

13. Рожков А. В кругу сверстников. Жизненный мир молодого человека в Советской России 1920-х годов: В 2 т. – Т. 1. – Краснодар, 2002. – 408 с.
14. Голицын С. Записки уцелевшего. – М., 2006. – 752 с.
15. Гуменна Д. Дар Евдотеї. Испит пам'яті. – Кн. 1. – К., 2004. – 517 с.
16. Москвин М. Хождение по вузам. Воспоминания комсомольца. – Paris, 1933.
17. Fitzpatrick S. Ascribing Class: The Construction of Social Identity in Soviet Russia // *Journal of Modern History*. – 1993. – Vol. 65, №4. – P. 745–771.
18. Державний архів Полтавської області.
19. Юркевич Ю. Минувше проходит предо мною... – М., 2000. – 256 с.
20. Жизнь студентки Медицинского института г.Харкова в 1921–1925 годах Гороховой В.Н. // Музей історії Харківського медичного університету. – 12 с.
21. Рябченко О.Л. Очерки из жизни украинского студенчества (1920-е годы) // Эпоха. Культуры. Люди (история повседневности и культурная история Германии и Советского Союза. 1920–1950-е годы). – Харьков, 2004. – С. 267–285.

І.В.Ткаченко

Боротьба з соціальними та професійними хворобами в Україні у 20-х роках ХХ ст.

Завдання розбудови українського суспільства на засадах соціальної держави вимагає формування її урядом ефективної соціальної політики, насамперед у галузі охорони здоров'я населення. Ця проблема стає ще більш актуальною на сучасному етапі у зв'язку з демографічною кризою в Україні.

Покращання існуючої системи охорони здоров'я в Україні вимагає ретельного аналізу історичного досвіду та модернізації концептуальних підходів до вивчення цієї проблеми. Тільки глибоке дослідження досягнень минулих років дасть змогу зрозуміти головні напрями вдосконалення системи охорони здоров'я в сучасній державі.

Проблема розвитку системи охорони здоров'я у 20-х роках ХХ ст. продовжує залишатись актуальною і в науковому сенсі, оскільки в сучасній вітчизняній історіографії ї досі відсутнє комплексне дослідження цієї теми.

Уже у перші повоєнні роки органи охорони здоров'я велику увагу починають приділяти заходам з профілактики та лікування соціальних і професійних хвороб. У 1919 році у структурі Наркомздоров'я УСРР і в губздоровідділах були засновані туберкульозна та венерологічна секції, які спромоглися створити розгалужену мережу низових структур, на які

покладалися завдання розроблення та здійснення планів боротьби із соціальними хворобами. Велика увага у цей час почала приділятися боротьбі з венеричними хворобами. Однак здійснення цих заходів відбувалося занадто повільними темпами внаслідок великих труднощів, насамперед економічного характеру. Замість основних типів закладів – диспансерів – обмежувались організацією амбулаторій, для чого у стаціонарах виділялися ліжка для госпіталізації таких хворих. Особливо поширеними соціальні хвороби були на селі. Ось чому в першу чергу саме тут рекомендувалося створювати спеціальні вензагони. На 1 жовтня 1921 року кількість ліжок для госпіталізації венеричних хворих в Україні досягала двох тисяч. Починаючи з другої половини 1922 року внаслідок подолання епідемій і голоду центром боротьби стають саме соціальні та професійні хвороби [1, с. 4].

Слід сказати, що на IV Всеукраїнській нараді завідуючих губздоровідділами, яка відбулася 25–31 серпня 1922 року, було визначено, що єдиним доцільним засобом планомірної боротьби з венеричними хворобами є організація постійної кваліфікованої лікувальної допомоги хворим. Однак, враховуючи величезні розміри поширення сифілісу і неможливість через обставини, що склалися, потрібним чином розгорнути необхідні лікувально-профілактичні заходи, нарада була змушена обмежитися в організації венерологічної допомоги на селі передачею на місця медичного і санітарного майна, заготовленого для вензагонів, та відпущених на ці цілі грошових коштів. Значне місце серед заходів боротьби з соціальними хворобами посіла санітарно-освітня робота, в якій брали активну участь усі лікарі [2, с. 17].

На початку 1923 року Наркомздоров'я УСРР було введено у дію "Положення про губернські ради з боротьби з венеризмом і проституцією". Згідно з цим положенням було створено штат працівників, до складу якого увійшли завідувач губздоровідділу, завідувач губернської центральної шкірно-венерологічної поліклініки, представник від медичної наради (за участю лікарів-венерологів) робітничих поліклінік, представник від відділу управління губвиконкому, губпрофради, жінвідділу, губвідділу праці, охматдиту, санепіду і робмеду [3, с. 2].

За допомогою губернських рад організовувалися лікувально-трудова профілакторії, призначені для обслуговування хворих безробітних жінок.

Заради зменшення соціальних захворювань в Україні було вжито і низку законодавчих заходів. Зокрема, в додатку до статті Карного кодексу про відповідальність за свідоме зараження венеричною хворобою органам охорони здоров'я надавалося право запобіжного огляду осіб, підозрю-

ваних на захворювання, і примусового лікування хворих, які добровільно не погоджувалися на огляд або не лікувалися і становили небезпеку для оточуючих їх людей. Для боротьби із зазначеними хворобами серед сільського населення України НКОЗ створював сільські венерологічні пункти у тих селищах, де одна лікарська дільниця впоратися з цим завданням не могла. У 1922 році на території України вперше у вигляді експерименту було організовано 3 венерологічних пункти, а на початку 1923 року їх було відкрито ще 9 у найбільш уражених селах Одеської, Харківської, Київської і Подільської губерній. Незважаючи на той факт, що переважно венпункти були тимчасовими закладами для боротьби із соціальними хворобами, вони, в основному, впоралися із покладеними на них завданнями. Зокрема, було виконано значну роботу, яка полягала в обліку хворих. У 1923 році Наркомздоров'я додатково було відкрито 13 пунктів, зокрема по 3 у Волинській, Чернігівській і Катеринославській губерніях та по 2 – у Полтавській і Одеській [4, с. 127]. На 1 жовтня 1923 року в Україні вже налічувалося 26 венерологічних диспансерів, 156 кабінетів при поліклініках, 25 сільських пунктів і 960 венерологічних ліжок. Пропускна спроможність усіх цих установ на 1 жовтня 1923 року становила 13,5 тис. осіб на день [5, с. 54].

Із метою забезпечення цієї мережі лікарями-спеціалістами НКОЗ УСРР організував їх підготовку шляхом інтернатури у відповідних міських медичних закладах.

Досвід сільських пунктів, які проводили свою роботу диспансерним методом, засвідчив життєздатність і доцільність цієї форми лікування, внаслідок чого венерологічна мережа у сільській місцевості України зростає з 3-х закладів у 1922 році до 41-го у 1924 році і 105-ти у 1928 році [6, с. 17].

Слід зазначити, що, починаючи з середини 20-х років, захворюваність у містах починає зменшуватися. Якщо у 1924–1925 роках на 10 тис. населення було зареєстровано 46,7 захворювань, то у 1927–1928 роках їх кількість скоротилася до 24,1. Однак на селі в цей період налічувалося 42% хворих на побутовий сифіліс [7, с. 8].

Завдяки систематичній санітарно-освітній пропаганді, наближенню загальної і спеціальної медичної допомоги до населення, проведенню профілактичних заходів вдалося досягти того, що в 1925–1927 роках у лікувально-профілактичних закладах України зареєструвалася основна маса венеричних хворих, які повинні були заповнити особисту картку, де зазначалися прізвище, рік народження, сімейний стан, адреса, місце роботи, соціальний стан [8, арк. 135]. Усі ці заходи, проведені урядом з метою боротьби із соціальними хворобами, призвели до різкого зниження

захворювань наприкінці 20-х років.

Не менш актуальним було у цей час питання боротьби з туберкульозом. Зокрема, на II Всеукраїнському з'їзді відділів охорони здоров'я вказувалося, що основним типом медичного закладу для боротьби з туберкульозом повинен стати диспансер – заклад, де б можна було визначити ступінь хвороби, всебічно обстежити хворого у лабораторії та рентген-кабінеті. Диспансер мав тісний зв'язок з лікарськими пунктами та лікарнями. Хворі, що перебували в диспансері, отримували окреме ліжко, сухий пайок, білизну, взуття, посуд [9, с. 32]. Задля організації боротьби з туберкульозом було створено систему спеціальних лікувальних закладів, як-от: денні, нічні та літні санаторії, а також санаторії-колонії. Дітей-школярів, що мали схильність до туберкульозу, переводили в кращі шкільні будинки і посилювали за ними нагляд із наступним переведенням хворих на відкриту форму туберкульозу, у дитячі відділення при диспансерах. Наприклад, з 1919 до 1923 року у м.Чернігів та у м.Остер Товариство Червоного Хреста відкрило стаціонари для хворих на туберкульоз на 25 ліжок. Також розпочала роботу тубсекція губздоров-відділу [10, с. 54]. Крім цього, в Чернігівській губернії на початку 20-х років ХХ ст. було відкрито дитячу поліклініку для хворих на кістковий туберкульоз і санаторій для дітей, хворих на туберкульоз [11, с. 3]. У 1923 році було відкрито тубдиспансер, однак він займався переважно профілактикою хвороби. Його робота полягала в реєстрації хворих, обстеженні житла тощо. У повоєнний період боротьба з туберкульозом набула значних масштабів і в Дніпропетровській області. Перший туберкульозний диспансер був організований у Дніпропетровську у 1922 році, а вже у 1924 році у місті діяли три тубдиспансери для дорослих і дітей, забезпечені спеціалістами [12, с. 3].

