

О. Мовчан

МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ РОБІТНИКІВ УСРР. 1920-ті рр.

1. Створення системи Робмеду. Класова політика компартійно-радянської влади зумовила організацію системи пільгового медичного обслуговування робітників. Ця система була започаткована професійними спілками зі створення на промислових підприємствах комісій по охороні праці та здоров'я республіки в складі представників профспілок і медичних працівників У грудні 1921 р. ініціативу профспілок підтримав уряд: за постановою РНК УСРР було засновано відділ робітничої медицини (Робмед) при Наркоматі охорони здоров'я УСРР під головуванням висуванців профспілок. На нього покладалося завдання організації медичних закладів при промислових підприємствах, насамперед, з метою боротьби проти професійних захворювань. Відділ Робмеду, що очолював заклади робітничої медицини в центрі, складався з інспектур лікувально-профілактичної, відбудови працездатності, фізкультури та оздоровлення робітників підлітків, а також Центрального лікувального бюро з метою надання спеціалізованої лікарської допомоги хворим, яких направляли на лікування до центру¹.

Територіальні відділи Робмеду почали організовуватися в промислових округах у 1922 р. Наступного року держава приступила до підготовки фахівців для медичних закладів робітничої медицини: в Харкові було відкрито Інститут робітничої медицини, при якому діяли курси по підготовці фабрично-заводських лікарів².

Через обмеженість державних ресурсів система Робмеду мала створюватися на принципах страхової медицини, проте не за рахунок страхових внесків робітників. Обов'язок фінансування цієї системи було покладено на промислові підприємства, що мали щомісячно відраховувати до фонду страхової медицини 5-5,6% надходжень з фонду заробітної плати, та на професійні спілки, яким також належало виділяти на потреби оздоровлення робітників частку своїх грошових надходжень³. Враховуючи кризове становище промисловості у 1922 р., норму відрахувань з фондів заробітної плати підприємств було тимчасово зменшено до 5%⁴.

Впродовж 20-х рр. система фінансування закладів Робмеду зазнавала постійних змін. Якщо спочатку фонд страхової медицини, так званий фонд "Г", слугував дотаційним до коштів Наркомату охорони здоров'я, то згодом, згідно з постановою ВУЦВК та РНК УСРР від 3 лютого 1926 р., він став основним джерелом фінансування медичної допомоги застрахованим при підкріпленні його дотаціями з місцевого та державного бюджетів, а також асигнуваннями з інших страхових

фондів⁵. Проте вже через два роки пленум ВУРПС 1928 р. запропонував перевести всі лікувальні заклади Робмеду на державний або місцевий бюджети за умовою збільшення цільових асигнувань на робітничу медицину⁶. Це рішення підтримав IV Всеукраїнський з'їзд професійних спілок (грудень 1928 р.), делегати якого проголосували за надання фонду медичної допомоги застрахованим дотаційного характеру.⁷

Органи Робмеду, створені як частка апарату Наркомату охорони здоров'я, працювали в контакті з органами соцстраху під загальним контролем міжспілкових професійних об'єднань. Як при Бюро Робмеду, так і при окружних інспектурах охорони здоров'я організовувалися робітничі наради під головуванням окружних інспекторів охорони здоров'я в складі окружних професійних бюро, страхкаси, відділення профспілки медичних працівників та інших великих професійних спілок. В поліклініках та інших лікувальних закладах Робмеду працювали комісії робітничого контролю і соціальної допомоги, а також медичні наради⁸.

Допомогу територіальним органам Робмеду на промислових підприємствах надавали фабрично-заводські комітети. Вони слідкували 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 й т. ін⁹.

Право затвердження кошторису на розподіл фонду Робмеду, складеному Наркомздоров'ям за згодою з ВУРПС, спочатку надавалося Наркомату соціального забезпечення УСРР, з 1923 р. було передано до уповноваженого Наркомату праці СРСР в Україні, а в 1925 р. – до Всеукраїнської наради соціального страхування, створеної з метою залучення до управління справою соціального страхування, поряд з РНК УСРР та наркоматами соціального забезпечення, праці та охорони здоров'я, республіканських господарських та профспілкових органів (Української ради народного господарства, Уповноваженого Наркомату праці СРСР при РНК УСРР, Наркомату шляхів сполучення)¹⁰.

У своїй діяльності Всеукраїнська страхова нарада спиралася на територіальні страхові наради за участю відповідних територіальних органів, а територіальні наради – на “страхових делегатів” на підприємствах – висуванців професійних спілок. На окружні наради, що організовувалися як у промислових, так і в непромислових округах, де не існувало робмедів, покладалися завдання контролю за лікувально-оздоровчою діяльністю закладів робітничої медицини та за формуванням і витрачанням страхових фондів. Страховим делегатам, обраним на

підприємствах, ставилося в обов'язок не тільки перевіряти якість наданої медичної допомоги та обґрунтованість страхових виплат, а й допомагати хворим робітникам в отриманні належної допомоги, оскільки часто-густо вони не знали своїх прав.

З другої половини 20-х років у зв'язку з централізацією господарського управління профспілки почали поступово усуватися від керівництва закладами страхової робітничої медицини, що врешті-решт призвело до ліквідації її мережі. У 1926 р. спочатку ВУРПС передав у розпорядження страхових кас профспілкові санаторно-курортні заклади¹¹. В 1927 р. інші заклади Робмеду перейшли до обслуговування різних верств населення. Більше того, на утримання фонду страхової медицини переводилися сільські медичні заклади, які раніше були на місцевому бюджеті.

Незважаючи на те, що УСРР була центром паливно-металургійної промисловості СРСР, фінансування медичної допомоги робітникам республіки здійснювалося на значно нижчому, порівняно із загально-союзним, рівні. Цей парадокс пояснювався заниженим рівнем фінансування медичних закладів Української РСР внаслідок пільгового (зниженого) страхового тарифу для підприємств важкої промисловості, а також через більшу питому вагу пролетарів серед населення республіки. Зокрема, в 1926/27 р. пересічний розмір витрат на надання допомоги застрахованим в УСРР становив лише 22 руб. 70 коп. на рік на особу, в той час як в РСФРР він дорівнювався 24 руб. 01 коп., а в цілому по СРСР – 24 руб. 75 коп. Крім того, впродовж другої половини 20-х рр. плани фінансування медичної галузі систематично зривалися. Так, у 1925/26 р. відділ робітничої медицини отримав 1 млн. 334 тис. руб. замість передбачених 1 млн. 834 тис. руб.¹² В наступному році Центральне управління соціального страхування вилучило з фонду медичної допомоги в Україні 2 млрд. руб., а в 1928/29 р., незважаючи на збільшення кількості застрахованих, українському Робмеду було не додано 5 млн. руб.¹³

2. Поліклінічна допомога застрахованим. У 1922 р. органи Робмеду марно намагалися поновити вщент зруйновану мережу амбулаторно-поліклінічних та лікарняних закладів, у першу чергу – в гірничо-промисловому районі України, оскільки в умовах розрухи й голоду медичні заклади не постачалися харчами, медикаментами, білизною та паливом, а медичні працівники були на утриманні населення. Формально в 1922/23 р. кількість амбулаторно-поліклінічних закладів в УСРР (поліклінік, амбулаторій та медичних пунктів на підприємствах) збільшилася з 280 до 628, а кількість лікарень – з 111 до 152. Однак більшість новостворених “поліклінік”, призначених для обслуговування робітників, не відповідали статусу закладів такого типу як за характером,

так і за кваліфікацією роботи. Тому в наступному році 40% робітничих “поліклінік” було повернено в статус амбулаторій та медичних пунктів.

Фактично розвиток мережі закладів Робмеду намітився в 1923/24 р., однак у наступному році цей процес було призупинено. Консервація нерентабельних промислових підприємств, що скоротила надходження коштів до фонду страхової медицини, зумовила ліквідацію відділів та закладів робітничої медицини в непромислових округах, кількість яких скоротилася з 665 до 650. Виключення становили робітничі поліклініки, чисельність яких збільшилася з 61 до 75 (Див. додатки: Табл. 1).¹⁴

Щоб покращити рівень медичної допомоги застрахованим, у 1925/26 р. було заплановано побудувати 25 лікарень, 24 поліклініки, 9 амбулаторій та інші лікувально-профілактичні заклади, зокрема, в Донбасі – 14 лікарень на 1469 ліжок, 14 поліклінік і 9 амбулаторій. Однак через скорочення фінансування на 25% органи Робмеду урізали програму будівництва медичних й, насамперед, лікарняних закладів, надавши пріоритет спорудженню поліклінік та амбулаторій, особливо – в гірничопромисловому районі (Див. табл. 1). Це зумовило розвиток системи поліклінічних закладів у промислових регіонах республіки.

Якщо в аграрних округах у 1926/27 р. чисельність поліклінічно-амбулаторних закладів зросла лише на 24%, а в наполовину промислових (Бердичівський, Вінницький, Житомирський, Глухівський, Запорізький, Зінов’євський, Кременчуцький, Маріупольський, Мелітопольський, Миколаївський, Полтавський, Сумський, Черкаський округи) – на 20%, то у промислових з великими університетськими центрами (Дніпропетровський, Київський, Одеський, Харківський) – на 34%, а в гірничопромислових (Артемівський, Луганський, Сталінський та Криворізький округи) – на 51% (Підраховано за даними таблиці 1).

В цей час було побудовано перші показові радянські медичні заклади – Палац охорони здоров’я в Дніпропетровську при заводі ім. Г. Петровського, зразкову поліклініку диспансерного типу в Червоно-Заводському районі Харкова, а також п’ять типових робітничих поліклінік: на судноремонтному заводі ім. А. Марті в Миколаєві, Лозовій Павловці Кадіївського району Луганського округу, Константинівці Артемівського округу, Горлівці Горлівського району Горлівського округу, Краматорську Краматорського району Краматорського округу. Завершувалося будівництво шести типових поліклінік – на Титовському руднику Лисичанського району Артемівського округу, Петровському руднику Маріїнського району Сталінського округу, Будионівському руднику, у с. Марганець Марганецького району Криворізького округу, в районі Дубова Балка Криворізького округу, а також у Маріуполі¹⁵.

До 1929 р. було відкрито 5 нових лікарень, 10 поліклінік і 5 амбулаторій. Завершувалося спорудження ще 5 амбулаторій, 3 поліклінік та 1 лікарні¹⁶.

За виключенням поодиноких зразкових поліклінік, у проектуванні звичайних допускалися суттєві прорахунки, а в будівництві – недоробки. Так, Костянтинівську було побудовано у болотяній місцевості, а Сталінську – далеко за містом. Через недостатнє обладнання більшість нових поліклінік працювали не на повну міць: їх завантаженість складала 40-60%¹⁷, в той час як старі працювали з перевантаженням, не маючи можливості обслуговувати всіх, хто потребував медичної допомоги.

Через перевантаженість та брак коштів на утримання, більшість поліклінічно-амбулаторних закладів були в незадовільному санітарному стані. Коридори вчасно не прибиралися, а в кабінетах – заіржавілі столи з інструментами та ліками¹⁸.

І все ж, незважаючи на зазначені недоліки, наприкінці 20-х рр. медичним закладам вдалося зменшити кількість відмов застрахованим хворим у наданні медичної допомоги, хоча кількість застрахованих робітників значно зросла, і вони почали частіше звертатися до медичних закладів*. Зокрема, в 1927/28 р. кількість відмов, порівняно з попереднім роком, зменшилася на 12%. Головним чином це було досягнуто за рахунок обслуговування застрахованих медичними закладами відкритого типу, завдяки покращанню забезпечення медичних закладів лікарями, чисельність яких за рік зросла з 3 тис. 839 до 4 тис. 301, а також шляхом інтенсифікації їхньої праці¹⁹.

Почастішали й випадки обслуговування хворих на дому. З 1926/27 р. по 1927/28 р. кількість відвідувань хворих на дому зросла майже на третину (29%) при збільшенні чисельності застрахованих на 4,4%. Причому в Донбасі кількість випадків обслуговування хворих на дому збільшилася майже 49% – щоправда, у 25% випадків – фельдшерами. Оскільки заклади Робмеду не могли задовольнити всі виклики лікарів додому, застраховані почали звертатися за допомогою на дому до загальногромадянських медичних закладів, особливо на селі. Й хоча серед сільського населення застраховані становили невелику частку, їх відвідування лікарями дорівнювалося 20% загального числа відвідувань²⁰.

Посилення лікарського контролю за станом хворих зумовлювалося не тільки посиленням вимог до рівня медичного обслуговування

* З 1926/27 р. до 1927/28 р. кількість застрахованих збільшилася на 4,4%, а число їх звернень до медичних закладів – на 12% (ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 79, арк. 121).

робітників, а й необхідністю підвищення трудової дисципліни. За рішенням I Всеукраїнської наради по лікарському контролю та експертизі, що відбулася 8-12 квітня 1926 р., лікарський контроль за хворими на дому мав стати головним засобом боротьби з прогулами та необґрунтованими видачами допомоги за рахунок страхових кас²¹.

3. Лікарняна допомога. Найслабшим ланцюгом у системі медичного обслуговування застрахованих була лікарняна допомога. Щоб покращити її рівень в умовах скорочення фінансування страхової медицини в 1923/24 р., лікарні Робмеду передавалися на кошти місцевого бюджету, але там, де це було можливим, тобто там, де існувала розвинута мережа загальногромадянських лікарень. За Робмедом залишилися лише стаціонарні лікувальні заклади закритого типу в Донбасі, Криворіжжі, Дніпропетровську та при окремих підприємствах в інших регіонах республіки. В 1924/25 р. частка лікарень страхової медицини в гірничопромисловому районі складала 43,5% загальної кількості лікарень Робмеду²². Незважаючи на гостру потребу в ліжковій допомозі, будівництво лікарень здійснювалося повільно. Найгірше становище з медичною допомогою склалося в Донбасі, де ще до революції мережа лікарняних закладів була слабо розвиненою. В цьому регіоні в 1927/28 р. на одне ліжко припадало в середньому 127 застрахованих при нормі – 100²³, а в Артемівському та Луганському округах – ще більше (в останньому – до 152 застрахованих). В Артемівському окрузі навіть не було відбудовано дореволюційної мережі лікарняних ліжок, у тому числі для інфекційних хворих (див. Додатки: Табл. 2)²⁴.

