

І. Ю. РОБАК, В. Г. ІЛЬІН

**ХАРКІВСЬКА
ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я
В ПІСЛЯВОЄННИЙ
РАДЯНСЬКИЙ ПЕРІОД
(1945-1991 РР.)**

І. Ю. Робак, В. Г. Ільїн

**Харківська охорона здоров'я
в післявоєнний радянський період**



(1945–1991 рр.)

Харків
Колегіум
2018

УДК 614.2(091) (477.54) «1945–1991»
ББК 51.1 (УКР)
Р58

*Затверджено вченою радою ХНМУ.
Протокол № 13 від 21.12.2017 р.*

Рецензенти:

Жванко Л. М. — докторка історичних наук, професорка кафедри історії і культурології, директорка Українсько-польського культурно-освітнього центру Харківського національного університету міського господарства ім. О. М. Бекетова;

Чорний Д. М. — доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри українознавства Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна.

Робак І. Ю., Ільїн В. Г.

Р58 Харківська охорона здоров'я в післявоєнний радянський період (1945–1991 рр.)/ І. Ю. Робак, В. Г. Ільїн. — Х. : Колегіум, 2018. — 344 с. (іл. 24 с.).

ISBN 978-966-97418-4-4

Дослідження висвітлює особливості та якісні зміни, що характеризують розвиток охорони здоров'я в Харкові впродовж 1945–1991 рр. Автори простежують зв'язок процесів, які відбувалися в охороні здоров'я на союзному та республіканському рівні, з функціонуванням галузі у великому промисловому місті.

Для істориків, краєзнавців, фахівців у галузі охорони здоров'я, а також усіх, хто цікавиться історією Харкова.

ISBN 978-966-97418-4-4

© Робак І. Ю., Ільїн В. Г., 2018.

ВСТУП

Ця монографія завершує трилогію «Історії охорони здоров'я в Харкові (XVIII–XX століття)», створювану колективом кафедри суспільних наук і Центру медичного краєзнавства Харківського національного медичного університету впродовж майже двадцяти років. Нагадуємо, що першу книгу присвячено дорадянському періоду [350], а другу – періоду 1920–1930-х рр. [351]. І от, нарешті, третя книга про радянську охорону здоров'я Харкова після Другої світової війни аж до здобуття Україною незалежності.

Історія харківської охорони здоров'я розглядуваного періоду, хоч і репрезентована в українській історіографії, усе ще залишається маловивченою темою. Це вважаємо негативним явищем, особливо на тлі широкого й часто поспішного переоцінювання радянського минулого, свідками й учасниками якого сьогодні є не тільки фахівці, а й громадськість, зокрема молодь.

До радянської історіографії проблеми належать кілька невеликих за обсягом брошур про історію розвитку харківської охорони здоров'я, які написали здебільшого самі її очільники [175; 235; 418].

Спільна риса цих безумовно цінних з погляду фактології праць полягає в тому, що в них переважно приділяли увагу успіхам радянської охорони здоров'я; це й не дивно, якщо зважити на їхнє агітаційно-ювілейне спрямування, засвідчене вже в самих назвах. Наголошування на успіхах, оптимістичне сприйняття радянської дійсності загалом роблять подану в цих агітаційних брошурах історію харківської охорони здоров'я неповною, а отже, не зовсім зрозумілою.

Типова риса радянської історіографії й зокрема зазначених праць – закцентоване порівняння стану охорони здоров'я в СРСР із минулим, особливо до 1917 р. Американський дослідник Девід Фріденберг наприкінці 1980-х рр. пояснив це тим, що за технічної відсталості радянської медицини її могли якнайліпше

оцінити, лише зіставивши з минулим, а не з тогочасними західними стандартами [469, р. 217].

Сучасна українська історіографія доби незалежності з історії охорони здоров'я в Харкові також має небагато праць.

Важливу інформацію щодо харківської охорони здоров'я подано у фундаментальному ювілейному виданні [227], яке підготував солідний колектив відомих науковців до 350-річчя міста. «Історія міста Харкова ХХ століття» містить два докладні підрозділи з історії охорони здоров'я в період повоєнної відбудови й період із середини 1950-х до початку 1990-х рр. [там само, с. 417–422, 497–505]. З огляду на інформацію з неопублікованих джерел, уперше введена до наукового обігу, її оригінальне компонування й висновки частину «Історії міста Харкова ХХ століття», присвячену охороні здоров'я, можна визнати за першу й засадничу публікацію з цієї тематики в Харкові.

Через кілька років вийшов друком навчальний посібник із краєзнавства для студентів вищих медичних навчальних закладів «Історія охорони здоров'я в Харкові» (автори — ректор ХНМУ В. М. Лісовий, проф. І. Ю. Робак), у якому, зокрема, описано й повоєнний період цієї історії [271]. Посібник став своєрідною матрицею, на основі якої ми почали далішні пошуки, розширивши коло пропонуваніх тем і поглибивши вже наявні сюжети. До інших розвідок з нашої проблеми належать окремі статті й тези доповідей на наукових конференціях [212; 214; 219]. Отже, охорона здоров'я в Харкові в повоєнні радянські часи не була досі ще темою окремої монографічної праці.

З огляду на це, більшість інформації одержано передусім із неопублікованих архівних документів.

Проте, попри відносну близькість до нас досліджуваного періоду, усебічно фіксованого в документах, зазначимо, що в архівних установах немає всього комплексу матеріалів за період другої половини 1980-х — поч. 1990-х рр. ХХ ст. Частина цих документів (щорічні статистичні звіти) дотепер внутрішня документація Департаменту охорони здоров'я Харкова. Іншу частину цього масиву справ (текстові звіти, присвячені окремим проблемам),

вочевидь, утрачено в хаосі 1990-х рр., коли внутрішню документацію Харківського міськздороввідділу перевели із 2-ї міської клінічної лікарні до міської поліклініки № 20, де цими документами зараз опікується Харківський міський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики (колишній організаційно-методичний відділ). У нашому дослідженні ми також використовували документи 1-ї міської клінічної лікарні, які зберігаються в некаталогізованому вигляді в міській поліклініці № 24, куди перевели основну частину медперсоналу цієї лікарні, а також копії втрачених текстових звітів, які ми зробили ще наприкінці 90-х рр. Ці документи так і не надійшли до державних архівів. Тому посилання на них, подані в тексті та списку джерел і літератури, автори назвали «Архів Комунального закладу охорони здоров'я «Харківська міська поліклініка № 24» та «Особистий архів І. Ю. Робака» [6; 312; 313]. Стан охорони здоров'я Харкова у другій половині 1980-х — на початку 1990-х рр. із джерелознавчого погляду залишається «білою плямою», а наявні документи без належної уваги відповідних фахівців згодом можуть бути втрачені.

Щиро дякуємо всім, хто консультував нас і надав матеріали для роботи: співробітникам Державного архіву Харківської області та Архівного відділу Харківської міської ради, київських архівів; директорці Народного музею ХНМУ **Перцевій Жаннеті Миколаївні**; заступниці головного лікаря Харківської обласної клінічної інфекційної лікарні **Амеліній Любові Михайлівні** й завідувачу кабінету обліку медичної статистики **Линнику Анатолію Андрійовичу**; головному лікареві Харківської міської клінічної лікарні № 2 імені проф. О. О. Шалімова **Даценку Олексію Борисовичу**; головному лікареві Обласного клінічного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення **Зінов'єву Едуарду Валентиновичу** та працівникам стаціонару; головній лікарці Харківської міської дитячої поліклініки № 12 **Кляшовій Ірині Іванівні** та лікарці-статистику **Семашко Людмилі Андріївні**; головному лікареві Харківської міської клінічної лікарні № 14 ім. проф. Л. Л. Гіршмана **Ковтуну Михайлу Івановичу** та працівникам цього закладу; директорів НДІ гігієни праці та

професійних захворювань ХНМУ проф. **Коробчанському Володимиру Олексійовичу**; співробітникам Харківської міської клінічної лікарні № 27, зокрема заступникові головного лікаря з медичної частини **Прохорову Олександрю Валентиновичу**, головній медсестрі **Кошель Ліні Станіславівні**; головному лікареві Харківської міської клінічної лікарні № 30 **Самусенку Сергію Олександровичу**; начальнику Харківського міського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики **Толкачову Валентину Вікторовичу** та завідувачці відділу медичної статистики центру **Судаковій Ользі Миколаївні**; хранителю музею Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 **Усенку Олександрю Валентиновичу**.

Свої відгуки на цю монографію і трилогію загалом просимо надсилати на електронну адресу robak@ukr.net.

РАДЯНСЬКА ПОЛІТИКА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Повоєнна відбудова охорони здоров'я м. Харкова

Наприкінці 1930-х рр. Харків мав великі успіхи в розвитку охорони здоров'я, кардинально змінивши її риси проти імперських часів. Упродовж 1913–1940 рр. кількість лікарів зросла в 6,3 раза й сягнула 3 522 осіб, середніх медпрацівників — в 11,3 раза, лікарень — у 5,7 раза, ліжок — у 9 разів, амбулаторних закладів — у 8 разів, бюджет охорони здоров'я збільшили у 179 разів [418, с. 6–7]. Натомість смертність населення зменшили на 40 % — з 30,2 на 1 тис. випадків до 18,3 [там само, с. 7]. Позитивні кількісні показники стали наслідком реалізації засадничих принципів радянської охорони здоров'я, головні з яких — створення державної централізованої медичної системи, що працює за планом; профілактична спрямованість охорони здоров'я; участь громадськості в медичних заходах; розширення завдань охорони здоров'я щодо викорінення соціальних хвороб; першочергове значення медичної допомоги робітникам промисловості, матерям і дітям [175, с. 5; 351, с. 166; 382, с. 221; 418, с. 14]. Побіжно схарактеризуємо нові явища в охороні здоров'я, що стали надбанням довоєнної доби.

Упродовж 1920-х рр. радянська влада зліквідувала приватну лікарську практику, а охорона здоров'я набула нових рис — мілітаризації, масовості, здійснення оздоровчих заходів завдяки безплатній праці населення [382, с. 227–228, 243].

Подолавши епідемії інфекційних хвороб часів Громадянської війни, за основну санітарну проблему Харкова вважали нестачу води, тому впродовж міжвоєнного періоду розширювали водогін і каналізацію, 1934 р. на р. Лопань спорудили Гончарівську греблю, призначену забезпечити промислові підприємства технічною водою, планували обводнити інші річки та спорудити величезне водосховище на Сіверському Дінці [227, с. 238; 382, с. 215–216;

418, с. 5–6]. Санітарний стан Харкова також поліпшували озеленення (площу зелених насаджень у 1917–1940 рр. збільшено з 178 до 2 800 га), асфальтування вулиць, спорудження нових ділових і житлових масивів у районах майдану Дзержинського та ХТЗ згідно з планом реконструкції Харкова як соціалістичного міста та столиці УСРР [227, с. 238; 382, с. 216–219]. Налагодити здоровий спосіб життя, раціоналізувати побут і харчування мали, звівши конструктивістські житлові будинки та спланувавши паркові зони навколо них [227, с. 240]. Примітно, що містобудівники тих років називали себе «лікарями міста» [там само, с. 218].

Упродовж 1920–1930-х рр. окремих санітарних лікарів замінила нова санітарна служба у складі потужної дезінфекційної станції, 10 санстанцій, загонів щеплень і дезінфекції [175, с. 8; 418, с. 2, 5].

Харківська охорона здоров'я запровадила новий метод медичної допомоги — диспансеризацію [351, с. 165]. На початку 1920-х рр. створено районні поліклініки, які мали туберкульозні, венеричні диспансери й дитячі консультації [там само, с. 166]. 1933 р. в місті засновано Харківський диспансерно-поліклінічний інститут [там само, с. 171]. Окремим завданням активної медичної профілактики стала боротьба із соціальними хворобами (алкоголізм, венеричні та психічні захворювання, туберкульоз) і санітарна просвіта.

Виникла система обов'язкового страхування робітників промисловості та членів їхніх сімей, що гарантувала безплатне медобслуговування, яке фінансували підприємства та профспілки. Система Робмеду функціонувала в Харкові з 1922 до 1929 рр. [там само, с. 119, 125–126; 382, с. 225]. 1923 р. в місті відкрили Інститут робітничої медицини з курсами підготовки фабрично-заводських лікарів [там само, с. 123].

Систематичною стала медична допомога матерям і дітям, пов'язана з революційною політикою емансипації жінки [там само, с. 231]. Допомогу матері та дитині оформили в окрему галузь охорони здоров'я. Зокрема, 1922 р. в Харкові створили Перший Український державний інститут охорони матері та

дитини (Охматдит), у структуру якого ввійшли жіночі консультації, 2 будинки дитини, будинок матері та дитини, будинки хворої та покаліченої дитини, 18 ясел, жіночі й дитячі консультації, молочні кухні, диспансери, амбулаторії, санаторії, відділи юридичної допомоги [175, с. 4, 7; 351, с. 139]. Щоб зменшити кількість абортів, які вперше у світі були легалізовані в Радянській Росії, активно популяризували й безплатно надавали незаможним жінкам протизаплідні засоби [там само, с. 133–136].

Творчу ініціативу окремих «зірок» на небосхилі медичної науки та практики дожовтневого Харкова, зокрема Л. Л. Гіршмана, С. П. Григор'єва, В. Я. Данилевського, С. Г. Сурукчі, М. Б. Фабриканта, С. М. Ямпольського, за нових умов втілили, створивши низку профільних науково-дослідних і навчальних інститутів і, врешті, цілу мережу спеціалізованих медичних закладів. Наприклад, саме видатний отоларинголог Степан Гаврилович Сурукчі, який відновив голос оперному співаку Ф. І. Шаляпіну, клопотався про створення в Харкові Українського НДІ хвороб вуха, горла та носа (відкрито 1930 р.) [382, с. 244]. Упродовж міжвоєнного часу в Харкові також почали працювати Органотерапевтичний інститут (1919 р., зараз — Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України) з першим в СРСР та третім у світі ендокринологічним стаціонаром (1927 р.), Всеукраїнська рентгенівська академія (1920 р., зараз — НДІ медрадіології), перший в Україні НДІ туберкульозу (1921 р.), Харківський фармацевтичний інститут (1921 р.), Перший Український інститут охорони материнства й дитинства (1922 р.), НДІ гігієни праці й професійних захворювань (1923 р.), Харківський клінічний інститут удосконалення лікарів (1923 р., зараз — ХМАПО), Український державний інститут клінічної психіатрії та соціальної психогігієни (1926 р.) та Українська психоневрологічна академія (УПНА, 1932 р.) — перший у світі заклад такого широкого профілю, Український НДІ ортопедії і травматології (1926 р.), Український НДІ офтальмології ім. проф. Л. Л. Гіршмана (1930 р.), Харківський стоматологічний інститут (1931 р.) [65; 72; 405; 383, с. 12; 351, с. 49; 370, с. 47, 51; 382, с. 259; 457, с. 9].

Зазначені інститути були керівними центрами зі своїх профілів в Україні й мали філії в найбільших українських містах. Вони забезпечили матеріальну базу для творчої й системної діяльності науковців, результатами якої стали найсучасніші лікувальні методи й винаходи. Так, 1927 р. в Українському органотерапевтичному інституті вперше в СРСР розробили метод масового одержання інсуліну, завдяки чому його могли експортувати в інші країни; 1930 р. завідувач кафедри дитячого туберкульозу профільного НДІ професор Б. Л. Яхніс уперше в СРСР застосував вакцину БЦЖ; професор Л. П. Ніколаєв заклав біомеханічний напрям вітчизняної ортопедії й розробив наукову стандартизацію одягу та взуття тощо [72; 403; 388, с. 112–113].

До нацистської окупації в Харкові функціонували 54 стаціонарні заклади на 8 340 ліжок, зокрема 45 лікарняних стаціонарів на 8 124 ліжка, з-поміж них 32 міські лікарні на 5 017 ліжок, клініки при двох інститутах на 1 706 ліжок та 11 стаціонарів науково-дослідних інститутів на 1 401 ліжко [135, арк. 1; 418, с. 5]. Крім того, у місті було 134 здоровпункти, 127 дитячих ясел на 11 332 місця, 8 молочних кухонь, 8 будинків дитини на 848 ліжок, 19 санаторіїв для дорослих і дітей, 2 станції швидкої медичної допомоги та 10 санстанцій [там само, с. 5–6]. Також до червня 1941 р. працювало 60 рентген-апаратів, десятки добре обладнаних лабораторій. На 1 тис. осіб припадало 8,7 лікарняного ліжка (за іншими даними – 9,5) – у 2,5 раза більше, ніж до 1917 р. У Харкові працювало 3 522 лікарі [там само].

Під час бомбардувань і боїв за місто цілком зруйновано 85 і частково пошкоджено 121 лікувально-профілактичну установу, 55 лікарняних будівель на 3 350 ліжок, 4 поліклініки, 50 % ясельних будівель на 8 тис. ліжок та більшість дитячих санаторіїв, розташованих поза містом [90, арк. 4; 271, с. 112]. Німці пограбували все устаткування та м'який інвентар. Основні лікарні були вщент зруйновані, наприклад, Харківська центральна клінічна лікарня на 1 700 ліжок у Помірках, 2-а лікарня на 1 205 ліжок та ін. [135, арк. 1; 271, с. 113]. Загальні матеріальні збитки від руйнування медичної мережі Харкова становили 85 172,3 млн руб. [418, с. 8].

Медичні заклади почали відновлювати роботу в серпні 1943 р., коли місто вдруге звільнили від німців. У ті дні міськздороввідділ постановив створити в кожному районі Харкова лікарню на понад 75 ліжок [89, арк. 3]. Такі лікарні створили в 6 з 9 районів міста; оскільки бракувало приміщень, попервах два райони — Комінтернівський і центральний Дзержинський — зовсім не мали лікарень. Відкривали лікарні й підсобні господарства при них, фіксували й долали спалахи інфекційних хвороб безпосередньо за проводом секретарів райкомів партії, що вказує на керівну роль партійних органів у відновленні медичної мережі [75, арк. 1, 3].

До кінця весни 1944 р. держава витратила 123 млн руб., щоб відновити міське господарство Харкова [180]; як зіставити, то річний довоєнний бюджет міста становив приблизно 193 млн руб. Приблизно 32 млн з міського бюджету 1944 р. запланували витратити на потреби охорони здоров'я.

План відновлення всього лікарняного ліжкового фонду Харкова в перший рік після звільнення міста від німців виконали на 96,4 %. Навесні 1944 р. відкрили дитячу поліклініку та електросвітлолікарню [42; 303]. Наприкінці 1944 р. відновили свою діяльність 14 науково-дослідних і 4 кадрові інститути з клініками на 1 600 ліжок.

На кінець 1944 р. відновили 26 лікарняних закладів — 49 % довоєнної кількості ліжок, хоча лікарні обслуговували тільки 35 % від кількості хворих, яких прийняли до лікарень 1940 р. (табл. 2) [135, арк. 1 зв., 12]. Відповідно деякий час була сприятлива ситуація, щоб відновити стаціонарну мережу. Проте такий показник її відновлення був менший за республіканський — 1944 р. в УРСР розгорнули 69 % довоєнного ліжкового фонду [57].

1947 р. кількість ліжок у харківських стаціонарах становила вже 77,8 % від загальної кількості ліжок на кінець 1940 р. Водночас міське населення стало стабільне, досягнувши 72,4 % (672 300 осіб) від своєї довоєнної кількості. Це дало змогу перевищити довоєнний показник забезпеченості харків'ян лікарняною допомогою й збільшити його до 10,6 ліжка на 1 000 осіб (табл. 3)

[136, арк. 1, 2]. Утім такий сприятливий показник кориговано тим, що ліжковий фонд на 15 % використовувало також жителі Харківської та інших областей.

Мережу амбулаторних закладів Харкова визнали відновленою щодо кількості установ 1946 р., коли вона мала 53 амбулаторні заклади проти 64 1940 р. [там само, арк. 51, 76].

Отже, кількісно медичну мережу не відновили повні ще й на початку 1950-х рр., однак саме позитивна пропорція між темпами відбудови й темпами зростання населення, наявна в перші повоєнні роки, дала підставу органам влади, а за ними й радянській історіографії стверджувати, що вже до кінця війни завдяки допомозі військово-медичної служби Червоної Армії відновили основну частину лікувальних закладів і медичної мережі Харкова [175, с. 12; 418, с. 8].

Як же надавали стаціонарну медичну допомогу харків'янам в умовах повоєнної відбудови? До проблем, що ускладнювали надання стаціонарної медичної допомоги, належали брак медперсоналу, загальна необлаштованість лікувальних закладів і проблеми з харчуванням.

Норми харчування в харківських лікарнях відповідали воєнним (хлібна норма дорівнювала добовій нормі радянського солдата у блокадному Ленінграді взимку 1941 р.), однак не забезпечували повноцінне харчування (табл. 4). Проте їх не завжди могли дотримуватися у складних умовах першої післявоєнної зими.

Наприклад, у листопаді-грудні 1943 р. лікувальні заклади отримали з призначених для них фондів 75 % м'яса, стільки ж круп і 45 % жирів. Невчасно постачали продукти, наприклад, хліб не надходив до лікувальних закладів цілих районів упродовж 2-3-х днів, бо його не було в магазинах. У такій ситуації лікувальні заклади отримували хліб по картках, в окремих випадках міськздороввідділ дозволяв закладам купувати товари на «чорному ринку», зокрема сірники й нитки [89, арк. 6–8].

У звітах засвідчено, що не тільки хворі, а й молодший і середній медперсонал не був забезпечений громадським хар-

чуванням, тому не бажав працювати в лікувальних закладах [там само, арк. 10]. Щоб розв'язати цю нагальну проблему, уже в лютому 1944 р. міськздороввідділ і керівники лікувальних і дитячих закладів, не маючи сільськогосподарського інвентарю, землі, тягової сили, почали створювати підсобні господарства, відродивши практику харківських лікарень часів Першої світової війни [139, арк. 20; 426, арк. 20]. До початку посівної кампанії вони отримали 185 га землі, медичні працівники заготовили і привезли з області посівний фонд.

Під час голоду 1946–1947 рр. людей, яких приймали до лікарень із сільської місцевості у стані комплексної захворюваності, могли врятувати. Наприклад, середня калорійність денного меню в 1-й міській клінічній лікарні ім. Леніна тоді становила: загальна дієта — 2400 ккал, для породілей — 2600 ккал, посилена — 2700 ккал [там само, арк. 12]. Як зіставити, то добова норма харчування німецького солдата під час війни — 3600 ккал, а калорійність харчування радянських військовополонених, які помирали тисячами, — 894 ккал. Водночас калорійність харчування німецького населення в 1945–1946 рр. зменшено до 1412 ккал. [34]. Зважаючи на те, що денна норма калорій для дорослої жінки й чоловіка становить відповідно 2000 і 2500 ккал, а потрібний мінімум калорій, достатній, щоб підтримувати вагу на одному рівні, становить 1800 ккал, констатуємо належний рівень харчування в харківських лікарнях у найважчі роки розрухи й голоду.

Щодо матеріальної забезпеченості лікувальних закладів, тоді бракувало найпотрібніших ліків. Пеніциліну, яким лікували інфекційні хвороби, у тій самій 1-й лікарні було так мало, що його не могли давати навіть важким хворим [139, арк. 51]. Оскільки бракувало спирту, нескладні процедури як накладання банок виконували, використовуючи гас або бензин і «создавая копоть в отделениях, точно в примитивной кузнице» [там само, арк. 11]. Унаслідок зношеності й пошкоджень стали непридатні до використання 50 % інструментів [там само, арк. 11, 51].

1945 р. сукупно в усіх лікарнях було 7 рентген-апаратів, тоді як 1941 р. тільки в одній 2-й лікарні їх було 12 [136, арк. 18].

Бактеріологічні лабораторії функціонували тільки у двох лікарнях. Жоден стаціонар не мав біохімічної лабораторії [там само, арк. 25].

Більшість лікувальних закладів розмістили у пристосованих приміщеннях інших установ, інколи навіть у квартирах. Ці приміщення мали незадовільне сантехнічне обладнання, примітивні кухні, морги, лабораторії. Площа на одного хворого в них не відповідала мінімальним вимогам [там само, арк. 22–23]. Крім того, відновлюючи малі, розкидані містом лікарні, тільки знижували їхню оперативність, витрачали великі кошти, зменшували можливість створити високоефективні медичні заклади [там само, арк. 3]. Таке становище спонукало керівників медичної мережі відновлювати передусім найбільші 1-у та 2-у міські клінічні лікарні. Влада була вимушена незручно й нераціонально розташовувати медичні заклади, відновлюючи швидкими темпами міське населення, оскільки важливо було надавати медичну допомогу на довоєнному рівні. За таких умов будь-яке облаштування, реорганізація чи навіть ремонт лікувальних закладів могли порушити крихку рівновагу між потребами містян і можливостями медиків.

Складна була й ситуація з опаленням лікувальних і дитячих закладів. Потреба в паливі для них становила наприкінці 1944 р. 4000 тонн, тоді як надали 1500 тонн [89, арк. 7].

Центральне постачання не могло забезпечити Харків усією кількістю потрібного палива, тому підприємствам та установам міста пропонували заготовляти його за активної допомоги населення, мобілізуючи тисячі харків'ян [318]. З жовтня 1943 р. дрова заготовляли робітники й домогосподарки Харкова в його передмістях [289]. З перших днів лісозаготівлі виявилося, що торговельні організації міста не забезпечили лісорубів харчами, частину людей не залучили до роботи, бо бракувало інструментів, належно не обліковували лісоматеріал. Щоб підтримати темп робіт, обком КП(б)У направив заготовляти паливо комсомольців, які не тільки брали безпосередню участь у кампанії, але й ідеологічно виховували молодь, організовували соціалістичні змагання [74, арк. 39].

Самостійно опалювати себе могли потужні промислові підприємства на зразок ХТЗ. Складніше це було для лікувальних закладів, які через нестачу транспорту й бензину не могли перевезти виділене для них вугілля, тому мали перебої з електропостачанням та опаленням, гірший санітарний стан у лікарнях, частково використовували ліжковий фонд [89, арк. 8–10]. У 1-й лікарні персонал працював у верхньому одязі [139, арк. 18].

Відновлювальну діяльність ми можемо умовно поділити на мобілізаційні заходи й добровільну участь пересічних харків'ян у відбудові. Остання була типова і для інших українських регіонів [57]. До мобілізаційних заходів належали планове санітарне очищення міста, заготівля дров на зиму, щоб опалювати комунальні заклади, ремонт цих комунальних закладів, участь харків'ян у недільниках і воєнних позиках, масові подвірні обходи, щоб виявити інфекційних хворих.

За великої руйнації й дефіциту коштів, матеріалів, кадрів, коли всі ресурси спрямували на відновлення господарства, влада охоче підтримувала ініціативу мешканців і трудових колективів щодо відбудови зруйнованих об'єктів. Крім того, держава намагалася створити умови, за яких повоєнне облаштування ставало обов'язком кожного. Саме так розуміла цей процес місцева влада: на думку голови виконкому Харківської міської Ради депутатів трудящих О. Г. Селіванова, незадовільні темпи відбудови зумовлені тим, що міська та районні Ради недостатньо залучили харків'ян до відновлення міста [180]. Він пропонував брати приклад із ленінградців і запровадити спеціальні книжки для кожного мешканця, куди вписувати результати його праці з відбудови міста: «Партійні і радянські організації Харкова, районів області повинні очолити цю роботу, провадити її разом з масами, на чолі мас, запалюючи в людях вогонь соціалістичного змагання. Нехай пожильці одного будинку змагаються з сусідами, вулиця з вулицею, район з районом за якнайшвидше впорядкування Харкова, всієї області» [30].

Виконкоми районних рад депутатів трудящих отримали право залучати все населення до зазначених робіт як трудової пови-

ності й мобілізувати транспорт підприємств, установ та організацій упродовж двох тижнів, керуючись розпорядженням РНК СРСР від 10 квітня 1944 р. та РНК УРСР від 12 квітня 1944 р. № 270, крім транспорту, використовуваного на сільськогосподарських роботах. Порушники цієї постанови підлягали штрафу до 100 рублів або примусовій праці строком до одного місяця. У разі злісного невиконання справу передавали до прокуратури.

Провівши недільники, станом на травень 1944 р. із 26 тис. дворів вивезли або закопали в землю тисячі тонн сміття й нечистот [31]. Ці заходи очолювали виконавчі комітети районних рад, райкоми партії, міське житлове управління. 1946 р. обком КП(б) У своєю постановою проголосив місячник допомоги лікувальним закладам, завдяки якому відремонтували низку лікарень, деякі з них (14-а, 10-а, 19-а дитяча та ін.) довели до чудового стану [136, арк. 22].

Згідно з тогочасною періодикою райвиконкоми та громадські організації часто навіть відставали від пересічних харків'ян у проведенні недільників. За безвідповідальне ставлення до виконання обов'язкової постанови міськвиконкому, коли в окремих районах у встановлені терміни не ліквідували незаконні звалища, не відновили колодязі, головам виконкомів, начальнику міськжитлоуправління й начальнику міської міліції оголосили сувору догану [31].

Яскравим прикладом низової ініціативи були дії колективів 3-ї поліклініки і 2-ї радянської лікарні. Директор цього комплексу Т. Ф. Фесенко, інженер П. Я. Новаченко, парторг лікарка М. С. Кабакова самостійно розробили план відновлення свого закладу й зорганізували працівників його реалізувати [30]. Лікарі, фельдшери та інший персонал, не маючи відповідних навичок та нормальних будівельних матеріалів і працюючи по 2–3 години щодня понаднормово в позаробочий час, відбудували інфекційний корпус на 180 ліжок, дитячий тубдиспансер на 80 ліжок і почали лікувати хворих у стаціонарі [40; 41; 293].

Персонал медкомплексу пішов далі й на загальних зборах колективів підшефного підприємства ХЕМЗ, 2-ї лікарні і 3-ї

поліклініки постановив, що кожен із працівників цих установ щомісяця повинен відпрацювати у вільний час понад 10 годин на будівельних роботах, відновлюючи зазначені медичні заклади.

Завдяки зусиллям професорів, лікарів, середнього й технічного медперсоналу Харкова на початку жовтня 1944 р. повністю відбудували терапевтичний корпус лікарні тракторного заводу, капітально відремонтували 14-у лікарню, при 2-й і 15-й поліклініках повністю відновили молочні кухні [170].

Медики мали не лише відновлювати власні лікувальні заклади, опановуючи будівельні професії, але й працювати у підсобних господарствах, виконувати широкий спектр завдань із медичної допомоги селу під час весняної сівби, піклуватися про дітей колгоспниць і дітей-сиріт. Такі завдання визначив секретар Харківського обкому КП(б)У І. Д. Назаренко на перших після звільнення міста зборах медичних працівників [195].

Пересічні харків'яни також добровільно допомагали впорядкувати санітарний стан у місті й відбудовувати лікувальні заклади, наприклад 9-у лікарню. Таку низову ініціативу виявляли переважно жінки-домогосподарки, робітнича молодь. Комсомольці заводів Жовтневого району Харкова за власним бажанням відремонтували приміщення госпіталю для поранених червоноармійців, збирали й виготовляли у вільний час потрібний інвентар для госпіталю, робили подарунки пораненим [249]. Зусиллями жінок, які зорганізовували мешканців комунальних будинків, ремонтували помешкання, водогін, каналізацію, приводили в належний санітарний стан подвір'я, вивозили сміття [184]. Активістки-домогосподарки на чолі з уповноваженою кварталу Дзержинської райради М. М. Ольхович взяли шефство над пораненими, власноруч створивши госпіталь [221]. Вони самі чистили й мили приміщення, збирали серед населення потрібні речі, систематично доглядали поранених, прали білизну, приносили подарунки й харчі.

Маленьким «шефом» була юна Людмила Гурченко, яка відвідувала госпіталь у приміщенні монастиря на Університетській

вулиці й лікувала поранених піснею. Саме поранені воїни були її перші слухачі та критики, а госпіталь — її перша «сцена» [67].

Загальнореспубліканською рисою відбудови харківської медичної мережі були мобілізаційні особливості цього процесу. Мобілізаційні заходи засвідчили переваги адміністративно-командної системи, яка оперативно розв'язувала масштабні завдання, використовуючи всі наявні ресурси й безплатну працю населення. Охорону здоров'я в Харкові відбудовували повільніше, ніж загалом в Україні, оскільки розвиток охорони здоров'я відставав від потреб харків'ян, а районування медичних закладів порушували, відкриваючи їх у пристосованих приміщеннях.

Організаційні вдосконалення впродовж 1940–1980-х рр.

Друга світова війна як війна «тотальна» змусила уряди країн-учасників мобілізувати всі наявні ресурси, розширивши сприйняття проблем, які до війни вважали за далеку перспективу, і спричинивши всеохопні зміни в мирний час.

Оскільки уряд прагнув залучити величезну масу демобілізованих медиків і збільшив видатки на охорону здоров'я, за період 1945–1953 рр. кількість лікарів в СРСР зросла вдвічі. Це наштовхнуло нового міністра охорони здоров'я Є. І. Смирнова на думку перебудувати всю структуру й організацію галузі [13, с. 176]. Відновлення основної частини мережі охорони здоров'я до кінця 1947 р. стало підґрунтям для такої перебудови [418, с. 8].

Наприкінці 1947 р. в СРСР почали реформувати охорону здоров'я, запропонувавши об'єднати стаціонари (серед них і клініки медінститутів) та амбулаторні заклади (поліклініки, диспансери, консультації) і перейти від виробничого принципу медичного обслуговування населення до територіального. Реформа мала на меті низку завдань: зменшити розбіжності в діагностуванні хвороб і причинах смерті у стаціонарах та поліклініках; підвищити кваліфікацію поліклінічних лікарів унаслідок їхньої роботи у стаціонарі й забезпечити, щоб один фахівець безперервно лікував

хворого; наблизити медичну допомогу до населення, поліпшити умови госпіталізації, встановивши пряму наступність у роботі поліклінік і лікарень; впроваджувати наукові досягнення у практику лікувальних закладів [68, с. 166.].

У Харкові реформу зумовлювали також: а) неузгодженість між міськими лікарнями й стаціонарами при інститутах, унаслідок якої частину ліжок у місті не використовували (ліжка інститутських клінік могли пустувати, тоді як такі самі відділення міських лікарень були перевантажені хворими); б) можливість доповнити спеціальності, яких не було в окремих амбулаторних закладах, прикріпивши їх до потужніших лікарень.

У межах реформи МОЗ СРСР 1949 р. видало ключовий наказ № 870, який встановив принцип дільничного обслуговування, визначивши як типову територіальну лікарську дільницю з населенням 4 тис. осіб, і зліквідував різницю в потужностях лікувальних закладів [428, арк. 15].

Як практично втілювали реформу, можна побачити на прикладі 1-ї міської лікарні ім. В. І. Леніна в Харкові, об'єднаної 1948 р. з 1-ю міською поліклінікою. Лікарі поліклініки працювали за дволанковою черговою системою: півдня у стаціонарі, півдня — у поліклініці. Поліклініка не могла швидко перейти на роботу за дволанковою системою, щоб не подрібнити робочий день багатьох лікарів, які працювали на півставки, і не порушити систему дільничності [140, арк. 4]. У відділеннях стаціонару лікарі поліклініки мали власні палати та хворих, яких приймали в лікарню з їхніх поліклінік, і доліковували їх, виписавши з лікарні; брали участь у наукових конференціях та консультаціях, які організовували лікарі стаціонару в поліклініці; слухали лекції професорів.

Реформу планували завершити до 1950 р. Однак упродовж визначеного часу не змогли повністю інтегрувати амбулаторну та стаціонарну допомогу, тому до кінця 1953 р. 92 % амбулаторних закладів в СРСР об'єднали з лікарнями [13, с. 177]. Замість 21 тис. відокремлених лікувальних закладів, які працювали 1947 р., створили 5514 об'єднаних лікарень і 1059 спеціалізованих диспансерів зі стаціонарами [68, с. 168].

Динаміка реформування у країні була різна: якщо в Ленінграді лікарні та амбулаторно-поліклінічні заклади об'єднали вже 1948 р., то в Україні й зокрема Харкові це сталося 1953 р. [28, с. 286; 102, арк. 31]. У Харкові заклади об'єднували швидко: якщо на початку 1950 р. з-поміж 41 медичного закладу на 6975 ліжок працювало 13 об'єднаних на 2950 ліжок, то вже наступного року з 43 закладів на 6610 ліжок було 36 об'єднаних на 5780 ліжок [271, с. 115]. Однак Харків разом з Одесою та Дніпропетровськом належав до тих великих українських міст, де заклади не реорганізували у встановлені строки. Серед причин називали й те, що міськздороввідділ і райвиконкоми не приділяли належної уваги такому об'єднанню [102, арк. 38].

Оскільки бракувало приміщень, щоб відкрити стаціонари, у Харкові не об'єднали 6 поліклінік. Стільки їх було аж до середини 1960-х рр.; через розбудову нових районів на початку 1970-х у місті функціонувало вже 14 самостійних поліклінік [132, арк. 12].

Унаслідок реформи утілили й конкретизували принцип територіальної дільничності: зменшили кількість хворих на одного лікаря з 24 до 7, збільшили відсоток госпіталізованих хворих; зменшили розбіжність у поліклінічних і клінічних діагнозах (табл. 5); поглибили спеціалізацію, зокрема в боротьбі з туберкульозом та онкологічними захворюваннями; завдяки взаємодії з досвідченішими фахівцями стаціонарів поліклінічні лікарі підвищили свою кваліфікацію. Серед терапевтів, які вміли розшифрувати електрокардіограму, 82 % навчилися цього завдяки інтегруванню [13, с. 189; 68, с. 166–168]. Унаслідок цього в півтора раза зменшили летальність у терапевтичних відділеннях та дитячих стаціонарах Харкова [102, арк. 58].

Ліквідувавши організаційні перешкоди для госпіталізації, яку тепер гальмував переважно брак вільних місць у харківських лікарнях, реформа виразно продемонструвала, що потрібно розв'язувати наступне завдання — розбудовувати матеріальну базу охорони здоров'я [138, арк. 7]. У п'яти районах Харкова низка нових лікарень щодо потужності не відповідала кількості мешканців і потужності поліклінічних відділень [102, арк. 66 зв.].

Деякі стаціонари були досить далеко (2–4 км) від поліклінік. Природно, що за таких умов лікарям було складно змінювати один одного впродовж дня. Невідповідність між потужністю, профілями закладів та їхня віддаленість один від одного робили об'єднання формальною справою.

Попри зростання показника дільничності, який становив 1953 р. 79 %, наявна кількість територіальних дільниць не відповідала нормативам наказу № 870. Замість 212–250 лікарських дільниць з населенням 4000 осіб на дільницю 1953 р. функціонувало 182 дільниці, на яких проживало 5000–7000 осіб. Вимушене збільшення лікарських дільниць дуже перевантажувало роботу дільничних лікарів, зумовлювало несвочасне обслуговування, неповноцінну диспансерну роботу. 1956 р. в Харкові створили 228 єдиних лікарських дільниць (терапевтичні та педіатричні), на території яких пересічно проживало 4 тис. осіб [143, арк. 7], хоча населення було нерівномірно розподілене на дільницях аж до середини 1960-х рр.

Варто зауважити, що МОЗ СРСР оперативно відреагувало на хиби реформи й уже 17 квітня 1954 р. видало наказ № 69 «О мероприятиях по дальнейшему улучшению организационных форм медицинского обслуживания населения и исправлению ошибок, допущенных при объединении больничных и поликлинических учреждений» [317, с. 332]. Відповідно до цього наказу триланкову систему медобслуговування, за якою лікар мав працювати впродовж нормального робочого дня в лікарні, поліклініці й на дільниці, змінили на дволанкову (лікар працював протягом дня у стаціонарі й поліклініці чи у стаціонарі й на дільниці). Однак найчастіше, коли в багатьох медоб'єднаннях поліклініка була досить далеко від стаціонару, використовували систему чергування, за якою частина лікарів працювала тільки у стаціонарі, частина — тільки в поліклініці з поквартальним чергуванням (3–4 місяці) [104, арк. 12–13; 317, с. 332].

З огляду на це констатуємо, що загалом реформу не завершили, не переглянувши розташування всіх стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних закладів і не перепрофілювавши вповні

ліжковий фонд, тому ще в 1960-ті рр. ліжка в окремих закладах були незаповнені, хоч їх бракувало загалом у місті [123, арк. 6].

На думку дослідника Кріса Бартона, перехід від виробничого (класового) до територіального принципу медичної допомоги в контексті реформи 1947–1953 рр. як вияв всеохопної допомоги всім громадянам («соціальне громадянство») свідчить про прагнення створити максималістський варіант держави загального добробуту в пізньосталінському СРСР [13, с. 188; 68, с. 174]. Охорона здоров'я в СРСР до Другої світової війни не була фактично ані загальнодоступна, ані безплатна, хоча ст. 120 Конституції СРСР 1936 р. гарантувала «безплатну медичну допомогу трудящим» [311]. Конституція 1936 р. знаменувала собою перехід від «держави диктатури пролетаріату» до «загальнонародної держави», запроваджуючи «соціальне громадянство». Однак утілити в життя радянську модель охорони здоров'я з її принципами дільничності, профілактичного спрямування, безплатності й загальнодоступності змогли лише внаслідок і після випробувань Другої світової війни.

У 1960-ті рр. постала проблема збільшення необ'єднаних малих лікувальних закладів, які не змогли реорганізувати через брак приміщень чи незручне територіальне розташування. Зокрема, у всій Україні 1953 р. були необ'єднані 136 амбулаторних закладів [28, с. 286]. Їх планували об'єднати залежно від темпів будівництва нових стаціонарів. Щодо Харкова початку 1960-х наявні дані лише про 10 об'єднаних закладів з-поміж 54, але в них зосередили лівову частку ліжок — 7 000 із 8 965 [114, арк. 24]. Необ'єднані були інфекційні й частина дитячих неінфекційних, туберкульозна й фізіотерапевтична лікарні. Переважна більшість районних лікарень були об'єднані.

1965 р. харківський міськвиконком уже реально міг збільшити малі лікувальні заклади, тому постановив за два місяці об'єднати такі лікарні, створивши спеціалізовані відділення [123, арк. 6]. Однак цю постанову реалізували вкрай повільно. Наприкінці 1960-х рр. із 54 харківських стаціонарів 32 (приблизно 60 %) мали до 150 ліжок [155, арк. 47]. Лікарні збільшували впродовж

1970-х рр., наприкінці яких збільшили 59 малопотужних відділень до 60 ліжок кожне [8, арк. 26]. Це дало змогу сконцентрувати вузькопрофільних фахівців на базах великих амбулаторно-поліклінічних закладів, забезпечити їхню двозмінну роботу за бригадним принципом («спеціалізована дільничність»).

1972 р. облздороввідділ почав розробляти перспективний план розвитку галузі до 2000 р., у якому мали врахувати широкий комплекс показників, включно з рівнями й темпами розвитку охорони здоров'я в СРСР та інших країнах, міжгалузевими зв'язками, тенденціями розвитку захворюваності, інноваціями в медичній науці та організації медичної допомоги [132, арк. 9; 160, арк. 8]. До цього облздороввідділ виконав велику роботу, створивши комісії обласних спеціалістів, які на місцях уточнювали фактичну потребу в будівництві лікувальних закладів, збільшенні та реорганізуванні лікарень, збільшенні кількості ліжок, створенні спеціалізованих відділень. Матеріали комісії обговорили й узагальнили в наказі по ОЗВ № 85 від 1969 р. [155, арк. 1].

Таку увагу з боку керівництва області пояснювали, утім, прагматичною потребою розв'язати проблему — як розподілити земельні ділянки, щоб будувати медичні заклади в Харкові [160, арк. 9]. Ішлося про те, що проєктні інститути не завжди вчасно розміщували медичні заклади, коли планували інфраструктуру районів. Оскільки розвиток матеріально-технічної бази охорони здоров'я відставав від реальних потреб, могли не виконати планові показники. Крім того, як зазначали в довідках Міністерства охорони здоров'я УРСР за 1969 р., охорона здоров'я не мала централізованої інженерно-технічної бази, щоб капітально будувати й ремонтувати будівлі [155, арк. 18]. Тому ОЗВ вирішив «забронювати» за собою найзручніші щодо розташування будівельні ділянки.

Дослідницьку роботу здійснювали спільно з інститутом «Харківпроект» та управлінням головного архітектора міста. Змінити мали не тільки структуру харківської медичної мережі, ішлося про її рівномірніший розподіл і концентрування щодо потужностей. Планували побудувати саме великі багатопрофільні комплекси та

спеціалізовані відділення й центри, які почали відкривати у другій половині 1960-х рр. Ці комплекси мусили мати всі потрібні служби, обслуговувати кілька мікрорайонів міста й узгоджувати свою роботу з діяльністю підстанцій швидкої допомоги. Основним завданням на 1970–1975 рр. стала робота зі створення єдиних медичних районів у місті, центрами яких мали стати згадані багатопрофільні медичні комплекси [там само, арк. 35]. ОЗВ відмовився розміщувати заклади на території наявних 8 адміністративних районів, поділивши натомість місто на 5 медичних [160, арк. 10]. Треба зазначити, що план був досить оптимістичний, якщо зважати на показники зростання населення. Зокрема, передбачали, що населення Харкова сягне позначки 1 млн 600 тис. мешканців вже 1980 р., хоча насправді це сталося тільки 1989 р., а 2000 р. воно становитиме 2,1 млн [410, с. 170]. Відповідно до цієї динаміки планували й масштаби будівництва, які цікавлять нас як зразок, щоб порівняти з тим, що реально побудували.

Отже, на початок третього тисячоліття згідно з планом кількість ліжок у Харкові мала становити 21 тис., тобто за 28 років потрібно було збудувати стаціонарів на 14 тис. ліжок, щоб дотриматися санітарної норми 7 кв. м на 1 ліжко (тоді ця площа дорівнювала 3,5 кв. м). Крім того, мали звести 24 поліклініки (до 1980 р. — 16, з 1980 до 2000 — 8), ще 8 наявних поліклінік мали розширити [160, арк. 14].

Однак через кризу в організації медичної допомоги населенню, помітну після воєнної відбудови, потрібно було більше деталізувати напрями реформування. Зважаючи на це, у середині 1970-х рр. розробили план поліпшення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я за окремими напрямами: забезпечити доступність спеціалізованої амбулаторної допомоги, сформувати мережу служби швидкої допомоги, спеціалізувати та збільшити ліжковий фонд стаціонарів [169, с. 10].

Досягнуті результати свідчать, що цю програму успішно виконували впродовж 1975–1990 рр. Зазначимо лише, що в Харкові за цей час збудували 28 амбулаторно-поліклінічних закладів [там само, с. 11]. У 1976–1980 рр. докорінно модернізували

службу швидкої медичної допомоги Харкова. З 1975 до 1990 р. у місті звели 26 лікарняних корпусів на 6,1 тис. ліжок, тобто майже половину з 14 тис., які запланували збудувати до 2000 р. [там само, с. 14–17]. До того ж понад половину з цих потужностей побудували впродовж другої половини 80-х рр. [78, арк. 1]. У місті створили шість вищезазначених багатопрофільних комплексів: на Московському проспекті на базі 1-ї міської клінічної лікарні (лікарня ХЕМЗ, 2-га, 17-та та дитяча лікарні, урологічний центр), Залютинський (медучилище, підстанція швидкої допомоги та поліклініка), Олексіївський (ХНДІЗНХ, лікарня швидкої та невідкладної допомоги, 5-та лікарня, типова дитяча поліклініка), Салтівський та Холодногірський (ХНДІТ, 31-а лікарня, поліклініка та підстанція швидкої допомоги). Ще один комплекс, проект якого передбачав, як і Інститут терапії, пологовий будинок, дитячу лікарню, санаторій-профілакторій та тубдиспансер, не встигли ввести до експлуатації на базі 25-ї лікарні в районі ХТЗ.

Логіку наступного етапу реформування галузі в межах «перебудови» визначено в листопаді 1987 р. постановою ЦК КПРС і Ради міністрів СРСР «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» [310]. Постанова окреслила головні проблеми охорони здоров'я: неефективне використання наявної матеріально-технічної бази та її повільне оновлення; хибне визначення пропорцій розвитку окремих напрямів медичної допомоги; оцінювання роботи лікувальних закладів, не покликане підвищити якість меддопомоги; недостатня наступність у роботі стаціонарних та амбулаторних закладів.

Щоб виправити ситуацію, пропонували комплекс заходів, деякі з яких актуальні й сьогодні. Планували до 1995 р. охопити загальною щорічною диспансеризацією все населення СРСР, у кожній області створити найсучасніші діагностичні центри й госпрозрахункові поліклініки, поступово перейти до надання медичної допомоги за принципом «сімейного лікаря», запровадити для кожного громадянина медичний паспорт, щоб забез-

печити доступність такої допомоги. Найрадикальніші пропозиції передбачали вдосконалити управління охороною здоров'я й перейти від формального оцінювання діяльності лікувальних закладів за кількістю ліжок та поліклінічних відвідувань до оцінювання за показниками, що засвідчували стан здоров'я населення; розширити права центральних районних лікарень щодо фінансових, організаційних, штатних питань у межах виділених у галузі коштів; дозволити органам охорони здоров'я створювати резерви коштів у розмірі до 5 % від асигнувань, виділених на утримання лікувальних закладів. Уперше медичні заклади отримали право укладати угоди з підприємствами та організаціями про надання їхнім працівникам допомоги понад встановлені норми, залишаючи собі отримані в такий спосіб кошти.

Власний варіант зазначених у постанові регіональних програм «Здоров'я» на Харківщині почали реалізовувати ще 1986 р. [420]. Програма мала розв'язати проблему загальної диспансеризації, яку тоді вперше порушили. Як і постанова 1987 р., вона висвітлювала певні невдачі, яких зазнали, реалізуючи раніше задекларовані завдання. У звіті обкому КПУ за 1981 р. констатували, що жінок переведено з тяжких і шкідливих робіт, однак куратори всупереч цьому 1986 р. визнавали, що переведення ще триватиме [76, арк. 138; 420]. У програмі передбачали також деякі заходи: зменшити тимчасову непрацездатність, технічно оновити медобслуговування, поліпшити довкілля.

Пропозиції авторів програми «Здоров'я» були тотожні з пунктами прийнятого 1986 р. Генерального плану забудови Харкова, що передбачав створити великі лікувальні комплекси й центри сукупною потужністю у 22,4 тис. ліжок [410, с. 80–83].

Загалом ця програма була типовою частиною курсу «прискорення», який проголосив М. Горбачов, оскільки не передбачала ґрунтовних змін у роботі галузі.

Такі зміни засвідчені у прийнятому 1989 р. «Положенні про новий господарський механізм в охороні здоров'я». Документ передбачав, що охорона здоров'я перейде від галузевого до територіального принципу управління, тобто її децентралізацію [237].

Органи управління в районах і містах з населенням менше ніж 800 тис. осіб мали ліквідувати, а на їхній базі створити територіальні медичні об'єднання (ТМО), до складу яких входили медичні заклади.

Єдиним джерелом фінансування медичних закладів залишався державний бюджет, тому, щоб ефективніше використовувати обмежені кошти, впроваджували госпрозрахункові елементи, змінюючи розрахунки всередині галузі. У межах нового господарського механізму кошти мали надходити до поліклінік згідно з нормативами в розрахунку на одного мешканця закріпленої території. Поліклініки в такий спосіб забезпечували власну діяльність, а також самостійно розраховувалися за стаціонарне лікування та інші види меддопомоги, надані кожному хворому [454].

З 1 січня 1990 р. усі медичні заклади Харкова отримали документи, що роз'яснювали сутність НГМ. Фахівці, яких облздороввідділ запросив з Кемеровської області, де вперше запровадили цей механізм, читали лекції для харківських колег на базі лікарні швидкої медичної допомоги. Водночас у Харкові встигли втілити лише окремі елементи НГМ, але не фінансовану поліклінічну госпіталізацію. Зокрема, бригадний принцип оплати праці вперше запровадила 12-та дитяча поліклініка завдяки ініціативі її головної лікарки Людмили Андріївни Семашко. Загалом НГМ впроваджували й після розпаду СРСР.

Харківська охорона здоров'я впродовж 1945–1991 рр. мала чотири етапи організаційних удосконалень: етап реформи 1947–1953 рр.; етап розбудови матеріальної частини мережі (друга половина 1950-х–1960-ті рр.); етап довгострокового планування її розвитку та структурних змін (початок 70-х–1987 рр.); етап впровадження нових механізмів управління та незавершених ринкових перетворень (1987–1991 рр.). Заходи в межах цих етапів в Харкові коригували, зважаючи на місцеві умови, а місцеві органи управління охороною здоров'я конкретизували центральні настанови, ухвалюючи власні плани та програми розвитку медичної мережі.

Планування та фінансування роботи охорони здоров'я

Охорона здоров'я як жодна інша сфера людської діяльності вразлива до проблем фінансування, будь-які зміни якого безпосередньо пов'язані зі збереженням людського життя.

До засадничих принципів радянської моделі охорони здоров'я належали плановість і профілактична спрямованість, загальнодоступність і безплатність медичної допомоги, забезпечувана завдяки централізованому бюджетному фінансуванню [257, с. 249–250; 418, с. 14]. Реалізуючи ці принципи, ліквідували масові інфекційні хвороби, різко зменшували смертність, подовжували тривалість життя [257, с. 250–254]. Безплатні медичні послуги, які реально можна було отримати вповні, стали найважливішою умовою масової профілактики.

На думку критиків радянської системи, ці принципи були ефективні лише за надзвичайних умов — до кінця Другої світової війни й подолання її санітарних наслідків [там само, с. 254; 468, р. 339–342]. У другій половині ХХ ст. унаслідок успіхів медичної науки й поліпшенню рівня життя епідеміологічна ситуація в розвинутих країнах світу змінилася й головними причинами смертності стали хвороби способу життя (серцево-судинні й онкологічні захворювання, цукровий діабет). Відповідно складніше й дорожче стало діагностувати й лікувати ці захворювання. За таких обставин плановість радянської охорони здоров'я виродилася в перелік всеохопних нормативів, які визначали функціонування системи в межах щорічно повторюваного чіткого алгоритму [257, с. 254–255]. Безплатність дедалі частіше була недемократична, тому хворий мусив вдовольнитися тим, що пропонує держава.

Попри окреслені зміни, які вимагали надати нового змісту принципам плановості й безплатності, радянська охорона здоров'я далі орієнтувалася на виклики «першої епідеміологічної революції» початку ХХ століття. Тоді, централізуювши всі ресурси у своїх руках, держава вивільнила накопичений наукою потенціал, щоб успішно боротися з паразитарними захворюваннями.

За нових умов таке спрямування не могло ефективно реалізувати видатки на медицину, що постійно зростали (упродовж 1946–1965 рр. у державному бюджеті СРСР вони зросли в півтора раза – з 4,6 до 6,5 %) [13, с. 176; 377, с. 561]. Тому, коли наприкінці 1980-х рр. не змогли забезпечити попередній рівень витрат на охорону здоров'я, стало очевидно, що механізм фінансування галузі хибний [464, с. 48].

Упродовж 1980-х рр. СРСР та Україна набагато поступалися розвиненим капіталістичним країнам за показником щорічного фінансування охорони здоров'я: 3–4 % ВВП в УРСР та СРСР, до 6,5 % – у Великобританії та до 13 % – у США (табл. 6) [там само; 257, с. 254, 262]. Як зіставити, то обсяг асигнувань на охорону здоров'я в українському бюджеті 2016 р. становив 2,5 %, а в бюджеті 2017 р. – 2,8 % ВВП [63; 288; 364].

На перший погляд, порівнюючи витрати на охорону здоров'я в СРСР і розвинених капіталістичних країнах, а також зважаючи на рекомендації ВООЗ, згідно з якими видатки на охорону здоров'я мають становити понад 5 % ВВП, можуть зробити висновок про низький рівень ефективності й доступності радянської охорони здоров'я [там само]. З іншого боку, сам по собі високий ступінь видатків на охорону здоров'я не свідчить про ефективність медичної системи країни, яка залежить також від ступеня своєї організації. Зокрема, США, витрачаючи на охорону здоров'я більше за інші країни (17,1 % ВВП), за індексом ефективності систем охорони здоров'я 2014 р. посіли лише 50-те місце серед 55 оцінюваних країн, тоді як перше місце посів Гонконг, який витратив на охорону здоров'я 5,4 % ВВП [466].

Коли йдеться про низький рівень фінансування охорони здоров'я в СРСР, варто зважати також на динаміку змін у цій галузі за роки радянської влади: 1929 р. видатки на охорону здоров'я на душу населення в СРСР становили лише 20 коп. (за пореформеним курсом 1961 р.), 1959 р. вони вже дорівнювали 21 крб, а 1989 р. – 85,9 крб [196, с. 71; 315, с. 149]. 86 карбованець на одного мешканця щорічно (приблизно 143 долари за офіційним курсом 1989 р.) – це теж мало проти тогочасних видатків

на охорону здоров'я в розвинених капіталістичних країнах (приблизно 1 500 доларів), але це порівняння відносне, тому що не враховує загальну картину доходів і витрат громадян [353]. І все-таки, з огляду на масштаби й завдання моделі Семашка, невеликих обсягів фінансування завдяки централізації та плановому розподілу ресурсів тривалий час вистачало лише на те, щоб утримувати низькотехнологічну й порівняно дешеву медичну мережу, але бракувало, щоб розвивати її відповідно до найкращих світових стандартів [257, с. 254].

Те, як швидко та планомірно зростали видатки на охорону здоров'я, бачимо й на прикладі Харкова, якому під час війни й нацистської окупації завдали матеріальних збитків у розмірі 85 млн крб (8,5 млн за курсом 1961 р.) (табл. 7) [175, с. 11].

Хоч населення Харкова за період 1940–1975 рр. збільшилося в півтора раза (з 900 000 до 1 384 000 осіб 1976 р.), фінансування охорони здоров'я міста зросло у 5,2 раза [363, с. 8, 326].

Розгляньмо механізм і джерела фінансування охорони здоров'я на місцевому рівні. Міський бюджет охорони здоров'я містив бюджети закладів, підзвітних міському відділу охорони здоров'я, і бюджети районів м. Харкова [123, арк. 1]. Так само харківський міськздороввідділ у своїй роботі підпорядковувався безпосередньо облздороввідділу [128, арк. 1]. Виконкоми районних рад депутатів фінансували лікувально-профілактичні заклади, підпорядковані харківському міському відділу охорони здоров'я [149, арк. 33]. Частка охорони здоров'я в районних бюджетах була висока. Наприклад, на потреби охорони здоров'я 1970 р. виділено 40 % бюджету (4,5 млн руб.) виконкому Орджонікідзевського (зараз Індустріального) району [355, с. 7].

Структуру джерел фінансування охорони здоров'я можемо зрозуміти, проаналізувавши розподіл коштів на будівництво медичних об'єктів у роки восьмої п'ятирічки (1966–1970 рр.): державні внески становили 50–65 %, кооперовані кошти промисловості та колгоспів – 21–34 %, нецентралізовані джерела (кошти від «ленінських суботників», резерв Ради Міністрів УРСР) – 12 % [160, арк. 3–4]. До того ж коштом, на перший

погляд, другорядних джерел фінансування інтенсивно будували низку важливих об'єктів. За кошти «ленінських суботників» у 1971–1975 рр. у Харкові збудовано клініку НДІ охорони здоров'я дітей та підлітків ім. Н. К. Крупської на 220 ліжок з поліклінікою й кардіологічний корпус при 37-й лікарні на 300 ліжок. Коштом резерву Ради Міністрів УРСР будували поліклініку студентської лікарні.

Чи не найважливішим джерелом фінансування розвитку охорони здоров'я Харкова були місцеві джерела, основу яких становили кошти промислових підприємств [103, арк. 9]. Ці кошти на будівництво медичних закладів залучав міський відділ охорони здоров'я за підтримки міських партійних і радянських органів [155, арк. 46]. Місцеві органи охорони здоров'я систематично контролювали будівництво лікувальних закладів коштом промислових підприємств відповідно до наказу МОЗ СРСР № 450 від 23 травня 1951 р. [193, с. 198].

Упродовж 1960-х рр., кооперуючи кошти промислових підприємств, побудували гінекологічний корпус на 60 ліжок і хірургічний корпус на 100 ліжок, а також поліклініку лікарні № 13 Комінтернівського (зараз Слобідський) району, туберкульозний диспансер № 6 зі стаціонаром, лікувальний корпус для дитячого відділення міської лікарні № 2, лікувальний корпус психіатричної лікарні № 36, фізіотерапевтичний корпус лікарні № 32 та ін. [155, арк. 46].

У роки 10-ї п'ятирічки (1976–1980 рр.), крім державних коштів на розвиток міської медичної мережі, залучили понад 10 млн руб. внесків промислових підприємств (67 % асигнувань на будівництво об'єктів охорони здоров'я), завдяки чому змогли реконструювати 26 і капітально відремонтувати 46 лікувально-профілактичних закладів [9, арк. 2; 76, арк. 136]. У роки 11-ї п'ятирічки (1980–1985 рр.) на будівництво лікувально-профілактичних закладів Харкова виділили 43,3 млн руб., причому 19,3 млн руб. — це кошти промислових підприємств. Коштом останніх упродовж 1976–1989 рр. у Харкові будували поліклініки заводів ім. Малишева, ім. Шевченка, дитячий санаторій у Дзержинському (зараз Шевченківський) районі міста, Салтівський

медкомплекс, дитячі поліклініки й типові станції швидкої медичної допомоги [9, арк. 1; 239].

Величезні масштаби будівництва (лише одного 1988 р. побудовано 12 об'єктів охорони здоров'я), з якими не могли впоратися будівельні організації, зумовили повільні темпи та навіть простій у спорудженні окремих об'єктів охорони здоров'я. Виділені на це кошти інколи надходили пізно — їх перекидали на інші об'єкти або на наступний рік.

Унаслідок цього недоосвоєні кошти, а отже, і вкрай повільні темпи будівництва медичних об'єктів стали хронічним явищем для Харкова, що не давало змоги наблизитися до нормативів забезпеченості населення послугами охорони здоров'я [78, арк. 3]. Наприклад, упродовж п'яти років замість запланованого одного року реконструювали один із харківських пологових будинків [463]. Трест «Міськребуд» упродовж трьох років не починав реконструювати міський онкологічний диспансер.

За таких умов деякі керівники, відповідальні за будівництво, нехтували незавершеністю об'єктів, ставлячи на перше місце виконання плану. За спогадами завідувача Харківського МЗВ В. І. Реміняка, другий секретар обкому партії М. Н. Скидан, приймаючи один з об'єктів, наказав: «Чтоб завтра здесь были больные!», хоча будівельники не встигли встановити сантехніку й завершити інші роботи. Зрештою, такі «об'єкти» приймали до експлуатації, після чого будівельні роботи тривали ще 1-2 місяці.

Можна констатувати, що будівельники Харкова були радше заручники нереалістичного планування, ніж винуватці проблеми. Розкритиковане в місцевій пресі наприкінці 1980-х рр. «небажання» будівельних організацій зводити медичні об'єкти зумовлювали як зазначені обсяги виробничих завдань, несвоєчасне надходження коштів (які були!), так і вірогідний брак будівельних матеріалів у потрібний час і в потрібній кількості [там само]. Водночас варто ще зважати на те, що для самих будівельних організацій звести об'єкти охорони здоров'я було не першочерговою справою. Про це красномовно свідчать слова голови одного з будівельних трестів: «За свои энергетические стройки с меня

по всей строгости спросят, если сорву — накажут. А за районную поликлинику никто и не спросил в прошлом году» [там само]. Зауважимо, що зазвичай за невиконаний план будівництва все-таки карали будівельників, а за невикористані кошти — завідувачів райздороввідділів Харкова, які належно не планували будівництво, мало контролювали витрачені кошти.

Важливим складником у пошуку коштів на будівництво медичних об'єктів Харкова були безпосередні й особисті контакти місцевих партійних керівників із союзними органами влади. Міське партійне керівництво писало листи до центральних відомств у Москві, прохаючи виділити кошти на будівництво медичних об'єктів і мотивуючи таку необхідність потребами харків'ян-працівників профільних підприємств [77, арк. 16, 20, 40]. Наприклад, другий секретар Харківського обкому КПУ В. М. Парамонов у листі до начальника науково-технічного управління в Москві прохав виділити 300 тис. руб. на будівництво 1981 р. підстанції швидкої медичної допомоги у П'ятихатках, де мешкали працівники ХФТІ [там само, арк. 16]. Так само в листі до міністра електротехнічної промисловості СРСР обґрунтовували фінансування будівництва лікарні на 400 ліжок у Московському районі, де мешкало 30 тис. робітників цієї галузі [там само, арк. 20]. Цікаво, що свою відмову виділити кошти міністерство пояснило обкому «крайней ограниченностью капитальных вложений, выделяемых Госпланом СССР на строительство объектов здравоохранения», що можна розцінювати як приклад залишкового фінансування охорони здоров'я в СРСР [там само, арк. 21].

З середини 1970-х рр. стало помітне прогресивне відставання СРСР від розвинених країн за показниками здоров'я, що, вочевидь, зумовлювали не тільки й не стільки недостатні обсяги фінансування, які постійно зростали та яких за належно організованої роботи галузі цілком би вистачило, щоб забезпечити базову медичну допомогу [257, с. 262].

Наведемо кілька прикладів неекономного й нецільового використання бюджетних коштів закладами охорони здоров'я Харкова, які зводили нанівець будь-яке збільшене фінансування цієї галузі.

Комісія контрольно-ревізійного управління Міністерства фінансів УРСР, яка відвідала Харків 1961 р., щоб з'ясувати, чи правильно заплановано й використано кошти на утримання медичних закладів, встановила такі порушення: заміщення дорогих продуктів дешевими; створення додаткових фіктивних посад, щоб підвищити заробіток наявного персоналу; помилки лікувальних закладів у плануванні річної кількості ліжко-днів [115, арк. 3, 6, 8, 11–13].

Кошти, асигновані з бюджету 1961 р., щоб придбати м'який інвентар та обладнання, 15 закладів міськздороввідділу не використали. Перевірка встановила, що керівники й бухгалтери окремих закладів витратили державні кошти на придбання непотрібного й не передбаченого кошторисом устаткування [там само, арк. 3].

Так, у 35-й міській дитячій клінічній лікарні за 50 тис. руб., виділених лікарні згідно із постановою Ради Міністрів УРСР на придбання м'якого та твердого інвентарю, в універсальному магазині «Пасаж» придбано 11 дорогих китайських килимів вартістю 5712 руб. 40 коп. Крім того, 4737 руб. витрачено, щоб закупити 27 шовкових порт'єр та 600 чохлаів для стільців. Унаслідок перевірки наказом МОЗ УРСР головному лікарю оголосили сувору догану й запропонували реалізувати незаконно придбані килими через торговельну мережу, а гроші здати до республіканського бюджету [там само, арк. 4]. Припускаємо, що нецільове використання коштів лікувальними закладами в такому разі можна пояснити тим, що в торговій мережі не було потрібних товарів, зокрема м'якого інвентарю й меблів, а також бажанням хоч якось отоварити наявні фонди.

Порушували фінансову дисципліну, створюючи в деяких лікувальних закладах насправді ніколи не обіймані додаткові посади, які керівництво таких закладів використовувало, щоб підвищити зарплатню за наявними ставками [там само, арк. 11]. Перевірка, яку здійснили контролери Міністерства фінансів УРСР 1965 р., виявила в кошторисі закладів охорони здоров'я міста величезний дефіцит фонду зарплатні у 985 100 руб. унаслідок створення й

нецільового використання додаткового штату в медичних закладах [123, арк. 1–2]. Наприклад, перевіряючи станцію швидкої допомоги, виявили, що в лікарні немає палат для лікувального сну, для яких затверджено понаднормовий штат у 20 ставок чергових медичних сестер із річним фондом зарплатні у 20 тис. руб. [там само, арк. 12–13]. Отриманий у такий спосіб штат керівництво лікарні використовувало, щоб реалізувати функції, що не стосувалися роботи палатних медсестер, і надати надбавки наявному персоналу.

В іншому випадку працівники одного з дитячих відділень після того, як його закрили, перевівши дітей до різних лікарень, далі отримували попередню зарплатню [там само, арк. 14]. Часто чиновників міського відділу охорони здоров'я утримували коштом передбачених ставок медичних статистиків, перукарів, санітарів та іншого медперсоналу лікувальних закладів, безпідставно завищували стаж медпрацівників [там само, арк. 15, 17].

Коли шахраювали з тарифікацією посадових окладів, прагнули компенсувати дефіцит фонду зарплатні, заморожуючи створення нових відділень і закриття деяких наявних (60 педіатричних ліжок у 2-й лікарні), не укомплектовуючи деякі посади, надаючи відпустки за свій кошт та заощаджуючи на оновленому інвентарі [там само, арк. 3–4].

У СРСР державне фінансування лікарень залежало від запланованої річної зайнятості ліжок, яку мали обчислювати відповідно до фактичних показників за попередній рік. Яскравим прикладом розбазарювання бюджетних коштів унаслідок фінансування роботи лікувальних закладів за кількісними показниками, щоб утримати інфраструктуру (за ліжко-днями), є те, як деякі лікарні, плануючи річний кошторис, завищували заплановану кількість ліжко-днів [115, арк. 6]. Завдяки такому завищенню лікарні отримували додаткові кошти. Наприклад, 1-ша міська лікарня Харкова отримала 15,6 тис. крб, реально не виконуючи заявлений план ліжко-днів.

У довідці про стан охорони здоров'я в Харківській області за 1972 рік зазначено, що за 20 років методи управління охороною

здоров'я області принципово не змінено [160, арк. 7]. Це означало, що в Харкові не було плану будівництва медичних закладів [103, арк. 23]. Постанови 26-го з'їзду КПРС щодо вдосконалення структури мережі закладів охорони здоров'я та їхнього раціонального розміщення, а також суто практична потреба розв'язати проблему відведення земельних ділянок на будівництво лікувально-профілактичних закладів у Харкові спонукали керівників міста й галузі звернути увагу на те, що немає плану розбудови міської медичної мережі [160, арк. 9; 462].

Унаслідок цього 1978 р. інститут «Харківпроект» разом з обласним відділом охорони здоров'я й міськвиконкомом розробили схему комплексного розвитку стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних закладів до 2000 р. [76, арк. 136; 462].

Перспективний план розвитку харківської медичної мережі до 2000 р. базувався на аналізі рівнів і темпів розвитку охорони здоров'я в СРСР та інших країнах, змін у чисельності та структурі населення; динаміки й основних тенденцій у розвитку всіх видів захворюваності, щоб організувати адекватну спеціалізовану допомогу; досягнень медичної науки й техніки; сучасних організаційних форм медичного обслуговування; балансових зв'язків усередині системи охорони здоров'я й між нею та іншими галузями народного господарства [160, арк. 8]. За результатами роботи вироблено комплекс заходів щодо вдосконалення структури галузі, передбачено створити в Харкові великі науково-практичні медкомплекси на 2–3 тис. ліжок [132, арк. 25; 160, арк. 10, 16]. Харків поділили на п'ять медичних районів завдяки спеціалізації стаціонарної допомоги, здійсненій у попередні роки, — 1971 р. у 63 відділеннях лікувальних закладів і науково-дослідних інститутів Харкова надавали всі види спеціалізованої медичної допомоги [132, арк. 25]. Однак план не змінив і не міг змінити застарілі принципи фінансування охорони здоров'я.

У другій половині 1980-х рр. в СРСР виникають нові шляхи роботи й фінансування охорони здоров'я. 1987 р. ЦК КПРС і Рада міністрів СРСР ухвалили постанову «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здраво-

охранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года», один з розділів якої присвячено вдосконаленню управління охороною здоров'я [310]. Зокрема, передбачали відмовитися від оцінювання діяльності лікувальних закладів за «ліжко-місцями» й «поліклінічними відвідуваннями» на користь оцінювання за результатами діяльності (засвідченими в показниках стану здоров'я населення) й надання лікувальним закладам обмеженої фінансової й господарської самостійності.

Коли 1988 р. ухвалили закон «Про кооперацію в СРСР», можна було створювати кооперативи, щоб надавати громадянам платні, зокрема, медичні послуги [188]. Важливим положенням закону став дозвіл кооперативам на основі угод користуватися й навіть купувати майно державних і громадських установ — у нашому випадку лікарень і поліклінік. Крім того, кооператив мав право обмінювати, орендувати, брати в борг й безоплатно отримувати в державних підприємств будівлі, устаткування, транспорт, не використовувані цим закладом.

Того року в Харкові виникли перші медичні кооперативи: рентген-кооператив, кооператив «Терапевт» на Холодній горі, медико-виробничий кооператив «Олімп», дитячі кооперативи «Айболіт» і «Грація» [240]. Запрацювала кооперативна швидка медична допомога, яка на відміну від державної, справді відповідала своїй назві, але з високими цінами на послуги: доправити хворого в лікарню коштувало 15 руб., усунути серцевий біль — 55 руб., що становило понад третину зарплатні лікаря звичайної служби швидкої допомоги [278; 422].

Коли виникли медичні кооперативи, постала проблема, як контролювати їхню діяльність. Такого контролю просто не було, адже вони не підпорядковувалися обласному й міському відділам охорони здоров'я й не подавали до них інформацію про свою діяльність. Членами кооперативів зазвичай були самі керівники й медперсонал лікувальних закладів, на базі яких вони й працювали як кооператори в неробочий (а інколи і в робочий) час, отримуючи там зарплатню й частину прибутку. Як пояснив голова кооперативу, створеного на базі стоматологічної поліклініки № 1,

його колеги зважили на перевантаженість наявних поліклінік, у яких бракувало фахівців, і «вирішили залишатися після роботи й надавати харків'янам медичну допомогу хоча б протягом двох годин» (з 20.00 до 22.00) [308]. Обладнаний найсучаснішою апаратурою, цей кооператив пропонував зручний сервіс (запис по телефону, річну гарантію на пломби) та якісне й уважне обслуговування (хворого лікували втричі довше, ніж у звичайній поліклініці). Ціні на послуги кооперативу його пацієнти, серед яких були й мешканці області, характеризували як «досить доступні».

Отже, медичні кооперативи взяли на себе частину навантаження наявних медичних закладів. Коли їх створили в СРСР, пацієнти отримали право вибрати постачальника медичних послуг, а з ним — і умови для конкуренції серед лікарів, які бажали мати приватну практику.

1989 р. в СРСР почали реформувати систему розрахунків в охороні здоров'я, запровадивши новий господарський механізм (НГМ) [237]. Того року на умовах НГМ уже працювали медичні заклади Ленінграда та двох областей РРФСР, а з 1991 р. планували перевести на нього медичні заклади в усій країні [454]. Власну модель реформування охорони здоров'я розробляли також у Харкові, де для цього 1990 р. під егідою міської й обласної Рад створили групу за участі лікарів, економістів, юристів, соціологів [372]. Однією з перших у Харкові на нову форму роботи 1990 р. перейшла 12-та дитяча поліклініка й лікарі швидкої допомоги [278].

Впровадження НГМ передбачало, що госпрозрахунок розвиватиметься за кількома напрямками [454]. Оскільки в охороні здоров'я був неможливий повний госпрозрахунок, що базувався на самокупності й самофінансуванні, залишали бюджетне фінансування медичних закладів.

Запроваджували розрахунки всередині галузі. Поліклінікам бюджетні кошти виділяли за диференційованими подушними нормативами, до інших закладів вони надходили відповідно до обсягу та якості виконаної роботи й кошторису видатків. Завдяки виділеним коштам поліклініки мали сплачувати вартість госпі-

талізації хворих. Передбачали, що поліклініки як головні утримувачі коштів будуть зацікавлені самостійно надавати якісну медичну допомогу, що сприятиме розвитку профілактики.

Запроваджували платні відносини між медичними закладами та промисловими підприємствами, а також додаткові платні послуги для населення.

Отже, принципами НГМ стали розподілення коштів у розрахунку на конкретного хворого, а не на галузь та її служби; оплата праці з огляду на її кількість і якість. НГМ мав підвищити ефективність використання ресурсів та якість медобслуговування, збільшивши зацікавленість медичних працівників у результатах своєї праці.

Завершити реформи завадив розпад СРСР. Проте досвіду впровадження НГМ у Харкові досить, щоб оцінити цей захід. НГМ критикували за невідповідність між розміром коштів, виділених поліклінікам на госпіталізацію одного хворого, та вартістю його денного обслуговування, яка в різних стаціонарах була неоднакова [454]. Побоювалися, що поліклініки, змушені витратити основну частину свого бюджету на госпіталізацію, почнуть госпіталізувати хворих лише у крайніх випадках. А це б позбавило сенсу кампанію загальної диспансеризації. У Харкові не дійшло до того, що поліклініки оплачували госпіталізацію, однак поліклініка й справді стала менше госпіталізувати завдяки чітко розробленим критеріям якості лікування й нарахуванню премій дільничним лікарям із залишку фонду зарплатні, якщо індивідуальний коефіцієнт якості лікування фахівця перевищував середній коефіцієнт закладу (понад 75 %). Отже, дільничні лікарі справді стали якісно здійснювати профілактичні заходи, чому посприяли конкретні й усебічно розроблені вимоги до історій хвороб і наочні матеріальні стимули (щомісячна премія в розмірі двох окладів).

Отже, проблема фінансування радянської охорони здоров'я полягала не в її малих обсягах, а в самому принципі, коли кошти спрямовували на утримання медичної мережі, не зважаючи на результати її діяльності. Унаслідок цього СРСР усе більше відставав від провідних країн за показниками охорони здоров'я.

Натомість екстенсивне фінансування охорони здоров'я в Харкові зумовило негосподарське використання коштів, спрямованих на розвиток медичної мережі.

Кадрове забезпечення харківської охорони здоров'я

1990 р. СРСР посідав перше місце у світі за кількістю лікарів і медичних кадрів на душу населення (табл. 8) [4; 13, с. 176; 377, с. 259; 471, р. 2].

Парадокс полягав у тому, що за такої кількості медиків в СРСР постійно був кадровий голод. Крім того, попри більшу кількість лікарів проти індустріально розвинених країн Європи, в СРСР була менша народжуваність і вища смертність.

Обидва ці парадокси пов'язані між собою, тому їх потрібно окремо вивчати. Щоб відповісти на запитання, чому в СРСР постійно був дефіцит медичних кадрів і чому їхні дії недостатньо впливали на здоров'я населення, ми повинні розглянути масштаби кадрового дефіциту, динаміку змін чисельності медичних кадрів в СРСР, Україні, Харкові, оцінити забезпеченість населення цими кадрами згідно з радянськими нормативами й рівень їхньої підготовки (табл. 9).

У середині 1950-х рр. Україну вважали найукомплектованішою республікою щодо кадрів, тому направляли за її межі чимало випускників медичних вишів (понад 30 %) [437, арк. 46].

Насправді ж унаслідок нерівномірного розподілення випускників між союзними республіками забезпеченість лікарями в УРСР в середині 1950-х рр. була нижча, ніж в СРСР і деяких союзних республіках [там само, арк. 47]. У самій Харківській області, що впродовж кількох років не отримувала мобільних кадрів, у другій половині 1950-х рр. виник кадровий дефіцит [143, арк. 5].

В офіційних звітах початку 1970-х рр. також зазначають, що УРСР посідала одне з перших місць у Союзі за показником забезпеченості лікарями [159, арк. 2]. Однак уже в роботі, при-

свяченій 70-річчю радянської охорони здоров'я, знаходимо, що в середині 1980-х рр. Україна за показником забезпеченості населення медичними кадрами була шоста з-поміж союзних республік (табл. 10).

Водночас Харків майже впродовж усього повоєнного часу давав показники забезпеченості населення лікарями, які були вищі або дорівнювали союзним і республіканським [143, арк. 6]. До кінця 1950-х рр. порівняно з 1913 р. кількість медичних працівників у Харкові зросла в 13 разів, зокрема лікарів — у 10 разів [418, с. 12].

У перший післявоєнний рік лікарів проти 1940 р. стало менше на 72,9 %, стоматологів і зубних лікарів — на 82,9 %, середнього медперсоналу — на 75,2 % [135, арк. 32]. Їхню кількість відновлювали швидко [136, арк. 58].

Зважаючи на те, що населення Харкова за період 1945–1990 рр. зросло утричі — з 533 тис. до 1,6 млн осіб, лікарів, які працювали в системі міністерства охорони здоров'я, стало вшестеро (з 1599 до 9626 осіб), а середнього медичного персоналу майже вдесятеро (з 2200 до 20796 осіб) більше (табл. 1; 11) [470]. Показник забезпеченості лікарями під ту пору зріс з 30 до 60,1 о/ооо або вдвічі, середніми медпрацівниками — з 41,3 до 129,8 о/ооо або у 3,2 раза.

Згідно з офіційною історією радянської охорони здоров'я в 1981–1985 рр. укомплектованість лікарських посад в СРСР дорівнювала 96,5 % [359, с. 173]. Гірша була ситуація з укомплектованістю посад у Харкові. Якщо 1957 р. у місті бракувало 105 лікарів, то на середину 1960-х рр. уже 3 тис. медичних працівників, а 1987 р. дефіцит становив 4898 лікарів і середнього медперсоналу [118, арк. 7; 143, арк. 5]. Утім дефіцит поступово ліквідували: упродовж 1981–1986 рр. укомплектованість посад лікарів зросла з 82 до 88 %.

Гостріша за брак лікарів для повоєнної радянської охорони здоров'я була хронічна проблема недостатньої забезпеченості лікувальних закладів середнім медичним персоналом. На думку деяких експертів, кількість середнього й молодшого медперсо-

налу в СРСР потрібно було збільшити мінімум на 40 % [19]. Диспропорція між приростом штатів середнього медперсоналу й лікарів призводила до такого співвідношення, що не відповідало штатним нормативам і не розвантажувало лікарів від невластивих функцій, які мали виконувати середні медпрацівники [121, арк. 9, 33–34]. І хоча з 1970-х рр. встановили нормативне співвідношення між кількістю лікарів і середнього медперсоналу, на середину 1980-х рр. у Харкові все ще бракувало приблизно 3,5 тис. середніх медпрацівників (табл. 1) [84, арк. 100; 401, с. 163, 165].

У такій ситуації було чимало сумісників. У 1959–1964 рр. приріст посад майже вдвічі перевищував приріст лікарів: кількість лікарських посад зросла на 30,5 %, а кількість фізичних осіб — лише на 17,5 % [118, арк. 7]. Те саме стосувалося й середнього медперсоналу — приріст посад і фізичних осіб становив відповідно 45 і 27 %.

Можна загалом уявити масштаби дефіциту медичних кадрів в Україні, якщо, попри таку нестачу персоналу, забезпеченість лікарями й середніми медичними працівниками в Харкові 1985 р. перевищила республіканські показники і становила відповідно 43,3 проти 32,2 і 99,9 проти 93,6 на 10 тис. осіб [430, арк. 15–16].

Проте, крім вирівнювання дефіциту кадрів, у сумісництва була й інша причина. Унаслідок суцільної працевлаштованості в СРСР лікарі й сестри мали набагато нижче навантаження, ніж у Західній Європі та США, і відповідно маленьку зарплатню, тому прагнули працювати на 1,25 або 1,5 ставки, добираючи в такий спосіб потрібне навантаження.

Кадровий дефіцит виникав, оскільки розширювали масштаби будівництва лікувальних закладів, за якими не встигали підготувати медиків, особливо вузьких спеціалістів [373]. Чимало лікарських посад на станціях швидкої допомоги обіймали фельдшери. Наприкінці 1980-х рр. майже всі харківські поліклініки й лікарні були погано укомплектовані терапевтами, лікарями швидкої допомоги, педіатрами й вузькими спеціалістами (окулістами,

ендокринологами, отоларингологами, хірургами, невропатологами, травматологами, анестезіологами, онкологами) [365; 371].

Друга причина дефіциту — кадрові диспропорції всередині галузі. За підрахунками головного лікаря обласної клінічної лікарні, із загальної кількості лікарів, які тоді працювали в лікарнях і поліклініках Дзержинського (зараз Шевченківський) району Харкова, безпосередньо хворих лікували 85 %, решту становили управлінці та інспектори [365].

Зрештою, велику плінність кадрів зумовлювали незадовільне забезпечення молодих спеціалістів житлом і низькі зарплатні медпрацівників. Погляньмо на умови праці й доходи медперсоналу Харкова.

Крім лікування хворих, на що дільничний лікар кінця 1940—початку 1950-х рр. витрачав понад 80 % свого робочого часу, решту його поточного навантаження становила адміністративна робота, профілактичні огляди, відрядження, членство в ЛКК та абортних комісіях [136, арк. 68]. Оскільки в області дефіцит лікарів вузьких спеціальностей був більший, ніж у Харкові, часто харківські лікарі виїздили на село, щоб консультувати, лікувати або здійснювати методичну роботу [143, арк. 6]. Кожна велика харківська лікарня почергово висилала спеціалістів до підшефної лікарні в області строком до 2 місяців [106, арк. 16]. Залучали медиків і до непрофільних робіт: вони допомагали колгоспам збирати врожай, працювали на будівництві [156, арк. 4, 34].

До згаданої структури розподілення часу додавали науково-громадську роботу, однак не всі медпрацівники сумлінно ставилися до своїх наукових обов'язків. Наприклад, лікарі 1-ї міської клінічної лікарні в перші повоєнні роки систематично ухилялися від участі у клініко-анатомічних конференціях, тому керівники закладу запровадили обов'язкове відвідування конференцій під розписку [6, арк. 93–99].

Передусім лікарі були завантажені основною роботою — хворими своєї дільниці. Високе індивідуальне навантаження лікаря в перші роки повоєнної відбудови швидко вноrmували, однак воно знову стало понаднормове на початку 1950-х рр. [97, арк. 19; 99,

арк. 190; 136, арк. 63–65]. Ситуація стала на краще, коли зменшили дільниці й почали раціональніше використовувати кадрові резерви в 1960-ті рр. Однак понаднормове навантаження не могли ліквідувати через вищезгаданий дефіцит кадрів, перевантаженість стаціонарів хворими й добровільне сумісництво, завдяки якому медики поліпшували своє матеріальне становище. Лікаряю складно було зосередитися і швидко зробити висновки з огляду на нераціональний ліміт часу в 10 хвилин, щоб оглянути пацієнта. Реальний наплив хворих міг бути ще більший, і тільки сумлінність лікаря визначала обсяг його навантаження. Подекуди були шкідливі умови праці й невлаштованість робочого місця лікарів, які працювали в тисняві [99, арк. 191].

Робота молодшого й середнього медперсоналу, особливо санітарок, була дуже складна, низькооплачувана й неprestижна. Низький попит на неї збільшував навантаження наявних працівників [338]. Бувало, що одна санітарка доглядала понад 30 хворих замість 20 нормативних [104, арк. 137; 377, с. 294]. Як наслідок, деякі медпрацівники ставилися до своїх обов'язків абияк: «А то! Дура я за триста п'ятьдесят по полу елозить! Да ещє и не подкормишься...» [375, с. 364]. 350 рублів — це місячна зарплатня санітарки в 1954 р., тоді як середня зарплатня в СРСР 1952 р. становила 674 руб. [259, с. 36].

Зрозуміло, що за таких умов деякі працівники байдуже виконували обов'язки, були неввічливі з хворими. Медпрацівники вважали, що престижно отримати місце в лікарні, тоді як місця лікарів поліклінік, дільничних і лікарів швидкої допомоги отримували менш підготовлені фахівці [19].

Неввічливість і байдужість медпрацівників наприкінці радянської доби зумовлювали деяку розгубленість у керівників охорони здоров'я, які застерігали недобросовісних медиків, зменшуючи зарплатню й тимчасово понижуючи їх у посаді [373]. Водночас керівник харківського міськздороввідділу В. І. Реміняк 1987 р. чи не вперше зазначив, що треба чіткіше закріплювати дільничних лікарів за «своїми» пацієнтами, перетворюючи їх на сімейних лікарів. Також він наголосив, що потрібно надати хворому право

вибирати вузьких спеціалістів, а адміністрації закладу надати право заохочувати найпопулярніших і найефективніших лікарів.

1943 р. директор станції переливання крові отримував ставку в 950 руб. на міс., директор Харківської обласної поліклініки — 850 руб., лікарі різних спеціальностей — 725 руб., старша операційна сестра — 450 руб., сестра-господарка — 375 руб., чергова медсестра — 310 руб., санітарки — 225–260 руб., сторож, двірник, праля, прибиральниця отримували по 120 руб. [134, арк. 4, 9].

Зарплатня керівників охорони здоров'я Харкова різного рівня коливалася наприкінці війни в межах 600–1300 руб., середнього медперсоналу — 300–450 руб., молодшого медичного й некваліфікованого персоналу — 100–300 руб. [92, арк. 5–5 зв.].

Щоб розуміти ці суми, подамо тогочасну вартість інвентарю та предметів вжитку: друкарська машинка коштувала 10000 руб., мікроскоп — 5000 руб., візок — 2500 руб., халат або простирadlo — 40 руб., рушник — 4 руб. [134, арк. 6]. Якщо ціни на продовольчі товари за роки війни зросли у 8–15 разів, то середня зарплатня робітників, службовців і медиків — лише у 1,3–1,5 раза [453]. Середня місячна зарплатня робітника промисловості в СРСР 1944 р. становила 573 руб., працівника адміністративного апарату — 512 руб., медиків — 363 руб. [43]. Прожити на 400 руб. було складно, але варто зауважити, що ситуацію поліпшувала карткова система, громадське харчування та створена 1944 р. державна комерційна торгівля, унаслідок чого дещо впали ціни на харчові продукти.

За цих обставин навіть невелике зростання видатків на охорону здоров'я між 1946 і 1950 рр. удвічі збільшило кількість лікарів в СРСР: «В кратчайший срок советское общество ощутило переизбыток молодых докторов. К 1951 году их число на душу населения оказалось больше, чем во многих — если не во всех — других странах» [13, с. 176]. 1949 р. встановили пенсійне забезпечення медичних працівників за вислугу років, нагородивши їх урядовими нагородами за тривалий стаж бездоганної роботи [317, с. 340]. Для дільничних терапевтів і педіатрів тривалість чергової відпустки збільшили до чотирьох тижнів.

Надалі, маючи обмежені матеріальні можливості, органи охорони здоров'я не змогли збільшити кількість штатів. Зокрема, різницю у фонді зарплатні всіх райздороввідділів Харкова в середині 1960-х рр. компенсували, заморозивши створення нових відділень і закриття деяких наявних, а також не укомплектовуючи посади на станції швидкої допомоги й надаючи відпустки за свій кошт [123, арк. 3–4].

1961 р. в СРСР здійснили грошову реформу, під час якої старі грошові знаки необмежено обмінювали на нові як 10 до 1. Узагальнена структура розмірів зарплатні працівників медичних закладів Харкова 1964 р. у семи районах свідчить, що переважна більшість з них (90–94 %) отримували зарплатню до 100 руб. (табл. 12).

Причому приблизно с працівників цієї групи отримували доволі низьку зарплатню до 60 руб., тобто в межах мінімуму, який починався з 40 руб. (його тоді отримував молодий спеціаліст чи некваліфікований робітник). Отже, зарплатня харківських медиків, належних до різних щаблів, була відносно стала в 1940–1960-х рр., маючи тенденцію до зростання. Попри збереження низького рівня зарплатні в багатьох медпрацівників потрібно зауважити, що 40 рублів — той мінімум, що компенсував індивідуальні витрати на комунальну платню, харчування та проїзд у транспорті. Квартиплата або вартість проживання в гуртожитку до 1989 р. дорівнювала 10–12 руб. [442, арк. 27].

Порівнявши матеріальне становище харківських медиків з даними про розмір середньомісячної зарплатні робітників і службовців в УРСР упродовж 1950–1980-х рр. (табл. 13), доходимо висновку, що зарплатня 70–80 % медпрацівників більшості районних відділів охорони здоров'я м. Харкова на середину 1960-х рр., хоч і була переважно більша за прожитковий мінімум, не дорівнювала середній зарплатні в УРСР: «...зарплата медиков не превышала 70 % от среднестатистической» [19; 265]. Лише 20 % медпрацівників Харкова отримували зарплатню, вищу за середню, тобто понад 100 рублів.

Коментуючи рівень зарплатні радянських лікарів наприкінці 1980-х рр., автори однієї з публікацій зазначали: «Радянські медики, в тому числі кандидати наук, і далі отримували копійчану зарплату (іноді й її даремно), яка разів у 4-5 менша від зарплати санітара в державних лікарнях США: у нашого лікаря — пересічно 200 карбованців за місяць проти заробітку американського санітара — 240-260 доларів за тиждень» (згідно з курсом 1989 р. 1 долар США коштував 0,60 карбованця)» [178, с. 140].

Упродовж 1990 р. середньомісячна зарплатня в Україні становила 244,3 руб., 1991 р. — 495,4 руб., а мінімальний розмір зарплатні 1991 р. дорівнював 185 руб. [52; 333]. Середня зарплатня харківських медиків на початку 1991 р. становила 161 руб. [281].

Хліб 1990 р. коштував 14–28 коп., яловичина та свинина — 3–5 руб./кг, масло — 3,40 руб./кг [52]. Проте проблема тоді полягала в тому, що не можна було отоварити навіть ті невеликі гроші, які отримували лікар чи медсестра.

За цих умов медики тривожно очікували запланованого під ту пору переведення поліклінік з бюджетного забезпечення на госпрозрахунок, що також загрожувало скоротити штати. Окремі лікувально-профілактичні заклади намагалися розв'язати проблему підвищення зарплатні своїм працівникам, ввівши платні послуги [454].

Про те, що медицина в СРСР втрачала статус престижної професії, свідчило поступове старіння й висока плинність кадрів, особливо молодих медиків, через незадовільне житлове забезпечення [124, арк. 1; 265]. Проблемі не могли завадити адміністративні заходи із «закріплення» кадрів: головним лікарям заборонили брати на роботу випускників без направлень обласного чи міського відділів охорони здоров'я; інтернатуру затвердили тільки для випускників, яких направили на роботу за потрібним для міста профілем [124, арк. 3–4; 132, арк. 10].

На початку 1970-х рр. більшість медпрацівників області (68,8 %) мали власне житло. Проте середні медичні працівники були найбільш не забезпечені житлом. 1971 р. система Харків-

ського облздороввідділу налічувала 7011 лікарів і 21031 середніх медичних працівників, з яких комунальну площу мали 6004 лікарів (85,6 %) і 10054 (47,8 %) середніх медпрацівників [159, арк. 3–6].

Дуже довго відселяли сім'ї медпрацівників з територій лікувальних закладів. 1975 р. Рада міністрів УРСР навіть ухвалила окрему постанову щодо цього, однак процес тривав ще в середині 1980-х рр. [444, арк. 75].

Хоч поступово розв'язували житлову проблему, вона була одна з найбільшніх до розпаду СРСР. 1985 р. у восьми районах Харківської області не виконали постанову про забезпечення молодих спеціалістів-медиків житлом [431, арк. 6]. Наприкінці радянської епохи працівники охорони здоров'я в Харкові були категорією населення, найменш забезпеченою житлом [400]. Приблизно 3 тис. медпрацівників Харкова 1991 р. перебували на квартирному обліку, більшість — по 15–20 років [281].

Наскільки невирішеною була житлова проблема навіть для керівників охорони здоров'я, свідчить історія про те, як провідний харківський хірург 1960-тих рр. О. О. Шалімов «вибивав» квартири собі та своїм співробітникам. Спілкуючись з першим секретарем Харківського обкому Компартії України Г. І. Ващенком, який потрапив до харківського інституту загальної та невідкладної хірургії з гострим апендицитом, О. О. Шалімов натякнув йому та його дружині, що живе «на квартирі», як і його колега з дружиною й дитиною [2, с. 73–75]. Коли Г. І. Ващенко виписували з інституту, його дружина взяла контактну інформацію О. О. Шалімова та його друга-співробітника. За тиждень інститут отримав дві іменні квартири. Потрібно додати, що разом із будівництвом нового корпусу інституту на Павловому Полі О. О. Шалімов домогся також виділення землі й коштів, щоб збудувати дев'ятиповерховий будинок на вул. Дерев'янка для працівників свого закладу.

Невдоволені невідповідністю між розміром зарплатні та труднощами своєї професії, медики все частіше почали брати «подарунки» від пацієнтів: «Але за реальним добробутом мед-

працівники вийшли на третє місце в СРСР — після трудівників торгово-громадського комплексу та кооператорів» [178, с. 140]. Разом із цим корупційним пристосуванням, якого зазнав СРСР і яке вповні розквітло в незалежній Україні, під час шокового погіршення рівня життя наприкінці 1980-х рр. деякі доведені до відчаю медичні працівники ще змогли активно виступити з вимогами про захист гідності професії й можливість лікувати. 20 лютого 1991 р. відбувся двогодинний республіканський попереджувальний страйк після того, як з'їзд профспілки медиків України не розв'язав проблем медпрацівників, зокрема нестачу інструментів і низьку зарплатню [281]. Страйкарі й далі працювали, але відмовилися від зарплатні за дві години страйку. Напередодні Дня медичного працівника того самого року співробітники міської дитячої лікарні № 24 та інших закладів провели аналогічний страйк [245]. Наприкінці 1991 р. медики швидкої допомоги кілька разів виходили на майдан Дзержинського, вимагаючи підвищити зарплатню й забезпечити лікарні найпотрібнішими матеріалами й ліками [280; 307; 354].

Розглянувши окремі причини дефіциту кадрів у радянському Харкові, зазначимо тепер причини низької якості меддопомоги й показників здоров'я громадян в СРСР проти Західної Європи та США, не залежні від кількості медичних кадрів.

Перша причина полягала в тому, що нераціонально використовували наявні резерви, хоча з цим боролися. Зокрема, переглянувши правильність використання лікарських кадрів у 1950–1960-х рр. та ліквідувавши паралельні ланки в харківській медичній мережі, змогли вивільнити посади, щоб посилити територіальну й цехову дільничність [317, с. 314]. 1964 р. у Харкові створили міський організаційно-методичний кабінет, який вивчив ситуацію, виявив великі резерви штатів медперсоналу й раціонально розподілив їх [121, арк. 9, 26].

Наприкінці радянського періоду якість діагностики у столичних лікарнях була на рівні 1940–1950-х рр., а в Харкові, як порівняти з тим часом, навіть стала гірша [178, с. 141–142]. Зокрема, переважна більшість акушерів-гінекологів не могла надати потріб-

ної кваліфікованої допомоги на всіх етапах. Таку ситуацію пояснювали хибами в підготовці медичних кадрів.

Упродовж радянських часів в Україні виникла система обов'язкового вдосконалення медичних кадрів, для чого 1923 р. у Харкові заснували Український державний інститут удосконалення лікарів (зараз ХМАПО) [159, арк. 8].

На початку 1970-х рр. харківський міський відділ охорони здоров'я визначив завдання атестувати основну масу лікарів на курсах удосконалення або спеціалізації. Станом на 1971 р. понад 10 % лікарів щорічно закінчували курси удосконалення, а 23 % — курси спеціалізації [132, арк. 10]. 1973 р. з 7 457 лікарів Харкова 55 % атестували [15]. На початку 1980-х рр. свій професіональний рівень щорічно підвищувало вже 20 % лікарів і 10 % середніх медпрацівників, що відповідало настановам МОЗ СРСР та УРСР, 86,2 % лікарів мали атестаційні категорії [9, арк. 15].

За тодішніх темпів підвищення кваліфікації лікарі могли здійснити її впродовж 5 років, що відповідало нормативам, тоді як, щоб підвищити кваліфікацію всього середнього медперсоналу, потрібно було вдвічі більше часу — кожен середній медпрацівник міг пройти такі курси раз на 10 років [там само, арк. 15, 22–23; 335].

Як же сталося, що попри плановий підхід до проблеми якість меддопомоги була низька? Удосконалення, як і будь-яке навчання, саме по собі формальна справа, якщо не зважати на зв'язок із результатами роботи фахівця. Розмір зарплатні радянського лікаря залежав від кваліфікації, спеціалізації й наукового ступеня, але не від безпосередніх результатів щоденної праці. Отже, лікар не залежав від своїх пацієнтів [19].

До того ж очільники медичних закладів зловживали повноваженнями, добираючи кадри. Ситуація, коли головний лікар, керуючись різними мотивами, міг влаштувати на роботу випадкових людей, викривляла реальні показники забезпеченості населення кадрами, створювала «прихований дефіцит», підвищувала обсяг навантаження на решту медперсоналу.

Іноді навіть керівники лікувальних закладів вимушені були не зважати на нездар у колективі, що свідчить про «особливості» працевлаштування медиків на престижні місця. Так, згаданий директор Харківського НДІ загальної та невідкладної хірургії О. О. Шалімов, за спогадами колег, розумів, що «какою-то процент сотрудников чуть ли не балласт, и ничего тут не поделаешь. Их он старался обходить стороной, не давал никаких заданий и только стремился сократить их количество» [2, с. 25].

У 1980-ті рр. увагу зосереджували на вдосконаленні системи добору у виші професійно орієнтованої молоді. У постанові ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 1987 р. йшлося про те, щоб комплектувати виші завдяки абітурієнтам, які вже мали стаж роботи в лікувальних закладах, звільненим у запас військовослужбовцям, а також розширити навчання школярів з медичного профілю у міжшкільних навчально-виробничих комбінатах та використовувати їх як молодший медичний персонал [310; 359, с. 167].

Ідеологічна ситуація у країні дуже впливала на життя радянського лікаря як представника «трудової інтелігенції». Відомі своїми прогресивними настроями вітчизняні лікарі, багато з яких брали участь у революційному русі, не могли уникнути ідеологічного контролю партії в пореволюційний час, а деякі стали невинними жертвами сталінських репресій.

На початку 1950-х рр. ідейно-політична підготовка полягала в почерговій щотижневій політінформації, яку виголошував кожен лікар стаціонару [101, арк. 404–405]. Крім того, проводили мітинги, партзбори, бесіди з хворими, теоретичні конференції. Політпросвіта охоплювала лікарів, увесь середній і частину молодшого медперсоналу, працювали гуртки із вивчення «Короткого курсу історії ВКП(б)», політшколи для санітарок. Зрозуміло, що в такий спосіб медперсонал, насамперед лікарів-професорів (основних доповідачів та організаторів політзанять), відволікали від своїх безпосередніх обов'язків.

Особливістю епохи було те, що лікарі поєднували профільні функції з громадсько-політичною діяльністю, членством у кому-

ністичній партії й депутатством у місцевих радах. 1945 р. членами або кандидатами у члени ВКП(б) було 14 % харківських лікарів (230 осіб) [93, арк. 39]. Деяких керівників закладів, наприклад головного лікаря 1-ї міської лікарні І. М. Агеєнка, обирали до Верховної Ради УРСР. На початку 1970-х рр. 62 % керівників лікувальних закладів (172 особи) були членами або кандидатами у члени КПРС, 539 медичних працівників — депутатами місцевих рад [159, арк. 13–14]. Оскільки депутати в СРСР працювали на сесійній основі, лікарі могли поєднувати профільні обов'язки з функцією представників народу.

Найбільше зашкодила медикам за сталінських часів «справа лікарів», сфабрикована владою. Поєднуючи в собі антисемітизм та ізоляціонізм, вона була відгуком «холодної війни», а також попередньою спробою для нової масштабної чистки в партії, якій запобігла лише смерть Й. Сталіна. Постраждали від неї й харківські лікарі.

Справу розпочала публікація повідомлення в газеті «Правда» від 13 січня 1953 р., що викрито злочинну організацію провідних лікарів-агентів іноземних розвідок, євреїв за національністю, які свідомо, неправильно лікуючи, призвели до загибелі низки керівників партії й уряду [35, с. 348–349].

7 лютого 1953 р. заарештували видатного ендокринолога, професора Віктора Мойсейовича Когана-Ясного (1889–1958), завдяки зусиллям якого в Харкові почала працювати ендокринологічна клініка Органотерапевтичного інституту, де вчений уперше в СРСР 1923 р. отримав інсулін. В. М. Когана-Ясного звинуватили відразу у трьох не пов'язаних між собою злочинах: націоналізмі, шкідництві й аморальній поведінці [267, с. 141–144; 381]. Під час слідства він витримав тяжкі моральні й фізичні знущання, але не визнав інкримінованих йому звинувачень. Після смерті Й. Сталіна В. М. Когана-Ясного звільнили, однак повністю так і не реабілітували.

Ще однією жертвою «справи лікарів» у Харкові став завідувач Українського науково-дослідного психоневрологічного інституту Микола Маркович Зеленський [397]. Під час Другої світової

війни він оперативно евакуював інститут, створивши на його базі госпіталь у м. Тюмень. Завдяки мужній праці М. М. Зеленського госпіталь став одним із найкращих в СРСР, а самого керівника нагородили орденами Трудового Червоного Прапора й Червоної Зірки, багатьма медалями [370, с. 215]. М. М. Зеленський спробував себе і як історик — 1946 р. вийшла друком його монографія «150 лет Сабуровой дачи», присвячена історії однієї з найстаріших українських психіатричних лікарень.

Попри заслуги М. М. Зеленського виключили з партії та звільнили «за неправильний підбор и расстановку кадров», після чого в інституті почалася антисемітська чистка, яка дуже зашкодила цьому науковому центру союзного значення [там само].

В архівних документах зафіксовано, що окремі керівники медичної освіти й охорони здоров'я Харкова різко засуджували звинувачених колег [435, арк. 5–6]. Питання «політичної пильності» обговорювали на Вченій раді ХМІ, Українського НДІ туберкульозу [436, арк. 27]. Ці обвинувачення створили таку робочу атмосферу, що звільнені під час «справи лікарів» фахівці, коли її вже припинили, не могли, а інколи й не хотіли повертатися до своїх закладів.

«Справа лікарів» завершила серію ідеологічних кампаній повоєнного періоду, які підтримували стан ідеологічної напруги в радянському суспільстві, щоб згуртувати його в умовах «холодної війни». Жертвами такого «згуртування» на основі ненависті до вигаданих ворогів стали не тільки лікарі й безпосередні виконавці, невдовзі репресовані за «порушення радянської законності», але й найкращі робітники-стаханівці, які виконували невдячну роль громадських обвинувачів [435, арк. 4]. Про це свідчать слова майстра цеху харківського заводу транспортного машинобудування Овчинникова: «С чувством негодования я узнал о кровавых делах врачей-убийц, этих человекообразных зверей, жертвой которых пали выдающиеся деятели нашей партии и государства товарищи Жданов и Щербаков». Зрозуміло, що коли офіційно припинили справу, такі репліки (все одно, чи їх насправді сказали, чи вигад-

дали агітатори) не йшли на користь репутації робітників, ставлячи їх у безглузде становище.

Згадуючи негативний образ, який створили щодо лікарів за часів сталінщини, а також відносно низький професіоналізм лікарів у період пізнього СРСР, не можемо не розглянути питання про справжню моральну подобу харківських медпрацівників.

За сумлінну працю багатьох медпрацівників у мирні роки відзначили орденами й почесними званнями. На початку 1970-х рр. 352 харківські лікарі нагороджено орденами й медалями, 32 мали звання заслуженого лікаря УРСР, 864 — звання відмінника охорони здоров'я [15]. Зокрема, орденом Жовтневої революції нагороджено головну лікарку 22-ї інфекційної лікарні Т. І. Шапошникову, орденом Леніна — завідувачку Ленінського райздороввідділу — Р. Ульянову [132, арк. 10]. Нагороджували й лікувальні заклади, наприклад, 7-у дитячу лікарню, яка отримала почесну ювілейну грамоту ЦК Компартії України, президії Верховної Ради УРСР та Укрпрофспілки.

У лікувальних закладах розгорнули рух за комуністичну працю, завдяки чому змогли перетворити окремі заклади на бази передового досвіду, практикували урочисті огляди, присвячені святковим датам чи важливим політичним подіям, за результатами яких колективи преміювали.

Про протилежне ставлення окремих працівників до своїх обов'язків красномовно свідчить рапорт на ім'я головного лікаря 1-ї лікарні ім. Леніна від виконувача обов'язки завідувача патологоанатомічного відділення, яке до того посіло друге місце в соцзмаганні: «Довожу до Вашого сведения действия санитаря Сечкина Н. В... 27/XI.81, т. е. через неделю после приема [на роботу] находился в нетрезвом состоянии в рабочее время с посторонним лицом (женщиной алкогольного типа) в секционной. При разгрузке трупа... перевернули его с каталки на пол. При этом присутствовали санитарки отделения. 1/XII.81 утром на работе его не было и в 9.30 санитарка Беликова И. Е. говорит, что он сидит в той же компании в будочке сторожа с улицы Малиновского. Я пошел туда, и он оказался там с теми же женщинами,

но на роботу пришел и сделал вывозку. Я его предупредил, что если ещё что-то повторится, пусть пишет заявление на увольнение. Сегодня 8/ХІІ.81 г. его на работе нет». Врешті-решт, санітар написав пояснювальну записку, у якій визнавав свої провини, і відкараскався суворою доганою.

Випадок, який стався 1990 р. за участі чергової реанімаційної акушерсько-гінекологічної бригади, вже свідчить про тверезу недбалість. Лікарі бригади відмовилися виїжджати на виклик до породіллі з маточною кровотечею, передавши його іншій бригаді. Щоб уникнути відповідальності, один із лікарів наказав відправити заправлену машину за паливом, дезінформувавши чергового консультанта щодо браку бензину. Усім винуватцям оголосили сувору догану, матеріали на безвідповідальних лікарів-анестезіологів направили до атестаційної комісії облздороввідділу.

Такі особи працювали й далі в лікарні, вірогідно, саме через вищезгаданий дефіцит кадрів.

Завдяки висококваліфікованій і сумлінній праці медперсоналу тривалий час могли надавати медичну допомогу в СРСР на високому рівні. Коли кількість лікарів зросла, приблизно з 1970-х рр. їхній професіоналізм і моральні якості невпинно падали, а стан діагностики й лікування погіршувався [178, с. 141–142].

Ба більше, у 1970–80-ті рр. стали часті нові негативні явища: лікарів і фельдшерів Харківщини притягували до кримінальної відповідальності за шахрайство, вони викрадали та продавали ліки, фальсифікували службові документи, отримували хабарі, спекулювали ювелірними виробами, навіть здійснювали квартирні крадіжки й вчинили навмисне вбивство, щоб помститися, зросла кількість групових лікарських злочинів, коли хворий помирав через помилки, бездіяльність чи невігластво кількох осіб або навіть кількох лікувальних закладів [там само, с. 138–142].

Картина лікарських помилок і злочинності медиків у радянські часи порушує ширшу проблему — співвідношення відповідальності й гідних умов праці. Вона вкрай актуальна для України на сучасному етапі реформування державних органів, коли

потрібно уникати перегинів (висока зарплатня держслужбовців за незміненої відповідальності).

Отже, Харків мав ліпші за загальноукраїнські показники забезпеченості медичними кадрами, однак їхній дефіцит у місті постійно зростав. Лікарів бракувало, бо вони неефективно працювали в масштабах галузі. Не спонукав до ефективної роботи принцип матеріального заохочення медперсоналу, коли зарплатню формували, не зважаючи на якість лікування. Масове збільшення кількості медиків, яке мало забезпечити загальнодоступну допомогу, водночас свідчило, що влада намагається компенсувати технологічне відставання медичної сфери, і зумовлювало низьку зарплатню цієї категорії населення.

ДІЯЛЬНІСТЬ САНІТАРНИХ СЛУЖБ

Санітарний стан Харкова

Розповідаючи про охорону здоров'я в СРСР, наголосимо на її типовій рисі — плановому поєднанні суто медичних та комунальних і соціальних заходів, які здійснювала влада, щоб поліпшити громадське здоров'я. Підґрунтям цього процесу стало те, що громадське здоров'я розуміли широко як результат впливів довкілля й соціуму на людину, а також те, що санітарне впровадження міста уможливлене комплексним розв'язанням трьох проблем: розбудовою водогону й каналізації та очищенням міста від сміття. Таке переконання радянської санітарії ґрунтувалося на досвіді США й західноєвропейських країн, де кишкові епідемії долали саме в такій послідовності. Однак упродовж повоєнного періоду складно було розв'язати всі зазначені завдання.

Найважливіші для здоров'я об'єкти інфраструктури, які під час Другої світової війни цілеспрямовано руйнували, були водогін і каналізація. До війни в Харкові працював водогін, який щоденно постачав 120 000 м³ питної води [426, арк. 35]. Добова кількість води, яку подавали споживачам, наприкінці 1944 р. становила 17–18 тис. м³ [там само, арк. 8].

Окремі ділянки водогону пошкодили радянські війська, що відступали восени 1941 р. Німці підірвали наземні споруди харківського артезіанського водогону в лютому 1943 р. перед Третьою битвою за Харків [423, арк. 3]. У серпні того самого року німці підірвали й окремі невеликі свердловини й запасні резервуари. Були зруйновані всі насосні станції, підірваний Сіверсько-Донецький водогін. Після звільнення міста в серпні 1943 р. водогінна мережа мала 117 експлуатаційних свердловин з незначними пошкодженнями наземного обладнання частини з них [там само, арк. 3 зв.]. Зберегли також Центральну лабораторію водогону.

Сіверсько-Донецький водогін відновлювали до 1945 р., відбудувати артезіанський водогін завершили 1951 р.

Упродовж 1950-х рр. у Харкові дуже бракувало питної води. Тоді місто постачали водою здебільшого з міського артезіанського водогону й водогону з річки Сіверський Донець [227, с. 497]. Однак водогінна мережа була недостатньо розвинена, тому мешканці околиць користувалися водою з шахтних колодязів і водорозбірних колонок. Водночас підприємства забирали до 50 % усієї води з міського водогону. На початку 1950-х рр. населення багатоповерхових будинків переважно не мало води [102, арк. 19].

Мешканці околиць (Індустріальний район, Холодна гора, Салтівка, Помірки, вул. Полтавський Шлях) отримували воду зі значними перебоями, інколи тільки вранці та вночі [222, с. 307]. В особливо несприятливих умовах опинилися робітничі селища: Салтівські № 2 і № 3, ім. Герцена, Східне, Ново-Західне [348, с. 277]. Водоспоживання на одну особу було вкрай нерівномірне й коливалося від 250–350 л на добу в центрі міста до 20–50 л на околицях.

Тоді у водопостачанні Харкова виник парадокс, оскільки наявна водогінна мережа міста була дуже стара й зношена. Через це змушені були хлорувати артезіанську воду, погіршуючи її якість, адже за своїми бактеріологічними показниками характеристики води зі свердловин були набагато кращі за вимоги ДЕСТу [128, арк. 6–7].

Ще на початку ХХ століття внаслідок прогресивного обміління міських річок, зростання населення та промисловості Харків вичерпав відновлювальні можливості довкілля [172, с. 40–45]. Розпочаті в 1930-ті роки роботи з поліпшення санітарного стану річок зупинила війна. Перше повоєнне десятиліття харківські річки становили невпорядковані стічні канали, куди скидали нечистоти внаслідок аварій колекторів і насосних станцій. Попри це влітку харків'яни активно купалися в річках і прали білизну [39; 230]. Тільки в 1960-ті роки змогли почати облаштовувати харківські річки, і вони стали набагато чистіші. Проблема дефіциту водних ресурсів тоді була гостра, але її намагалися докорінно розв'язати.

1970 р. населення Харкова отримувало воду з Кочетоцького річкового водогону, артезіанського водогону, 54 локальних водогонів і 412 шахтних колодязів [127, арк. 7]. Кількість води на одну людину пересічно становила 247 л/добу. Проблему нестачі води дуже поліпшили, увівши до експлуатації 1984 р. водогін із каналу Дніпро-Донбас.

Попри великі успіхи в розв'язанні проблеми водопостачання Харкова впродовж 1970-х — першої половини 1980-х рр. і новаторські ідеї щодо обводнення харківських річок, Лопань, Харків та Уди наприкінці 1980-х рр. отримали статус надзвичайно забруднених. До початку 1990-х рр. кількість неочищених стоків, які скидали до міських річок, стала більша проти 1960 р. майже уп'ятеро і становила 370 тис. умовних тонн на рік, а донні відкладення зросли до 1,5 м. [348, с. 279]. Харківську воду забруднювали й сусіди — Белгородський і Шебелинський промвузли, — викиди яких очисні споруди Харкова очистити не могли [86, арк. 104].

1940 р. Харків був охоплений «каналізацією із чудовим очищенням стічних вод». Місто мало 5 насосних станцій, протяжність каналізаційної мережі становила 234 км. Місто очищали десятки пересувних асенізаційних бочок та автоцистерн [426, арк. 36].

Німці отримали харківську каналізацію майже неушкодженою, полагодили її й законсервували, тому, коли їх вигнали в серпні 1943 р., вона змогла відразу функціонувати [320]. Остаточно міську каналізацію відновили 1946 р.

1955 р., коли населення міста кількісно ще не досягло рівня 1941 р., потужності харківської каналізації вже перевершили довоєнні: її протяжність становила 270 км, працювало 7 насосних станцій, 3 об'єкти очисних споруд [410, с. 69]. Однак каналізація охоплювала всього 50 % мешканців міста.

На початку 1950-х рр., ввівши нову чергу водогону, міські органи характеризували стан харківської каналізації як «цілком катастрофічний», а санітарний стан міста з епідемічного погляду як загрозливий [102, арк. 4, 6]. Основна санітарна проблема Харкова впродовж повоєнного часу полягала в тому, що проектування й розвиток каналізації хронічно відставали від розбу-

дови промисловості, житлового фонду й водогону [128, арк. 8]. Унаслідок цього відставання Каналтрест змушений був аварійно викидати нечистоти, забруднюючи річки й вулиці й поширюючи кишкові інфекції [102, арк. 5, 22].

Про відсталий розвиток каналізації свідчать такі факти: 1955 р. за пропускної здатності біологічної станції в 70 тис. м³ стоків на добу станція щоденно пропускала 105–115 тис. м³ на добу; 1957 р., коли очисні споруди каналізації були розраховані на 84 тис. м³ на добу, кількість стічних вод міста досягла 140–160 тис. м³, тому в міські ріки щорічно скидали до 80 тис. мі неочищених стічних вод. Уже 1964 р. очисні споруди могли пропустити зазначений обсяг стоків у 170–180 тис. м³, але їх щоденно скидали по 240–250 тис. м³, тому 60–70 тис. м³, як і раніше, потрапляли до рік неочищені [118, арк. 8–9; 128, арк. 7]. Систематичне фонтанування каналізаційних стоків на зливних станціях ліквідували на початку 1970-х рр. [127, арк. 16].

Відкриті харківські водойми забруднювало приблизно 50 підприємств, які скидали до річок недостатньо чи взагалі неочищені промислові стоки, не маючи каналізації. Зокрема, річка Немишля та її береги були забруднені нафтопродуктами, оскільки стічні води викинув завод «Серп і Молот». На основних 26 промислових підприємствах Харкова в середині 1960-х рр. були очисні споруди, однак вони не всюди якісно очищували воду. Наприклад, м'ясокомбінат, скинувши неочищений жир до каналізації, призвів до несправної роботи її окремих ділянок [129, арк. 29, 31]. Темпи будівництва очисних споруд на промислових підприємствах та об'єктах міської каналізації на початку 1970-х рр. були вкрай повільні. Гіганти промисловості (ХТЗ, «Серп і Молот», ХЕМЗ, завод ім. Малишева) й далі забруднювали річки стічними водами й нафтопродуктами [360]. Оскільки станом на 1970 р. нові очисні споруди ще не завершили будувати, у місті неодноразово траплялися аварії перевантаженої каналізаційної мережі. Того самого року сталася аварія на насосних станціях заводу ХЕМЗ, унаслідок чого забруднили Основ'янське озеро й річку Харків [127, арк. 18]. Аварія сталася через перевантаження насосних

станцій, на які надходили також стічні води інших заводів. Тоді за вимогою міської СЕС та органів міліції встановили плакати про тимчасову заборону купатися в Основ'янському озері, ґрунт у місцях забруднення похлорували, випустили й замінили воду в річці Харків. Керівників підприємств, винних в аварії, оштрафували. Цей та інші випадки системного забруднення річок заводами змусили прокуратуру порушити кримінальні справи проти їхніх директорів, тому на підприємствах посилено контролювали використання очисних споруд; коли у справу втрутився міністр оборони, на заводі ім. Малишева побудували очисні споруди із системою зворотного водопостачання [там само, арк. 19].

Помилки у сфері водопостачання й каналізації переважно спричиняли гострі шлунково-кишкові захворювання. