульоз	вул. Пушкінська, 96

Додаток А 10
ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗНІ ДИСПАНСЕРИ М. ХАРКОВА
СТАНОМ НА 1931 р.

№ з/п	Назва диспансеру	Місце знаходження	Характер диспансеру	Райони, які обслуговує
1	Центральний ім. Р. Коха	площа Феєрбаха, 12	відкритий	Нечинсько-Воскресенський, Зайківка, Іскринський, Старо-Московський
2	Нагірний	вул. Карла Лібкнехта, 52	відкритий	Нагірний, Журавлівка, Піски
3	Робітничий при Інституті Робмеду	вул. Свердлова, 34	закритий (прийом тільки застрахованих)	Центральний, Панасівка, Катаринославсько-Благовіщенський, Гончарівка, Москалівка
4	Залізничний	вул. Мало-Панасівська, 35	закритий (прийом тільки транспортників)	по всьому місту
5	Робітничий при 3-й робітничій поліклініці	вул. Корсиківська, 35	закритий (прийом тільки застрахованих)	Павлова дача, Качанівка, Паровозобудівний, Сабурова дача, Урал, Чутуївка
6	Студентський	вул. Садово-Кульковська, 6	закритий (прийом тільки студентів)	по всьому місту
7	Холодногірський	вул. Свердлова, 152	відкритий	Ліса Гора, Холодна Гора, Новоселівка
8	Ново-Баварський	за містом, р-н Нової Баварії	відкритий	приміські райони

Додаток А 11
ЕПІДЕМІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В ХАРКОВІ
У 1921 РОЦІ (ПО МІСЯЦЯХ)

Місяць \ Захворювання										
	Холера	Висипний тиф	Черевний тиф	Поворотний тиф	Нез'ясований тиф	Дизентерія	Кір	Скарлатина	Дифтерія	Віспа
січень	-	307	179	265	316	10	96	19	26	27
лютий	-	323	114	341	182	3	124	13	16	20
березень	-	329	109	257	234	11	94	12	20	25
квітень	5	292	49	179	213	15	85	21	27	19
травень	56	210	52	238	372	31	119	39	29	15
червень	619	62	95	150	213	158	95	30	19	6
липень	650	35	309	117	219	147	76	59	28	10
серпень	193	35	530	122	189	78	77	103	21	6
вересень	51	29	464	83	215	83	23	118	69	5
жовтень	28	55	296	84	286	73	84	157	44	-
листопад	20	178	188	362	491	48	43	44	32	2
грудень	5	385	173	395	608	31	153	42	23	4
<i>Загалом</i>	1627	2320	2558	2593	3538	688	1069	657	354	139

Додаток А 12
ФІНАНСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ МІСТА
У ПЕРШІЙ ПОЛОВИНІ 30-х РОКІВ

Рік	Джерело фінансування	Асигнування, тис. крб
1932	Місцевий бюджет	10503,4
	Кошти Соцстраху	15987,7
	Інші джерела	567,3
1933	Місцевий бюджет	11773,0
	Кошти Соцстраху	16657,3
	Інші джерела	3031,7
1934	Місцевий бюджет	16313,9
	Кошти Соцстраху	20379,0
	Інші джерела	1808,7

Додаток А 13**ПОРІВНЯННЯ ПОТРЕБ ДИТЯЧИХ БУДИНКІВ ТА ШКІЛ
У РЕМОНТІ В 1924 РОЦІ**

Дитбудинки	Школи
Побілити – 95%	Побілити – 98%
Вставити скло – 65%	Вставити скло – 40%
Відремонтувати туалети – 50%	Відремонтувати туалети – 12%
Відремонтувати дах – 30%	Відремонтувати дах – 25%
Відремонтувати водопровід – 30%	
Відремонтувати підлогу – 10%	

Додаток А 14**ПОШИРЕНІСТЬ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ
ПО ХАРКОВУ У 1925–1926 рр.**

407,6	Населення, тис.	Т и ф и				
		висипний	поворотний	черевний	нез'ясований	паратиф
55						Різачка
115						Вісла натуральна
452						Скарлатина
23						Обклад та круп
16						Кіп
113						Кашлок
-						Інфлуенца
3579						Мізковія летаргічна
434						Опонія пошесна
750						Телій
177						Правець
2825						Сап
5						Трахома
21						Малярія
8						Гарячка породова
6						Сказ
-						
261						
1147						
-						
2						

Додаток А 15**ПОШИРЕНІСТЬ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ
ПО ХАРКОВУ У 1926–1927 рр.**

Населення, тис.		419,8
Тифи	висипний	21
	поворотний	59
	черевний	391
	нез'ясований	13
	паратиф	28
	Різачка	34
Вісла натуральна		-
Скарлатина		2949
Малярія		1232
Кіп		1648
Кашлок		272
Обклад та круп		636
Проказа		-
Мізковія летаргічна		7
Опонія пошесна		13
Сап		-
Телій		10
Сказ		1
Правець		6
Туберкульоз інших органів		10460
Туберкульоз легень		3779
Сифіліс		3689
М'якєць		419,8
Гонорея		21
Трахома		59
Інфлуєнца		391

Додаток А 16

ПОШИРЕНІСТЬ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ
ПО ХАРКОВУ У 1927–1928 рр.

Населення, тис		421,035
Т и ф и	черевний	533
	паратиф	24
	висипний	17
	поворотний	63
	нез'ясований	6
Віспа натуральна		1
Кір		4840
Скарлатина		2170
Кашлюк		821
Обклад та круп		608
Грип		24337
Різачка		42
Мізковивця летаргічна		5
Опонія пошисна		27
Телії		14
Сказ		1
Правець		8
Туберкульоз інших органів		7334
Туберкульоз легень		3295
Сифіліс		2503
М'якець		263
Гонорея		1861
Трахома		107
Короста		542
Проказа		1

Додаток А 17

РЕАЛЬНИЙ РОЗПОДІЛ ЖИТЛОВОЇ ПЛОЩІ ПО РАЙОНАХ
МІСТА У 1923 РОЦІ (ЗА НОРМИ 20 кв. арш. НА 1 ЛЮДИНУ)

№ з/п	Назва району	Кількість житлової площі, кв. арш. (м ²)
1	Нагірний	18,9 (9,5)
2	Старо-Московський	15,8 (7,9)
3	Гончарівський	14,8 (7,4)
4	Катеринославсько-Благовіщенський	14,4 (7,2)
5	Москалівський	11,9 (5,95)
6	Нетеченсько-Воскресенський	11,8 (5,9)
7	Холодногірський	11,3 (5,65)
8	Пісковський	11,0 (5,5)
6	Качанівський	11,0 (5,5)
10	Панасівський	10,7 (5,35)
11	Лисогірський	10,6 (5,3)
12	Чугуївський	10,6 (5,3)
13	Павлова дача	10,5 (5,25)
14	Іскринський	10,5 (5,25)
15	Середній	10,0 (5)
9	Журавлівський	10,0 (5)
17	Сабурова дача	9,6 (4,8)
18	Уральський	9,5 (4,75)
19	Паровозобудівний	9,3 (4,65)
20	Заїківський	9,3 (4,65)
12	Новоселівський	8,3 (4,15)

Додаток А 18**НОВИЙ ЖИТЛОВИЙ ФОНД ХАРКОВА,
ЗВЕДЕНИЙ У 1930–1934 рр.**

Вид будівлі	% від усього житлового фонду
Одноповерхові будівлі	Немає
Двоповерхові будівлі	43,7
Багатоповерхові будівлі	56,7
Капітальні споруди (кам'яних)	100
Нові будинки, приєднані до водогону	100
Нові будинки, приєднані до каналізації	100
Середня норма житлоплощі на 1 мешканця – 7,1 м ²	

Додаток А 19**ЗРОСТАННЯ КІЛЬКОСТІ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ
РОБІТНИЧОЇ МЕДИЦИНИ З 1922 ПО 1926 РОКИ**

Назва установи	На I кв. 1922	На I кв. 1924	На I кв. 1925	На I кв. 1926
Робітничі поліклініки	6	9	10	10
Амбулаторії	0	0	3	5
Рентгенкабінети	1	3	4	8
Консультації	0	7	10	11
Тубдиспансери	3	3	4	4
Вендиспансери	0	1	2	5
Аптеки	6	9	13	28
Лікарні	2	2	5	5
Районні лікарі	0	60	78	105

Додаток А 20**ПЛАНОВИЙ РОЗПОДІЛ КОШТІВ РОБІТНИЧОЇ МЕДИЦИНИ
(НА ПРИКЛАДІ 1922 РОКУ)**

Спрямування коштів	% від бюджету
На амбулаторно-поліклінічну допомогу	54,0
Ліжкове лікування	15,0
Відрахування Всеукраїнському запасному фондові та Соцстраху	17,0
Боротьба із соціальними хворобами	4,0
Охорона материнства та дитинства	4,5
Санітарне просвітництво	1,0
Науково-дослідна робота, диспансеризація	1,0
Амортизація споруд (будинковий фонд)	2,0
Організаційні витрати	1,5

Додаток А 21**МЕРЕЖА ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ХАРКОВА
СТАНОМ НА 1921 РІК**

Тип лікувального закладу	Кількість у Харкові
Лікувальні заклади націоналізовані	33
Лікувальні заклади нововідкриті	13
Ліжка для заразливих хворих	2287
Ліжка для незаразливих хворих	3653
Лікарські дільниці	-
Лікарські амбулаторії	28
Фельдшерські пункти	-
Аптеки	43
Дитячі будинки	6
Ясла	6
Будинки матері і дитини	-
Амбулаторії дитячі	3

Додаток А 22**ВАРТІСТЬ ЛІЖКО-МІСЦЯ У МЕРЕЖІ УПЛАТЛІКУ
В 1930 РОЦІ**

Ставки заробітної плати пацієнта	Такса за добу
До 50 крб	2 крб 50 коп.
51 – 75 крб	3 крб 50 коп.
76 – 100 крб	4 крб 00 коп.
101 – 150 крб	4 крб 50 коп.
151 – 210 крб	5 крб 50 коп.
211 – 250 крб	6 крб 50 коп.
251 – 300 крб	7 крб 00 коп.
301 і вище	8 крб 00 коп.
Непрацюючий елемент	10 крб 00 коп.

Додаток А 23**ЗРОСТАННЯ КІЛЬКОСТІ ЯСЕЛ ДЛЯ МАЛЕНЬКИХ
ХАРКІВ'ЯН З 1924 ПО 1927 РОКИ**

Роки	Загалом по Харкову	
	Кількість ясел	Кількість ліжок
1924–1925	16	670
1925–1926	23	975
1926–1927	24	1005

Додаток А 24**РІВЕНЬ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ
З ОСНОВНИХ ДЖЕРЕЛ**

Рік	Бюджет міськради, крб	Фонд меддопомоги застрахованим, крб
1926–1927	2635720	3311281
1927–1928	2783302	3668474

Додаток А 25**ДАНІ ЩОДО ВИКОНАННЯ ПЛАНУ ЛІКУВАЛЬНИМИ
ЗАКЛАДАМИ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ПЕРШОЇ П'ЯТИРІЧКИ
1928–1932 рр.)**

Заклади	% виконання плану
Поліклініки	200
Амбулаторії	109,5
Медсанпункти і пункти першої допомоги	116,3
Медсанцехи	50
Тубдиспансери	200
Вендиспансери	300
Лікарняні ліжка	120,7
Консультації	175
Постійні ясельні ліжка	56,3
Профамбулаторії та ОЗДП	100
Санбаклабораторії	25
Дезустановки	300

Додаток А 26**ЗАВАНТАЖЕНІСТЬ ЛІКАРІВ ПАЦІЄНТАМИ
У ХАРКОВІ В 1926 РОЦІ**

Спеціальність	Кількість хворих на одну годину
Терапія	6,3
Хірургія	12,8
Шкірно-венерологічні хвороби	8,3
Акушерство і гінекологія	6,8
Дитячі хвороби	5,0
Нервові хвороби	4,3
Очні хвороби	7,1
ЛОП-хвороби	8,6
Стоматологія	3,9

Додаток Б 1*(граматично відповідає оригіналові)***«За ушко да на солнышко»**

Как всем известно, НЭП не прошел мимо даже здравоохранения и в больших центрах советского союза имеются частные лечучреждения.

Арендатор 30-й сов. б-цы харьковского губздравотдела, д-р Шестопад, «почтенный врач», как выражаются старые врачи Харькова, не удовлетворяясь солидными барышами, которые им получались за всякого рода аборт-операции и проч., решил еще на кой чем подработать и начал, как он говорит, с маленького, но выгодного дела, а именно — с систематического нарушения, шаг за шагом, колдоговора. Так:

1) В 1923 г. вместо месячного отпуска дал запуганным служащим по 2 недели, а приказал говорить что ими использованы отпуска месячные.

2) В ноябре 1923 г., когда сиделка одна добровольно ушла со службы, решил не приглашать с биржи новую, а лучше переложить работу на оставшихся и изредка брал без биржи поденную работницу. Которой платил на чай пять копеек. В раздаточной ведомости в течение 4-х месяцев он продолжал писать фамилию несуществующей сиделки, заставляя расписываться акушерку против этой фамилии, что зарплата получена по ставкам союза полностью.

3) Затем в январе 1924 года с персонала дежурящего в течение 24 часов, брал плату за обед, говоря: «и мне хорошо и вам недурно».

4) Когда одна сотрудница, живущая в 4-х верстах от больницы, осмелилась указать хозяину, что по колдоговору ей должны быть выданы трамвайные билеты для поездки на работу и с работы, хозяин побагровел: «да, такой невидали в жизни представить не могу, чтобы работников хозяин привозил на работу и отвозил с работы за свой счет. Может быть и автомобиль прикажете купить для вас?»

