

- C90 Суспільні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень : Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 3–4 липня 2020 року). – Львів: ГО «Львівська фундація суспільних наук», 2020. – 84 с.

Організатори конференції не завжди поділяють думку учасників. У збірнику максимально точно відображається орфографія та пунктуація, запропонована учасниками.

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

2. Девятая Всероссийская конференция РКП (б). Об очередных задачах партийного строительства // КПСС в резолюциях и решениях съездов конференций и пленумов ЦК. В III-х частях. Часть II. 1898-1924. М., 1954. С. 506–512.
3. Кульчицкий С. В. УСРР в добу нової економічної політики (1921-1928 рр): Спроба побудові концептуальних засад реальної історії. К.: НАН України, Ін-т історії України, 1995. 203 с.
4. Некрич А. М. Золотой век номенклатуры // Советское общество: возникновение, развитие, исторический финал: В 2 т. Т. 2. Апогей и крах сталинизма / Под общ. ред. Ю. Н. Афанасьева. М.: Российск. гос. ун-т, 1997. С. 400–445.
5. Туфанов Е. В. Быт и повседневная жизнь советского чиновника в 1920-1930-е гг. // Гуманитарные и юридические исследования. 2017. № 2. С. 127–131.
6. Чернявский Г. И. Лев Троцкий. М.: Молодая гвардия, 2010. 704 с.

**Школьнікова Т. Ю.**

*аспірант кафедри історії та культури України*  
 Вінницький державний педагогічний університет  
 імені Михайла Коцюбинського  
 м. Вінниця, Україна

## **ЛІКУВАЛЬНО-САНІТАРНА ДОПОМОГА В ПОВОЄННІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПОДІЛЬСЬКОГО КРАЮ**

Важливою особливістю розвитку гігієнічної та санітарної справи на Україні в повоєнний період стало становлення санітарно-епідеміологічної служби. У досліджуваний період посилилось прагнення СРСР підпорядкувати справу організації охорони здоров'я до розв'язання низки ідеологічних проблем. На той час медична допомога включала лікувальну справу, профілактичну допомогу й просту діагностику. Це суттєво відрізняло охорону здоров'я СРСР від системи охорони здоров'я Америки та Європи, де крім лікування передбачалися заходи щодо організації громадського харчування, забезпечення якісною питною водою, проведення санітарних заходів та санітарної просвіти, профілактику епідемічних хвороб шляхом імунізації населення, окрема увага приділялась охороні здоров'я матері й дитини. Санітарно-профілактичні ж

заходи в радянській системі охорони здоров'я недооцінювалися й продовжували перебувати на другорядних позиціях. Незважаючи на труднощі соціально-економічного та політичного становища країни в передвоєнний період, були і позитивні тенденції в розвитку медико-соціальної сфери як частини загальнодержавної політики. Базуючись на принципах, перевірених в період земської медицини (яку провідні західні країни вважали передовою і намагалися впровадити в своїх умовах), радянська система охорони здоров'я забезпечувала доступ громадян до програм надання медичної допомоги на безоплатній основі незалежно від соціальних і фінансових можливостей людини. При цьому система діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів характеризувалася продуманістю, системним підходом і гарантіями з боку держави [1, с. 115].

Війна ще не була закінчена (1944 р.), як виникла гостра необхідність відновлювати лікувально-санітарну допомогу, ліквідувати вогнища паразитарних тифів, кишкових інфекцій, туляремії, дизентерії, малярії, віспи та наводити санітарний порядок в містах, селах і селищах. Різко зросла захворюваність туберкульозом, від ворожих солдатів серед населення широкого поширення набули венеричні хвороби. Так, архівні матеріали за 1944-1945 рр. показують кількість уражених гострими інфекційними хворобами на території Вінницької області: на туберкульоз хворіло – 3257 осіб, малярію – 11548 осіб, висипний тиф – 9440 осіб, черевний тиф – 645 осіб [2]. На території Кам'янець-Подільської області кількість інфікованих становила: на туберкульоз – 151 особа, малярію – 2604 осіб, висипний тиф – 7477 особи, черевний тиф – 416 осіб [3, с. 36-37]. «Фашистські окупанти свідомо розміщували тифозних хворих у населених пунктах, збільшуючи тим самим кількість вогнищ епідемії, у результаті чого цілі райони майже повністю були заражені висипним тифом» [4, с. 45].