Зокрема, в Костянтинівці, де існували хімічний та металообробний комбінати, на яких в 1928/29 р. працювало 16 тис. працівників, існувала лише одна маленька лікарня на 80 ліжок, яка забезпечувала застрахованих ліжковою допомогою з розрахунку 1 лікарняне ліжко на 200 осіб. В Горлівці, де розташовувалися великі шахти та коксобензолні, металообробні та машинобудівні підприємства зі штатом працівників 28 тис. осіб, діяло три лікарні (Горлівська – на 80 ліжок, Микитівська – на 40 ліжок, Байракська – 20 ліжок), які забезпечували застрахованих ліжковою допомогою на тому ж рівні, що й Костянтинівська лікарня. А в Краматорську 1300 застрахованих обслуговувала лікарня на 80 ліжок (1 ліжко припадало на 182 застрахованих).

Катастрофічно бракувало ліжкової допомоги металургам інших округів. У Сартані Маріупольського округу 15 тис. працівників металургійного заводу обслуговувала непристосована лікарня на 90 ліжок²⁵.

У Кривому Розі на 40 тис. мешканців було лише дві лікарні – загальногромадянська на 100 ліжок та робітнича на 70 ліжок (1 ліжко

на 235 застрахованих)²⁶. Якщо закрита робітничка лікарня була обладнана необхідним устаткуванням та добре відремонтована, то окружна лікарня розміщувалась у малому, непристосованому приміщенні та мала кепське обладнання. Коштів не вистачало навіть на дотримання належного санітарного стану. Через невчасне вивезення нечистот в окружній лікарні стояв сморід, особливо в пологовому будинку. Пошесний барак, в якому бракувало ізолятора, був переповненим інфекційними хворими. В амбулаторії лікарні, що обслуговувала незастрахованих хворих, накопичувалися довгі черги. Хворі чекали прийому стоячи або сидячи на брудній підлозі.

В тісному приміщенні розміщувалася робітничка лікарня при марганцевих копальнях Нікопольського району. Щоправда, вона була обладнана необхідним медичним устаткуванням²⁷.

Невелика лікарня на 75 ліжок обслуговувала 12 тис. застрахованих робітників металургійних заводів та шахт Алчевську Луганського округу²⁸. Як вказувалось у доповідній записці, надісланій члену політбюро ЦК КП(б)У К.В. Сухомлину "Про захворюваність робітників і про недостатність медичної допомоги та необхідність побудови нової лікарні в Алчевську" від партійного керівництва міста в 1929 р. (лист не датований), лікарня, що існувала, не справлялася з наданням допомоги хворим робітникам, особливо влітку, коли лютували інфекційні шлунково-кишкові хвороби. Для розміщення інфекційних хворих у лікарні використовували всі вільні кути та приміщення. Ліжка ставили в проходах та коридорах, але їх все одно не вистачало. Через неможливість госпіталізації інфекційним хворим доводилося залишатися в переповнених казармах серед здорових робітників.

Низький рівень, а часто й відсутність медичної допомоги, як і кепські житлові умови, викликали незадоволення робітників, які звільнялися з виробництва. Тільки в липні 1929 р. з підприємств Алчевська звільнилося 4 тис. робітників²⁹.

Існували й поодинокі райони, в яких робітники забезпечувалися лікарняною допомогою згідно зі встановленими нормами (1 ліжка на 100 застрахованих). Так, у Криворізькому округу застрахованих шахтарів трьох копалень обслуговували чотири лікарні, які були непогано обладнаними й утримувалися в задовільному санітарному стані³⁰. Виняток становила загальногромадянська лікарня Кривого Рогу, яка фінансувалася з місцевого бюджету.

Гострою, особливо в Донбасі, була проблема віддаленості лікарняних закладів від робітничих селищ. 41 % донецьких гірників отримували медичну допомогу в радіусі від 2 до 6 км від місця проживання, до 2 км – 8,3%, а на місці – 31,9%. Ближче від робітничих

селищ знаходилися робітничі лікарні, що обслуговували робітників силікатної, металургійної й особливо хімічної промисловості. Так, усі робітники хімічних підприємств отримували лікарняну допомогу на відстані 2 км, причому 88% – на місці; 88% робітників металургійних підприємств отримували таку допомогу в радіусі до 2 км, а 12% – від 2 до 6 км; 45,4% робітників підприємств силікатної промисловості – в радіусі до 2 км³¹. Такі відстані в умовах бездоріжжя та браку місцевого транспорту позбавляли багатьох хворих можливості отримати медичну допомогу.

Лише в 1929 р. уряд взявся до розв'язання проблеми віддаленості закладів робітничої медицини від робітничих центрів у провідному промисловому центрі республіки – Донбасі. Було заплановано терміново побудувати лікарню та поліклініку в Єнакієвому, поліклініку в Луганську та лікарні в Алчевську, Костянтинівці, Горлівці та Краматорську³².

В інших регіонах України рівень медичної допомоги закладів Робмеду був гіршим. У 1926/27 р. через обмеженість лікарняної мережі Робмеду 56% застрахованих користувалися загальногромадянськими лікарнями, і лише 44% – робітничими. Виключенням був Донбас, де більшість застрахованих (90%) користувалися робітничими поліклініками. В той же час робітничі лікарні при цукрових заводах та окружні робітничі лікарні в Сталіно та Луганську обслуговували переважно незастрахованих³³.

Допомога лікарняних закладів була недостатньою не тільки за кількісними, а й за якісними показниками. Стаціонари, як правило, надавали медичну допомогу хірургічним та гінекологічним хворим, а також обслуговували жінок, які бажали перервати вагітність. Ліжок для лікування інших хворих катастрофічно бракувало або, як в єдиній лікарні Луганського округу, взагалі не було³⁴. Не вистачало ліжок й для породіль, оскільки в деяких лікарнях промислових районів не існувало пологових відділень³⁵.

Більш успішно вирішувалася проблема забезпечення медичних закладів кадрами. Незважаючи на поступове збільшення кількості лікарів у Донбасі, насамперед за рахунок фахівців загального профілю, лікарів вузького фаху не вистачало. Якщо чисельність терапевтів у цьому регіоні з 1925/26 до 1928/27 рр. збільшилася з 39 до 96, а педіатрів – з 3 до 15, то хірургів – лише з 21 до 29, окулістів – з 3 до 10, фізіотерапевтів – з 12 до 16, венерологів – з 9 до 21, гінекологів – з 15 до 25, невропатологів – з 4 до 8 та рентгенологів з 3 до 8. Наприкінці 20-х рр. майже половину лікарів Донбасу складали фахівці за стажем роботи до 5 років, тобто без потрібного досвіду роботи³⁶.

Оскільки лікарі не бажали працювати в Донбасі та Криворіжжі через гостру житлову кризу й брак елементарних побутово-культурних

умов, лікарську допомогу в багатьох медичних закладах цього регіону надавали фельдшери. Так, у Сніжнянському районі в першій половині 1929 р. з 14,5 тис. хворих, що звернулися за медичною допомогою до закладів Наркомздоров'я, 9,5 тис. обслуговували фельдшери³⁷.

До лікарень Робмеду в першу чергу потрапляли хворі за направленнями амбулаторій та поліклінік, що працювали при лікарнях, потім – інші застраховані, і врешті-решт – незастраховані хворі³⁸. Невиконання постанови ВУРПС (квітень 1928 р.) про передання медичних закладів загального користування на утримання місцевого бюджету, наприкінці 20-х рр. призвело до збільшення надання допомоги незастрахованим хворим у закладах Робмеду Донбасу та інших промислових регіонів УСРР за рахунок скорочення допомоги застрахованим. Якщо в 1926/27 р. в цілому по Україні частка незастрахованих хворих у закладах робітничої медицини складала 12%, а в Донбасі – 10%, то в наступному році відповідно – 14,2% та 16,5%³⁹.

Перевантаженість лікарень, їх погане забезпечення, а також мізерний рівень оплати праці медичних працівників зумовили їх недбале ставлення до виконання службових обов'язків. Багато лікарів, яким з 1925 р. заборонялося займатися приватною практикою (лікарям Робмеду, інтернам, членам ЛКК та санітарним лікарям, а також лікарям, запрошеним на роботу окружними органами НКЗО, за взаємною згодою)⁴⁰, порушували це зобов'язання⁴¹. З 11 тис. лікарів, що займалися приватною практикою в 1927 р., приватними лікарями, тобто такими, що отримали ліцензію на приватну лікарську практику, було лише 124⁴². Негативно впливало на рівень медичного обслуговування й сумісництво медичних працівників, також дуже поширене в 20-х рр. Сподіваючись заробити зайву копійку, лікарі намагалися влаштуватися на роботу в різних медичних закладах.

Типовим явищем у медичних закладах було хабарництво, хоча дільничним лікарям категорично “заборонялося брати платню в будь-якій формі від усіх груп людності, коли надавалася організована допомога в лікарняних закладах та у випадках виїзду до хворого у встановлені для цього години”. Лише в сільській місцевості дільничним лікарям дозволялося брати плату за медичні послуги, щоправда, надані “в порядку неорганізованої медичної допомоги”⁴³.

З приводу незадовільного рівня медичної допомоги в лікарнях нерідко виникали конфлікти між медичними працівниками та хворими, які супроводжувалися побиттям лікарів хворими, особливо в сільській місцевості.

В той же час медичні працівники допускали різноманітні зловживання, особливо в психіатричних лікарнях, порушуючи права та

людську гідність найменш захищеної групи хворих. Харківське “Вечірнє радіо” в передачі М. Христофорова “За стінами Сабурівської лікарні” з обуренням повідомляло про жахливі умови перебування психіатричних хворих у 4-й столичній лікарні та аморальні вчинки медичного персоналу. Через недостатнє фінансування (26 коп. в день на одного хворого) хворі ходили голі та босі в приміщенні, що погано опалювалося, та систематично недоїдали. Медичний персонал, якого бракувало, погано доглядав за ними. Більш того, хворих примушували виконувати “чорну роботу”, яку мав виконувати обслуговуючий персонал. Внаслідок відсутності приміщень для ізоляції різних груп хворих, вони постійно билися й травмували один одного. Неодноразово траплялися й випадки фізичного покарання хворих з боку п’яних санітарів, які тягали їх по полу, душили, били в живіт, щоб не залишати синців. У той же час лікарі проявляли байдужість до таких вчинків з боку санітарного персоналу, оскільки самі не виконували службових обов’язків⁴⁴.

Дефіцит фінансування страхової медицини в 1927-1929 рр. спричинив помітне погіршення рівня медичної допомоги, незважаючи на зростання кількості медичних закладів Робмеду та збільшення лікарів у них. За наслідками обстеження медичних закладів Робмеду в 1929 р., ВУРПС констатував: “Стан медичної допомоги застрахованим не тільки відстає від загального розвитку народного господарства і залишається важким, а й характеризується погіршенням, особливо в промислових районах”.

Скорочення планового фінансування спричинило перебої в роботі медичних закладів, насамперед лікарень, які закривалися на 1,5-2 місяці не тільки в Донбасі, а майже по всіх округах. Зривався ремонт їх приміщень; погіршувалося постачання продовольством, перев’язочними матеріалами, медикаментами; затримувалася зарплата лікарям⁴⁵. В таких умовах обов’язок забезпечення лікарень білизною, предметами гігієни, перев’язочними матеріалами й навіть паливом покладався на хворих.

Ситуація із забезпеченням перев’язочним матеріалом звичайно загострювалася наприкінці бюджетного року, коли тимчасово припинялося постачання не тільки лікарняних закладів, а й аптек. Але в 1929 р. криза постачання розпочалася в третьому кварталі. З цього приводу в журналі “Службовець” була надрукована стаття, в якій розповідалося, що хворому, який потрапив до лікарні Турчинецького радгоспу Сатанівського району Проскурівського округу, не змогли вчасно накласти гіпс на переламану кінцівку через брак бинтів у лікарні та районній аптеці. Його батьку порадили поїхати за перев’язочним матеріалом до

Проскурова, витративши на квиток 16 руб., притому, що бинти коштували 1,5 руб.⁴⁶

Лікарняні заклади систематично не дотримували за планами постачання жири, м'ясо, крупи та цукор⁴⁷, Хворі, які не витримували голоду, нерідко збігали зі стаціонарів⁴⁸, Погіршення продовольчого забезпечення зумовлювалося й продовольчою кризою, що виникла в 1928-1929 рр.

Зважаючи на фінансові труднощі, лікарі скоротили термін перебування хворих у лікарнях, особливо у великих містах. Однак офіційні органи пояснювали ситуацію, що склалася, виключно збільшенням числа абортниць, які займали нечисленні лікарняні ліжка⁴⁹.

В 1929 р. в періодичних виданнях з'явилося чимало критичних матеріалів з приводу погіршення медичного забезпечення робітників. Зокрема, 22 червня 1929 р. в газеті "Труд" була опублікована стаття Ровського "Лікар безнадійно хворий" щодо діяльності закладів робітничої медицини в Донбасі. Те, що наприкінці 20-х рр. рівень медичної допомоги застрахованим у Донбасі як у кількісному, так і в якісному відношенні помітно відставав від рівня медичного обслуговування населення в інших регіонах України, підтверджують і відповідні статистичні дані (див. табл. 3)⁵⁰. Незважаючи на пріоритетний розвиток охорони здоров'я в індустріальних регіонах, Наркомздорову УСРР не вдалося впоратися із завданням забезпечення пільгового медичного обслуговування робітників важкої індустрії.

Періодичні вилучення коштів із фонду розвитку робітничої медицини негативно впливали на стан її окремих галузей та сфер діяльності, зокрема й тих, що визнавалися пріоритетними: боротьбу з інфекційними, професійними та соціальними захворюваннями, а також охорону материнства та дитинства.

4. Система допоміжних медичних закладів. Серйозні проблеми в медичному обслуговуванні робітників зумовлювалися нерозвиненістю мережі допоміжних медичних закладів Робмеду: аптек, хіміко-бактеріологічних лабораторій та рентген-кабінетів.