У 1923 році було організовано туберкульозний диспансер у м.Павлоград та в Каменському [13, арк. 25], у 1924 – 4 сільських туберкульозних пункти в Одиноківці, Петриківці, Солоному та Синельникові. До 1927 року було відкрито туберкульозні диспансери в містах Олександрія, Бердянськ, Запоріжжя, Мелітополь, Кривий Ріг [14, с. 74]. Разом із туберкульозними пунктами, відкритими Червоним Хрестом, на 2 січня 1928 року у Дніпропетровській області було 7 диспансерів у містах та 18 – у сільській місцевості.

Поряд із туберкульозними диспансерами були відкриті і нічні санаторії, зокрема 3 у Дніпропетровську, 1 – у Бердянську, 1 – у Мелітополі, 194 дитячі денні санаторії, дитячий кістковий санаторій, денний санаторій для дорослих.

Організована мережа боротьби з туберкульозом у Дніпропетровській області дала можливість застосовувати штучний пневмоторакс, туберкулін, кальцієтерапію та почати вивчати питання поширеності туберкульозу і смертності від нього [15, с. 190].

Для надання медичної допомоги туберкульозним хворим у м.Харків було організовано 4 амбулаторії-диспансери та дитячий диспансер, через які за 9 місяців 1921 року пройшло 20223 туберкульозних хворих, з них 5713 – первинних. Для надання госпітальної допомоги туберкульозним хворим було організовано стаціонари при одному диспансері на 15 ліжок, а при другому – на 25 ліжок [16, с. 19].

Для лікування дітей, крім спеціального диспансера, функціонував санаторій для кістково-туберкульозних хворих на 50 ліжок.

У 1921 році поблизу Харкова існували санаторії: в Сокольниках на 120 ліжок, Ріпках – на 79 ліжок, Дергачах – на 104 ліжка. Всього санаторний ліжковий фонд складався з 303 ліжок, через які лише за 1-е півріччя 1921 року пропущено 719 хворих. У повітах, крім того, було 4 санаторії на 246 ліжок. За 1923 рік було відкрито 3 протитуберкульозні диспансери в Сумах, Богодухові та Ізюмі [17, с. 3]. Для боротьби з туберкульозом у Полтаві було відкрито губерньський протитуберкульозний диспансер зі стаціонаром та диспансери в Кременчуці, Ромнах, Лубнах та Прилуках. У цей період у Полтавській губернії працювало вже 17 санітарних лікарів, функціонувало 5 санітарно-бактеріологічних лабораторій і 53 дезкамери [18, с. 115]. У Черкасах почав працювати санаторій для хворих на туберкульоз, а у Соснівці було організовано центральну робітничу амбулаторію, здоровпункти на сірниковій та тютюновій фабриках і рафінадному заводі [19, с. 562].

За наявними неповними даними, на поч. 20-х років активним туберкульозом в Україні хворіло до 6% населення, а близько 70% було уражено цією хворобою. Зниження епідемій в УСРР дало органам охорони здоров'я можливість зосередити увагу на боротьбі з туберкульозом, використовуючи на неї більше матеріальних ресурсів. Слід сказати, що до жовтня 1922 році в Україні було всього 8 протитуберкульозних диспансерів, які функціонували як амбулаторії, а вже на 1 квітня 1923 року їх кількість зросла до 30. Утім, розташовані ці лікувальні заклади були майже всі у губерньських містах [20, с. 152]. Вже на 1 вересня 1923 року в Україні було 47 диспансерів, із яких 20 – в окружних містах і 2 – у селах, а також 14 санаторіїв на 866 ліжок [21, с. 134]. Особлива увага приділялася тому, щоб диспансери вели широку профілактичну та освітню роботу і поширювали свою діяльність на всю губернію. Представники трудящого населення

брали участь у боротьбі з туберкульозом через ради соціальної допомоги, які комплектувалися з діячів професійних, партійних, радянських та громадських організацій [22, с. 7]. Протитуберкульозні пункти організовувалися на підприємствах і в сільській місцевості. У кожному губернському місті діяла губернська протитуберкульозна рада, а в центрі – центральна рада. Через диспансери кожного місяця проходило 70,5 тис. осіб.