5) Рабочий день, как правило, установил 12 часов в сутки, говоря: «благое дело для моих работников — сутки (24 час.) работает, а другие сутки лежит себе, поплеывая в потолок».

Вся это бессовестная эксплуатация и нарушения Кодекса мало удовлетворяли НЭПовскую особу доктора Шестопада, и вот он решился на виртуозную проделку: в платежных ведомостях медперсоналу велит расписываться за полную сумму, а выдает половину.

Вот здесь-то голубчик и попался прокурору пролетарского суда, оказавшего ему гостеприимство в ДОПРе г. Харькова, где и сидит ловкач эксплуататор, ожидая возмездия пролетарского суда.

Медработник частного учреждения, будь на чеку!

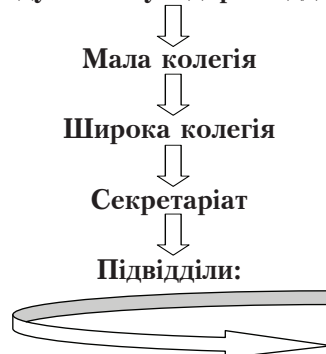
Всякого зарвавшегося НЭПовца за ушко да в пролетарский суд!

М. Сухарев

Цит. за: Сухарев М. За ушко да на солнышко / М. Сухарев // «Медицинский работник», 1924. — № 10. — С. 18.

Додаток Б 2**СТРУКТУРА ГУБЕРНСЬКОГО ВІДДІЛУ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я СТАНОМ НА 1920 рік**

Завідуючий Губздороввідділом

**I. Організаційно-інструкторський:**

- відділ обліку та розподілу медичного персоналу;
- інструкторський відділ.

ІІ. Постачання:

- заготовче відділення;
- розподільче відділення: секції
 - ▶ паливна
 - ▶ молочна
 - ▶ овочева
 - ▶ матеріально-технічна

ІІІ. Кошторисно-фінансовий:

- кошторисне відділення;
- контрольне відділення;
- ревізійно-інструкторське відділення;
- бухгалтерське відділення: секції
 - ▶ матеріальна
 - ▶ розрахункова
 - ▶ основна

ІV. Судово-медичний**V. Фармацевтичний:**

- відділ медичного постачання;
- контрольньо-організаційний відділ;
- обліково-кошторисний відділ.

VI. Лікувальної медицини (з радою при ньому):

- міське відділення;
- відділення кваліфікованої допомоги: секції
 - ▶ шкірно-венерологічна;
 - ▶ очна;
 - ▶ психоневрологічна;
 - ▶ хвороб вуха, горла, носа;
 - ▶ дитяча;
 - ▶ акушерсько-гінекологічна;
 - ▶ лабораторна;
 - ▶ рентгенівська
- одонтологічне відділення;
- евакопункт;
- бюро нічних чергувань лікарів;
- адміністративно-господарське відділення;
- повітове відділення;
- відділення визначення та відновлення працездатності: секції
 - ▶ поновлення працездатності;
 - ▶ визначення працездатності, разом з губернським бюро та центральною комісією;
 - ▶ медико-технічна
- протезний завод.

VII. Санітарно-технічний:

- відділення санітарного обладнання;
- проєкційно-консультативне відділення;
- контрольньо-інструкторське відділення.

VIII. Санітарно-просвітницький:

- лекторське відділення;
- відділення медичних шкіл.

IX. Санітарно-епідеміологічний:

- міське відділення з секцією житлової санітарії;
- санітарно-житлове відділення;
- постійна міжвідомча комісія з промислової санітарії.

X. Санітарно-статистичний**XI. Санаторно-курортний (з радою при ньому):**

- санаторне відділення;
- курортне відділення;
- транспортно-евакуаційне відділення;
- адміністративно-господарське відділення;
- лікарняно-відбірна комісія.

XII. Туберкульозний (з радою при ньому):

- санаторна комісія;
- санітарна комісія.

XIII. Охорони материнства та дитинства:

- відділення охорони материнства та дитинства: секції

- громадська
- дитяча
- харчування

- відділення притулків та дефективних дітей;
- відділення шкільної та дошкільної гігієни.

XIV. Військово-санітарний:

- мобілізаційне відділення;
- лікувально-санітарне відділення;
- господарське відділення;
- губернська лазнево-пральна комісія.

XV. Політінспекція.**Бюро**

ДАХО, ф. Р-821, оп. 1, спр. 50, арк. 32–34. Оригінал.
Публікується вперше.

Додаток Б 3**РОЗПОДІЛ МЕДИЧНИХ ПУНКТИВ ПРИ ПІДПРИЄМСТВАХ
СТАНОМ НА ПОЧАТОК 30-х РОКІВ**

М/п 1-ї поліклініки — Кофок №1, Кофок №2, Тіняковка, Пискунівське трамвайне депо та головні трамвайні майстерні, 5-та та 6-та цегельні, керамічний завод, друкарні Держвидаву та Трансдруку, броварня ім. 1-го Травня, фабрика «Швейпром №2», лекально-інструментальний завод, фабрика «Червоний Жовтень».

М/п 2-ї поліклініки — 1-й ліжковий завод, 1-й спиртзавод, радіозавод.

М/п 3-ї поліклініки — Харківський паровозобудівний завод, завод «Серп і Молот», Державний електромеханічний завод, велозавод, фабрика ім. Кутузова, 2-й держмлин, сільськогосподарська крайова станція, паперова фабрика на станції Рогань.

М/п 4-ї поліклініки — пожежні частини та міліція, друкарня ім. Блакитного, друкарня ім. Фрунзе, авіазавод, авторемзавод, Укрпайбуд, Будинок Держпрому.

М/п 5-ї поліклініки — електростанція, 1-й держлісзавод, 6-та тютюнова та 7-ма картонна фабрики, 5-та тютюнова фабрика, Центральний телеграф.

М/п 7-ї поліклініки — фабрика «Червона зірка», завод «Світло шахтаря», проммістечко ВУКСу, завод ім. Шевченка.

М/п 9-ї поліклініки — фабрика «Червона нитка», завод «Більшовик», 5-та взуттєва фабрика, Толкачівський студентський гуртожиток, виробнича частина ХТІ.

М/п 10-ї поліклініки — канатна фабрика ім. Петровського, броварня, вовномийня.

Цит. за: Медичні установи, організації та підприємства Харкова. Довідник. — Харків, 1930. — С. 149.

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК

А

Абрамович М. 4
 Авдакова Г.М. 47, 50
 Авербах Г.І. 146
 Андіон М.П. 28
 Ар'є Й.С. 145
 Аркавін Я.С. 49
 Арнольд І. 4
 Аронштам С.Л. 56, 126
 Афанасьєв С.Ф. 99

Б

Барабашев П.М. 161
 Барський О. 4
 Білоруський Я. 4
 Біненбаум Д.Ф. 20
 Бобін В.П. 28
 Богословський С.М. 9
 Бокаріус М. 32
 Боровецький І.Ф. 156
 Брандт В.Д. 145
 Браунштейн О.П. 145, 146, 161
 Бурак С.М. 146

В

Варфоломеєва А.С. 20
 Веселовський Б. 82
 Виноградов М.А. 7
 Винокуров О.М. 12
 Вікторів В. 4
 Водолазкий К. 4

Володимирський М.О. 7
 Вороб'євський З.Б. 21
 Вороний Ю.Ю. 161

Г

Гальперін Я.А. 49
 Гандельсман Б. 4
 Гарнець О.О. 9
 Гехман С.Р. 155
 Гіршман Л.Л. 161
 Головка А. 159
 Голубков О.П. 7
 Горкін З.Д. 76
 Грейденберг Б.С. 69, 159
 Григор'єв С.П. 35
 Григорович С.П. 100
 Грінберг Г.М. 130
 Губергріц Д. 4
 Гуревич М.Г. 13, 53, 63, 126
 Гуфельд К.Й. 20

Д

Давидович О.Г. 146
 Данишевський Г.М. 98

Е

Ерліх С.Л. 49
 Естерман 37

Є

Євзерова Е.К. 156
 Єфімов Д.І. 13, 62

Ж

Жбанков Д. 4

З

Закаменна О. 4
 Зворикін К.О. 82
 Зетлер Л.С. 20, 140
 Златогоров С.І. 84, 102, 103

І

Ігумнов С.М. 4, 99

Й

Йозефович І.Б. 49

К

Каган Е.М. 5, 76
 Калінін М.І. 75
 Камінський Г.Н. 7
 Канторович С.І. 13, 27, 86, 87
 Каракаш Д.І. 145
 Ковалевський П.І. 159
 Козинський Б.А. 156
 Коршун С.В. 99, 100
 Кост М.О. 12, 14
 Коцевалов С.М. 100
 Кочетова Н. 37
 Красовська Н.В. 20

Л

Лазаревич І.П. 131
 Ламанов 149, 156
 Ландіс М. 124
 Ленін В.І. 7, 97, 127, 129, 154
 Лихоносов Д.В. 145
 Лівшиц П.М. 146, 174
 Лур'є І.С. 20

М

Маргуліс Л.Г. 146
 Марзєєв О.М. 4, 6, 102
 Масловський М. 35
 Медведєва С.І. 52
 Мельников О.В. 155
 Мечников І.І. 102
 Мітельман М. 4, 40
 Мойрова В. 62
 Молохов Н.А. 171
 Морозовський М.С. 49
 Мутті Е. 4

Н

Натансон Д.М. 146
 Неймер Л. 4

О

Оболенський І.М. 171
 Овдієнко Г.І. 20
 Овчаренко П. 4

П

Пастернак О. 4
 Петровський Г.І. 53, 63
 Платонов І.Я. 146
 Платонов К.І. 69
 Погорєлко О.К. 82
 Подражанський А.С. 20
 Попандопуло І.В. 160
 Попова Н.О. 4
 Пржевальський Б.Г. 146
 Прокопенко П.П. 161
 Протопопов В.П. 158

Р

Рахманінов М.І. 35
 Розенфельд Г.І. 156
 Розенфельд О.Д. 176
 Розе Ф.Ю. 49
 Розинський М.Г. 20
 Рохліна Р.Д. 4
 Рохлін Л.Л. 5, 119
 Рум'янцев Д. 57
 Русаков І.В. 7

С

Самойлов А.Я. 161
 Саратіков С.Б. 19, 26, 177
 Свердлов Я.М. 158
 Святловський В.В. 113
 Сейбіль Б.М. 154
 Семашко М.О. 7, 8, 9, 10, 22
 Сєдов М.Г. 69
 Синельников С.М. 156

Ситенко М.І. 78
 Склярська Д.П. 20
 Скрипник М. 62
 Смирнов С.В. 119
 Соболев В.Г. 99
 Соловійов З.П. 7
 Сорока В.М. 9
 Сосюра В. 159
 Степанов Н. 4

Т

Тер-Мікаельянц І.Б. 20
 Томашевський М.В. 20
 Томілін С.А. 102
 Трегубов С.Л. 49
 Туркельтауб Л.С. 14
 Тутишкін П.П. 97

У

Ульянов Л.Д. 52

Ф

Фавр В.В. 41, 45, 62
 Файншмідт І.І. 49
 Федотова О. 4
 Ферхмін І.М. 53, 56
 Фрішман М.М. 161
 Фурманов С. 4

Х

Хажинський П.Х. 160
 Хворостанський М. 4
 Хлебніков В. 159

Ц

Цехновіцер М.М. 44, 100
 Цинкін М.С. 156
 Ціборовський О.М. 5, 9

Ч

Черкес Д.С. 82
 Черніков Є.О. 156, 160

Ш

Шатілов П.І. 46, 98
 Шварц О.С. 156
 Шестопад М.В. 146
 Шиманський К.Г. 115
 Шитов І.М. 57
 Шкорбатов Л.А. 84

Я

Якобій П.І. 159
 Якушевич С.Г. 160
 Ямпольський С.М. 49, 139
 Яхніс Б.Л. 49

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

А

- аборт 117, 132, 133, 134, 135, 136, 151, 152, 155
- акушерсько-гінекологічна секція 15
- алкоголізм 4, 8, 46, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 110, 111, 184, 185
- амбулаторія, амбулаторна допомога 13, 14, 15, 20, 42, 47, 50, 77, 78, 114, 118, 120, 121, 122, 135, 140, 141, 150, 151, 162, 164, 165, 166, 169, 178, 193, 204, 205, 207
- Американська адміністрація допомоги (АРА) 140
- аптеки, аптечна справа 8, 11, 13, 16, 49, 50, 51, 113, 136, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 204, 205
- асенізація 39, 86, 89, 96, 105
- (базар) 75, 87, 90, 91
- будинки дитини (дитячі будинки) 15, 16, 70, 84, 137, 139, 140, 141, 142, 143
- будинки санітарної освіти (просвіти) 98, 108, 193
- Будинок санітарної культури 109
- бунр (будинки примусових робіт) 25, 29, 41, 72
- бюджет державний 11, 12, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 98, 125, 126, 150, 151, 178, 182
- бюджет місцевий 11, 20, 23, 25, 27, 45, 73, 100, 106, 110, 125, 126, 153, 178, 182
- бюро з вибору професії 77, 168

В

- вакцини, вакцинація 100, 101, 102, 142, 185
- «Васищеве» (санаторій) 50
- ВЕК 51, 167
- венеричні захворювання 9, 10, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 110, 185
- венерологічна секція 15
- венерологічний диспансер 64, 65, 68
- «Бермінводи» (санаторій) 129, 151
- біженці 39, 91, 140, 147
- більшовики, більшовицька партія 3, 7, 8, 9, 10, 38, 42
- Благовіщенський ринок