У перший рік існування страхової медицини при нечисленних робітничих поліклініках і лікарнях почали організовуватися аптеки, в яких зберігалося безкоштовне обслуговування, щоправда, виключно для застрахованих робітників і службовців, в той час як в інших аптеках, що об'єднувалися під керівництвом Медторгу, вводилася платність ліків. З 1921/22 р. до 1923/24 р. кількість аптек Робмеду зросла з 5 до 186. В 1925/26 р. аптечна мережа Робмеду складалася з 338 закладів. Однак у наступному році їх кількість зменшилася на третину внаслідок переведення аптек Робмеду, переважно в аграрних

та пів-промислових регіонах, на господарський розрахунок та переданням їх у відання місцевих аптечних управлінь. Відповідно в цих регіонах було обмежено можливості безкоштовного придбання ліків для застрахованих робітників. Право на безкоштовне придбання ліків в аптеках Робмеду збереглося в промислових районах з великими університетськими центрами й, насамперед, гірничого промислового району, де мережа аптек Робмеду продовжувала зростати. В 1926/27 р. частка аптек Робмеду гірничого району складала половину аптек страхової медицини УСРР (Див. табл. 4)⁵¹.

Однак на початку 20-х рр. застраховані часто-густо не могли придбати в робітничих аптеках елементарні ліки, оскільки аптечні заклади постачалися певними групами медикаментів у розмірі від 15 до 60% потреби⁵². Перебої в забезпеченні аптек зумовлювалися скороченням експорту ліків, який на 55% задовольняв потреби у фармацевтичних товарах в 1910-1914 рр., та руйнацією вітчизняної фармацевтичної промисловості, що активно розвивалася під час Першої світової війни⁵³.

Забезпечення аптек медикаментами дещо поліпшилося лише наприкінці 20-х рр. завдяки відбудові та розвитку хіміко-фармакологічної промисловості. У 1927/28 р. радянські заводи випускала продукцію, що на 70% задовольняла потреби у фармацевтичних препаратах, зокрема, повністю – в неосальварсані, галенітах та дозованих засобах; й від 98 до 88,6% – у неорганічних препаратах; більше, ніж на 2/3 – в дезінфекційних засобах та алкалоїдах, тоді як в органічних препаратах – лише наполовину (Див. табл. 5)⁵⁴:

Однак загальносоюзні дані не відображали ситуацію, що склалася в Україні. Аптеки, як і раніше, лихоманило від перебоїв у постачанні фармацевтичними засобами, оскільки в республіці не існувало хіміко-фармацевтичного виробництва. Саліцило-хлороформний завод, як і Катеринославська йодна станція, створені під час Першої світової війни, було законсервовано⁵⁵. Незважаючи на наявність необхідних ресурсів, було відхилено пропозицію Наркомздорову УСРР щодо налагодження виробництва українського касторового масла, хоча його експорт, а з 1926 р. вивезення з РСФРР не задовольняли потреб⁵⁶. Таку ж позицію союзний уряд зайняв і стосовно організації виробництва в Україні інших фармацевтичних препаратів, хоча в аптеках республіки бракувало таких простих ліків, як камфорне масло, бертолетова сіль, борна кислота, йодоформ, касторове масло⁵⁷. Внаслідок затримки асигнувань медичних закладів Робмеду в 1927/28 р. ситуація з постачанням аптек страхової медицини ката-

строфічно погіршилася. Робітники фактично були позбавлені можливості користуватися безкоштовними ліками⁵⁸.

Рівень забезпечення хворих ліками погіршувався в міру віддаленості від окружних центрів. Найкраще постачалися медикаментами застраховані в столиці. В Харкові було створено найбільшу в УСРР зразкову аптеку при 1-шій робітничій поліклініці, де працювало 46 кваліфікованих фармацевтів, які щодобово виготовляли до тисячі сімсот одиниць ліків⁵⁹. Аптеки районних центрів, що існували при лікарняних закладах, в яких працював некваліфікований персонал, обслуговували хворих переважно простими готовими ліками. В той же час платні госпрозрахункові аптеки готували ліки за складними рецептами. Сільські аптеки, створені при сільських медичних дільницях, щоденно готували від 40 до 100 одиниць ліків за нескладними рецептами, однак ліки, виготовлені фельдшерами або акушерками, які поєднували лікувальну роботу з фармацевтичною, мали низьку якість⁶⁰. Однак і в міських аптеках вона не завжди була задовільною, хоча й ліпшою, ніж у сільських. Це засвідчували наслідки перевірки аптечних закладів (Див. табл. 6)⁶¹.

Наприклад, у міських аптеках Уманського округу відпускалося 42,8% якісних ліків, а в сільських – лише 7,8%. Більшість ліків не відповідали стандартам не тільки за якісними показниками, а й за нормами розфасовки: на етикетках фармацевтичних препаратів нерозбірливо вказувалися рецепт та дозування прийому, розчини розливалися в погано вимитий посуд, а порошки розвішувалися з відхиленням від норми на 50% (Див. табл. 6).

Якість лікування хворих залежала не тільки від наявності необхідних ліків, а й від правильної діагностики захворювань. Незважаючи на те, що в 1926/27 р. порівняно з 1922/23 р. кількість хіміко-бактеріологічних лабораторій в УСРР збільшилася в 11 разів, а рентгенівських кабінетів – в 6 разів (підраховано за даними таблиці 4), темпи зростання діагностичних закладів не відповідали потребам медичної допомоги. Оскільки в СРСР рентгенівські апарати не вироблялися, а їх експорт стримувався через обмеженість коштів та ліцензій, до 1928/29 р. для закладів Робмеду було придбано лише 6 рентгенівських апаратів⁶². За наявністю апаратів організації рентген-кабінетів перешкоджав брак фахівців та рентгенівської плівки. З цих причин на чотири місяці припинили роботу рентген-кабінети в Алчевську та Хрустальному Луганського округу. Через брак приміщення у Вільшанській лікарні не працював рентген-кабінет, придбаний у 1923 р.⁶³.

Перші електросвітло та водолікувальні кабінети при закладах робочої медицини було організовано в 1924/25 р. Єдина в Донбасі

електросвітловолодікарня працювала в Сталінському окрузі. Але при ній не було створено ані гуртожитку, ані їдальні. Електросвітлолікувальний кабінет у Макіївці через два роки після відкриття закрився через поломку апаратури, й не працював до кінця 20-х рр.⁶⁴

5. Діяльність Центрального лікувального бюро. Найкраще обладнувалися медичним устаткуванням столичні заклади робітничої медицини, де приймали хворих кваліфіковані працівники й надавали консультації “світила” з провідних медичних науково-дослідних закладів. Але, за встановленими інструкціями, робітники могли потрапити на консультацію чи на лікування до таких закладів лише за дозволом лікувального бюро при Центральному Робмеді, який надавався за клопотанням місцевих органів Робмеду чи страхових кас, тобто після бюрократичної процедури, що нерідко затягувалася на декілька місяців. Тому багато хворих прибували до Харкова “неорганізованим порядком” з надією самостійно отримати направлення на лікування від Центрального лікувального бюро (ЦЛБ). Після кількадечної біганини та чекання в довгих чергах деяким з них вдавалося отримати необхідну резолюцію й потрапити на лікування до столичних закладів. У 1924 р. частка тих, хто отримав дозвіл на медичну допомогу поза направленням місцевих органів Робмеду, становила 36% серед застрахованих, які лікувались у столичних медичних закладах за дозволом ЦЛБ.

Кількість застрахованих, які отримували медичну допомогу в найкращих закладах республіки, була мізерною. В 1924 р. вона досягла лише 2 тис. 988 хворих, або 0,28% застрахованих. Частка робітників серед них дорівнювалася 26,6%, службовців – 42% та членів родин застрахованих – 31,1%. Більшість іногородніх хворих приїздили з Донеччани та Полтавщини. Найвищою була частка робітників серед прибулих з Донеччини (37,5%) й найменшою – серед місцевих харків’ян, що лікувались у столичних закладах Робмеду (22%).

Майже половину хворих становили хроніки, які потребували стаціонарної допомоги. Вони займали більшість стаціонарних ліжок. 18,7% хворих отримували терапевтичну допомогу, 12% – хірургічну, 16,5% – неврологічну, 6,96% – офтальмологічну, 7,4% – отоларингологічну, 24% – ортопедичну та протезну – 8,7%.

Профілюючою в роботі центральних закладів Робмеду була стаціонарна допомога, а інші види медичної допомоги мали допоміжне значення. Відповідно це засвідчують дані про розподіл фонду фінансування медичної допомоги в Харкові, з якого 56,1% коштів витрачалося на стаціонарну допомогу, 2,6% – на амбулаторно-поліклінічну, 15,6% –

на санітарно-курортну, 0,8% – на консультативну, 5,2% – на забезпечення прибулих гуртожитками й 6,3% – на протезування⁶⁵.

6. Допомога інфекційним хворим. У 1920-1924 рр. соціальні катаклізми та голод спричинили масове поширення епідемічних захворювань. Внаслідок масових пересувань біженців спостерігалися спалахи паразитарних тифів та дизентерії (1920-22 рр.), холери (1921 р.), малярії (1924 р.), а також сифілісу та туберкульозу, насамперед у містах. Кульмінацією захворюваності на тиф був 1920 р., коли різними формами тифу з кожних 10 тис. населення захворіло 1 тис. 106 осіб. Наступна активізація епідемії спостерігалася в 1922 р., проте меншої інтенсивності, оскільки на кожні 10 тис. населення реєструвалося лише 396 випадків захворювань. В 1923 р. захворюваність на тиф впала до рівня 1900-1914 рр., коли на висипний тиф хворіло 4,5% населення, на поворотній – 1,9%, нез'ясований – 1,8 та черевний – 16,8%, а в 1924 р. – скоротилася в 2 рази порівняно з попереднім роком⁶⁶. На жаль, статистичні дані не зафіксували захворюваність серед окремих верств населення, зокрема, серед робітників.

Голод та погіршення санітарно-гігієнічних умов життя сприяли катастрофічному поширенню інфекційно-кишкових захворювань. Статистичні довідки про розповсюдження кишкових інфекцій засвідчували, що вже в 1923 р. рівень враженості населення черевний тифом та дизентерією знизився нижче рівня 1900-1914 рр., який відповідно охоплював 16,8 та 12,1 хворих на 10 тис. мешканців (див. Додатки: Табл. 7.)⁶⁷.

Того ж року вдалося призупинити поширення віспи та холери. Зокрема, захворюваність на віспу в 1923 р. дорівнювалася – 1,5 хворих на 10 тис. населення, а в 1924 – 0,4 хворих, в той час як у 1920 р. – 13,7, у 1921 р. – 14,2, а в 1922 р. – 4,6 осіб. В 1900-1914 рр. вона складала 12,1 осіб на 10 тис. мешканців⁶⁸. Скороченню епідемій віспи та холери сприяли щеплення населення та запровадження профілактичних санітарно-гігієнічних заходів⁶⁹. Кількість віспощеплень зростала з року в рік, перебільшивши в 1923 р. рівень 1909-1913 рр. Якщо в передвоєнні роки щорічно робилося 508-406 віспощеплень, а в 1922 р. – лише 278, то в 1923 р. – вже 856, а в 1924 р. – 1 тис. 480⁷⁰.

Внаслідок зруйнованості вітчизняної системи охорони здоров'я провідну роль в боротьбі з інфекційними захворюваннями відіграли міжнародні організації, насамперед, АРА, "Джойнт" та Міжнародний Червоний Хрест.

В 1924 р. рівень захворюваності епідемічними хворобами, крім малярії, венеричних хвороб та туберкульозу, зменшився до показників довоєнних років, але не стільки тільки завдяки медичній допомозі

хворим, скільки в результаті покращання продовольчої та санітарної ситуації в країні⁷¹. В другій половині 20-х рр. головним завданням діяльності інфекційних медичних закладів стала боротьба з малярією, та з венеричними хворобами, насамперед, сифілісом, а також з туберкульозом, які поряд з алкоголізмом були віднесені до групи соціальних хвороб.

З січня по жовтень 1924 р. в республіці було зареєстровано 800 тис. малярійних хворих. Лідерами по захворюваності стали промислові Катеринославська губернія, де на малярію захворіло 285,7 тис. осіб, Донецька, в якій було зареєстровано 256,7 тис. малярійних хворих, та Харківська, де захворіло 44,8 тис. осіб⁷².

Підготовчі заходи до боротьби з малярією розгорнулися з виникненням перших ознак загрозливої ситуації. В 1923 р. у Харкові було створено Інститут по боротьбі з малярією, а в місцевостях найбільшого поширення цього захворювання – 10 антималярійних станцій⁷³. Першу з них було відкрито в липні місяці при бактеріологічному інституті в Одесі⁷⁴. Невідкладну медичну допомогу малярійним хворим надавали й лікувальні заклади Робмеду⁷⁵. Проте харківські курси по підготовці лікарів-інфекціоністів розпочали роботу лише в 1925 р.⁷⁶. Незважаючи на безкоштовне постачання хініном робітників, хворих на малярію, впроваджене в районах найбільшого поширення захворювання,⁷⁷ закордонного хініну постійно не вистачало. Тому в 1929 р. Наркомздорв заборонив вільний відпуск цього препарату в аптеках й запровадив його продаж або безкоштовний відпуск за рецептами. Для лікування малярійних хворих бракувало й спеціальних ліжок як у лікарнях Робмеду, так і в загальногромадянських стаціонарах. Повільно проводилися профілактичні заходи й, зокрема, осушування боліт⁷⁸, тому для перешкодження розмноженню малярійних комах використовувався менш коштовний, але екологічно небезпечний засіб – “нафтування” водоймищ (покриття їх нафтовою плівкою)⁷⁹.

7. Боротьба із соціальними захворюваннями. Поширення проституції на початку 20-х рр. і, насамперед, у містах України зумовило різке зростання венеричних захворювань, особливо сифілісу⁸⁰. Аналогічна тенденція спостерігалася й в інших європейських країнах, де захворюваність на венеричні хвороби подвоїлася або потроїлася⁸¹.