За матеріалами санітарно-демографічного обстеження, проведеного у 1923 році, захворюваність туберкульозом легенів становила у середньому 8,5 осіб на 1000 сільського населення з коливаннями по губерніях від 4,6 у Донецькій до 15,0 у Полтавській [23, с. 29]. Захворюваність туберкульозом інших органів становила, у середньому, 3,8 осіб на 1000 населення. Яскраво виражений у дитячому віці туберкульоз відзначався, у середньому, у 2,5% школярів, досягаючи 4% у Чернігівській губернії [24, с. 2].

У постанові III Всесоюзного з'їзду з боротьби з туберкульозом, проведеного у Харкові 22 серпня 1924 року, зазначалося, що в основу протитуберкульозної діяльності на селі повинна лягти санітарно-профілактична та санітарно-освітня робота серед населення, яка має проводитися силами як медичної дільниці, так і загальносанітарної організації [25, с. 18]. З'їзд визнав за необхідне ввести до штату медичної дільниці, що очолювала боротьбу з туберкульозом на селі, спеціальну сестру-обслідувачку. Було відзначено важливість забезпечення хворих зі складу сільського населення ліжками у кістковотуберкульозних відділеннях міських лікарень, а також доцільність виділення за наявності відповідних умов спеціальної палати для хворих на кістковий туберкульоз у дільничних лікарнях. З'їзд вказав на необхідність широкого використання шкільних учителів для пропаганди гігієнічних знань, зокрема в галузі боротьби з туберкульозом. З цією ж метою було рекомендовано введення викладання гігієни у всіх педагогічних інститутах.

У березні 1925 року відбувся з'їзд санітарних лікарів та завідувачів тубдиспансерів, на якому було представлено низку доповідей, зокрема: "Боротьба з туберкульозом на селі", "Організація боротьби із соціальними хворобами в умовах дільничної роботи", "Про роль санітарної організації в роботі диспансерів", що стало поштовхом для активних практичних заходів у цій галузі [26, с. 7].

3 грудня 1925 року основним організаційним ядром протитуберкульозної боротьби стали сільські диспансери, що організуються у складі медичних дільниць, переважно в місцях виявлення найбільшої ураженості населення туберкульозом. Однак унаслідок труднощів, що виникали при побудові диспансерної протитуберкульозної мережі, боротьба з цією

хворобою повинна була концентруватися, головним чином, у медичних дільницях.

Сільська протитуберкульозна мережа в Україні розвивалася швидко: у 1922–1923 роках було 2; у 1923–1924 – 14; у 1924–1925 – 54; у 1925–1926 – 58; у 1926–1927 – 69; у 1927–1928 – 76 і у 1928–1929 – 97 протитуберкульозних диспансерів та пунктів [4, с. 136]. Утім, ця кількість не задовольняла потреб населення у протитуберкульозних закладах. Про це свідчать такі дані: за 1926–1927 роки за допомогою звернулося 340,5 тис. хворих, які зробили 1324,4 тис. відвідувань. Уперше було зареєстровано 178,8 тис. хворих, з них 73,1% – на туберкульоз легенів; 3,9% – на туберкульоз кісток і суглобів та 23% – на інші форми туберкульозу. Діти віком до 15 років становили 29,5% від загальної кількості пацієнтів, зареєстрованих у протитуберкульозних закладах. Кількість хворих на відкриті форми досягала 8,8% від загальної чисельності хворих на туберкульоз легенів. Захворюваність у 1926–1927 роках визначалася коефіцієнтом у 124,6 на 10 тис. населення. У деяких округах цей коефіцієнт був дещо вищий, зокрема, у Маріупольському – 167,5; Київському – 167,3; Донецькому – 156,9; Сумському – 155,8; Одеському – 135,5; Херсонському – 132,4 і Харківському – 130,6 [27, с. 40].