- венерологічний профілакторій 68
- висипний тиф 8, 40, 45, 46, 83, 97, 98, 108, 136, 154, 199–202
- витверезник 69, 70, 73, 74, 75
- відділ охорони материнства і дитинства 18
- 18-а радянська лікарня 149
- віспа 45, 83, 98, 100, 101, 199–202
- водогін 80, 81, 96, 115
- 8-а радянська лікарня 43, 194
- «воєнний комунізм» 82, 130, 182
- «Всемередикосантруд» 31, 33, 37, 123, 149, 157
- «Всероссийская лига для борьбы с туберкулезом» 47, 50, 52
- Всеукраїнська надзвичайна комісія по боротьбі з висипним тифом 97
- Всеукраїнська надзвичайна санітарна комісія 98
- Всеукраїнська нарада соціального страхування (Всеукраїнська страховстрахова нарада) 125
- Всеукраїнська санітарна рада 94, 101, 102, 103
- Всеукраїнське протиалкогольне товариство 73
- Всеукраїнський державний інститут патології та гігієни праці 76, 79
- Всеукраїнський зїзд бактеріологів та епідеміологів 99
- Всеукраїнський зїзд рад 7
- Всеукраїнський Революційний Комітет 8
- ### Г
- голод 1921–1923 рр. 39, 40, 69, 91, 131, 140, 147, 148, 156, 184
- голодомор 1932–1933 рр. 27, 143
- грип 45
- губернська санітарна лабораторія 99
- гуртожитки 36, 41, 44, 49, 63, 65, 104, 109, 154, 170
- ### Д
- 9-а радянська лікарня 194
- 10-а радянська лікарня 194
- 12-а радянська лікарня 11, 152, 194
- 20-а радянська лікарня 149, 150, 194
- 21-а радянська лікарня 131, 152, 194
- 22-а радянська лікарня 11, 146, 150, 194

- 23-я радянська лікарня 11, 135, 146, 150, 151, 194
 24-а радянська лікарня 11, 146, 150, 151, 194
 25-а радянська лікарня 11, 146, 150, 151, 194
 26-а радянська лікарня 11, 194
 27-а радянська лікарня 11, 194
 28-а радянська лікарня 11, 15, 194
 дезінфекція 13, 16, 21, 43, 173
 «декретна» відпустка 132, 137, 187
 Дергачі 15, 129
 Державінська мануфактура 84
 державна медицина 12, 127
 Державний електричний завод (ДЕЗ) 43, 51, 72, 74, 77
 джерела історичні 45
 «Джойнт» 50, 60, 140
 дизентерія 84, 109, 199
 диспансери, диспансеризація 10, 13, 15, 21, 27, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 56, 58, 59, 60, 64, 72, 76, 77, 105, 107, 109, 119, 126, 128, 131, 141, 143, 157, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 185, 186, 188, 205
 дитячі притулки 15, 136, 138, 200, 205
 дифтерія 45, 199
 дільниці, дільничність 14, 32, 33, 122, 131, 133, 164, 169, 170, 188
 2-а радянська лікарня 15, 43, 148, 149, 152, 156, 194
- Е**
- евакуаційний пункт (евакопункт) 14, 147, 151, 175
 епідемії, епідемічні хвороби 3, 4, 8, 12, 13, 16, 17, 18, 26, 28, 29, 33, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 69, 80, 83, 85, 97, 98, 100, 101, 113, 115, 147, 154, 156, 157, 162, 174, 183, 184, 185, 186, 188
 єдиний диспансер 21, 59, 164, 166, 168, 169, 170
- Ж**
- жіночі відділи 10, 62
 Жорж Борман (фабрика) 115
 Журавлівка 50, 162, 198
- З**
- завод К.Г. Шиманського 115
 заразні бараки 13, 29, 34, 157
 заразні госпіталі 13
 звалища 40, 84, 86, 87, 88, 89
 здоровосередки 19, 21, 110
 «Здравница» 53, 54, 57, 150
 зуболікувальна секція 15

- І**
- Іванівка 84, 169
 інваліди, інвалідність 29, 64, 78, 90, 133, 147, 155
 індустріалізація 26, 166
 Індустріалізація 96
 інспектура охорони здоров'я робітничої молоді (ОЗРМ) 76
 інспектура охорони материнства і дитинства 126
 Інститут венеричних хвороб 64
 Інститут лабораторної діагностики 150, 151
 Інститут наукової медицини НКОЗ 122
 Інститут психіатрії 72
 Інститут робітничої медицини 76, 122, 123
- К**
- каналізація 16, 80, 82, 83, 84, 85, 96, 105
 канатна фабрика (завод) 167
 капіталізм, капіталістичний лад 9, 183
 Карпівський сад 87
 Качанівка 92
 Кінний майдан 41
 Кінний ринок 87, 90
 кір 45, 144, 199–202
 кладовища 85, 87, 105
 клініка Ерліха 122
 колективізація 96
 комісії з оздоровлення праці й побуту (КОПіП) 19, 110
 Комісія допомоги дітям 25
 комісія «Друзі дітей» 25
 комісія з вивчення висипного тифу 98
 комісія з охорони праці 17, 119
 консультації жіночі, дитячі 16, 50, 122, 131, 132, 135, 136, 143, 144, 193
 контрацептиви 135
 короста 43
 «Крапля молока» 137, 139, 144, 186
 куточки здоров'я 61, 108, 109
 «кухлеві збори» 26, 61
- Л**
- лазня 71, 89, 94, 96, 100, 105
 «летючі» загони 42, 161
 Липовий Гай 92
 Лиса Гора 87, 198
 лікарняна мережа 24, 118, 126
 лікарняні каси 23, 42, 114, 115, 116, 117, 183
 лікарські помічники (лікпоми) 34
 лікувально-профілактична інспектура 19, 119
 Лопань 84, 96

М

малярійна станція 105
 малярія 42, 43, 45, 84, 96, 102
 медичні пункти 18, 120, 122,
 165
 медично-санітарні цехи 19, 27,
 79, 169, 171
 «Металіст» 75, 119
 місія Нансена 140
 міська санітарно-
 бактеріологічна
 лабораторія 105
 міська санітарно-технічна
 лабораторія 105
 міський нічліжний дім 41
 «місячники (тижні) чистоти»
 42, 86, 87, 88, 89, 94
 молочні кухні 132, 137, 138,
 139, 143
 Москалівка 140, 169, 198

Н

Нагірна частина Харкова 81,
 87, 92
 Надзвичайна санітарна комісія
 12, 98
 наркодиспансер
 (наркологічний
 диспансер) 72, 73, 74,
 75, 157
 Народний комісаріат
 внутрішніх справ 71
 Народний комісаріат охорони
 здоров'я (НКОЗ) 4, 11,

12, 22, 23, 24, 25, 26, 30,
 31, 34, 46, 47, 49, 55, 58,
 62, 84, 97, 98, 100, 101,
 102, 103, 107, 108, 110,
 117, 118, 122, 124, 126,
 133, 136, 139, 144, 151,
 152, 153, 157, 158, 160,
 168, 175, 176, 177
 Народний комісаріат праці 29,
 66, 125
 Народний комісаріат
 соціального забезпечення
 12, 28, 125
 Народний комісаріат юстиції
 71
 націоналізація 8, 10, 47, 50,
 78, 146, 171, 174, 180, 182
 «недільники» 88, 89
 Немишля 43, 84, 96
 нічліжні будинки 41, 75, 96,
 109
 нічні туберкульозні санаторії
 48, 50, 58, 61
 нова економічна політика
 (неп) 11, 183
 Ново-Баварська лікарня 152
 Ново-Баварська фабрика 120

О

11-та радянська лікарня 149,
 194
 Окружна інспектура
 охорони здоров'я
 (окрздоровінспектура)

19, 32, 34, 54, 173
 окружна туберкульозна рада 58
 «Ольхівка» (санаторій) 50
 Основа 42, 92
 охорона здоров'я 7, 21, 28, 123,
 165, 180, 186
 охорона материнства і
 дитинства 10, 11, 18, 20,
 62, 68, 123, 129, 130, 131,
 132, 137, 139, 143, 144,
 186, 188, 205
 очна лікарня ім. Гіршмана 25
 очна секція 15

П

Павлівка 169
 Павлова дача 85, 87, 198
 паразитарні тифи 45
 «партмаксимум» 83
 пастерівські пункти 44
 пастерівські станції 44
 патронажні сестри 132, 142
 пересувний музей 16, 108
 1-а радянська лікарня 15, 131,
 148, 149, 154, 155, 194
 Перший Український
 державний інститут
 охорони материнства і
 дитинства (Охматдит)
 139, 144
 Перший Український
 санітарно-
 бактеріологічний
 інститут

ім. І.І. Мечникова 44, 99,
 100, 101, 102
 підвідділ лікувальної
 медицини 14, 211
 підвідділ охорони материнства
 і дитинства 16, 212
 піонери, піонерія 53, 144
 план розвитку народного
 господарства 21
 План санітарної організації
 України 99
 Поволжя 39, 91, 140
 поворотний тиф 40, 41, 45, 83,
 199–202
 поліклініки 19, 27, 51, 64, 65,
 72, 76, 77, 104, 108, 109,
 119, 120, 121, 122, 123,
 124, 127, 128, 131, 143,
 150, 153, 162, 163, 164,
 165, 166, 168, 169, 173,
 175, 178, 193
 пологова допомога 114, 119,
 131, 132
 «Помірки» (санаторій) 50,
 137, 150
 приватна практика 10, 34, 69,
 184
 приватні лікарі 180
 прищеплювальні загоны 104,
 105
 проституція 9, 61, 62, 63, 64,
 65, 66, 69, 102, 185
 протиепідемічний фонд 98
 протизаплідні засоби 4, 135, 136
 Протозойний інститут 43

- професійні хвороби 69, 76, 77, 79, 105, 116, 119
- профілактика 77, 102, 108, 109, 120, 165, 185, 186, 188
- профілакторії 68, 128
- профспілка 10, 17, 25, 31, 33, 37, 53, 55, 60, 63, 118, 119, 123, 124, 125, 128, 129, 149, 157, 181
- психоневрологічна секція 15
- Психоневрологічний інститут 72
- пункти першої медичної допомоги 77, 120, 121
- 5-а радянська лікарня 149, 194
- 15-а радянська лікарня 149, 194
- Р**
- Рада Народних Комісарів 7, 12, 116
- Рада соціальної допомоги 48, 51, 58, 59, 136, 141
- радянська влада 3, 7, 9, 17, 22, 28, 33, 37, 39, 45, 62, 82, 93, 97, 116, 131, 160, 174, 180, 186, 187
- Рентгенакадемія 35, 122
- Рентгено-радіологічний інститут 147
- різниці 21, 84, 85
- «Ріпки» (санаторій) 15, 47, 50, 52, 119, 197
- робітництво 3, 8, 10, 49, 53,
- 57, 64, 76, 111, 115, 116, 118, 121, 128, 129, 169, 175
- робітничка медицина 25, 28, 55, 58, 76, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 157, 183
- Російська соціалістична федеративна радянська республіка (РСФРР) 7, 10, 46, 97
- С**
- санаторії 13, 15, 16, 48, 50, 51, 52, 55, 58, 61, 114, 119, 128, 129, 137, 143, 144, 150, 181, 185, 193
- санаторно-курортний підвідділ 15
- санітарна диктатура 42
- санітарна комісія 62
- санітарна міліція 87, 106, 107, 185
- санітарна просвіта 46, 79, 99, 100, 108, 109, 111, 185
- санітарні станції 103, 193
- санітарний мінімум 106
- санітарний музей 108
- санітарний нагляд 85, 105, 116
- санітарні вітрини 16
- санітарні комісії 12, 99, 100, 110, 124
- санітарні контролери 103
- санітарні лікарі 29, 33, 34, 41,

- 124, 125
- сповитухи 131, 134, 187
- «справа Неоніли Кочетової» 37
- станція швидкої медичної допомоги 171, 173, 193
- страхові делегати 125
- страхування, страхова медицина 11, 23, 28, 29, 38, 55, 113, 114, 116, 128, 183
- «студентська епідемія» 40
- судово-адміністративний підвідділ 16
- театр санкультури (саносвітній театр) 110
- Т**
- Тимчасовий робітничо-селянський уряд 7, 12, 115
- тиф 35, 40, 42, 45, 84, 100, 156, 157, 200–202
- Товариство боротьби з венеричними хворобами 65
- травматизм 78, 79, 105
- трахома 15, 43, 96, 102, 140
- 3-я радянська лікарня 15, 149, 194
- 13-а радянська лікарня 149, 194
- 30-а радянська лікарня 11
- 31-а радянська лікарня 11, 146
- 32-а радянська лікарня 11
- трудова повинність 8
- 59, 99, 100, 101, 104, 111, 112
- санітарні музеї 108
- «санітарні суди» 61, 109
- санітарні трійки 42
- санітарно-епідемічний підвідділ 16, 99, 212
- санітарно-просвітницький підвідділ 16, 108, 212
- санітарно-технічна пропаганда 79, 108
- «Світло шахтаря» 70, 84, 167, 213
- секція хвороб вуха, горла, носа 15, 211
- «Серп і Молот» 43, 72, 77, 78, 120, 167, 213
- система Семашка 10, 22, 23, 39, 45, 183, 187
- сифіліс 64, 65, 107, 108
- сказ 43, 44, 102, 200–202
- скарлатина 43, 45, 157, 199–202
- сміттєзвалища 40
- «Сокольники» (санаторій) 16, 50, 52
- 43-я радянська лікарня 11
- 45-а радянська лікарня 11
- 48-а радянська лікарня 157
- соціалізм, соціалістичний лад 97, 183
- соціальні хвороби 4, 8, 9, 18, 46, 62, 101, 102, 105, 110, 123, 170, 185, 205
- соцстрах 25, 27, 28, 53, 57,