Допомога венеричним хворим почала організовуватися з 1923 р. У першій половині 1921 р. в міських лікарнях республіки для таких хворих було виокремлено лише 2 тис. ліжок, кількість яких внаслідок голоду до квітня 1922 р. майже вдвоє скоротилася (до 1115 ліжок). Амбулаторну допомогу сільському населенню надавали нечисленні венерологічні загони, які спрямовувалися НК охорони здоров'я до

найбільш вражених венеричними хворобами районів Київської, Одеської, Харківської та Подільської губерній, а також 3 сільських венерологічних пункти. Стаціонарна венерологічна допомога на селі не існувала. В містах було організовано 3 венерологічних диспансери, які мали розгорнути спеціалізовану амбулаторну та стаціонарну допомогу венерикам⁸².

Насамперед через брак державних коштів до боротьби з венеричними хворобами активно залучалася громадськість. Спочатку, в 1922 р. – медична в особі членів “Товариства боротьби з венеричним хворобами”⁸³, а з 1923 р. – після створення при губернських відділах охорони здоров’я рад по боротьбі з венеризмом та проституцією – й більш широка⁸⁴. Члени рад мали проводити профілактичну роботу – здійснювати контроль за дотриманням 10% броні жінок на виробництві та допомагати в організації районних будинків для безпритульних жінок та виявляти кубла розпусти. Крім того, на них покладалося завдання пильнувати за проходженням венеричними хворими лікування в поліклініках Робмеду⁸⁵.

В 1923 р. венеричні хворі могли звернутися за медичною допомогою до 26 венерологічних диспансерів у містах та 25 венерологічних пунктів у селах. В 1924 р. було організовано перші 2 міські венерологічні пункти, а у 1925 р. – 5 сільських венерологічних диспансерів⁸⁶. Перші три венерологічні диспансери Робмеду також почали працювати в 1924 р. в промислових округах з великими університетами, а в 1925 р. – 20 венерологічних пунктів медичних закладів робітничої медицини, переважно в гірничому промисловому регіоні (Див. таблицю 8).

Частка венерологічних закладів Робмеду була нечисельною. В 1926/27 р. вона не перевищувала 15,4% всіх венерологічних закладів республіки (підраховано за даним таблиць 8 та 9).

Нечисленні кадри венерологів у містах склалися переважно з вільно практикуючих фахівців венерологів,⁸⁷ послуги яких для найманих працівників, що не мали коштів для їх оплати, були недоступними. В 1923/24 р. для поширення венерологічної допомоги населенню на базі Одеського та Харківського венерологічних інститутів було створено курси лікарів венерологів⁸⁸. У 1924-1927 рр. на цих курсах пройшли перекваліфікацію 88 дільничних лікарів, ще 58 венерологів було підготовлено зі складу інтернів⁸⁹.

На початку 1925 р. в республіці вже діяло 50 вендиспансерів та 100 селянських венпунктів⁹⁰. До 1928 р. кількість закладів спеціалізованої медичної допомоги венерикам в УСРР збільшилася до 201: у містах діяло 72 диспансери та 10 пунктів, а в селах – відповідно 20 та 99 (Див.

таб. 9). В 1926/27 р. в середньому на округ УСРР приходилося 5 венерологічних закладів, а в сільській – 3⁹¹.

Яку ж допомогу отримували венеричні хворі в спеціалізованих медичних закладах та яку частку хворих ці заклади обслуговували? В різних округах ці показники суттєво різнилися, особливо наприкінці 20-х рр. У 1929 р. рівень венерологічної допомоги був найвищими у промислових округах, й насамперед, у Дніпропетровському, де існувало чотири шкіряно-венерологічних диспансери – окружний у Дніпропетровську та три районні – Кайдаксько-Чечелівський, Амур-Нижньодніпровський, а також відомчий залізничний. У цих закладах працювало 47 лікарів; крім того, в поліклініках Охматдиту було відкрито вісім венерологічних кабінетів з 8 лікарями, 1 венерологічний профілакторій з 1 лікарем та 9 венерологічних пунктів з 12 лікарями. В профільних стаціонарах та спеціалізованих відділеннях лікарень загального профілю було розгорнуто 103 ліжка для венеричних хворих⁹².

Окружний диспансер, створений в 1923 р. на базі першої шкіряно-венерологічної поліклініки, в якій працювало тільки три лікаря венеролога, був зразковим медичним закладом. Як заклад відкритого типу з пропускною спроможністю 500 хворих на добу, він обслуговував не тільки працівників промислових підприємств, а й інші групи населення. Диспансер розташовувався в центрі міста, в спеціально побудованому двоповерховому приміщенні.

До його складу входили поліклініка, стаціонар, профілакторій та ізолятор. В основній будівлі диспансеру, на першому та другому поверхах, було влаштовано поліклініку з 26 кабінетів, а в підвальному приміщенні – профілакторій на 7 кімнат. Перший поверх займали рентгенівський, терапевтичний і шкіряний кабінети, лабораторія, аптека й аудиторія для проведення занять з інтернами, а на другому – чоловічий статевий кабінет, жіночий гінекологічний, жіночі та чоловічий сифілітичні, урологічний, стоматологічний кабінети. Всі вони були просторими, добре відремонтованими, обставленими комплектними меблями. В кожному кабінеті були рушники для миття рук лікарів після прийому хворих, що було рідкістю, але не було роздягалень для хворих. Лабораторія була забезпечена необхідним обладнанням та реактивами для проведення мікроскопічних, гістологічних та бактеріологічних дослідів, а поліклініка та лікарня – медичними інструментами та ліками.

Кайдако-Чечелівський шкіряно-венерологічний диспансер закритого типу було створено в 1925 р. у зв'язку з відбудовою металургійних підприємств Кайдако-Чечелівського району. Він обслуговував 30 тис. робітників металургійних заводів ім. В. Леніна та Г. Петровського. Як і

окружний диспансер, Кайдако-Чечелівський диспансер був одним із кращих закладів такого типу в республіці. Він розташовувався у відремонтованому приміщенні, яке відповідало вимогам планування медичних закладів, й був забезпечений необхідним медичним інструментарієм та ліками.

Через рік після створення Кайдако-Чечелівського було відкрито другий районний Амурсько-Нижньодніпровський шкіряно-венерологічний диспансер Дніпропетровського округу, який також розміщувався у спеціально побудованому 15-ти кімнатному приміщенні. Всі кабінети були добре обладнаними й забезпеченими гарячою та холодною водою, а ізольовані дожидальні – спеціальними крамами для питання. При диспансері існувала реєстратура та їдальня, але не було стаціонару⁹³.

Дещо гірше, ніж у Дніпропетровському, було організовано венерологічну допомогу в Артемівському округу, де працювало 5 венерологічних диспансерів та п'ять венерологічних кабінетів при поліклініках⁹⁴. Як і в Дніпропетровському округу вони обслуговували переважно застрахованих хворих.

У кепському стані перебувала венерологічна допомога в непромислових губерніях, і навіть у Київському округу. В київському окружному диспансері через погане фінансування бракувало не тільки лікарів, а й середнього та нижчого медичного персоналу. В диспансері зі щоденною пропускною спроможністю 300 хворих працювало лише 4 санітари. Тому приміщення не прибиралися, а хворі чекали прийому в довгих чергах. Причиною постійних черг була погана організація роботи медичного закладу через відсутність приміщення для реєстратури, що не дозволяло ввести карткову систему обслуговування. Через непристосованість будівлі, в якій знаходився диспансер, до потреб інфекційного медичного закладу, кабінети розташовувалися всупереч вимогам, які ставилися до таких закладів. Крім того, робота диспансеру зводилася виключно до надання лікувальної допомоги, а профілактична робота була в занедбаному стані⁹⁵.

Київські робітники слабо користувалися послугами окружного венерологічного диспансеру. Головною причиною цього був не стільки низький рівень медичної допомоги, або відсутність вечірнього прийому для працюючих хворих, скільки заборона відкритим венерологічним диспансерам надавати застрахованим хворим відпустки. Тому такі хворі надавали перевагу відвідуванню венерологічних кабінетів при робітничих поліклініках, а окружний диспансер був медичним закладом, який обслуговував переважно декласовані елементи, а також червоноармійців через відсутність гарнізонної поліклініки в Києві⁹⁶.

Низький рівень медичного обслуговування хворих був і в інших венерологічних закладах непромислових округів. Їх медичний персонал працював зі значним перевантаженням у тяжких матеріальних умовах. Так, у Вінницькому окружному диспансері 4-5 лікарів приймали за місяць 4,5 тис. хворих, тобто за годину – 10 хворих, і тому не мали часу проводити профілактичну роботу. Через брак нижчого медичного персоналу кабінети прибиралися раз на декілька днів, нерідко прибирання проводили хворі, які не мали уяви щодо знезараження нечистот та засобів особистого запобігання від зараження інфекційними хворобами. Навіть санітари не інструктувалися щодо дотримання необхідних санітарних заходів. Через брак дожидалень у поліклініці в кабінетах знаходилося по 2-3 хворих, тому впевненості у стерильності проведених маніпуляцій не було. В шкіряному відділенні заразний матеріал не спалювався. В усіх відділеннях бракувало інструментів для лікування хворих (голок для шприців, цистоскопів та уретроскопів), а в лабораторії – обладнання для їх обстеження (термостату, посуду та реактивів) Дефіцитом була навіть карболка, яка використовувалася для дезінфекції. Палати в стаціонарі не були обладнані необхідними меблями й потребували ремонту, а туалетна кімната була єдиною для інфекційних та неінфекційних хворих. Навряд такий медичний заклад міг здійснювати ефективну боротьбу з інфекційними захворюваннями.

Не ліпшою була ситуація в периферійних венерологічних закладах – Жмеринському венерологічному диспансері, Немирівському, Хмельницькому, Литинському та Пиківському венерологічних пунктах.

Оскільки в аграрному Вінницькому округу бракувало закритих закладів робітничої медицини, працівники відкритих венерологічних установ активно надавали допомогу застрахованим хворим робітникам. Вони вимагали від адміністрації підприємств тимчасового переведення застрахованих робітників, які хворіли на тяжкі форми венеричних захворювань, на більш легку роботу або навіть звільнення їх від роботи на час лікування⁹⁷.

Для застосування в лікуванні хворих досягнень медичної науки діяльність венерологічних закладів мала розгортатися при співробітництві з двома спеціалізованими держаними науковими установами: Одеським венерологічним інститутом, організованим у 1921 р., та Харківським, створеним у 1924 р. на базі Харківського губернського венерологічного диспансеру⁹⁸. Однак через брак коштів на відрядження, що становив 120 руб. на рік, інститути позбавлялися можливості керівництва лікувальною діяльністю венерологічних закладів⁹⁹.

З метою заохочення хворих звертатися за допомогою до лікувальних установ радянський уряд ухвалив законодавчі акти, які

захищали їхні права. Венеричним хворим надавалося право безкоштовного лікування. Тих з них, що працювали, на час лікування визнавали тимчасово непрацездатними та забезпечували страховою допомогою. Їх заборонялося звільняти зі служби, як і незаразних венеричних хворих, яким за висновком лікувальних закладів дозволялося працювати в трудових колективах¹⁰⁰. Лікарі під час лікування венериків мали дотримуватися лікарської таємниці. Лише до хворих, які, знаючи про свою хворобу, навмисно заражали здорових, згідно з доповненням до статі 150 Кримінального кодексу, застосувалися заходи кримінального покарання¹⁰¹.

Важливе значення в попередженні венеричних захворювань мали профілактичні заходи. На II Всесоюзному з'їзді по боротьбі з цими захворюваннями (Харків, 1925 р.) вказувалося на необхідності виявлення венеричних хворих для своєчасного лікування; проведення санітарної пропаганди й, насамперед, популяризації використання санітарних превентивних засобів; половому вихованні молоді та боротьбі з проституцією як соціальним джерелом венеризму.

У першій половині 20-х рр. лікувальним закладам заборонялося проводити примусові медичні огляди осіб, підозрілих на венеричні захворювання, навіть повій. Виключення складали лише клієнти підпільних будинків розпусти, викритих органами міліції¹⁰². У другій половині 20-х рр. медичні заклади почали активно використовувати примусове залучення венеричних хворих до профілактичних медичних оглядів і лікування¹⁰³. Проте, як зазначалося в інструкції про порядок здійснення постанови ВЦВК і РНК РСФРР "Про заходи боротьби з венеричними хворобами" від 24 січня 1927 р., такі заходи дозволялося застосовувати, по-перше, виключно щодо осіб, факт хвороби яких було встановлено на підставі медичних оглядів; по-друге, лише після попереднього використання методів переконання хворих в добровільному відвідуванні медичних закладів, і, по-третє, тільки при їх відмові від нього. Щодо "відмовників" та хворих, які перервали лікування, органам охорони здоров'я пропонувалося порушувати клопотання перед місцевими виконкомами для залучення таких хворих до судової відповідальності. Таке право надавалося й згідно з зі статтю 150 Кримінального кодексу УСРР¹⁰⁴.

Профілактична робота лікувальних та санітарних закладів мала спиратися не стільки на репресивні, скільки на агітаційні засоби й спрямовуватися на підвищення побутової культури населення та навчання його елементарним правилам дотримання гігієни, в тому числі й у сфері статевих стосунків. Ще в 1921 р. відділ медичної та санітарної освіти Наркоздорв'я УСРР випустив "Санітарну хрестоматію"

та декілька брошур на тему венеричні хвороби та заходи боротьби з ними¹⁰⁵. В 1925 р. було закуплено за кордоном і пущено в прокат фільм “Венеричні хвороби”¹⁰⁶. Однак через малі тираж книжкової продукції та нерозвинену кіномережу, санітарна освіта проводилася переважно засобами усної пропаганди: шляхом читання лекцій та влаштування пропагандистських інсценувань – судів над венеричними хворобами, а також пересувних пропагандистських виставок. Найкраще санітарна пропаганда була організована на промислових підприємствах Дніпропетровського округу, де в червоних кутках укомплектовувалися тематичні бібліотечки та були “Книжки відповідей лікарів на запитання робітників” про венеричні захворювання. Оскільки венеричними хворобами частіше хворіли молоді люди, в 1929 р. в програму викладання гігієни в навчальних закладах було включено теми про профілактику венеричних захворювань та гігієну полових органів¹⁰⁷.