Намагаючись попередити розповсюдження епідемій Нарком охорони здоров'я СРСР Мітєрев Г.О. 03 березня 1944 р. видав наказ № 167 «Про створення спеціалізованих епідемічних загонів». Наркомом охорони здоров'я УРСР у 1944 р. був призначений Кононенко І.П., головним державним санітарним інспектором – Баран М.А. [5, с. 242]. У масштабі Радянського Союзу роботу по вивченню санітарних наслідків війни та їх ліквідації очолив академік Семашко М.О. На Україні організував вивчення санітарних наслідків війни та окупації академік Марзєєв О.М. [5, с. 244]. Негайно були зібрані санітарні кадри, які залишалися та ті, що

поверталися з евакуації. Почали відновлювати свою роботу санітарно-епідеміологічні установи, інститути, санітарні станції. У жовтні 1944 р. Наркомат охорони здоров'я України скликав у Києві першу у воєнні роки Республіканську нараду активу працівників охорони здоров'я УРСР [5, с. 243]. Були розроблені детальні акти, обстеження міст, сіл та різних об'єктів і розіслані для заповнення на місця. В актах вказувалися види знищеного, зруйнованого, пограбованого та пошкодженого майна, а також вказувалася вартість і розмір витрат необхідних на відновлення пошкодженого майна. Остання графа становила загальний розмір шкоди в карбованцях [6].

Із загальної кількості обстеженням було охоплено 140 міст, в тому числі всі великі, середні та найбільш постраждалі [5, с. 244]. Так, представлений у 1944 р. Вінницьким міським комунгоспом титульний список капітально-відбудовчих робіт був затверджений на суму 5412994 крб., в тому числі по санітарному тресту на суму 106170 крб. [7, с. 18].

Ліквідація жахливих санітарних наслідків війни 1941-1945 рр. та повільний економічний розвиток СРСР визначили нові вимоги до роботи санітарних органів, тому почали відбуватись зміни їх структури. У 1948 р. була введена обов'язкова організація санітарно-епідеміологічних станцій при всіх територіальних органах охорони здоров'я (республіканських, крайових, обласних, міських, районних). Як наслідок, ще однією проблемою постало питання розміщення лікарняних установ міста в мало пристосованих для цього приміщеннях, в центрі міст, на вулицях з великим рухом автотранспорту, чим порушувався охоронний режим хворих. Значна кількість лікарень в недостатній мірі була забезпечена м'яким і твердим інвентарем. Лікувальні установи зовсім незадовільно постачалися перев'язочними матеріалами і предметами побутового обслуговування хворих, таких як тарілки, чашки, ложки тощо. Санітарний стан та благоустрій низки райцентрів і сіл знаходився у вкрай запущеному санітарному стані (Жмеринка, Шаргород, Монастирище і ін.), що сприяло виникненню захворювань серед населення. У багатьох лікарнях харчування хворих через погане постачання торгівельної мережі було вкрай незадовільне. Обслуговування інвалідів війни, як лікарською, так і протезною допомогою було також не на належному рівні [8, с. 10].

Незважаючи на труднощі, згідно протоколу ІХ сесії Вінницької обласної ради депутатів трудящих від 10-11 липня 1945 р. внаслідок проведених лікувально-санітарних робіт в містах і