туберкулін 50, 101
 туберкульоз 8, 9, 15, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 58, 59, 60, 61, 69, 96, 107, 108, 136, 140, 141, 184, 185
 туберкульозний диспансер 47, 48, 50, 58
 туберкульозний підвідділ 15, 35, 212
 туберкульозні триденники 55, 59, 60, 61
 Тюрина дача 169

У

Українська соціалістична радянська республіка (УСРР) 3, 5, 7, 10, 11, 12, 22, 24, 28, 31, 32, 39, 46, 53, 62, 63, 67, 68, 70, 71, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 106, 107, 119, 124, 125, 129, 130, 160, 174, 176
 Український державний інститут ортопедії та травматології 78
 Український інститут експериментальної фармації 176
 Український інститут клінічної психіатрії та соціальної психогієни 159
 Український інститут удосконалення лікарів 79
 Український Червоний Хрест

25, 45, 52, 135, 140
 університетські клініки 130, 131, 148, 154, 159, 160
 Уплатлік 25, 135, 150, 151, 182
 «Урал» (звалище) 84

Ф

фабрично-заводська медицина 113
 фабрично-заводські училища (ФЗУ) 170
 фармацевтичний підвідділ 16, 175
 фонд медичної допомоги застрахованим 20, 25, 45, 110, 152

Х

Харків (річка) 84, 87, 96
 Харківська губерньська економічна рада 24
 Харківська губерньська земська управа 13
 Харківська губерньська Рада робітничих депутатів 13
 Харківська міська рада 18, 19, 20, 26, 58, 71, 74, 79, 83, 92, 93, 106, 110, 152, 153, 154, 163, 164
 Харківська міська санітарна інспектура 104
 Харківська окружна туберкульозна рада 58
 Харківське пастерівське

відділення 44
 Харківське товариство боротьби алкоголізмом 74
 Харківський велозавод 84
 Харківський губерньський виконавчий комітет 60, 86, 87, 88, 89, 98, 99, 129, 147, 158, 174
 Харківський губерньський відділ охорони здоров'я 11, 13, 14, 61, 63, 98, 100, 108, 118, 124, 134, 137, 138, 147, 150, 154, 162, 174, 181, 210
 Харківський державний венерологічний інститут 65, 66
 Харківський диспансерно-поліклінічний інститут 171
 Харківський електромеханічний завод 104, 167
 Харківський медичний інститут 29, 160
 Харківський міський відділ охорони здоров'я 18
 Харківський окружний виконавчий комітет 44
 Харківський протезний завод 79
 Харківський тракторний завод 95, 104
 холера 8, 40, 45, 83, 98, 100, 101, 108, 113, 140, 154,

199
 Холодна Гора 42, 84, 87, 169, 198
 Холодногірський ринок 90

Ц

Центральна Росія 39
 цинга 40

Ч

«Червона нитка» 84, 213
 «Червоний Жовтень» 167, 213
 черевний тиф 35, 40, 45, 98, 102, 109, 199–202
 4-а радянська лікарня 15, 149, 157, 158, 159, 194
 14-а радянська лікарня 194

Ш

швацька фабрика ім. Тінякова 167, 213
 16-а радянська лікарня 149
 шкільно-санітарна медицина 11, 194
 6-а радянська лікарня 194

Щ

щеплення 34, 42, 45, 46

Я

ясла дитячі 16, 26, 47, 63, 138, 139, 141, 193
 «Ясна Поляна» (санаторій) 50

ДЖЕРЕЛА І ЛІТЕРАТУРА

1. Демочко Г.Л. Формування і розвиток української радянської системи охорони здоров'я у Харкові (1919–1934 рр.): автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. іст. наук: спец. 07.00.01 «Історія України» / Г.Л. Демочко. — Харків, 2011. — 20 с.
2. Игумнов С.Н. Заболеваемость и смертность в Харьковской губернии в 1921 году и в предыдущие годы / С.Н. Игумнов // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 55–71.
3. Игумнов С.Н. Сыпной тиф в Харьковской губернии / С.Н. Игумнов // Врачебное дело. — 1920. — № 8–20. — С. 509–511.
4. Мітельман М.М. Поворотний тиф у Харкові за 25 років (1903–1927 рр.) / М.М. Мітельман // Профілактична медицина. — 1930. — № 12. — С. 20–26.
5. Марзеев А.Н. Эпоха великих эпидемий 1920–1922 гг. / А.Н. Марзеев // Профилактическая медицина. — 1927. — № 11. — С. 3–27.
6. Абрамович М. Черевний тиф / М. Абрамович // Шлях до здоров'я. — 1926. — № 7. — С. 10–12.
7. Гандельсман Б.И. Эпидемическое состояние Харьковской округи в 1926 году / Б.И. Гандельсман // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 6–7. — С. 17–21.
8. Арнольди И.А. Бацилловыделители и их социально-гигиенические условия / И.А. Арнольди // Туберкулез в городе и на селе. — 1931. — С. 34–50.
9. Білоруський Я. Що таке соціальні хвороби? / Я. Білоруський // Шлях до здоров'я. — 1925. — № 2. — С. 6–7.
10. Губерґріц Д. Чи можна вилікувати алкоголізм / Д. Губерґріц // За тверезість. — 1929. — № 17. — С. 5–7.
11. Жбанков Д. Н. О борьбе с проституцией / Д. Н. Жбанков // Врачебное дело. — 1921. — № 11–15. — С. 163.

12. Мутти Э.А. Болезненность и смертность от туберкулеза по профсоюзам города Харькова / Э. А. Мутти // Туберкулез в городе и на селе. — 1931. — С. 63–70.
13. Мутті Е. Пияцтво і туберкульоза / Е. Мутті // За тверезість. — 1930. — № 6. — С. 4–5.
14. Степанов Н. Проституція та заходи проти неї / Н. Степанов // Шлях до здоров'я. — 1925. — № 2. — С. 16–17.
15. Федоровський А. Боротьба з венеризмом за 10 років / А. Федоровський // Шлях до здоров'я. — 1928. — № 12. — С. 16.
16. Фурманов С. Борьба с сифилисом. / С. Фурманов // Пламя. — 1924. — № 3. — С. 25.
17. Федотова Е.Н. Аборты и борьба с ними / Е.Н. Федотова // Профилактическая медицина. — 1927. — № 7. — С. 81.
18. Федотова О. Аборт / О. Федотова // Шлях до здоров'я. — 1928. — № 3. — С. 27.
19. Рохлина Р.Д. Охрана материнства, младенчества и детства в едином диспансере / Р.Д. Рохлина // Врачебное дело. — 1931. — № 19–20. — С. 1070 – 1074.
20. Попова Н. Охматдит / Н. Попова // Шлях до здоров'я. — 1928. — № 12. — С. 17.
21. Барський А. Про примусове лікування алкоголіків / А. Барський // За тверезість. — 1929. — № 23. — С. 8–11.
22. Вікторов В. Вони не винні / В. Вікторов // За тверезість. — 1928. — № 1. — С. 3.
23. Вікторов В. Смерть на вулиці / В. Вікторов // За тверезість. — 1928. — № 4. — С. 8.
24. Вікторов В. На задворках життя / В. Вікторов // За тверезість. — 1928. — № 4. — С. 7–8.
25. Водолазький К. Геть релігійний дурман та пияцтво / К. Водолазький // За тверезість. — 1930. — № 7. — С. 5.
26. Водолазький К. Порядочки в їдальні № 22 ХЦРК / К. Водолазький // За тверезість. — 1930. — № 6. — С. 16.

27. Закаменна О. Не треба соромитися / О. Закаменна // За тверезість. — 1929. — № 18. — С. 7–8.
28. Закаменна О. Чи потрібний нам витверезник? / О. Закаменна // За тверезість. — 1929. — № 21. — С. 10–12.
29. Неймер Л. Витверезник / Л. Неймер // За тверезість. — 1931. — № 1. — С. 8–9.
30. Овчаренко П. Про роботу витверезувальні / П. Овчаренко // За тверезість. — 1932. — № 3–4. — С. 4.
31. Хворостанский М.А. Условия труда медицинского персонала г. Харькова / М.А. Хворостанский, А.Е. Пастернак. — Х., 1926. — 26 с.
32. Рохлин Л.Л. Вопросы охраны труда и быта врачей / Л.Л. Рохлин // Врачебное дело. — 1926. — № 20. — Стб. 1611–1615.
33. Рохлін Л.Л. Про питання праці та побуту лікарів / Л.Л. Рохлін // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. — 1926. — № 17. — С. 6.
34. Рохлин Л.Л. Производительность и охрана труда врачей / Л.Л. Рохлин // Врачебное дело. — 1925. — № 1–2. — С. 128–132.
35. Каган Э.М. В защиту страховой рабочей медицины / Каган Э.М. — Х., 1920. — 52 с.
36. Рохлин Л.Л. Социальное страхование и медицина / Л.Л. Рохлин // Врачебное дело. — 1920. — № 1. — С. 22–26.
37. Рохлин Л.Л. Социальное страхование и медицина / Л.Л. Рохлин // Врачебное дело. — 1922. — № 15. — С. 311–312.
38. Рохлин Л.Л. Социальное страхование и медицина / Л.Л. Рохлин // Врачебное дело. — 1926. — № 14. — С. 1191–1194.
39. Рохлин Л.Л. Социальное страхование и медицина / Л.Л. Рохлин // Врачебное дело. — 1926. — № 15–16. — С. 1302–1304.
40. Рохлин Л.Л. Социальное страхование и медицина / Л.Л. Рохлин // Врачебное дело. — 1926. — № 24–26. — С. 828–834.
41. Ціборовський О.М. На варті здоров'я: Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні / О.М. Ціборовський. — К.: Факт, 2010. — 430 с.

42. Марзеев О.М. Спогади санітарного лікаря. — К., 2003. — 577 с.
43. Новітня історія України. 1900–2000 рр.: Підручник / А.Г. Слюсаренко, В.І. Гусев, В.М. Литвин та ін. — К.: Вища школа, 2002. — 719 с.
44. Верига В. Визвольні змагання в Україні 1914–1923 років / В. Верига — Львів, Жовква: Вид-во Отців Василіан «Місіонер», 1998. — 524 с.
45. Програма Российской Коммунистической партии (большеви-ков). Восьмой съезд РКП(б). Москва 18-23 марта 1919 года. // Коммунистическая партия Советского Союза в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК. 1898–1970. Изд. 8-е, доп. и испр. — М.: Политиздат, 1970. — Т. 2. 1917–1924. — 543 с.
46. Советская власть и советская медицина // Известия Народного Комиссариата Здравоохранения. — 1919. — № 1–2. — С. 7.
47. Семашко Н.А. Очерки по теории организации советского здра-воохранения / Н.А. Семашко. — М., 1947. — 46 с.
48. Барсуков М.І. Про Всеукраїнську комісію по охороні народного здоров'я / М.І. Барсуков // Матеріали до історії розвитку охо-рони здоров'я на Україні. — К., 1957. — С. 95–100.
49. Ціборовський О.М. Становлення системи охорони здоров'я в Українській Соціалістичній Радянській Республіці / О.М. Цібо-ровський // Україна. Здоров'я нації. — 2008. — № 2. — С. 211–219.
50. Семашко Н.А. Наука о здоровье общества / Н.А. Семашко. — М., 1922. — 55 с.
51. Лечебная помощь // Медицинский работник. — 1920. — № 1–2. — С. 18–19.
52. О врачах-специалистах // Известия Народного Комиссариата Здравоохранения УССР. — 1919. — № 1–2. — С. 13.
53. Розвиток земської медицини та її санітарної організації як вті-лення у практику соціально-медичних ідей / О.М. Ціборов-

- ський, В.М. Сорока, О.О. Гарнець // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2008. — № 4. — С. 45–52.
54. ДАХО
55. Декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР об учреждении Народного Комиссариата Здравоохранения // Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти. Сб. докум. и материалов. 1917–1924 гг. — М., 1966. — С. 87–88.
56. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. — М., 1984. — 640 с.
57. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): Монографія / З.С. Гладун. — Тернопіль: Економічна думка, 2005. — 460 с.
58. Егорова В.Г. Во имя человека: [Организация службы здоровья в Харькове] / В.Г. Егорова — Х.: Прапор, 1968. — 43 с.
59. Марков В. Трудовая повинность медицинских работников / В. Марков // Известия Народного Комиссариата Здравоохранения УССР. — 1919. — № 1–2. — С. 8–10.
60. Окунев Н.П. Дневник москвича. 1920–1924 гг. / Н.П. Окунев. — М.: Воениздат, 1997 — 320 с.
61. ЦДАВО
62. Декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР об открытии частных лечебных заведений и аптек // Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти. Сб. документов и материалов. 1917–1924 гг. — М., 1966. — С. 213.
63. Каракаш Д. З історії розвитку охорони здоров'я в Харківській губернії — Харківській області / Д. Каракаш // Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні. — К., 1957. — С. 140–181.
64. Ціборовський О.М. Радянська система охорони здоров'я України в умовах переходу до нової економічної політики / О.М. Ці-

- боровський // Україна. Здоров'я нації. — 2009. — № 1–2. — С. 176–185.
65. Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР (в 3-х т.) / Под ред. А.Е. Романенко // Здравоохранение в Украинской ССР. Пути и итоги развития. — К.: Здоровье. — Т.1. — 1987. — 480 с.
66. Деятельность отделов // Известия Народного Комиссариата Здравоохранения УССР. — 1919. — № 1–2. — С. 27–39.
67. Егурнова Т.К. Охрана здоровья населения Харькова за годы Советской власти / Т.К. Егурнова // Вопросы соц. гигиены, орг-ции здравоохранения и истории медицины. — Вып. 3. — К., 1969. — С. 260–268.
68. Мартиненко О.В. Система охорони здоров'я України в період 1917–1920 рр.: керівники, події, факти, коментарі / О.В. Мартиненко // Новости медицины и фармации. — 2007. — № 9 (213). — С. 115–119.
69. Обзор 4-го Всеукраинского совещания Завгубздравов // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 198.
70. По организации отделов здравоохранения // Медицинский работник. — 1920. — № 1–2. — С. 21.
71. Медично-санітарне законодавство УСРР / [Упоряд. Каган Д.С., Рапопорт С.Г., Сокальський С.Л. та ін.] — Х., 1934. — 326 с.
72. Злотник И.Л. Здравоохранение на Украине за 15 лет Октября / И.Л. Злотник // Врачебное дело. — 1932. — № 17–20. — С. 5–15.
73. Положення про лікувально-профілактичну інспектуру міської мережі // Хроника здравоохранения. — 1929. — № 2. — С. 20–22.
74. Медичні установи, організації та підприємства Харкова. Довідник. — Харків, 1930. — 167 с.
75. За здоров'я трудящих (Звіт секції охорони здоров'я) — Х.: «Інв.-друк», 1930. — 68 с.
76. Каган Д. С. П'ятирічний план розвитку охорони здоров'я на Україні / Д.С. Каган — Х., 1931. — 77 с.