Через масове безробіття й мізерність соціальної допомоги безробітним в УСРР не вдавалося подолати й таку важливу причину венеричних захворювань, як проституція. За визнанням Центральної ради по боротьбі з проституцією, зробленому на засіданні 29 вересня до 1929 р., ця боротьба впродовж 1920-ті рр. мала випадковий характер¹⁰⁸. У жовтні 1927 р. при Дніпропетровському окружному диспансері було створено перший та єдиний в УСРР (до кінця 20-х рр.) трудовий профілакторій для повій¹⁰⁹.

І все ж таки, незважаючи на обмеженість профілактичної та лікувальної допомоги медичних закладів в УСРР у другій половині 20-х рр. вдалося призупинити розповсюдження сифілісу. За перші три квартали 1925 р., за неповними даними, в республіці було зареєстровано 237 тис. 392 випадки захворювань на венеричні хвороби, з яких 60% припадало на пранки. Загальна кількість відвідувачів венустанов наближувалася до 1 млн.¹¹⁰ Надалі спостерігалось зниження захворюваності на сифіліс, причому як серед городян, так і серед сільських мешканців. Так, якщо в 1924/25 рр. в республіці було зареєстровано 127 тис. 356 випадків захворювання на пранки, то в 1925/26 – 112 тис. 425, а в 1926/27 – лише 76 тис. 943. Одночасно, як засвідчують дані таблиці 10, частіше зверталися до венерологічних закладів хворі сифілісом у містах, хоча саме серед городян захворюваність на сифіліс знижувалася більшими темпами¹¹¹.

Незважаючи на зменшення “свіжих” форм сифілісу, було зареєстровано значну кількість латентних та вроджених сифілітиків, а також хворих сифілісом центральної нервової системи. Так, у Миколаївському округу з 1923/24 р. до 1927/28 р. кількість “свіжої” захворюваності на сифіліс знизилася з 236 до 49 випадків, а частка хворих цією формою

сифілісу серед усіх хворих пранками зменшилася з 34,4% до 4,5%, в той час як захворюваність сифілісом центральної нервової системи збільшилася з 14 до 95 випадків.

В той же час спостерігалось розповсюдження захворюваності на гонорею, особливо в містах. Зокрема, в Миколаївському округу почастішали випадки звернення до венерологічного диспансеру хворих "свіжою" гонореєю, в той час як кількість гонорейних хроніків, які передували на обліку, поступово зменшувалася. Зокрема, якщо в 1923/24 р. було зареєстровано хворих на "свіжу" гонорею 661 та на хронічну – 261, то в 1927/28 р. відповідно – 1097 і 168¹¹². Крім того, в 1927/28 р. було зареєстровано спалах захворюваності на м'який шанкер (до 305 випадків порівняно з 9 – у 1924 р.), завезений в портове місто з-за кордону¹¹³.

З серйозними труднощами зіткнулися заклади робітничої медицини в боротьбі з туберкульозом. На початку ХХ ст. Російська імперія займала одне з провідних місць по захворюваності й смертності від цієї хвороби. Поодинокі протитуберкульозні медичні заклади, що почали засновуватися на кошти громадськості з 1909 р., після приєднання Росії до Загальної ліги по боротьбі з туберкульозом, на початку 20-х рр. були зруйновані.

До початку Першої світової війни на Україні діяло 14 туберкульозних амбулаторій (в Одесі, Харкові, Ромнах, Кременчуку, Катеринославі, Олександрівську, Житомирі, Сумах, Анан'єві, Полтаві, Миколаєві, Бердичеві, Генечиську та Умані) та 5 спеціалізованих санаторії на 370 місць ("Ріпки" під Харковом на 50 ліжок, "Пуща Водиця" під Києвом на 80 ліжок, "Кремінне" бахмутського земства на 80 ліжок, в Одесі на 60 ліжок та Гадячі полтавського земства – на 100 ліжок)¹¹⁴.

В 1922 р. Наркомат охорони здоров'я приступив до організації системи закладів боротьби з туберкульозом. Провідною ланкою цієї системи мав стати диспансер, навколо якого планувалось згрупувати допоміжні лікувально-оздоровчі заклади: санаторії для дорослих та дітей, денні й нічні дитячі санаторії, нічні санаторії для дорослих, туберкульозні лікарня для госпіталізації тяжких туберкульозних хворих, а також туберкульозні пункти на великих фабриках та заводах.

В 1923 р. в УСРР було засновано 30 перших протитуберкульозних диспансерів, які склалися з двох частин – медичної та громадської, що пов'язувала диспансери з громадськими та заводськими організаціями. Остання формувалася з делегатів Рад соціальної допомоги у складі представників фабзавкомів та інших громадських організацій. На диспансери покладалася завдання діагностики, лікування, профілактики та соціально-громадської боротьби з туберкульозом. Порядок з

диспансерами та в близькому зв'язку з ними засновувалися протитуберкульозні пункти на великих промислових підприємствах, лікарі яких займалися виявленням туберкульозних хворих для направлення на лікування до диспансерів¹¹⁵.

Керівництво фтизіаторською справою покладалося на три науково-дослідних туберкульозних інститути: Одеський та Український у Харкові, засновані в 1921 р., та Київський, організований в 1924 р.

Закладалися мережа санаторних закладів, що мали поєднувати кліматичну та дієтичну терапію з колапсотерапією. Виник новий тип санаторіїв – нічні санаторії, що обслуговували працездатних хворих переважно із закритим типом туберкульозу. В 1925 р. в УСРР функціонувало 12 нічних санаторіїв¹¹⁶. Однак пропускна спроможність санаторних закладів для туберкульозних хворих, що до кінця 20-х рр. досягла 4,2 тис. місць, була недостатньою й відставала від європейського рівня (во Франції таких санаторних ліжок нараховувалося 18 тис., а в Англії – 23 тис.)¹¹⁷.

В УСРР бракувало й лікарняної допомоги тяжким туберкульозним хворим, оскільки кількість ліжок у спеціалізованих стаціонарах в 1929 р. дорівнювалася 568¹¹⁸.

Подоланню туберкульозу перешкоджали не тільки брак лікарів фтизіатрів та недостатній розвиток системи спеціалізованих оздоровчо-медичних закладів, а й низькі соціально-побутові умови життя робітників, й, насамперед, їх погане харчування та житлова скупченість.

8. Боротьба з професійними захворюваннями. У зв'язку з інтенсифікацією виробництва шляхом посилення мускульної енергії робітників у 20-х рр. активізувалося завдання боротьби з професійним травматизмом та іншими професійними захворюваннями.

В умовах класової політики Народний комісаріат охорони здоров'я виокремив боротьбу з такими захворюваннями в окрему ланку діяльності, здійснення якої покладалося на установи робітничої медицини.

Боротьба з професійними захворюваннями розпочалася з організації охорони здоров'я робітничої молоді. В 1923 р. при відділі робітничої медицини НКЗУ та при робмедах 13 промислових округів було створено інспектуру охорони здоров'я робітничої молоді (ОЗРМ)¹¹⁹.

Згідно з декретом РНК УСРР від 21 листопада 1922 р. заходом ОЗРМ стало проведення безкоштовних медичних обстежень застрахованих підлітків-робітників¹²⁰. Незважаючи на те, що кількість обстежених постійно зростала (з 1923 р. до 1926 р. вона залишалася 11 тис. 149 до 30 тис. 149 осіб), обстеження залишалися вибірковими. 2/3 обстежених становили підлітки-робітники окремих металургійних підприємств¹²¹.

Якщо в Катеринославській губернії обстеження взагалі не проводилися, то в Донбасі, порівняно з іншими губерніями, вони охоплювали значну частину робітничої молоді¹²². Однак, частка обстежених, як, наприклад, по Луганському округу, становила менше третини робітників-підлітків: 3 тис. з 10 тис.¹²³ Крім того, як зазначалося на I Всеукраїнській нараді по охороні здоров'я робітничої молоді (березень 1926 р.): "Медичні обстеження проводилися в спішному порядку, при відсутності кваліфікованих медичних сил, й тому страждали неповнотою та неточністю"¹²⁴.

Медичні огляди виявили незадовільний стан здоров'я підлітків і нерідко – їх непридатність до роботи, яку вони виконували. Так, у Кременчуцькому окрузі 40% молоді хворіло на сухоти та ще 20% – на інші хвороби, а в "гарячих" цехах металургійної промисловості Донбасу хронічні хвороби мала половина працівників-підлітків¹²⁵.

У 1925 р. в Київській та Харківській окружних поліклініках було започатковано диспансеризацію підлітків¹²⁶. З 1927 р. їх досвід було поширено на великі школи ФЗУ, де вводилися посади штатних лікарів, а у промисловості – на підприємства, де підлітки працювали на шкідливих виробництвах¹²⁷. Однак у більшості промислових підприємств та шкіл фабрично-заводського учнівства, а також в індустріально-технічних, професійно-технічних та сільськогосподарських школах диспансеризація не проводилася.¹²⁸

На стадії організації та наукових дослідів перебувала робота закладів Робмеду по профвідбору молоді. З 1924 р. як експеримент її було започатковано в столичному бюро по вибору професій, а в 1926 р. зроблено спробу поширити на Київ, Дніпропетровськ, Сталіно та Одесу, де створювалися аналогічні бюро. Однак через перевантаженість санітарно-промислових лікарів, які не мали вільного часу не тільки для участі в засіданнях бюро, а й для консультацій при прийомі молоді на роботу та зарахуванні на навчання до шкіл ФЗУ, діяльність бюро виявилася малоефективною. В результаті хворі підлітки призначалися на роботу, що не відповідала стану їхнього здоров'я й призводила до хронічних захворювань.¹²⁹

Не забезпечувалося оздоровлення робітничої молоді. Хоча профспілкові органи звичайно дотримувалися встановленої для робітничих підлітків броні при розподілі місць у будинках відпочинку та на курортах, що складала відповідно 10% і 5%¹³⁰, кількість осіб, що могла скористатися цією пільгою, була мізерною. Так, у 1925 р. з 200 підлітків, визнаних такими, які потребували оздоровлення, санаторно-профілактичні заклади відвідало лише 3¹³¹.

Масовій диспансеризації та професійному відбору й оздоровленню молоді перешкоджали відсутність цільових асигнувань з боку страхових

органів, брак санітарно-промислових лікарів та їх перевантаженість, а також нечисленність оздоровчих закладів. 75 санітарно-промислових лікарів не вистачало навіть для забезпечення медичних закладів великих промислових підприємств, тому в аграрних округах УСРР їх взагалі не було¹³².

Впродовж 20-х рр. не було започатковано профілактику та лікування професійних захворювань дорослих робітників. Диспансерна робота закладів Робмеду перебувала на стадії диспансерного обліку. Періодичні медичні огляди не організовувалися навіть серед робітників шкідливих виробництв. Відповідно виробничі травми та професійні захворювання не реєструвалися, а кваліфікована медична допомога при нещасних випадках не надавалася¹³³. Дефіцит карет швидкої медичної допомоги перешкоджав своєчасній доставці травмованих до робітничих амбулаторій та лікарень. Бракувало й спеціальних носилок для їх перенесення.

Навіть наприкінці 20-х рр. 15 шахт Хрустального рудоуправління обслуговували 2 карети швидкої допомоги¹³⁴. Аналогічна ситуація з транспортом склалася й на інших підприємствах та руднях¹³⁵.

Зростання виробничого травматизму, особливо в гірничій промисловості Донбасу, в 1925/26 р. вимагало організації першої медичної допомоги при нещасних випадках на виробництві. Однак через брак санітарно-промислових лікарів, приміщень та медичного обладнання для організації медичних пунктів, перша медична допомога запроваджувалася на рівні самопомоги: всі бригади на рудниках та заводах почали постачатися індивідуальними пакетами зі стерильним перев'язочним матеріалом, а десятники – сумками-аптечками. 500 десятників було направлено для навчання на короткотермінові курси першої медичної допомоги¹³⁶.

Лише в 1927 р. заклади Наркомздорову приступили до організації кваліфікованої медичної допомоги при нещасних випадках на виробництві. На промислових підприємствах і в шахтах почали створюватися амбулаторії та пункти першої медичної допомоги. За інструкцією Робмеду в медпунктах мали працювати завідувач, терапевт, хірург, санітарно-промисловий лікар, лікар по диспансерній роботі та два стоматологи, то в диспансері – також отоларинголог і окуліст¹³⁷. Там, де фабрично-заводські медичні заклади укомплектовувалися лікарями згідно зі штатною рознарядкою, робітники могли отримувати на виробництві не тільки першу медичну допомогу, а й лікування, якщо захворювання не потребувало звільнення з роботи. Але фахівців вузького профілю як правило не вистачало¹³⁸. Бракувало й коштів не тільки на організацію амбулаторій, а й пунктів першої медичної допомоги.

Намагаючись подолати кризову ситуацію з наданням медичної допомоги, насамперед, у Донецьку, Дніпропетровську та Криворіжжі, й особливо в гірничих підприємствах, влада дбала про розгортання пунктів першої медичної допомоги в цих районах за рахунок непромислових. Так, якщо в цілому по УСРР кількість пунктів першої медичної допомоги в першому півріччі 1928/29 р. порівняно з попереднім роком скоротилася з 424 до 408, то в Донбасі та Криворіжжі – збільшилася. До травня 1929 р. планувалося відкрити мінімум по два пункти першої медичної допомоги на великих шахтах Луганського, Артемівського та Сталінського округів, а також припинити прийом хворих фельдшерами там, де були лікарі, й встановити лікарський догляд над фельдшерськими пунктами та перев'язочними¹³⁹. Але ця проблема була зав'язана на проблемі лікарських кадрів: у 1926/27 р. один лікар на Донбасі мав обслуговувати 550 застрахованих, а в наступному незначно менше – 476¹⁴⁰.