районах області була знижена захворюваність дифтерією у 6 разів, венеричні захворювання знижено у середньому на 31%. У декілька разів знижено захворювання висипним тифом. Зросло охоплення родильною допомогою по містах до 67,5%, по селах до 41% [8, с. 9]. Визначальною рисою цих заходів стала диспансеризація хворих, яка носила примусовий характер. Вже у 1949 р. протитуберкульозна мережа області складалася з 27 туберкульозних лікарень, об'єднаних з тубдиспансерами і амбулаторіями та 13 туберкульозними відділами [9, с. 8]. Захворювання черевним тифом, паратифами і дизентерією було знижено в порівнянні з 1948 р. на 33% [9, с. 13]. Позитивний результат також був досягнутий завдяки профілактичним щепленням від віспи, проти дифтерії, проти черевного тифу та дизентерії. План виготовлення протикорової сироватки бактеріологічною лабораторією був виконаний у 1949 р. на 103% [9, с. 13]. Ліквідація висипного тифу здійснювалася шляхом своєчасного виявлення вогнищ хвороби і ретельної їх обробки. Також проводилась санітарно-освітня робота серед населення шляхом масових подвірних обходів медичними робітниками з метою виявлення температурних хворих. Основною ж причиною, яка гальмувала остаточну ліквідацію висипного тифу, була відсутність бань у Брацлавському, Плисківському, Монастирищенському, Джуринському, Самгородоцькому, Ситковецькому, Турбівському, Теплицькому, Шпиківському і Ямпільському районах [9, с. 13].

Наявність окремих випадків кишкових захворювань (черевний тиф, паратиф, дизентерія) станом на 1949 р. була наслідком санітарно необлаштованих колгоспних ринків та дрібних харчових об'єктів (закусочні, буфети, ларьки тощо), до того ж поганої очистки населених пунктів від сміття і нечистот, внаслідок відсутності асенізаційних обозів і асенізаційних полів [9, с. 14]. Як бачимо, лікувально-санітарна допомога, як домінуючий чинник організації охорони здоров'я та надання медичних послуг, мала свою специфіку й залежала від низки соціально-економічних заходів держави.

Отже, незважаючи на те, що медичні працівники багато приділяли уваги профілактичній та санітарній роботі, у результаті чого різко знизилась інфекційна захворюваність й взагалі було ліквідовано ряд інфекційних хвороб, санітарний стан міст залишався незадовільним. Це пояснювалось тим, що планова чистка дворів від нечистот та сміття регулярно не проводилась. Ремонт та будівництво санітарних вузлів Держкомхозу проводилось незадовільно. Асенізаційний транспорт за своєю потужністю не забезпечував потреб у своєчасному і правильному видаленні нечистот.

Загальноміські каналізаційні мережі були відсутні, хоч на їх розбудову постійно виділялись великі асигнування. Незадовільно працювали й органи міліції в частині контролю за санітарним станом вулиць, площ та дворів міста. Згодом, у країні буде заборонено введення в експлуатацію промислових підприємств без очисних споруд. До всіх забруднювачів зовнішнього середовища встановлювались гранично допустимі концентрації, що стали обов'язковими нормами і правилами виконання. Будівництво будь-якого об'єкту та планування населених місць здійснювалось тільки з дотриманням санітарних норм і правил. Приписи санітарного лікаря стали обов'язковими до виконання всіма державними та громадськими організаціями, установами та окремими громадянами. Санітарна служба організовувала проведення профілактичних щеплень населенню, здійснювала протиепідемічні заходи при загрозі виникнення й поширення інфекційних захворювань, а також здійснювала санітарно-карантинні заходи і т. д.

#### **Список літератури:**

1. Турчіна М.О. Медичне законодавство в Україні в радянський період : дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01 / М.О. Турчіна. – Харків, 2016. – 223 с.
2. ЦДАВО України. – Ф.Р. – 2. – Оп. 7. – Спр. 7311. Матеріали по боротьбі з епідеміями гострозаразних хвороб. – 47 арк.
3. ЦДАВО України. – Ф.Р. – 2. – Оп. 7. – Спр. 5615. Матеріали про заходи по боротьбі з інфекційними хворобами в УРСР. – 125 арк.
4. Сабуров А.Н. У друзей одни дороги. – М.: Воениздат СРСР, 1965. – 214 с.
5. Воспоминания санитарного врача: авт. вариант: [мемуары] / Александр Марзеев; [под ред. А. М. Сердюка]. – К.: Деркул, 2008. – 287 с.
6. ДАВО – Ф. 43 – Оп. 2. – Од. зб. 10 – 13 арк.
7. ДАВО – ФР. 151 – Оп. 9 – Од. зб. 5 – 56 арк.
8. ДАВО – ФР-2700 – Оп. 5. – Од. зб. 49 – 45 арк.
9. ДАВО – ФР-2700 – Оп. 6 – Од. зб. 130 – 28 арк.