Починаючи з 1924 року спостерігається певне зрушення у містах України в бік зменшення смертності від туберкульозу. На 10 тис. населення припадало померлих за 1923 рік – 24,1; за 1924 – 21,0; за 1925 – 19,5. Показники 1927 року порівняно з 1923 року знизилися на 32%. Середня захворюваність на 10 тис. міського населення у 1926 році становила 120,2 осіб, а у 1927 – 118,9. Згідно з матеріалами обстежень, проведених Українською протитуберкульозною організацією, загальний коефіцієнт захворюваності дорівнював 3,3% усього населення, як міського, так і сільського [28, с. 6].

Форми участі громадськості в боротьбі з туберкульозом були різноманітними. Вони полягали у виданні плакатів, брошур, листівок, пам'яток про профілактику і організацію заходів із боротьби з туберкульозом, створення санітарних судів тощо [29, с. 11]. Так, у Миколаївській окрузі проводилася широка просвітня компанія, яка полягала в читанні лекцій на підприємствах та встановленні пересувних виставок. У Первомайській окрузі було прочитано 130 лекцій, присвячених боротьбі з туберкульозом [30, арк. 100].

Слід зазначити і той факт, що у зв'язку з відсутністю на місцях лікарів-спеціалістів боротьба проти туберкульозу в округах дуже часто гальмувалася. Так, наприклад у Зінов'ївській губернії було лише 2 санітарних лікарів [31, арк. 73].

На початку 20-х років розгорнулася активна боротьба проти алкоголізму, в якій активну участь узяли органи охорони здоров'я, культурно-освітні заклади, професійні спілки та інші громадські організації [32, арк. 51]. Зокрема, цими установами видавалася відповідна санітарно-освітня література, плакати, влаштовувалися виставки з питань боротьби з алкоголізмом, велася лекційна пропаганда [33, с. 8].

Актуальною проблемою в цей період стала також боротьба з трахомою. Зокрема, в резолюції II Всеукраїнського з'їзду відділів охорони здоров'я у 1921 році було підкреслено, що для успішної боротьби з трахомою необхідні ті самі умови, які лежать в основі боротьби з епідемічними захворюваннями взагалі, тобто поряд із лікувальними заходами одночасно слід вживати заходи культурно-освітнього і санітарно-профілактичного характеру. Внаслідок надзвичайно великого поширення трахоми серед сільського населення з'їзд вказав на потребу наближення очної допомоги до населення села. Крім того, було вказано на необхідність підготовки спеціалістів-офтальмологів з лікарів, які бажано спеціалізуватися у цій галузі [34, с. 3].

Ураженість трахомою, за даними санітарно-демографічного обстеження 1923 року, у середньому, становила 33 на 1000 населення, а серед школярів – 1,9%. Слід зазначити, що, за неповними даними, у 1924 році в Україні було зареєстровано 49,6 тис. захворювань трахомою, що складало 14,32%, а у 1925 – 69,5 тис. захворювань, або 25,13% [35, с. 141].

Органами охорони здоров'я на селі проводилася велика робота щодо боротьби з трахомою шляхом організації спеціальних загонів та очних пунктів. Такий загін уперше було організовано у Харківській окрузі з метою виявлення справжньої картини захворюваності населення. Зокрема, загоном було обстежено у 1925 році 4 райони і виявлено, у середньому, 3–4%, а в деяких місцях – 6–7% трахоматозних хворих [36, с. 4].

Згідно з обстеженням 1926 року чотирьох округ України на ураженість очними захворюваннями, за офіційними статистичними даними, на 10 тис. населення припадало 65 хворих на трахому, а за даними загального обстеження – 1300, тобто у 20 разів більше. Середній показник ураженості трахомою для України за 1925–1926 роки становив 27,4% [37, с. 493]. Задля подолання цієї ситуації перед органами охорони здоров'я постала потреба відкривати у місцях, уражених очними хворобами, медичні пункти (диспансери). Так, якщо до революції в Україні налічувалося близько 100 окулістів і дуже незначна кількість офтальмологічних ліжок, то у 1927 році було вже 384 окулісти та 665 ліжок [38, с. 357]. Методика масового лікування трахоми була відкрита лише на початку 30-х років ХХ ст.

методом повторних видавлювань, запропонованим професором В.П.Філатовим у 1933 році.