77. Евтушенко Т. П. Моделирование системы управления медицинским страхованием: дисс. ... канд. экон. наук. 08.04.01 / Евтушенко Татьяна Павловна — Донецк, 2002. — 231 с.
78. Чкан І.О. Історичні аспекти розвитку медичного страхування в Україні / І.О. Чкан // Економічний простір. — 2008. — № 16. — С. 19–26.
79. Декрет Совета Народных Комиссаров от 1 апреля 1920 года // Бюлетень Народного Комисарьята Охорони Здоров'я. — № 2 (вересень–грудень 1920 року). — Х., 1921. — С. 1.
80. Тезисы к докладу проф. Игумнова «Неп и здравоохранение» // Профилактическая медицина. — 1922. — № 1. — С. 100.
81. Баранов М.И. Съезд Наркомздравов автономных и союзных республик РСФСР в Москве / М.И. Баранов // Профилактическая медицина. — 1922. — № 1. — С. 114.
82. Финкельштейн А. Всеукраинское совещание по лечебной медицине 11–15 августа / А. Финкельштейн // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 194.
83. Гуревич М.Г. Итоги и перспективы / М.Г. Гуревич // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 86.
84. Матеріяли до звіту Харківської міськради XI скликання за 1926–27 та 1927–28 роки. — Х., б.г. — 92 с.
85. Резолюція по докладу тов. Саратикова на IV Пленуме ХОКУ «Здравоохранение на Харьковщине» // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 15. — С. 4–7.
86. Наказ у дії. Охорона здоров'я трудящих. — Х., 1930. — 52 с.
87. Саратиков С. Бюджетные перспективы / С. Саратиков // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 15. — С. 8–11.
88. Глухова В.І. Проблема фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України / В. І. Глухова, В. Ю. Красільнікова. // Вісник КДПУ ім. М.Остроградського, 2009. — Вип. 2, ч. 1. — С. 108–110.

89. Збірник найголовніших директив і розпоряджень у справах охорони здоров'я (1929–1930 рр.) — Х., 1930. — 97 с.
90. Клейнер М. Здоровоохорона в Харківській області до Всеукраїнського з'їзду Рад / М. Клейнер // Профілактична медицина. — 1934. — № 12. — С. 44–54.
91. Каган С. С. Підсумки та перспективи / С.С. Каган // Профілактична медицина. — 1934. — № 6. — С. 4–14.
92. Коган В.М. Страхование врачей / В.М. Коган // Врачебное дело. — 1919. — № 7–8. — С. 236.
93. Эпидемии и страхование врачей // Врачебное дело. — 1919. — № 10. — С. 344.
94. О лагерях принудительных работ // Бюлетень Народного Комисарьята Охорони Здоров'я. — № 2. — Харків, 1921. — С. 15.
95. Про страхування медробітників на випадок смерті від гостро заразливих хвороб. — Бюлетень НКОЗУ. — 1934. — № 9–10. — С. 18.
96. Тарифные ставки // Врачебное дело. — 1919. — № 12. — С. 417–418.
97. Питание и заработок рабочих // Врачебное дело. — 1919. — № 18–19. — С. 654.
98. Робак І. Ю. Організація охорони здоров'я в Харкові за імперської доби (початок XVIII ст. — 1916 р.) / І.Ю. Робак. — Х.: ХДМУ, 2007. — 346 с.
99. Причисление к ударной группе «А» // Бюлетень НКОЗУ. — 1920. — № 2. — С. 4.
100. Захист матеріально-побутових інтересів // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. — 1926. — № 21–22. — С. 3.
101. Обеспечение лечебно-санитарных учреждений медработниками // Медицинский работник. — 1920. — № 1–2. — С. 22–23.
102. Выписка из справочника, утвержденного особой комиссией по унификации зарплаты // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. — 1925. — № 3–4. — С. 12.

103. Зарплата медработников и денежная реформа // Медицинский работник. — 1924. — № 7. — С. 1.
104. Трубкович П. Вопросы заработной платы в связи с денежной реформой / П. Трубкович // Медицинский работник. — 1924. — № 7. — С. 3–4.
105. Положение о процентных прибавках рентгенработникам. // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. — 1925. — № 2. — С. 11.
106. Путятин А. Тарифная работа московских союзов / А. Путятин // Вестник труда. — 1926. — № 1. — С. 120–125.
107. Харківська округа. Статистичний щорічник. — Х., 1927. — 311 с.
108. Коваленко І. З. Місто Харків. Населення, житлові умови / І.З. Коваленко — Х., 1926. — 92 с.
109. Выписка из нормального «Положения о тарифе. Оплата сверхурочных работ» // Бюлетень Народного Комисарьята Охорони Здоров'я. — № 2 (вересень–грудень 1920 року). — Харків, 1921. — С. 12–13.
110. Коллективный договор, заключенный между Всеукраинским Правлением Медсантруд и Народным Комиссариатом Здравоохранения УССР // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. — 1925. — № 2. — С. 5–11.
111. Положение о спецставках // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. — 1925. — № 2. — С. 11.
112. Тарифна угода, що її складено між Наркомздоров'я УСРР з одного боку та Всеукраїнським Центральним Правлінням спілки Медсантруд з другого // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. — 1925. — № 19–20. — С. 3–4.
113. К санитарным врачам // Врачебное дело. — 1922. — № 15. — С. 405.
114. Постановление ВЦСПС № 309 об улучшении быта санитарных врачей и их помощников. // Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти. Сб. докум. и материалов. 1917–1924 гг. — М., 1966. — С. 349–350.

115. Ленинские декреты по здравоохранению. — М., 1970. — 171 с.
116. Марзеев А.Н. О санитарной организации на Украине / А.Н. Марзеев // Профилактическая медицина. — 1922. — № 1. — С. 63–74.
117. Ставки для работников зарбараков // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 6–7. — С. 24.
118. Про роботу лікарських помічників // Бюлетень Народного Комісаріату Охорони Здоров'я УРСР. — 1927. — № 1–2. — С. 6.
119. Про порядок реєстрації спеціальних приватних лікарських кабінетів // Бюлетень НКОЗ. — 1927. — № 6. — С. 2–3.
120. Сухарев М. Каков результат борьбы с совместителями в Харькове / М. Сухарев // Медицинский работник. — 1924. — № 6. — С. 16–17.
121. Наличие и распределение врачей в республике // Медицинский работник. — 1924. — № 7. — С. 4–6.
122. Склад місцевих організацій спілки // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. — 1926. — № 4–5. — С. 3.
123. Безработица в Харькове // Вопросы страхования. — 1923. — № 43. — С. 15.
124. Про стягнення квартплати з осіб, що мешкають в лікустановах // Хроника здравоохранения. — 1929. — № 1. — С. 20.
125. Правила проживання співробітників на території міських лік.-сан. установ, що є на держбюджеті // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. — 1925. — № 19–20. — С. 7.
126. Хроника. // Врачебное дело. — 1919. — № 5. — С. 156.
127. Семашко М.О. Ленін і охорона здоров'я / М.О. Семашко // Профілактична медицина. — 1934. — № 5. — С. 9–14.
128. Аронштам С. Л. О табели взысканий / С. Л. Аронштам // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 1. — С. 9–11.
129. Табель взысканий // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 1. — С. 9–14.

130. О проведении кампании среди населения о взаимоотношениях между врачами и больными // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. — 1927. — № 9. — С. 11.
131. М. Є-в. Середньовічна розправа / М. Є-в // Шлях до здоров'я. — 1927. — № 11. — С. 9.
132. Дело об убийстве врача Эстерман // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 6–7. — С. 25.
133. Бугай П. Робітничі маси про справу Кочетової / П. Бугай, Г. Ляхт // Шлях до здоров'я. — 1927. — № 11. — С. 10.
134. Зараза города или город-зараза // Коммунист. — 1921. — 20 апр.
135. Коган В.М. О последствиях недостаточного питания в период с 1914 по 1922 гг. (Анкет. обследование некоторых слоев населения г. Харькова) / В. М. Коган, М. М. Лившиц // Врачебное дело. — 1922. — № 24–26. — Стб. 805–821.
136. Сборник постановлений, утвержденных Народным Комиссариатом Здравоохранения УССР. — Х., 1922. — 80 с.
137. Хворостанский М. Возвратный тиф. — Х., 1921 — 7 с.
138. Марзеев А.Н. Борьба с паразитарными тифами на Украине / А.Н. Марзеев // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 25.
139. Санітарно-статистичний бюлетень Народного Комісарьята Охорони Здоров'я. — 1924. — № 3. — 57 с.
140. Про реєстрацію інфекційних хворих // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 16–17. — С. 20.
141. Про правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу. // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. — 1926. — № 6–7. — С.11.
142. Харьковская Общегородская Больничная Касса. // Врачебное дело. — 1920. — № 1. — С. 34.
143. Добрейцер И. Малярия / И. Добрейцер // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 34.
144. Николаев И.И. Из истории Советской медицины / И.И. Николаев. — Х.: Научная мысль, 1927. — 34 с .

145. Обзор деятельности Харьковского горсанэпида — Выпуск III. — Х., 1926. — С.93–170.
146. Мероприятия по борьбе со scarlatinой // Хроника здравоохранения. — 1927, № 6–7. — С. 24.
147. Матеріяли про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1924–25 рр. — Х., 1926. — 136 с.
148. Матеріяли про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1925–26 рр. — Х., 1927. — 164 с.
149. Матеріяли про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1926–27 рр. — Х., 1928. — 144 с.
150. Обзор деятельности Харьковского горсанэпида за 1925 год. — б. м., б. г. — 170 с.
151. Козловский А. Отчет о деятельности Харьк. инспектуры здравоохранения (за 1926–1927 гг.) / А. Козловський // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 3–4–5. — С. 35–42.
152. Коцевалов С. М. Об организации доступных для населения предохранительных прививок против бешенства / С.М. Коцевалов // Профилактическая медицина. — 1922. — № 1. — С. 14–17.
153. Резолюция Научного Совета при Харьковской окрздравинспектуре о мероприятиях по борьбе с бешенством // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 3–4–5. — С. 67.
154. Обязательное постановление Харьковского Окружного Исполнительного Комитета от 11 мая 1927 года «О мерах по борьбе с бешенством» // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 3–4–5. — С. 66.
155. Барсуков М. Друга п'ятирічка соціалістичної охорони здоров'я / М. Барсуков // Профілактична медицина. — 1934. — № 3. — С. 15–22.
156. Фавр Владимир Владимирович // Украинская советская энциклопедия: [в 12 т.] / гл. редкол.: М. П. Бажан (гл. ред.) и др. — К., 1984. — Т. 11, кн. 1: Счисление — Функционал. — С. 446.

157. Фавр Владимир Владимирович // Большая медицинская энциклопедия: [в 30 т. / Акад. мед. наук СССР]; гл. ред. Б. В. Петровский. — Изд. 3-е. — М., 1985. — Т. 26: Углекислые воды — Хлор. — 1985. — С. 167.
158. Шатилов Петр Иванович // Украинская советская энциклопедия: [в 12 т.] / гл. редкол.: М. П. Бажан (гл. ред.) и др. — К., 1985. — Т. 12: Функционализм — Ящур. — С. 302.
159. Баранов М. И. Пройденный путь и перспективы / М. И. Баранов // Профилактическая медицина. — 1922. — № 1. — С.90–97.
160. Положение Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР о секции борьбы с туберкулезом // Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти. Сб. докум. и материалов. 1917–1924 гг. — М., 1966. — С. 124–125.
161. Положение Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР о подсекции по борьбе с венерическими заболеваниями // Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти. Сб. докум. и материалов. 1917–1924 гг. — М., 1966. — С. 126–127.
162. Циркуляр Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР губернским отделам здравоохранения об организации на местах органов по борьбе с туберкулезом // Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти. Сб. докум. и материалов. 1917 — 1924 гг. — М., 1966. — С. 182–186.
163. К борьбе с туберкулезом в г. Харькове и губернии (Об организации лечебниц и диспансеров) // Врачебное дело. — 1919. — № 12. — Стб. 422.
164. Туберкулез // Сб. статей. Изд. Харьк. губ. комитета по проведению туб. трехдневника — Х., 1924. — 170 с.
165. Гуфельд К.І., Фаерман І.М. Організаційні заходи для охоплення та обліку хорих на туберкульоз кісток та суглобів / К. І. Гуфельд, І.М. Фаерман // Профілактична медицина. — 1934. — № 5. — С. 55–56.