Ступінь забезпечення пунктами першої медичної допомоги різнився не тільки залежно від виробничого характеру регіонів, й а в їх межах, оскільки ці пункти звичайно організовувалися на великих підприємствах та шахтах з кількістю робітників не менше 300-500 осіб. Так, якщо підприємства гірничої та металургійної промисловості майже повністю забезпечувалися пунктами першої допомоги промисловості (на 88%), то в радгоспах пунктів першої медичної допомоги взагалі не було¹⁴¹. Амбулаторну допомогу на місці мали 22% радгоспів та колгоспів та ще 7% – лікарняну допомогу¹⁴².

Несвоєчасне надання першої медичної допомоги при виробничих травмах сприяло розвитку інвалідності, але в Україні бракувало фахівців та медичних закладів для надання ортопедичної допомоги. Харківський інститут ортопедії, створений у 1922 р., не міг задовольнити допомогою навіть тих застрахованих хворих, яких надсилав Нарком-здоров. В одній із заміток робкора, що була надрукована в "Пролетарській правді" на початку 1929 р., повідомлялося про безкінечні черги, в яких хворим доводилося вистоювати, щоб потрапити на прийом до лікаря в Інституті ортопедії, причому нерідко через безладдя в роботі реєстра-тури¹⁴³.

Щоб перешкодити розвитку інвалідності, з 1927 р. в місцевостях найбільшого травматизму почали відкриватися травматологічні відділення при лікарнях, але організація Слов'янського інституту травматології, аналогічного Харківському, через брак коштів гальмувалася протягом двох років¹⁴⁴.

Існувала проблема й із забезпеченням інвалідів протезами, які вироблялися лише на двох – Харківському та Київському ортопедичних

заводах. Для безкоштовного отримання протезу інваліди записувалися в чергу та чекали по декілька місяців, причому тим, хто замовляв протез для нижньої кінцівки, з 1929 р. почали видавати замість двох черевиків - на протез та здорову ногу, лише один - для протезу. Інший вони мали купувати за власні кошти¹⁴⁵.

9. Акушерська та гінекологічна допомога робітницям. Одним із провідних напрямків діяльності Робмеду була охорона материнства та дитинства й, зокрема, акушерська та гінекологічна допомога робітницям. У Російській імперії ці види медичного обслуговування, на рівні лікарської допомоги, були доступними незначній частині заможного населення. Зокрема, в Україні існувало лише 5 міських жіночих консультацій, а родильних будинків не було. За допомогою медичного персоналу приймалося лише 2% пологів.

Зі встановленням радянської влади в Україні було створено 123 консультації матері та дитини, діяльність яких через голод 1921-1922 р. почала розгортатися лише з 1923 р., коли відкрилися перші 11 консультацій Робмеду. З 1925 до 1927 р. кількість консультацій матері і дитини в Україні зросла з 398 до 507 (див. табл. 11)¹⁴⁶, у тому числі консультацій Робмеду – з 71 до 127 (див. табл. 12)¹⁴⁷.

До 1927 р в УСРР було створено й 27 пологових будинків, у більшості розрахованих на госпіталізацію декількох породіль. Надалі такі будинки, а точніше кімнати для породіль, почали створюватися при всіх окружних амбулаторіях, а також при акушерських пунктах на периферії медичних дільниць¹⁴⁸.

Якщо в 1925 р. акушерська допомога надавалася в 8,7% випадків пологів, у тому числі в 2,2% – в стаціонарах та 6,5% – на дому¹⁴⁹, то в 1927 р. акушерську допомогу в стаціонарах отримало до 11% поділля¹⁵⁰. Медичну допомогу при родах отримували переважно вагітні городянки, в той час як селянки зверталися до бабів-повитух. У 1925 р. в міських лікарнях існувало 773 ліжка для гінекологічних хворих та 1 тис. 29 – для породіль, завдяки яким вдалося госпіталізувати під час пологів 28,8% вагітних городянок. Причому в столиці України частка вагітних, які народжували в лікарнях, сягала 89%¹⁵¹.

Швидкими темпами в пологових будинках та міських лікарнях збільшувалася кількість ліжок, призначених для абортниць, що зумовлювалося легалізацією абортів. Через скрутне матеріальне становище вагітність була небажаною в більшості робітничих родин і слугувала головною причиною розлучень у 20-ті роки.¹⁵² Тому 70% жінок промислових міст не бажали мати дітей¹⁵³. Серед вагітних жінок, які штучно перервали вагітність, третину становили робітниці¹⁵⁴.

Незважаючи на те, що радянська влада досить ліберально ставилася до абортів, у першій половині 20-х рр. їх робили переважно за медичними показаннями¹⁵⁵.

В лютому 1925 р. НКЗУ прийняв постанову про аборти, в якій встановив порядок здійснення цих операцій для різних категорій вагітних жінок. “Перевагою” на аборти поза чергою користувалися фабрично-заводські робітниці: в першу чергу – безробітні самотні жінки, які отримували допомогу бірж праці; в другу – самотні робітниці, які мали одну дитину; потім – одружені робітниці, які мали багато дітей¹⁵⁶.

Привілей робітниць пояснювався не тільки тим, що держава боялась “оголити” виробництво, а й тим, що жінки з пролетарського середовища за звичаєм та через брак місць у лікарнях запобігали до послуг різного роду “бабів” та “самоабортів” за допомогою різного роду отрут. Лише одна з трьох вагітних робітниць, що бажали позбутися вагітності, вдавалися до допомоги лікарів¹⁵⁷. Штучне переривання абортів поза стаціонарами загрожувало здоров’ю і навіть життю жінок, оскільки нерідко призводило до їх гінекологічних захворювань й безпліддя.

Декрет 1925 р. надав можливість робітницям та дружинам робітників скористатися лікарняною допомогою для переривання вагітності. Зокрема, у Києві в 1925/26 р. 54,6% жінок, яким зробили аборти в лікарнях, становили дружини робітників і службовців, 11% – робітниці та 10,9% безробітні, які користувалися страховою допомогою.

Для справедливого розподілу ліжок у лікарнях при підвідділах охорони здоров’я та при лікарських дільницях створювалися комісії, що видавали дозволи на аборти. Однак принцип “соціальної справедливості” порушив право жінок на дотримання лікарської таємниці про штучне переривання вагітності й право на штучне переривання вагітності взагалі. Практика “соціальних абортів”, тобто дозволених за соціальними показниками, неминуче призводила до поширення підпільних абортів, оскільки число відмов в абортах за соціальними показниками фактично дорівнювалося кількості підпільних абортів (Див. таб. 13)¹⁵⁸.

В 1926 р. практику “соціальних абортів” було визнано недоцільною, а діяльність “абортних комісій” при лікарських дільницях припинено. Їх компетенцію було передано до рад соціальної допомоги, які припинили відмови в абортах по соціальних показниках¹⁵⁹.

Зважаючи на неспроможність медичних закладів задовольнити жінок, бажаних штучно перервати вагітність, було дозволено робити аборти в приватних лікарнях, а також на квартирах, що для цього підходили. На жаль, нам не вдалося встановити роки запровадження

та відміни приватної практики платних абортів, що певний час була поширеною тільки в УСРР.¹⁶⁰

З 1925 р. коштовні ліжка для абортниць за здешевленим тарифом (8 руб. за операцію та перебування в лікарні) почали влаштовуватися й у загальногромадянських лікарнях. Їх частка, що спочатку була незначною порівняно з безкоштовними ліжками, поступово збільшувалася. Зокрема, в Київській окружній лікарні за рік – з 1925 р. до 1926 р. вона зросла більше ніж у три рази – з 15,6% до 48%¹⁶¹. Таке ж зростання платних “абортних ліжок” спостерігалось і в Дніпропетровську.

Розширення медичної допомоги жінкам, які бажали перервати вагітність, сприяло зменшенню кількості підпільних абортів. Зокрема, в Дніпропетровську їх частка скоротилася з 1925 по 1926 рр. з 54,8% до 20,5%¹⁶². Однак ця тенденція не поширювалася на сільську місцевість, де частка підпільних абортів з 1923/24 р. до 1925/26 р. збільшилася з 52% до 78 %¹⁶³.

В той же час невпинно зростала загальна кількість абортів, зроблених як у лікарнях, так і на дому (Див. таб. 14)¹⁶⁴.

З 1924 по 1926 р. частка абортів щодо родів збільшилася вдвоє. Найбільшого рівня вона досягла в промислово-гірничих центрах (Див. таб. 15)¹⁶⁵.

Зростання чисельності абортів пояснювалася не тільки соціальними, а й морально-психологічними чинниками, оскільки аборт ставав нормою приватного життя, а соціальний статус материнства знецінився.

Незважаючи на те, що в 1927 р. плата за аборти порівняно з 1925 р. збільшилася в 1,5-2 рази (до 10-15 руб.), кількість платних абортів також зросла. Зокрема, в Старобільську частка платних абортів досягла 50,1%¹⁶⁶. Не лякало жінок і те, що аборти нерідко, навіть у лікарняних закладах, робилися без анестезії, хоча ці операції мали здійснюватися під загальним наркозом¹⁶⁷. Практика запобігання до місцевої анестезії у вигляді досліду застосовувалася лише в Одесі¹⁶⁸.

Кількість жінок, яким з 1924 по 1927 р. зробили операцію абортів по медичних показниках, складала в Дніпропетровську лише 14,9%, причому частка абортів за іншими показникам за такий же період збільшилась у 3 три рази. 38,5% абортниць вдалися до штучного переривання вагітності через матеріальну незабезпеченість, 33,3% – тому, що мали малечу, 4,7% – з причини розлучення, 2,1% – тому, що були “дівками”, а 1,5% – вдовами. Тобто 91,7% абортниць мали чоловіків. Майже 73,9% з них належали до категорії домашніх господарок, 12% – до робітниць, 6,6% – до службовців, 1,5% – студенток та 5,6% – селянок¹⁶⁹.

Соціальний склад жінок, які бажали перервати вагітність практично не змінювався. Це підтверджують дані вибіркового обстеження складу

абортниць, проведені в різних медичних закладах УСРР впродовж 1925/1927 рр. Наприклад, у Полтавській обласній лікарні в 1925 р. із 1 тис. 499 жінок, яким штучно перевали вагітність, 65% були робітницями та службовцями або членами родин робітників та службовців (тобто мали медичну страховку), 20% – селянками та 15% – незастрахованими городянками¹⁷⁰. У Києві в 1926 р. 54,6% абортниць були дружинами робітників та службовців, ще 11 % – робітницями та 10,9% – безробітними¹⁷¹. Те, що ліквідація “абортних” комісій не вплинула на соціальний склад абортниць, засвідчували й висновки обстежень анкетних даних жінок, що перервали вагітність у медичних закладах Дніпропетровська¹⁷².

Намагаючись зупинити хвилю наростання абортів, радянський уряд увів деякі обмеження на їх застосування, що мали послабити негативний вплив штучного переривання вагітності на здоров'я жінок. Незважаючи на те, що шлюбно-сімейний кодекс 1926 р. затвердив право жінок на штучне переривання вагітності, аборти було заборонено жінкам, які вперше завагітніли, а також тим, які робили цю операцію менше ніж півроку тому¹⁷³. Це розпорядження спричинило нове зростання підпільних абортів. Так, у Дніпропетровську, де раніше спостерігалася тенденція скорочення підпільних абортів, було констатовано паралелізм у збільшенні абортів лікарняних та поза лікарняних¹⁷⁴.

Для боротьби з таємними абортами та задля покарання осіб, які робили “підпільні” аборти, лікарі мали негайно повідомляти міліцію про хворих жінок, які поступали до лікарень з ускладненнями абортів, зробленими на дому¹⁷⁵. Одночасно вживалися заходи щодо розширення мережі ліжок для абортниць у лікарнях та пологових будинках, що будувалися, а також по популяризації контрацептивних засобів.

У 1923 р. Народний комісаріат охорони здоров'я України прийняв постанову, згідно з якою ініціатива у справі призначення протизаплідних засобів мала виходити не від лікаря, а від жінки. Тобто фактично було легалізовано протизаплідні засоби, які залишалися в зарубіжних країнах під забороною. Третя Всесоюзна нарада по охороні материнства та дитинства (грудень 1925 р.) по доповіді “Наша політика з питання про аборти” постановила, “що в справі боротьби з абортами в найближчий час найбільш суттєвим є завдання ознайомлення жінок через консультації для жінок і через гінекологічні амбулаторії з протизаплідними засобами, а також широка соціальна допомога вагітним жінкам, що потребували допомоги”. Однак у першій половині 20-х рр. ці заходи не вдавалося здійснити навіть у містах.

У другій половині 20-х рр. робота по поширенню протизаплідних засобів почала проводитися в консультаціях для жінок, іноді в

гінекологічних амбулаторіях та ще рідше в породільних будинках. Якщо в жіночих консультаціях для цієї роботи призначався спеціальний день, в то в амбулаторіях та породільних будинках вона проводилася під час прийому відвідувачів.

Профілактична діяльність закладів Охматдиту по попередженню абортів розгорнулася під керівництвом Центральної наукової комісії по вивченню протизаплідних засобів при відділі охорони материнства та дитинства НКЗдоров'я. За її директивами вивчалася практика застосування протизаплідних засобів. У різних губерніях жінкам пропонувалося застосовувати певні засоби: або хімічні шляхом спринцювань проти-заплідними розчинами (молочної кислоти, дерев'яного оцту та оцтової кислоти, марганцевого калію, квасців, формаліну, каоліну, карболової систоли та деревинного спирту), змащування йодом та закладання кульок з хініном та іншими хімічними протизаплідними речовинами; або механічні (гумові та металеві ковпачки). В одній з губерній застосовувалося перевзування фаллопієвих труб жінкам, а в іншій навіть їх перетинання. В наукових закладах досліджувалося використання рентгенівського опромінення та застосування внутрішньо маточних методів тимчасової стерилізації жінок шляхом введення до матки хімічних або механічних (шовкова нитка, паличка) засобів. Однак останні досить скоро було визнано шкідливими для здоров'я¹⁷⁶.