На початку 20-х років постійна плинність робочої сили, незадовільний стан та організація охорони праці й техніки безпеки на підприємствах, невисокий рівень санітарної культури постійно призводили до поширення не тільки різноманітних інфекцій, а й травматизму та професійних захворювань [39, с. 5]. Аналізуючи тогочасні умови праці та побуту робітників, можна констатувати, що вони сприяли розвиткові професійних хвороб. Як свідчать тогочасні документи Народного комісаріату праці УСРР, санітарно-технічні умови праці робітників на підприємствах були жахливими [40, с. 68]. Так, наприклад, під час обстеження Одеської державної консервної фабрики було виявлено, що це підприємство мало надзвичайно малу площу робітничих приміщень, підлога та стіни були брудними, дах протікав, робітникам доводилося працювати на протягах. Не в кращому стані перебували й житлові приміщення, частина з яких навіть не мала ліжок та постільної білизни, а робітникам доводилося спати на підлозі [41, арк. 40–41]. Слід звернути увагу на те, що більшість підприємств потребувала капітального ремонту. Так, на Лубенській поштово-телеграфній станції стіни мали глибокі тріщини, інколи траплялись обвали, в приміщення не надходило світло та свіже повітря [42, арк. 67]. Крім перерахованих прикладів, тогочасні підприємства не були забезпечені спецодягом, інвентарем, вентиляцією, умивальники перебували в антисанітарному стані, не вистачало мила й рушників. Траплялися випадки, коли на групу з 800–900 осіб видавали лише 6 рушників [43, арк. 10]. Усі вищеназвані фактори найчастіше й призводили до травм та захворювань. Так, через відсутність вентиляцій найчастіше траплялися випадки отруєнь, переважно фарбою [44, арк. 23]. У приміщеннях, що мали вентиляцію, робітники через протяги часто страждали від головного болю, слабкості, лихоманки. Незадовільні умови були на Одеській джутовій фабриці, де у робітників постійно промокали ноги, голови були брудними від масла та жиру і часто травмувалися, руки, не захищені від кислот, були обпечені, очі не були захищені від уламків розплавленого металу.

Як свідчать тогочасні дані Головоцстраху за 3 роки, динаміка промислового травматизму характеризувалась такими показниками: у 1924–1925 роках на 1 тис. застрахованих від нещасних випадків припало 112 осіб, у 1925–1926 роках було зафіксовано 123 травмованих, а у 1926–1927 їх кількість зросла до 127 осіб [45, арк. 42].

Слід сказати, що найбільш небезпечними з точки зору травматизму

були гірничодобувна та металургійна промисловість. Згідно з тими ж даними Головоцстраху на кам'яно-вугільну промисловість на 1 тис. застрахованих припадало у 1925 році 376 нещасних випадків, а у 1926 – 417. У металургійній промисловості було зафіксовано у 1925 році на 1 тис. застрахованих 362 травмованих, а у 1926 році їх кількість сягнула 399 [46, с. 15].

Протягом 1924–1927 років було зафіксовано найбільше постраждалих унаслідок таких аварій: розрив паропроводу на Краматорському металургійному заводі, вибух динаміту в Рутчинківці, обвал труби та прориви доменних печей на Маріупольському заводі, вибухи газопроводів та обвали в шахтах, вибухи та обвали в кар'єрах тощо. Лише у 1927 році сталося 8 випадків вибухів газу та 12 пожеж від самозаймання вугілля на шахтах.

Ураховуючи зростання з кожним роком травматизму та професійних захворювань перед органами Наркомздоров'я України було поставлене невідкладне завдання якомога більше уваги приділяти лікувально-профілактичній допомозі робітникам за рахунок подальшого розширення профілактичних заходів та мережі лікувальних закладів [47, с. 34]. Вже починаючи з др. пол. 20-х років лікувально-профілактична мережа, що обслуговувала підприємства, значно зростає. У 1927 році лише на Донбасі нараховувалося 28 поліклінік, 136 амбулаторій, 62 лікарні [48, с. 632]. Зокрема, пункти першої допомоги на підприємствах було перейменовано у медсанпункти та повністю змінено розпорядок їх роботи. Так, якщо раніше вони надавали лише першу допомогу, то тепер до їхньої компетенції входило вивчати шкідливість підприємства, причини захворюваності робітників, проведення профілактичної та саносвітньої роботи. Діяльність пунктів медичної допомоги було переведено на семигодинний робочий день, а в більшості з них хтось із медперсоналу чергував цілодобово. На великих підприємствах, зокрема в Сталіно та Макіївці, пункти першої допомоги були в окремих цехах. Крім цього, були створені спеціальні бюро для вивчення професійних захворювань та травматизму, які дістали назву профзахбюро [49, с. 22–23].

У медсанцехах та бюро було також заведено сигнально-оперативний облік захворюваності й травматизму, який дозволяв регулювати робочу силу в цехах, якщо траплялися випадки невиходу на роботу через хворобу або каліцтво та ретельно вивчати характер причин хвороб і травматизму. Слід зауважити, що у 1927 році на Донбасі діяло 73 медсанпункти, 2 медсанцехи та 3 профзахбюро [50, арк. 38].

Для профілактики туберкульозу було розгорнуто низку денних та нічних санаторіїв. Особливою популярністю користувалися нічні санаторії,

де робітники, яким загрожувала небезпека цієї хвороби, мали змогу проводити увесь вільний час, не залишаючи роботи на підприємстві, отримували лікування, поради, відповідні режим та харчування. Задля боротьби з різними шлунково-кишковими хворобами було організовано дієтдиспансери, дієтідальні та дієткютки при їдальнях [51, арк. 126].

У середині 20-х років швидкими темпами розвивалися й установи для своєчасної допомоги постраждалим від травм, а саме травматологічні відділки в лікарнях та кабінети в поліклініках. Такі установи на чолі з лікарями-травматологами не тільки надавали постраждалим першу медичну допомогу, а й організовували профілактичні заходи [52, с. 4].

Слід зазначити і той факт, що для науково-практичної розробки питань професійної гігієни, професійних хвороб і травматизму в Україні було відкрито 5 інститутів гігієни і патології праці, які охопили основні галузі української промисловості, а саме: Харківський інститут обслуговував хімічну промисловість, Сталінський – гірничодобувну, Дніпропетровський – металургійну, Одеський – тютюнову, текстильну й харчову, Київський – цукрову. Ці інститути досліджували професійні хвороби та травматизм у зазначених галузях промисловості, а практичні розробки запроваджувалися в систему оздоровчих заходів на підприємстві [53, с. 32].

Таким чином, у 1920-і роки було досягнуто значних успіхів у боротьбі з соціальними та професійними захворюваннями, насамперед із трахомою, туберкульозом та венеричними хворобами.

Література

1. Венерологічний диспансер // Комуніст. – 1922. – 4 жовтня.
2. Марзеев А.Н. Санитарная организация на Украине // Профилактическая медицина. – 1928. – №12. – С. 15–19.
3. Положення про губернські ради по боротьбі з венеризмом і проституцією // Вісті. – 1923. – 3 березня.
4. Хорош І.Д. Розвиток охорони здоров'я на селі в УРСР (1918–1929 рр.). – К.: Здоров'я, 1969. – 172 с.
5. Белицкая Е.Я. Организация здравоохранения. – Сталино, 1940. – 82 с.
6. Журавель А.А. Що повинен робити член санкому на селі. – Харків, 1927. – 70 с.
7. Николаев И.И. Из истории советской медицины на Украине. – Харьков: Научная мысль, 1927. – 12 с.
8. ЦДАВОУ, ф. 342, оп. 2, спр. 1864, 259 арк.
9. Бондаренко В. Борьба з соціальними хворобами в Радянській республіці. – Харків: Держвидав, 1925. – 67 с.
10. Груша А.М., Дуля М.М. З історії медицини Чернігівщини. – Чернігів, 1999. – 266 с.

11. Дитячі лікувальні заклади Чернігівщини // Червоний стяг. – 1921. – 26 вересня.
12. Хроника // Звезда. – 1924. – 19 ноября.
13. ЦДАВОУ, ф. 166, оп. 6, спр. 283, 188 арк.
14. Здравоохранение Днепропетровска. Краткий исторический очерк (1776–1993). – Дніпропетровськ, 1993. – 88 с.
15. Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні / За ред. К.Ф.Дупленко. – К.: Держмедвидав, 1957. – 385 с.
16. Егорова В.Г. Во имя человека (О развитии здравоохранения в городе Харькове за годы Советской власти). – Харьков: Прапор, 1968. – 43 с.
17. Протитуберкулезный диспансер // Комуніст. – 1923. – 14 вересня.
18. Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні / За ред. К.Ф.Дупленко. – К.: Держмедвидав, 1957. – 385 с.
19. Історія міст і сіл УРСР: В 26 т. / Інститут історії АН УРСР. Черкаська область. – К., 1972. – 788 с.
20. Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР / Под ред. А.Е.Романенко. – Т. 1. – К., 1987. – 479 с.
21. Хорош І.Д. Розвиток охорони здоров'я на селі в УРСР (1918–1929 рр.). – К.: Здоров'я, 1969. – 172 с.
22. Барсуков М.І. Велика Жовтнева соціалістична революція і організація радянської охорони здоров'я. – М., 1951. – 387 с.
23. Бондаренко В. Боротьба з соціальними хворобами в Радянській республіці. – Харків: Держвидав, 1925. – 67 с.
24. Новини звідусіль // Червоний стяг. – 1923. – 8 грудня.
25. Каган Д. Медична допомога на селі. – Харків: Наукова думка, 1928. – 32 с.
26. ЦДАВОУ, ф. 342, оп. 2, спр. 695, 656 арк.
27. Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1926–1927 рр. – Харків, 1928. – 68 с.
28. Здравоохранение на Украине. – Харьков: Научная мысль, 1929. – 48 с.
29. Злотник І. Громадська самодіяльність трудящих у справах охорони здоров'я. – Харків: Медвидав, 1932. – 20 с.
30. ЦДАВОУ, ф. 342, оп. 2, спр. 695, 656 арк.
31. Там само.
32. ЦДАГОУ, ф. 1, оп. 20, спр. 2684, 51 арк.
33. Либерман И. Единый диспансер. – Харьков, 1923. – 23 с.
34. Кидаймо всі сили на боротьбу з трахомою // Вісті. – 1921. – 16 лютого.
35. Хорош І. Д. Розвиток охорони здоров'я на селі в УРСР (1918–1929 рр.). – К.: Здоров'я, 1969. – 172 с.
36. Вісті звідусіль // Комуніст. – 1925. – 18 жовтня.
37. Досягнення охорони здоров'я в Українській РСР / За ред. П.Л.Щупика. – К.: Держмедвидав, 1958. – 726 с.
38. Десятий з'їзд Комуністичної партії більшовиків України, 20–29 листо-

пада 1927 року: Стенографічний звіт. – Харків: ДВУ, 1928. – 620 с.

39. Рабочая медицина // Профилактическая медицина. – 1922. – №2–3. – С. 2–6.

40. Трубенюк О.М. Матеріально-економічне становище та умови праці робітників України (друга половина 1920-х – початок 1930-х рр.): Дис. ... к. і. н. – К., 2000. – 209 с.

41. ЦДАВОУ, ф. 2623, оп. 1, спр. 2128, 650 арк.

42. ЦДАВОУ, ф. 2623, оп. 1, спр. 1681, 222 арк.

43. ЦДАВОУ, ф. 2623, оп. 1, спр. 2629, 246 арк.

44. ЦДАВОУ, ф. 2623, оп. 1, спр. 1716, 277 арк.

45. ЦДАГОУ, ф. 1, оп. 20, спр. 2802, 44 арк.

46. Страховая рабочая медицина. // Врачебное дело. – 1922. – №13–14. – С. 9–16.

47. Захворювання робітників і службовців України / За ред. Е.Кагана, Є.Фрідзель. – К.: Наукова думка, 1930. – 175 с.

48. Історія міст і сіл УРСР: В 26 т. / Інститут історії АН УРСР. Донецька область. – К., 1976. – 854 с.

49. Граєвський Д. 15 років радянської охорони здоров'я в Донбасі. – Харків: Медвидав, 1932. – 36 с.

50. ЦДАВОУ, ф. 337, оп. 1, спр. 7384, 59 арк.

51. ЦДАВОУ, ф. 342, оп. 2, спр. 1266, 172 арк.

52. Перша допомога при травмах // Комуніст. – 1926. – 14 серпня.

53. Здравоохранение на Украине. – Харьков: Научная мысль, 1929. – 48 с.

Т.В.Оніпко

Історичний досвід перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців споживчої кооперації в ринкових умовах непу

В умовах фінансово-економічної кризи, що віднедавна особливо дає про себе знати прогресуючим зростанням числа безробітних, усе більшої актуальності набуває питання щодо перепідготовки кадрів, здатних віднайти своє місце на ринку праці. Оскільки до сьогодні, на жаль, практично відсутні державні програми перепрофілювання спеціалістів виробничих галузей економіки, видається важливим звернення до історичного досвіду вирішення питання перепідготовки кадрів організаціями споживчої кооперації України у 20-х роках ХХ ст. Ураховуючи конкуренцію на ринку в період непу, кооператори активізували внутрішні резерви для систематичного підвищення кваліфікації, що суттєво впливало на результати господарської діяльності споживчих товариств та їх спілок.