166. Каракаш Д. Достижения советского здравоохранения Харьковской области / Д. Каракаш. — Х., 1958 — 29 с.
167. Ціборовський О.М. Організація боротьби з соціальними хворобами в Україні (1920–1923 рр.) / О.М. Ціборовський // Україна. Здоров'я нації. — 2008. — № 3–4. — С. 270–276.
168. Морозовский Н. Борьба с туберкулезом на Украине / Н. Морозовский // Туберкулез. Сб. статей. — Х., 1924 — С. 136–144.
169. Письмо секции борьбы с туберкулезом Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР местным здравоохранениям об организации на местах диспансеров по борьбе с туберкулезом // Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти. Сб. докум. и материалов. 1917–1924 гг. — М., 1966. — С. 231–232.
170. Хроника. // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 1–2. — С. 46.
171. Епштейн Д.Я. Велика соціалістична революція і боротьба з туберкульозом на Україні / Д. Я. Епштейн // Радянська медицина. — Х., 1939. — С. 10–11.
172. Выписка из приказа по Народному Комиссариату Здравоохранения от 15 сентября 1920 года № 157 // Бюлетень Народного Комисарьята Охорони Здоров'я. — № 2. — Харків, 1921. — С. 19.
173. Курсы для подготовки санитарных врачей — специалистов по туберкулезу // Профилактическая медицина. — 1922. — № 4–5. — С. 264.
174. Украинский государственный туберкулезный институт // Туберкулез. Сб. статей. — Х., 1924. — С. 159–160.
175. Саратиков С. Противотуберкулезный фронт и рабоче-крестьянская общественность / С. Саратиков. // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 6–7. — С. 3.
176. Хмельницкий Б. Борьба с туберкулезом в Харьковской губернии / Б. Хмельницкий // Туберкулез. Сб. статей. — Х., 1924 — С. 151.

177. Харьковский медицинский адрес-календарь на 1917 год. — X., 1916. — 96 с.
178. Либерман И.А. Борьба с туберкулезом и страховые кассы / И.А. Либерман // Туберкулез. Сб. статей. — X., 1924 — С. 125–126.
179. Ульянов Л.Д. Характеристика населения города Харькова / Л.Д. Ульянов // Туберкулез в городе и на селе. — Вып. 3: Болезненность и смертность от туберкулеза в г. Харькове и пяти городах Украины / [под ред. проф. И.И. Файншмидта и доц. Н.С. Морозовского]. — X., 1931. — С. 1–8.
180. Медведева С.И., Ульянов Л.Д. Распределение и анализ заболеваемости и смертности от туберкулеза в Харькове по естественно-историческим и диспансерным районам. / С.И. Медведева, Л.Д. Ульянов. — X., 1927. — 24 с.
181. Торконовский П.Б. Трудовая колония «Здравница» для туберкулезных больных / П.Б. Торконовский // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 1–2. — С. 27–31.
182. Как будет жить колония // Пролетарий. — 1924. — № 205. — 7 сентября.
183. Український історико-географічний збірник — Вып. 2. — К.: Наукова думка, 1972. — 277 с.
184. Вильнянский Л. Задачи и опыт работы туберкулезного отделения в системе единого диспансера / Л. Вильнянский, В. Каминский // Врачебное дело. — 1931. — № 19–20. — С. 1067–1070.
185. Борьба с туберкулезом // Туберкулез. Сб. статей. — X., 1924. — С. 169.
186. О мероприятиях по проведению туберкулезного трехдневника в 1926 году // Вісник НКОЗ. — 1926. — № 11–12. — С. 2.
187. Арнольди И. А. Бацилловыделители и их социально-гигиенические условия / И. А. Арнольди // Туберкулез в городе и на селе. — Вып. 3: Болезненность и смертность от туберкулеза в г. Харькове и пяти городах Украины. / [Под. ред. проф.

- И. И. Файншмидта и доц. Н.С. Морозовского]. — X., 1931. — С. 34–50.
188. Журавель А. А. Підсумки першого Всеукраїнського туберкулезного з'їзду / А. А. Журавель // Профілактична медицина. — 1934. — № 7. — С. 54–57.
189. Багалея Д.И., Миллер Д.П. История города Харькова за 250 лет его существования (1655–1905): [Историческая монография]. В 2-х т. — Репринт. изд. — Харьков, 1993. — Т. 2. — 982 с.
190. Из деятельности врачебно-санитарной организации г. Харькова // Врачебное дело. — 1918. — № 3. — С. 91–92.
191. ЦДАГО
192. Заболеваемость заразными болезнями населения Харьковщины за 1923–1924 год — Вып. 13. — X., 1925. — 21 с.
193. Федоровський А. Боротьба з венеризмом за 10 років / А. Федоровський // Шлях до здоров'я. — 1928. — № 12. — С. 16.
194. Федоровський А. Як працює венерологічний інститут / А. Федоровський // Шлях до здоров'я. — 1925. — № 2. — С. 10–11.
195. Ткаченко С. Вплив алкоголю на венеричні захворювання / С. Ткаченко // За тверезість. — 1928. — № 7. — С. 2–3.
196. Хорошин Г.М. Алкоголизм и венерические болезни. — X., 1930. — 16 с.
197. Д.Ш. Борьба с венерическими болезнями / Д. Ш. // Вопросы страхования. — 1923. — № 39–40. — С. 27.
198. Хорош И.Д. Из истории организации венерологической помощи в Украинской ССР (1919–1927 гг.) // Вестник дерматологии и венерологии. — М., 1964. — № 1. — С. 62.
199. Вісті ВУЦВК. — Харків, 1923.
200. Известия. Вечерний выпуск. — Одесса. — 1923. — 28 августа.
201. Виноградов Н.А. Здравоохранение в период перехода на мирную работу по восстановлению народного хозяйства (1921–1924 гг.) / Н.А. Виноградов — М., 1954. — 37 с.

202. Про посилення заходів боротьби з венхворобами // Профілактична медицина. — 1934. — № 10. — С. 63–64.
203. Похлѣбкин В. В. История водки / В. В. Похлѣбкин. — 2-е изд., испр. и доп. — Новосибирск: Рус. беседа, 1994. — 256 с.
204. Чорний О. «Холодна» на пл. Рози Люксембург / О. Чорний // Лицем до виробництва. — 1930. — № 23. — С. 24.
205. Діти п'ють // Харківський Пролетарій. — 1929. — 18 серпня.
206. Галін В. Алкоголь — ворог трудящих / В. Галін. — Х., 1931. — С. 10.
207. Несмелов Ф. Разумные сбережения вместо безрассудных трат на самогон // Ф. Несмелов // За тверезість. — 1928. — № 4. — С. 2.
208. Лучін О.М. Алкоголь і побут. / О.М. Лучін. — Х., 1930. — 69 с.
209. Увага! // За тверезість. — 1929. — № 14. — С. 3.
210. Постанова Ради Народних Комісарів УСРР «Про заходи до обмеження торгівлі спиртовими напоями» // За тверезість. — Х., 1929. — № 14. — С. 6.
211. Полінський Б. Геть п'яне свято — великдень!. / Б. Полінський // За тверезість. — 1930. — № 7. — С. 6.
212. М'якшин Г. Попи й пияцтво / Г. М'якшин // За тверезість. — 1929. — № 20. — С. 4–6.
213. Мережа наркодиспансерів в Харкові // За тверезість. — 1929. — № 15. — С. 16.
214. Лієва. Ріємо могилу пияцтву / Лієва // За грамоту. — 1929. — № 6. — С. 14.
215. Ліфшиц Я. І. Проект нового закону / І. Я. Ліфшиц // За тверезість. — 1930. — № 6. — С. 8–9.
216. Розенберг Д. Кіно на протиалкогольному фронті / Д. Розенберг // За тверезість. — 1929. — № 21. — С. 7.
217. Витверезник у Харкові // За тверезість. — 1930. — № 3. — С. 7.

218. Бродський. Резолюція, що її ухвалив протиалкогольний осередок заводу ДЕЗ 15 грудня 1929 року / Бродський // За тверезість. — 1929. — № 23. — Обкл.
219. Бродський. Перший на Україні витверезник (у Харкові) / Бродський // За тверезість. — 1930. — № 17–18. — С. 24.
220. Эпштейн Л. Комсомольская бригада обстреляла харьковские клубы / Л. Эпштейн // За тверезість. — 1928. — № 4. — С. 5.
221. Лифшиц Я. И. Марксо-ленинская теория народонаселения и политика здравоохранения / Я. И. Лифшиц // Врачебное дело. — 1934. — № 1. — С. 3 — 16.
222. Горкін З.Д. Десятиріччя Всеукраїнського державного інституту патології та гігієни праці / З. Д. Горкін // Профілактична медицина. — 1934. — № 5. — С. 51–55.
223. Лещинский О.Б. Некоторые данные к выработке противопоказаний для приема подростков на работу / О. Б. Лещинский // Врачебное дело. — 1926. — № 10–11. — С. 969–971.
224. Шевандин М.Н. О подаче первой медицинской помощи при травмах на заводах / М.Н. Шевандин // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 3–4–5. — С. 2–9.
225. Пушкарь Н.С. Пятьдесят лет борьбы за здоровье народа. / Н.С. Пушкарь, В.А. Сохранич // Материалы научно-практической конференции врачей Харьковской области, 1967. — Харьков, 1968. — С. 3–12.
226. Корж Н.А. Исторический очерк об Институте патологии позвоночника и суставов имени профессора М.И. Ситенко АМН Украины / Н.А. Корж, Д.А. Яременко, В.Б. Таршис, Е.Г. Шевченко, И.В. Голубева / Под ред. проф. Н.А. Коржа и проф. Д.А. Яременко. — Харьков: ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины, 2007. — 214 с.
227. А. М. Благоустройство городов и коммунальные предприятия на Украине / А. М. // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 214.

228. Тиц Д.Д. Цель обследования р. Сев. Донец и его притокою Уд и Лопани и краткие сведения по организации обследования / Д.Д. Тиц // В кн. Труды комиссии по санитарно-биологическому обследованию р. Сев. Донец и его притоков. — Вып. 1.: Предварительные отчеты за первое полугодие обследования с 5 ноября 1924 по 25 апреля 1925 года. [Под ред. проф. С.И. Златогорова и проф. Л.А. Шкорбатова]. — Харьков, 1926. — С. 3–7.
229. Історія міста Харкова ХХ століття / О.Н. Ярмиш, С.І. Посохов, А.І. Епштейн та ін. — Харків: Фоліо; Золоті сторінки. 2004. — 686 с.
230. Златогоров С.И. Источники водоснабжения, условия их загрязнения сточными водами и меры к очистке последних / [С. И. Златогоров, В. Н. Демьяненко, В. И. Могилевская, М. В. Калмыкова] // Труды комиссии по санитарно-биологическому обследованию р. Сев. Донец и его притоков. — Вып. 2.: Годичные отчеты за период исследований с ноября 1924 по октябрь 1925 года. / [Под ред. проф. С. И. Златогорова и проф. Л. А. Шкорбатова]. — Х., 1928. — С. 37–81.
231. Питний фонтанчик // Профілактична медицина. — 1934. — № 10. — С. 60–61.
232. Харьков: путеводитель для туристов и экскурсантов. — Х.: Харьк. об-во любителей природы, 1915.
233. Харьков: вчера, сегодня, завтра / Ю.М. Шкодовский, И.Н. Лаврентьев, А.Ю. Лейбфрейд, Ю.Ю. Полякова. — Х.: Фолио, 2002. — 206 с.
234. Абрамович И. А. Канализация города Харькова (1912–1980) [Текст]: [опыт проектирования и строительства] / И. А. Абрамович. — Х.: Основа, 1997. — 220 с.
235. Коммунальное хозяйство гор. Харкова // Коммунальное хозяйство на Украине. — 1922. — № 4. — С. 70–79.
236. Веселовский Б. Курс экономики и планирования коммунального хозяйства. — М-Л., 1945. — 205 с.

237. Коммунальное хозяйство за 5 лет Советской власти // Коммунальное дело. — 1922. — № 3. — С. 3–10.
238. Хорош И.Д. Успехи здравоохранения в Харькове за 40 лет советской власти — Х.: ХНМО, 1958. — 44 с.
239. Холера на Україні // Вісті. — 1922. — 30 червня.
240. Фавр Б.В. Харьков, его санитарное состояние и благоустройство / Б.В. Фавр // Туберкулез в городе и на селе. Вып. I. — Х., 1927. — С. 1–10.
241. Фавр Б. Скотобійні / Б. Фавр // Шлях до здоров'я. — 1926. — № 2. — С. 6.
242. Никольский Н.Г. Санитарное состояние кладбищ / Н.Г. Никольский // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 47–50.
243. Черкес Д.С. Об организации городского обоза для вывозки сухого мусора из частных и общественных владений в г. Харькове. / Д.С. Черкес. — Х.: Тип. «Просвещение», 1913. — 56 с.
244. Жилищное строительство в Харькове // Профилактическая медицина. — 1927. — № 8–9. — С. 216.
245. Конкурс на лучший тип жилища // Профилактическая медицина. — 1927. — № 8–9. — С. 216.
246. Кобрин Р.С. Очерки жилищного и санитарно-жилищного дела в Харькове / Р. С. Кобрин // Профилактическая медицина. — 1927. — № 7. — С. 91–102.
247. В городах Харьковщины живет 587365 человек // Профилактическая медицина. — 1927. — № 1–2. — С. 46.
248. Население // Коммунист. — 1921. — 21 апр.
249. Население Харьковской округи // Профилактическая медицина. — 1927. — № 3. — С. 167–169.
250. Абрамович М. Лазня, ванна, вода, мило / М. Абрамович // Шлях до здоров'я. — 1928. — № 11. — С. 16–17.
251. Баштан Ф. Гігієна в побуті / Ф. Баштан. — Х., 1929. — 64 с.

252. Тарасов М.Ф. Харьковское индивидуальное жилищное строительство с санитарной точки зрения / М.Ф. Тарасов // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 7–8. — С. 8.
253. Горомосов М.С. Великий соціалістичний шлях оздоровлення країни / М. С. Горомосов // Профілактична медицина. — 1934. — № 12. — С. 5–16.
254. Ленін В.І. Твори, вид. VI. — Т. 30.
255. Хорош І.Д. Розвиток охорони здоров'я на селі в УРСР: 1918–1929 рр. — Київ: Здоров'я, 1969. — 172 с.
256. План санитарной организации на Украине. // Профилактическая медицина. — 1922. — № 1. — С. 74–78.
257. Государственное снабжение санэпиде // Профилактическая медицина. — 1922. — № 4–5. — С. 263–264.
258. Громашевский Л.В. Техника и здравоохранение / Л. В. Громашевский // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 137–138.
259. Ульянов Л.Д. 1-й Всеукраинский Санитарный Совет / Л.Д. Ульянов // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 182–189.
260. Ульянов Л.Д. 2-й Всеукраинский Санитарный Совет / Л.Д. Ульянов // Профилактическая медицина. — 1923. — № 5–6. — С. 188–193.
261. Марзеев А. Н. 3-й Всеукраинский Санитарный Совет 22–24 апреля 1924 года в Киеве / А. Н. Марзеев // Профилактическая медицина. — № 5–6. — С. 152–155.
262. Марзеев А. Н. Санитарное и эпидемическое состояние Украины и деятельность санитарной организации / А. Н. Марзеев // Всеукраинский Санитарный Совет 15–20 мая 1926 года. Тез. докл. — Харьков: НКЗ УССР, 1926. — С. 5–14.
263. Златогоров С. И. Наши неотложные задачи в борьбе с заразными болезнями / С.И. Златогоров // Хроника здравоохранения. — 1926. — № 1. — С. 13.

264. Марзеев А. Н. VI Всеукраинский Санитарный Совет / А. Н. Марзеев // Профилактическая медицина. — 1927. — № 11. — С. 140–148.
265. Никольский Н.Г. О постановке пищевого надзора / Н.Г. Никольский // Хроника здравоохранения. — 1926. — № 1. — С. 24.
266. Положение о Харьковском горсанэпиде // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 18–19. — С. 26–28.
267. Про боротьбу з антисанітарним утриманням жител // Бюлетень НКОЗ УСРР. — 1934. — № 3. — С. 66–67.
268. Гумілевський Н. Гігієнічна консультація робітничої поліклініки (з досвіду роботи 3-ої робітничої поліклініки) / Н. Гумілевський // Врачебное дело. — 1930. — № 12–13. — С. 962–963.
269. Гинцтон Л.Л. Санитарное просвещение в условиях настоящего времени / Л.Л. Гинцтон // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 100–107.
270. Мізрухін І.А., Полінковський С.І., Завілянський І.Я. Психотравматизм у саносвіроботі / І. А. Мізрухін, С. І. Полінковський, І. Я. Завілянський // Профілактична медицина. — 1934. — № 5. — С. 57–63.
271. Положення про короткотермінові курси підготовки середнього медико-санітарного персоналу // Бюлетень НКОЗ УСРР. — 1934. — № 7. — С. 162–164.
272. Скликати санкультконференції у всіх містах і районах УСРР // Бюлетень НКОЗ УСРР. — 1934. — № 6. — С. 139–140.
273. Ціборовський О.М. Фабрично-заводська і страхова медицина як форми громадської медицини в Україні та Росії / О.М. Ціборовський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2007. — № 4. — С. 92–97.
274. Захаров Ф.Г. Очерк истории организации медицинского обслуживания промышленных рабочих России и СССР (1860–1962 гг.): дисс. ... д-ра мед. наук. / Федор Григорьевич Захаров. — В 2-х ч. — Москва, 1964 — Ч.1. — 325 с.

275. Таран В.В. Становление охраны здоровья и социального обеспечения на Украине / В.В. Таран // Страховая медицина (вопросы теории, истории, опыт и перспективы развития): Материалы выездного пленума Всесоюзного общества историков медицины. — М., Луганск. — 1991. — С. 88–102.
276. Кашин В.И. Страховая медицина и рыночные отношения: Учебное пособие / В.И. Кашин — Петрозаводск, 1993. — 405 с.
277. Бабич А. М. Экономика социального страхования: Курс лекций / А.М. Бабич. — М.: ТЕИС, 1998. — 438 с.
278. Каган Э. М. Меморандум о положении больничных касс Юга России и об основных началах проекта временного закона о страховании от болезни / Каган Э. М. — Х.: Изд. Союза б. касс Юга России. — 1919. — 45 с.
279. Декрет о страховании на случай болезни, принятый ЦИК Советов РК и Кр. Депутатов 22 дек. 1919 г. Уезд. Екатеринос. Губ. страх. раб. группы. Б. м, б. и., 1919.
280. История страховой медицины и ее современные проблемы в странах СНГ и за рубежом: Реферативный обзор. // Актуальные проблемы медицинского страхования и охраны здоровья населения. — Вып. 2. / [Сост.: О.В. Высоцкая, М.В. Длуганович и др.] — К., 1993. — С. 3–17.
281. Постановление НКЗ УССР об организации и порядке пользования лечебной сетью в городах и фабрично-заводских поселениях // Бюлетень Народного Комисарьята Охорони Здоров'я. — № 2. — Харків, 1921. — С. 82.
282. Баткіс Г. А. Перші кроки будівництва радянської охорони здоров'я на Україні (1918–1922 рр.) / Г. А. Баткіс. — К.: Держмедвидав УРСР, 1964. — 47 с.
283. Страховая рабочая медицина // Врачебное дело. — 1922. — № 13–14. — Стб. VI.
284. Деятельность рабмеда // Вопросы страхования. — 1923. — № 51–52. — С. 79.

285. Либерман И.А. Нужны ли амбулатории на предприятиях / И.А. Либерман // Хроника здравоохранения. — 1926. — № 2. — С. 6–10.
286. ХПЗ — завод имени Малышева. 1895–1995. Краткая история развития / А.В. Быстриченко, Е.И. Добровольский, А.П. Дроботенко и др. — Х.: Прапор, 1995. — 686 с.
287. Резолюция V Пленума Всеукраинского Совета Профессиональных Союзов от 19 апреля 1928 года по докладу Наркомздрава Украины тов. Ефимова на тему «Положение о медицинской помощи застрахованным на Украине» // Вісті Народного Комісаріату Праці УСРР. — 1928. — Дод. до №№ 7–14. — С. 130.
288. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду УСРР. — 1922. — № 13. — 77 с.
289. Ландис М. Рабочая медицина / М. Ландис // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 107–111.
290. Отчет Всеукраинского совета профсоюзов: К III съезду профсоюзов Украины. — Харьков, 1927. — 77 с.
291. Мовчан О. Медичне обслуговування робітників УСРР. 1920-ті рр. / О. Мовчан // Проблеми історії України: факти, судження, пошуки: Міжвідомчий збірник наукових праць. — К.: Інститут історії України НАН України, 2006. — Вип. 15. — С. 19–64.
292. Герпберг Р. Дом отдыха / Р. Герпберг // БМЭ / Гл. ред. Н. А. Семашко. — М.: Мосполиграф — Т. 9. Дефект — Желток. — 1929. — С. 483–493.
293. Смирнов Н.С. Курортная помощь застрахованным / Н.С. Смирнов // Хроника здравоохранения. — 1926. — № 1. — С. 26.
294. Минц М. Как мы производим отбор больных / М. Минц // Вопросы страхования. — 1923. — № 39–40. — С. 36–39.
295. Народа щодо питань санаторно-курортної справи та розвинення масового робітничого відпочинку // Профілактична медицина. — 1934. — № 4. — С. 64.

296. Постановление Народных Комиссаров Здравоохранения и Юстиции РСФСР об охране здоровья женщин // Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти. Сб. докум. и материалов. 1917–1924 гг. — М., 1966. — С. 285–286.
297. Отчет об охране материнства и младенчества первой рабочей поликлиники за 1925–1926 гг. // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 3–4–5. — С. 49–50.
298. Федотова Е.Н. Несколько слов о родовспоможении / Е.Н. Федотова // Хроника здравоохранения. — 1926. — № 2. — С. 11.
299. Коммунист. — 1921. — № 29.
300. Габинов Л. Аборт — велике лихо жіноцтва / Л. Габинов // Шлях до здоров'я. — 1926. — № 3. — С. 7–8.
301. Кетленская В. Вся жизнь без контроля / В. Кетленская, В. Слепцов. — М.–Л., 1929. — 121 с.
302. Здравоохранение на Украине. — Х., 1929. — 81 с.
303. Вісті ВУЦВК. — Харків, 1925.
304. Рохлина Р. Отчет по охране материнства, младенчества и детства первой рабочей поликлиники / Р. Рохлина // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 3–4–5. — С. 49–53.
305. Кирилов Б.Ф. Аборт / Б. Ф. Кирилов // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23–28 мая 1927 года. — К., 1927. — С. 1–8.
306. Тиканадзе И.Е. Выкидыш с государственной точки зрения / И.Е. Тиканадзе // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов. — Киев, 23–28 мая 1927 года. — К., 1927. — С. 127–134.
307. Про боротьбу з абортами // Вісник НКОЗ. — 1926. — № 16. — С. 3.
308. Левина Н. Аборты в подполье: секреты частной жизни / Н. Левина // Родина. — М, 1999. — № 1. — С. 49.
309. Зетель Р. М. Досвід роботи профілактичного кабінету / Р. М. Зетель // Профілактична медицина. — 1934. — № 2. — С. 52 — 54.

310. Каган Д.С. Як побудовано роботу медично-санітарних закладів / Д.С. Каган.— Х., 1932. — 54 с.
311. Про перевірку наявності протизачаткових засобів в аптеках // Бюлетень НКОЗ УСРР. — 1934. — № 9–10. — С. 192.
312. Смертность до 1 года на 100 родившихся по данным выборочного санитарно-демографического обследования 1923 года за 1920–1922 годы // Санитарно-статистический бюлетень Народного Комиссариата Здравоохранения УССР. — 1924. — № 1. — С. 17.
313. Рудник -Андреева А. Дом младенца. — БМЭ. — Т.9. — Дефект-желток. —М., 1929. — С. 483.
314. Баландер А. Дом ребенка / А. Баландер // БМЭ / Гл. ред. Н.А. Семашко. — М.: Мосполиграф — Т. 9. Дефект — Желток. — 1929. — С. 493–495.
315. Резолюция I Всероссийского совещания по охране материнства и младенчества о деятельности отделов охраны материнства и младенчества // Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти. Сб. докум. и материалов. 1917–1924 гг. — М., 1966. — С. 291–292.
316. Рохлина Р. Об индивидуальном призрении детей /Р. Рохлина // Врачебное дело. — 1921. — № 11–15. — С. 166.
317. Розенблюм. Громадськість та охорона матері й дитини /Розенблюм // Шлях до здоров'я. — 1926. — № 3. — С. 3.
318. Федотова О. Охорона материнства й дитинства на Україні / О. Федотова. — Х., 1930. — 66 с.
319. Арнаутов В. В. Голод и дети на Украине / В.В. Арнаутов. — Х., 1922. — 48 с.
320. Работа АРА на Украине // Профилактическая медицина. — 1922. — №2–3. — С. 243–244.
321. Голод 1921–1923 років в Україні: Зб. документів та матеріалів / АН України, Ін-т історії України та ін.; [Упоряд. О.М. Мовчан, А.П. Огінська, Л.В. Яковлева; Відп. ред. С.В. Кульчицький]. — К.: Наук. думка, 1993. — 240 с.

322. Охрана материнства и детства // Профилактическая медицина. — 1922. — № 2–3. — С. 240.
323. Мережа установ охорони здоров'я Харківської округи на 1-е січня 1929 року. Статистичний збірник. — Харків, 1929. — 31 с.
324. Воробьевский З.Б. Социалистическое здравоохранение в Харькове накануне второй пятилетки / Воробьевский З. Б. — Х., 1933. — 71 с.
325. Хоменко А., Кольнер Р. Сучасна смертність немовлят в УСРР / А. Хоменко, Р. Кольнер. — Х., 1930. — 132 с.
326. Бандурівський А.З., Мац Д.І. Підсумки та завдання літньої оздоровної роботи серед дітей / А.З. Бандурівський, Д.І. Мац // Профілактична медицина, 1934. — № 6. — С. 19.
327. Федотова О. Масові оздоровчі заходи в системі охорони материнства й дитинства / О. Федотова. — Х., 1933. — 14 с.
328. Робак І.Ю. Історичні умови організації та специфіка розвитку охорони здоров'я в Харкові (XVIII ст. — початок XX століття). — Дис. ... доктора історичних наук. НАН України. Інститут історії України. — К., 2009. — 435 с.
329. Постройка больницы в Харькове // Профилактическая медицина. — 1927. — №7. — С. 231.
330. Постройка здания для Рентген-радиологического института в Харькове // Профилактическая медицина. — 1927. — № 7. — С. 230–231.
331. Ціборовський О.М. Боротьба з наслідками голоду 1921–1923 рр. / О.М. Ціборовський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2008. — № 3. — С. 88–94.
332. Оздоровление больниц // Пролетарий. — 1922. — 8 октября. — № 230.
333. Інструкція про платні лікарні // Бюлетень НКОЗ УСРР. — 1934. — № 4. — С. 104–107.

334. Отчет о совместном заседании работников Окринспектуры и 2-й совбольницы от 17 и 20. VII. 1928. // Хроника здравоохранения. — 1928. — №15. — С. 14-16.
335. Саратиков С. От редакции / С. Саратиков // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 6–7. — С. 2.
336. Про відрядження хворих з районів у м. Харків для спеціального медичного дослідження та лікування // Хроника здравоохранения. — 1929. — № 1. — С. 19.
337. О постройке новой соматической больницы // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 18–19. — С.21–22.
338. Лісовий В. М. Історія охорони здоров'я в Харкові: Навч. посібник / В. М. Лісовий, І. Ю. Робак. — Харків: ХНМУ, 2008. — 178 с.
339. Деятельность коллегии окрздравинспектуры // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 3. — С. 9–11.
340. Об ответственности за необоснованные вызовы районного врача // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 14. — С. 18–19.
341. По вопросу организации помощи на дому райврачами поликлиник // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 2. — С. 10–11.
342. Проект рационализации аппарата поликлиник // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 2. — С. 12.
343. Вильнянский Л. По поводу статьи тов. И. Либермана «Профилактические объединения и диспансеризация» / Л. Вильнянский // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 16–17. — С. 5–6.
344. Горфин Д. Диспансеризация / Д. Горфин // БМЭ / Гл. ред. Н. А. Семашко. — М.: Мосполиграф. — Т. 9. Дефект — Желток. — 1929. — С. 300–312.
345. Тер-Микаэльянц И.Б. Несколько слов о диспансеризации / И.Б. Тер-Микаэльянц // Хроника здравоохранения. — 1926. — № 1. — С. 15.

346. Либерман И.А. Врач-терапевт в системе единого диспансера / И. А. Либерман // Врачебное дело. — 1931. — № 3 — 4. — С. 163–169.
347. Либерман И. На шляхах організації та розвитку единого диспансера й медсанцеху / І. Либерман //Профілактична медицина. — 1927. — № 1. — С. 35.
348. Либерман И. А. Охорона здоров'я у п'ятиріччі / І. А. Либерман // Господарство України. — Х., 1931. — 64 с.
349. Тер-Микаэльянц. Пути диспансеризации / Тер-Микаэльянц, Пыжев // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 13. — С. 2–4.
350. Харківський диспансерно-поліклінічний інститут. Збірка матеріалів №1 / Під. редак. З.Б. Вороб'євського, І.А. Либермана, Л.І. Вільнянського. — Х., 1933. — 33 с.
351. «Скорая помощь»: 85 лет без перерыва // Город. — 1995. — 22 апреля. — С. 3.
352. Вехи развития и становления Харьковской скорой помощи. / Под ред. А.Е. Зайцева. — Харьков, 2000. — 56 с.
353. Постановление Коллегии Харьковской Окр. РКИ по материалам обследования системы обслуживания лечебной помощью населения и по вопросам рационализации лечебного дела // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 5. — С. 21–25.
354. Резолюція по докладу д-ра Молохова о работе Станции Скорой Помощи // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 18–19. — С. 19.
355. Історія фармації України / Р.В. Богатирьова, Ю.П. Спіженко, В.П. Черних. — Х.: Прапор, вид-во УкрФА, 1999. — 799 с.
356. Об ошибках при отпуске лекарств из аптек // Хроника здравоохранения. — 1927. — № 13. — С. 19.
357. О поднятии трудовой дисциплины среди аптечных работников // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 13. — С.11-12.
358. Про дефекти в 14 аптеці // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 13. — С. 21.
359. Про заміну некваліфікованих фармацевтів // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 10. — С. 21.

360. Правила позааптечної дрібної торгівлі медикаментами // Бюлетень Народного Комісаріату Охорони Здоров'я. — 1927. — № 7–8. — С. 8.
361. Вейн С. Аптечное дело. Наши ближайшие задачи / С. Вейн // Медицинский работник. — 1924. — № 1–2. — С. 10–11.
362. Каган И. Рабочая медицина на Харьковщине / И. Каган // Вестник профдвижения Украины. — 1927. — № 3–4. — С. 108–110.
363. Сто лет Харьковской городской клинической больнице №2 (1900–2000 гг.) / [Полоз Д.Д., Кулак К.Д. и др.]; под. ред. Полоз Д.Д. — б. м., б. и., б. г. — 170 с.
364. Гехман С.Р. К вопросу о питании больных в больницах / С.Р. Гехман // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 11. — С. 2–3.
365. Саратиков С. Про осіб, маючих право проживати при лікустановах / С. Саратиков // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 3. — С. 19–20.
366. Аронштам С.Л. Лікувальна справа на Харківщині за останні 10 років (1918–1928 рр.) / С.Л. Аронштам // Хроника здравоохранения. — 1928. — № 23–24. — С. 6–16.
367. Справочник медицинских и санитарных учреждений г. Харькова. / Назаров М., Біненбаум Д. — Х.: Дом врача. — 1938. — 356 с.
368. Зеленский Н.М. 150 лет Сабуровой дачи / Зеленский Н. М. / Под ред. засл. проф. А. И. Геймановича и др. — Х., 1946. — 160 с.
369. Історія Харківського державного медичного університету. 200 років. — Харків.: ВПЦ «Контраст», 2005. — 752 с.
370. Лукьянченко А.А., Чернякова И.А. К столетию Харьковской областной клинической больницы / А.А. Лукьянченко, И.А. Чернякова // Харьковский медицинский журнал. — 1996. — № 1–2. — С. 79–80.
371. Ю.Ю. Вороний — піонер вітчизняної трансплантології: статті, документи, фотографії / [В.М. Лісовий, Ж.М. Перцева, Д.М. Перцев та ін.]. — Х.: Вид-во ХНМУ, 2011. — 296 с.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РАДЯНСЬКА ДЕРЖАВНА І МІСЦЕВА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
Організація керівництва	7
Фінансування	23
Соціальне становище та умови праці медичних працівників	28
БОРОТЬБА З НАЙВАЖЛИВІШИМИ ХВОРОБАМИ ТА ПОДОЛАННЯ ЇХ НАСЛІДКІВ	39
Епідемії	39
Соціальні захворювання	46
Професійні захворювання	76
ДІЯЛЬНІСТЬ САНІТАРНИХ СЛУЖБ	80
Санітарний стан Харкова у 20-ті роки ХХ століття	80
Створення та діяльність радянських санітарних органів	97
Організація санітарної просвіти і боротьба за здоровий по- бут та санітарну культуру	107
ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕ- ЛЕННЯ	113
Організація лікувально-профілактичного обслуговування робітників промисловості	113
Охорона материнства і дитинства	129

Стационарна медична допомога іншим категоріям населення	145
Амбулаторно-поліклінічна допомога	162
Диспансеризація	165
Швидка і невідкладна допомога	171
Забезпеченість лікарськими засобами	174
ВИСНОВКИ	180
ДОДАТКИ	189
ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК	214
ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК	218
ДЖЕРЕЛА І ЛІТЕРАТУРА	228

Наукове видання

РОБАК
Ігор Юрійович

ДЕМОЧКО
Ганна Леонідівна

**ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В ПЕРШІЙ СТОЛИЦІ
РАДЯНСЬКОЇ УКРАЇНИ
(1919–1934 рр.)**

Монографія

*Редактор В.А. Мац
Комп'ютерна верстка В.В. Тарасенко*

Підписано до друку 19.04.2012. Формат 60×84¹/₁₆
Папір офсетний. Гарнітура Petersburg. Друк офсетний.
Умов. друк. арк. 16,04. Умов. вид. арк. 12,45.
Наклад 300 прим. Зам. № 1007.

Видавництво «Колегіум».
Свідоцтво про держреєстрацію:
серія ДК № 1722 від 23.03.2004.
61093, м. Харків, вул. Іллінська, 57/121.
Тел./факс: (057) 703-53-74

Надруковано у друкарні
СПД ФО Тарасенко В. П.
Свідоцтво №24800170000043751 від 21.01.2002 р.
61124, м. Харків, вул. Зернова, 6/267.
Тел./факс: (0572) 52-82-11, (097) 273-11-77.



**Аркавін
Яків Сергійович**



**Аронштам
Семен Лазаревич**



**Браунштейн
Овсій Петрович**



**Вороной
Юрій Юрійович**



Горкін
Зиновій Давидович



Григор'єв
Сергій Петрович



Ігумнов
Сергій Миколайович



Каган
Езро Мойсейович



Гуревич
Мусій Григорович



Златогоров
Семен Іванович



Коршун
Степан Васильович



Коцевалов
Степан Матвійович



Марзєєв
Олександр Микитович



Молохов
Микола Олександрович



Рохлін
Леон Лазаревич



Томілін
Сергій Аркадійович



Попандопуло
Іван Васильович



Рахманінов
Микола Іванович



Трегубов
Самуїл Леонтійович



Хажинський
Петро Харитонович



Цехновіцер
Марк Мусійович



Черкес
Даниїл Самойлович



Шкорбатов
Леонід Андрійович



Ямпольський
Самуїл Мойсейович



2-га радянська лікарня (1927)



2-га міська лікарня (2011)



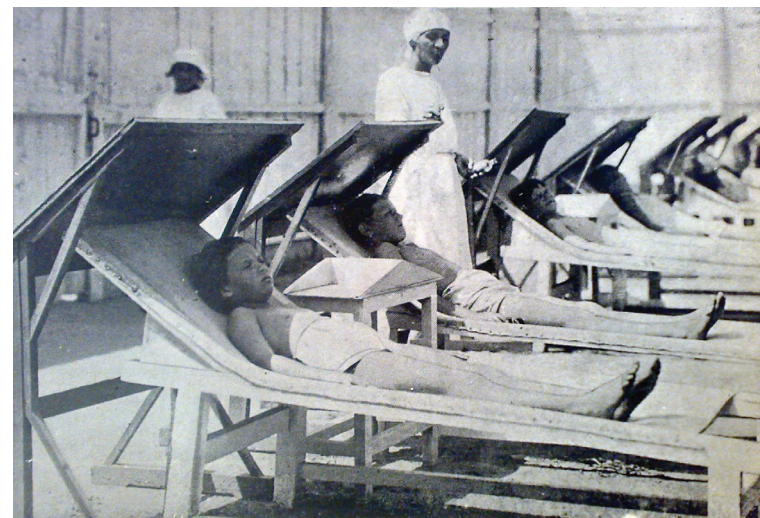
Державний поліклінічний інститут ім. Жовтневої Революції,
1931 р. (будівля не збереглася)



Клініка Г.М. Авдакової, протитуберкульозний диспансер,
вул. Сумська, 52 (сучасний вигляд)



Вхід до дитячого денного санаторію
в міському комунальному парку



Солярій в дитячому денному санаторії



Дитячий будинок №5 по вул. Мירוносицькій, 19
(сучасний вигляд)



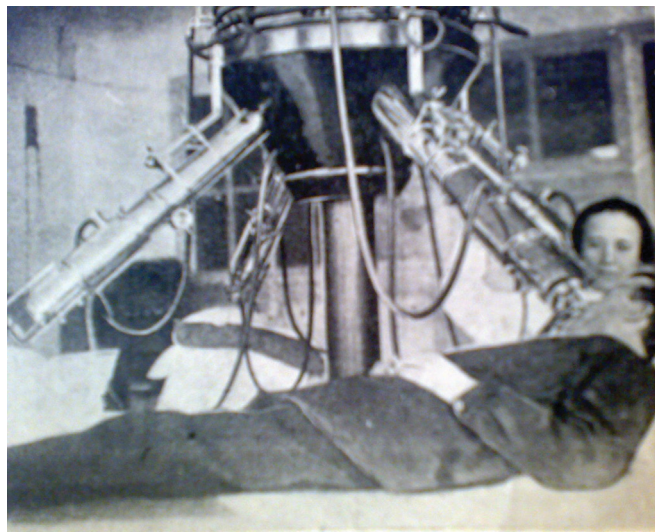
Дитячий будинок № 6 по вул. Лібкнехта (нині Сумська), 31
(будівля не зберіглася)



Дослідження проводить Леонід Андрійович Шкорбатов



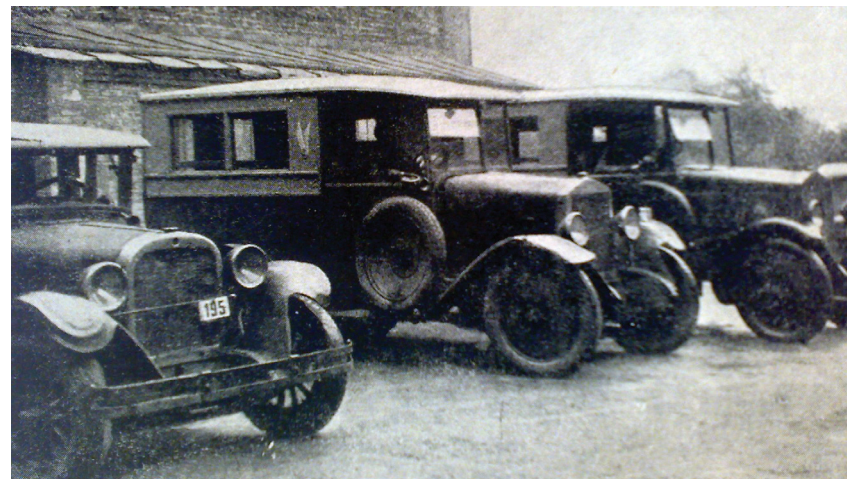
Колектив студентської лікарні, 1922 р.



Фізичний кабінет 4-го єдиного диспансеру



Інструментарій лікаря швидкої допомоги



Автівки харківської швидкої допомоги, 1931 р.



Лікарі швидкої надають першу допомогу постраждалому



Торгівля на Благовіщенському ринку

Агітаційна листівка санпросвіти