Оскільки використання механічних засобів потребувало консультації лікаря задля вибору екземпляра потрібного розміру, найбільш поширеними стали хімічні контрацептиви, які не потребували медичної консультації. Аптеками відділу Охматдиту було випущено в продаж вагінальні кульки "Котрацептон", прозорі гліцеринові кульки "Контрацентини" та таблетки "Концтрацептин", а також паста "Преконсоль". Кожна жінка могла за своїм вибором купити будь-який протизаплідний засіб у всякій аптеці, аптекарському магазині, в кооперативних магазинах, що мали косметичні відділи¹⁷⁷. Однак у малозабезпечених робітниць не вистачало коштів для придбання контрацептивних засобів¹⁷⁸.

10. Курортна допомога застрахованим. У 1923-1924 рр. в основних промислових центрах при поліклініках почали діяти нічні профілакторії при робітничих диспансерах. Створювалася мережа профспілкових санаторіїв і будинків відпочинку. Тільки у 1923 р. в республіці на кошти професійних спілок було відкрито 35 будинків відпочинку на 1420 місць. А всього в Україні у 1925 р. діяло 139 будинків відпочинку та декілька санаторіїв, де зміцнювали своє здоров'я 76 тис. осіб¹⁷⁹. Робітникам України виділялися місця й на загальносоюзні курорти. В першу чергу путівки розподілялися серед робітників провідних галузей виробництва. Наприклад, для членів

професійних спілок Донбасу щорічно бронювалася тисяча місць. Крім того, їм надавалася третина путівок на республіканські курорти¹⁸⁰. Як правило путівки отримували найкращі виробничники та громадські активісти, насамперед члени КП(б)У, що викликало незадоволення хворих безпартійних робітників¹⁸¹. Сімейний відпочинок у санаторно-курортних закладах через обмеженість місць не був поширеним.

Висновки. З ініціативи професійних спілок органи охорони здоров'я намагалися організувати пільгову систему медичного обслуговування робітників. Спроба створення системи страхової робітничої медицини у першій половині 20-х рр. не увінчалася успіхом через кризовий стан промисловості. Фінансові ін'єкції закладів Робмеду, здійснені за рахунок державного бюджету в середині 20-х рр., почали виводити їх із кризового становища. Однак систематичні зриви планів фінансування закладів охорони здоров'я наприкінці 20-х рр. спричинили нове погіршення рівня медичної допомоги робітникам УСРР. Незважаючи на збільшення розмірів фінансування, заклади робітничої медицини не справлялися зі зростаючим навантаженням як внаслідок збільшення кількості найманих працівників, так і через погіршення стану їх здоров'я. Тому збільшення чисельності медичних закладів і зростання кількості медичних працівників не забезпечували належного рівня медичного обслуговування робітників. Не могли суттєво змінити ситуацію й пільги, надалі робітникам, що не спрацьовували при відсутності належного діагностичного та відповідного лікувального обладнання, а також необхідних ліків. І всі ж таки, не зважаючи на серйозні недоліки у розвитку вітчизняної медицини, зумовлені фінансовими труднощами, саме на початку 20-х рр. в УСРР було закладено засади ефективної системи охорони здоров'я, яка реалізувалась у майбутньому при сприятливих умовах розвитку.

Додатки.

Таблиця 1.							
Мережа поліклінічно-амбулаторних та лікарняних закладів Робмеду.							
	Роки	Амбулаторно-поліклінічна мережа.				Лікарні.	
		Поліклініки	Амбулаторії	Медпункти	Всього	Число	В них ліжок
Вся Україна	1921/22	42	96	142	280	111	5708
	1922/23	100	260	259	628	152	6300
	1923/24	61	290	314	665	179	5848
	1924/25	75	283	292	650	121	4636
	1925/26	93	363	352	808	131	5152
	1926/27	103	375	381	859	135	5722
1 група: непромислові округи	1924/25	13	79	51	143	29	331
	1925/26	17	91	58	166	30	328
	1926/27	18	92	67	177	27	328
2 група: полупромисл. округи	1924/25	18	84	66	168	25	760
	1925/26	22	90	79	191	28	831
	1926/27	25	88	89	202	29	899
3 група: з великими університетами	1924/25	28	27	130	185	11	1020
	1925/26	37	31	163	231	16	1038
	1926/27	37	38	173	248	16	1170
4 група: промислові	1924/25	16	93	45	154	56	2525
	1925/26	17	151	52	220	57	2955
	1926/27	23	157	52	232	63	3325

Таблиця 2. Показники стану лікарської допомоги в Артемівському окрузі. в 1913-1928 рр.		
Роки.		
1913	1923/24	1927/28
Чисельність населення (осіб).		
749 тис. 576	448 тис. 430	461 тис. 417
Кількість лікувальних дільниць.		
25	32	42
Кількість лікарень.		
15	12	16
Кількість ліжок в них.		
458	305	345
Кількість інфекційних бараків.		
14	4	8
Кількість фельдшерських пунктів.		
12	1	1
Кількість лікувальних лікарів.		
31	52	98
Кількість акушерок.		
32	32	48
Кількість санітарних лікарів.		
1	-	24

Таблиця 3. Показники медичного обслуговування в Донбасі та інших регіонах УСРР.				
Регіон	Рік	Відвідувань	Викликів	Ліжко-днів
Донбас	1926/27	15,3	0,69	2,34
	1927/28	17,4	0,84	2,43
Решта частка УСРР	1926/27	18,7	1,79	2,74
	1927/28	19,9	2,29	2,78

Таблиця 4. Мережа допоміжних закладів Робмеду УСРР.								
Вся Україна	Роки	Аптеки	Хім. бак. лабораторії	Рентген-кабінети.	Електроосвітло ві лікувальниці	Електроводні	Зуботехн. кабінети	Зуболікувальні кабінети
	1921/22	5	7	10	-	-	-	Н. Д.
	1922/23	186	13	20	-	-	-	Н. Д.
	1923/24	186	Н. Д.	20	-	-	-	Н. Д.
	1924/25	338	30	21	9	3	30	Н. Д.
	1926/26	251	57	39	25	9	44	379
	1926/27	219	77	57	39	14	49	463
1 група	1924/25	84	3	3	-	-	7	Н.Д.
	1926/26	28	7	5	4	2	12	98
	1926/27	23	9	10	8	3	17	140
2 група	1924/25	98	7	4	-	2	8	Н.Д.
	1926/26	29	12	7	1	3	12	115
	1926/27	32	13	11	4	7	15	129
3 група	1924/25	29	13	7	9	1	5	Н. Д.
	1926/26	52	25	14	16	3	6	87
	1926/27	56	29	17	20	3	7	96
4 група	1924/25	127	7	7	-	-	10	Н. Д.
	1926/26	106	13	13	4	1	14	79
	1926/27	108	26	19	7	2	10	98

Таблиця 5. Задоволення хіміко-фармакологічною промисловістю СРСР потреб населення в окремих групах медикаментів.	
Препарати ртуті	88,6%
Препарати йоду	95,5%
Інші неорганічні препарати	98%
Алкалоїди	70,6%
Неосальварсан	100%
Галеніки та інші дозовані засоби	100%
Інші органічні препарати	50,4%
Дезінфекційні засоби	69%
Хінін	0%

Таблиця 6. Якість ліків, виготовлених в міських та сільських аптеках Уманського округу за наслідками вибіркового обстеження.				
Тип аптек за місцем розташування	Перевірено ліків	Їх виявлена якість		
		Задовільна	Не зовсім задовільна	Незадовільна
Міські	7	3	2	2
Сільські	13	1	6	6

Таблиця 7. Захворюваність на інфекційні кишкові захворювання населення України (з розрахунку на 10 тис. осіб).		
Роки	Черевний тиф	Дизентерія
1920	49,6	19,6
1921	68,1	27,7
1922	39,9	20,9
1923	12,5	10,2
1924	13,2	16,1

Таблиця 8. Заклади венерологічної допомоги Робмеду в УСРР.			
Територія	Роки	Венерологічні диспансери	Венерологічні пункти
Вся Україна	1921/22	–	–
	1922/23	–	–
	1923/24	–	–
	1924/25	3	–
	1925/26	12	20
	1926/27	19	22
1 група: непромислові округи	1924/25	–	–
	1925/26	2	2
	1926/27	2	2
2 група: полупромислові округи	1924/25	–	–
	1925/26	–	1
	1926/27	–	1
3 група: промислові з університетами	1924/25	3	–
	1925/26	6	4
	1926/27	11	4

4 група: гірничопромисл ова	1924/25	–	–
	1925/26	4	13
	1926/27	6	15

Таблиця 9.

Мережа венерологічних закладів УСРР в 1922-1927 рр.

Роки	Венерологічні диспансери				Всього
	В місті	На селі	В місті	На селі	
1913	1				1
1921/22	3			3	6
1922/23	26			25	51
1923/24	39		2	64	105
1924/25	49	5	8	82	144
1925/26	64	14	10	91	179
1926/27	72	20	10	99	201

Таблиця 10.

Звернення хворих сифілісом до медичних закладів на 10 тис. міського та сільського населення.

Населення	1910- 1914 рр.	1925 р.	1926 р.	1927 р.
Міське	256,9	232,3	164, 4	101,3
Сільське	29,1	27, 1	24, 7	17,6
В середньому	45, 1	46,7	38,9	26,6

До революції	1921 р.	1922 р.	1923 р.	1924 р.	1925 р.	1926 р.	1927 р.
5	123	66	132	201	398	466	507

Територія	Роки	Консультації	ясла	Молочні кухні	Родильні будинки	Дитячі площадки
Вся Україна	1921/22	-	-	-	-	-
	1922/23	11	10	-	-	-
	1923/24	40	17	-	-	-
	1924/25	71	36	26	3/45	-
	1925/26	110	75+56*	59	6/126	22
	1926/27	127	66+56*	67	7/220	50
1 група: непромислові округи	1924/25	5	-	3	-	-
	1925/26	18	10	9	-	9
	1926/27	25	7	10	-	12
2 група: полу промис. округи	1924/25	18	5	5	-	-
	1925/26	27	9	13	-	7
	1926/27	30	7	14	-	12
3 група: округи з велик. університетами	1924/25	20	8	4	3/45	-
	1925/26	29	9	6	5/112	6
	1926/27	32	9	8	6/170	12
4 група: промислові округи	1924/25	18	23	14	-	-
	1925/26	36	47	31	1/50	-
	1926/27	40	43	35	1/50	11

Кількість відмов в абортів та припинення неповних абортів в лікарнях (за даними першої радянської лікарні в Полтаві).		
Роки	1924	1925
Відмови в абортах	300	500
Припинення в лікарнях неповних абортів	288	466

Кількість абортів в УСРР.			
Роки	Окружні міста	Села	Всього в УСРР
1923/24	–		52 836
1924/25	23 356	55 711	90 140
1925/26	43 640	104 398	156 342

Частка абортів щодо родів у %.		
Роки	УСРР	Старобельськ
1924	14	53,1
1925	32,2	84,7
1926	55,2	107,5

ПРИМІТКИ.

- ¹ Рохлина Л.Л. Социальное страхование и медицина// Врачебное дело. – 1926, №14. – С. 1194.
- ² Очерки истории профессиональных союзов Украинской ССР. – Киев, 1986. – С.228.
- ³ Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду УСРР (далі – ЗУ України) – 1922, №13. – Ст. 227.
- ⁴ Коммунист, Харьков, 1922, 24 марта.
- ⁵ Рохлина Л.Л. Социальное страхование и медицина// Врачебное дело. – 1926, №14. – С. 1194.
- ⁶ Отчет Всеукраинского совета профсоюзов. (1926-1928): К IV съезду профсоюзов Украины. – Харьков. 1928. – С.156.

-
- ⁷ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 213, арк. 1.
 - ⁸ Там же.
 - ⁹ Отчет Всеукраинского совета профсоюзов к III съезду профсоюзов Украины. – Харьков, 1927. – С.190.
 - ¹⁰ IV Всеукраїнський з'їзд профспілок. 1-8 грудня 1928 р. Стенографічний звіт. – Харків, 1928. – С.422.
 - ¹¹ Отчет Всеукраинского совета профсоюзов. (1926-1928): К IV съезду профсоюзов Украины. – Харьков. 1928. – С.187.
 - ¹² ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 376, арк.3.
 - ¹³ Там же, арк. 1.
 - ¹⁴ Медична допомога застрахованим в 1925/26 р. – Харків, 1927. – С. 7.
 - ¹⁵ Там же.
 - ¹⁶ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 376, арк. 3.
 - ¹⁷ Там же, арк. 5.
 - ¹⁸ Там же, арк. 139.
 - ¹⁹ Там же, спр. 79, арк. 121.
 - ²⁰ Там же, спр. 231, арк. 5.
 - ²¹ Медична допомога застрахованим в 1925/26 р. – Харків, 1927. – С. 32-33.
 - ²² ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 231, арк. 11.
 - ²³ Там же, арк. 2.
 - ²⁴ Там же, спр. 88, арк. 2.
 - ²⁵ Там же, спр. 376, арк. 98-99.
 - ²⁶ Там же.
 - ²⁷ Там же, арк.137-139.
 - ²⁸ Там же, арк. 98-99.
 - ²⁹ Там же, спр. 379, арк. 10.
 - ³⁰ Там же, спр. 376, арк. 139.
 - ³¹ Там же, арк. 1.
 - ³² Там же, арк. 5.
 - ³³ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 79, арк. 122.
 - ³⁴ Там же, оп. 3, спр. 373, арк. 115.
 - ³⁵ Там же, спр. 213, арк. 5.
 - ³⁶ Там же, спр. 373, арк. 1.
 - ³⁷ Там же, арк. 115.
 - ³⁸ Там же.
 - ³⁹ Там же, спр.213, арк. 5.
 - ⁴⁰ Там же, спр. 162, арк. 15.
 - ⁴¹ Там же, арк. 21.
 - ⁴² Там же, арк. 5.
 - ⁴³ Там же, арк. 15.
 - ⁴⁴ Там же, спр. 376, срк. 22-26, 77.
 - ⁴⁵ ЦДАВО України, ф. 539, оп. 4, спр. 1348, арк. 67-68; ф. 342, оп. 3, спр. 213, арк. 5-5 зв.
 - ⁴⁶ Там же, ф. 342, оп. 3, спр. 373, арк. 133.

-
- ⁴⁷ Там же, спр. 374, арк. 349.
- ⁴⁸ Там же, спр. 373, арк. 76.
- ⁴⁹ Там же, спр. 79, арк. 122.
- ⁵⁰ Там же, арк. 123.
- ⁵¹ Медична допомога застрахованим в 1925/26 р. – Харків, 1927. – С. 7.
- ⁵² ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 88, арк. 50.
- ⁵³ Шасс Е.Ю. Импорт фармацевтических товаров // Фармацевтический журнал. – Харьков, 1928, №3.– С. 12.
- ⁵⁴ Там же, С. 13.
- ⁵⁵ Фармацевтический журнал. – Харьков, 1928, № 1-2. – С. 20-21; №4. – С. 176.
- ⁵⁶ Фармацевтический журнал. – Харьков, 1928, № 5. – С. 240.
- ⁵⁷ П.Т. О запрещении отпуска хинина в ручной продаже // Фармацевтический журнал. – Харьков, 1928, № 7. – С. 406.
- ⁵⁸ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 347, арк.. 111.
- ⁵⁹ Дадыкин И.Л. Образцовая аптека на Харьковщине // Фармацевтический журнал. – Харьков, 1928, № 1-2. – С. 17.
- ⁶⁰ Пельці С. Лекарственная помощь в Харьковском округе // Фармацевтический журнал. – Харьков, 1928, № 1-2. – С. 69.
- ⁶¹ Бабич Я. О качестве изготавливаемых лекарств в аптеках // Фармацевтический журнал. – Харьков, 1928, №7. – С. 365.
- ⁶² ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 373, арк.. 55.
- ⁶³ Там же, арк. 45.
- ⁶⁴ Там же, арк. 52.
- ⁶⁵ Розенберг А.И. Постановка непосредственного оказания лечебной помощи застрахованным отделом лечебной медицины при НКЗ// Профилактическая медицина. – Харьков, 1924, №4. – С. 106-112.
- ⁶⁶ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3,, спр. 27, арк. 20.
- ⁶⁷ Там же, арк. 4.
- ⁶⁸ Там же, арк.4, 33.
- ⁶⁹ ЗУ України. –Харків, 1923. – Від 1, № 34. – Ст. 492.
- ⁷⁰ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 27, арк.. 33.
- ⁷¹ Там же, арк. 33.
- ⁷² Вісті ВУЦВК, Харків, 1925, 18 січня.
- ⁷³ Вісті ВУЦВК, Харків, 1923, 13 липня.
- ⁷⁴ Известия. Вечерний выпуск, Одесса, 1923, 31 июля.
- ⁷⁵ Коммунист, Харьков. 1922, 6 июля.
- ⁷⁶ Вісті ВУЦВК, Харків, 1925, 18 січня.
- ⁷⁷ Там же. 12 июля; 18 січня.
- ⁷⁸ ЗУ України. – 1924, № 18. – Ст. 164.
- ⁷⁹ Коммунист, Харьков, 1925, 14 апреля.
- ⁸⁰ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 27, арк. 76.
- ⁸¹ Вісті ВУЦВК, Харків. 1925, 25 липня.

-
- ⁸² Хорош И.Д. Из истории организации венерологической помощи в Украинской ССР (1919-1927) // Вестник дерматологии и венерологии. – М., 1964. – № 1. – С. 61, 61.
- ⁸³ Коммунист, Харьков, 1922, 26 апреля.
- ⁸⁴ Хорош И.Д. Из истории организации венерологической помощи в Украинской ССР (1919-1927). // Вестник дерматологии и венерологии. – М., 1964. – № 1. – С. 62.
- ⁸⁵ Пролетарская правда, Киев, 1923, 28 марта.
- ⁸⁶ Коммунист, Харьков, 1922, 5 января.
- ⁸⁷ Хорош И.Д. Из истории организации венерологической помощи в Украинской ССР (1919-1927). // Вестник дерматологии и венерологии. – М., 1964. – № 1. – С. 62.
- ⁸⁸ Вісті ВУЦВК, Харків, 1923, 10 серпня.
- ⁸⁹ Хорош И.Д. Из истории организации венерологической помощи в Украинской ССР (1919-1927). // Вестник дерматологии и венерологии. – М., 1964. – № 1. – С. 63.
- ⁹⁰ Вісті ВУЦВК, Харків, 1925, 10 січня.
- ⁹¹ Хорош И.Д. Из истории организации венерологической помощи в Украинской ССР (1919-1927). // Вестник дерматологии и венерологии. – М., 1964. – № 1. – С. 62.
- ⁹² Юлковский Ю.Б., Краснопольский Ю.В. Пути борьбы с кожно-венерологическими болезнями в Днепропетровской области (1924-1934) // Советский вестник венерологии и дерматологии. – М., 1936. – №6. – С. 228.
- ⁹³ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 344, арк. 16-27.
- ⁹⁴ Там же, оп. 4, спр. 1348, арк. 66.
- ⁹⁵ Киевский пролетарий, Киев, 1929, 29 марта.
- ⁹⁶ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 347, арк. 68-74.
- ⁹⁷ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 347, арк. 2-6 зв.
- ⁹⁸ Коммунист, Харьков, 1922, 5 января.
- ⁹⁹ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 344, арк. 28-29.
- ¹⁰⁰ Известия. Вечерний выпуск, 1923, Одесса, 28 августа.
- ¹⁰¹ Виноградов Н.А. Здравоохранение в период перехода на мирную работу по восстановлению народного хозяйства (1921-1924). – М., 1954. – С. 24.
- ¹⁰² Вісті ВУЦВК, Харків, 1923, 8 грудня.
- ¹⁰³ Виноградов Н.А. Здравоохранение в период перехода на мирную работу по восстановлению народного хозяйства (1921-1924). – М., 1954. – С. 24.
- ¹⁰⁴ ЦДАВО УСРР, ф. 342. оп. 3, спр. 1846, арк. 2-2 зв.
- ¹⁰⁵ Коммунист, Харьков, 1921, 15 марта.
- ¹⁰⁶ Пролетарий, Харьков, 1925, 4 июля.
- ¹⁰⁷ ЦДАВО України, ф. 342. оп. 3, спр. 344, арк. 6.
- ¹⁰⁸ Там же, спр. 352, арк. 5.
- ¹⁰⁹ Там же, спр. 344, арк. 7.
- ¹¹⁰ Вісті ВУЦВК, Харків, 1925, 10 січня.

-
-
- ¹¹¹ Хорош И.Д. Из истории организации венерологической помощи в Украинской ССР (1919-1927). // Вестник дерматологии и венерологии. – М., 1964. – № 1. – С. 63.
- ¹¹² ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 347, арк. 37.
- ¹¹³ Там же, арк. 39.
- ¹¹⁴ Файншмидт И.И. Достижения в области борьбы с туберкулезом на Украине за 20 лет Октября // Врачебное дело, 1937. – № 11. – С. 761.
- ¹¹⁵ Епштейн Д.Я. Велика соціалістична революція і боротьба з туберкульозом на Україні // Радянська медицина. – Харків, 1939. – № 10-11. – С. 10-11.
- ¹¹⁶ Файншмидт И.И. Достижения в области борьбы с туберкулезом на Украине за 20 лет Октября // Врачебное дело. – 1937, № 11. – С. 759.
- ¹¹⁷ Туберкулез. – Большая советская энциклопедия. – М., Б.Г. – Т. 41, ч. IX. – С. 483.
- ¹¹⁸ Файншмидт И.И. Достижения в области борьбы с туберкулезом на Украине за 20 лет Октября // Врачебное дело. – 1937, № 11. – С. 759.
- ¹¹⁹ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 2, спр. 1930, арк. 126.
- ¹²⁰ Там же, арк. 14-15.
- ¹²¹ Медична допомога застрахованим в 1925/26 р. – С. 26.
- ¹²² ЦДАВО України, ф. 342, оп. 2, спр. 1930, арк. 14-15.
- ¹²³ Там же, арк. 43.
- ¹²⁴ Там же, арк. 117.
- ¹²⁵ Там же, арк. 28, 39.
- ¹²⁶ Там же, арк. 117.
- ¹²⁷ Там же, арк. 43.
- ¹²⁸ Там же, арк. 14-15.
- ¹²⁹ Там же, арк. 117, 33.
- ¹³⁰ Медична допомога застрахованим в 1925/26 р. – Харків, 1927. – С. 26.
- ¹³¹ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 2, спр. 1030, арк. 16.
- ¹³² Там же, спр. 2261, арк. 3.
- ¹³³ Там же, арк. 4, оп. 3, спр. 347, арк. 25.
- ¹³⁴ Там же, оп. 3, спр. 373, арк. 170.
- ¹³⁵ Там же, спр. 213, арк. 5 зв.
- ¹³⁶ Медична допомога застрахованим в 1925/26 р. – Харків, 1927. – С. 27.
- ¹³⁷ ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 337, арк. 14.
- ¹³⁸ Там же, спр. 213, арк. 5 зв.
- ¹³⁹ Там же, , спр. 337, арк. 3.
- ¹⁴⁰ Там же, спр. 213, арк. 5.
- ¹⁴¹ Там же, арк. 5: спр. 454 арк. 1.
- ¹⁴² Там же, арк. 38.
- ¹⁴³ Там же, спр. 373 арк. 24.
- ¹⁴⁴ Пролетарская правда, Харьков, 22 мая, 1929, ЦДАВО України, ф. 342, оп. 3, спр. 373, арк. 78.
- ¹⁴⁵ Там же, арк. 55.

-
-
- ¹⁴⁶ Охрана материнства и младенчества на Украине (Из официальных материалов Наркоздрава УСРР) // Журнал по изучению раннего детского возраста. – М., 1928. – № 5. – С. 436.
- ¹⁴⁷ Медична допомога застрахованим в 1925/26 р. – Харків, 1928. – С.8.
- ¹⁴⁸ Десять лет работы в области охраны материнства и детства // профессиональная медицина. – Харьков, 1928. – № 12. – С. 78.
- ¹⁴⁹ Миронов М.М. Родовспоможение в селах и городах Украины и ближайшие задачи его организации // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г.– К., Б.Г. – С.17.
- ¹⁵⁰ Десять лет работы в области охраны материнства и детства // Профессиональная медицина. – Харьков, 1928. – № 12. – С. 78.
- ¹⁵¹ Миронов М.М. Родовспоможение в селах и городах Украины и ближайшие задачи его организации // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г.– К., Б.Г. – С.17.
- ¹⁵² Кетленская В., Слепцов Вл. Вся жизнь без контроля. – М.-Л. – 1929. – С. 83.
- ¹⁵³ Аборты в СССР. – М., 1927. – Вып. 2. – С. 45, 66.
- ¹⁵⁴ Генсс А. Проблема абортов в СССР. – М., 1929. – С. 87.
- ¹⁵⁵ Кирилов Б.Ф. Аборт // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г.– К., Б.Г. – С. 322.
- ¹⁵⁶ Вісі ВУЦВК, Харків, 1925, 14 лютого.
- ¹⁵⁷ Лебина Н. Аборт в подполье: секреты частной жизни // Родина, Москва, 1999. – № 1. – С. 47.
- ¹⁵⁸ Кирилов Б.Ф. Аборт // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г.– К., Б.Г. – С. 321
- ¹⁵⁹ Там же. – С. 322.
- ¹⁶⁰ Тиканадзе И.Е. Выкидыш с государственной точки зрения // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б.Г. – С. 302.
- ¹⁶¹ Бендерская Б.А. Аборты // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г.– К., Б.Г. – С. 295.
- ¹⁶² Лаптев М.Р. Abortus Arteefi cialis (По данным города и абортного отделения Днепропетровска // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б.Г. – С. 330.
- ¹⁶³ Шинкар Е.К. Аборт с социальной точки зрения // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б. Г. – С. 291.
- ¹⁶⁴ Там же. – С. 290.
- ¹⁶⁵ Ульяновский Л.В. Аборт и декрет 20 ноября 1920 г. (искусственный выкидыш перед лицом науки и жизни) // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б. Г. – С. 290.
- ¹⁶⁶ Там же.
- ¹⁶⁷ Штернберг. Аборты // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – С. 421.

-
-
- ¹⁶⁸ Варшавский Ф.А. Производство абортів под местной анестезией // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б. Г. – С. 339.
- ¹⁶⁹ Лаптев М.Р. Abortus Arteefi cialis (По данным города и абортного отделения Днепропетровска) // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б.Г. – С. 338.
- ¹⁷⁰ Кирилов Б.Ф. Аборт. // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б.Г. – С. 320.
- ¹⁷¹ Бендерская Б.А. Аборты. // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б.Г. – С. 295.
- ¹⁷² Лаптев М.Р. Abortus Arteefi cialis (По данным города и абортного отделения Днепропетровска). – // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б. Г. – С. 332.
- ¹⁷³ Лебина Н. Аборт в подполье: секреты частной жизни. – С. 49.
- ¹⁷⁴ Лаптев М.Р. Abortus Arteefi cialis (По данным города и абортного отделения Днепропетровска). // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б. Г. – С. 330.
- ¹⁷⁵ Вісті ВУЦВК, Харків, 1925, 29 серпня.
- ¹⁷⁶ Ульяновский Л.В. Аборт и декрет 20 ноября 1920 г. (искусственный выкидыш перед лицом науки и жизни) // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б.Г. – С. 276.
- ¹⁷⁷ Генсс А. Проблема абортів в СССР. – М., 1929. – С. 78-90.
- ¹⁷⁸ Шинкар Е.К. Аборт с социальной точки зрения // Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, Киев, 23-28 мая 1927 г. – К., Б. Г. – С. 292.
- ¹⁷⁹ Очерки истории профессиональных союзов Украинской ССР. – С. 228.
- ¹⁸⁰ Вестник профдвижения Украины. – Харьков, 1923. – №14. – С.95.
- ¹⁸¹ ЦДАГО України, ф. 1. оп. 20, спр. 2801, арк. 22.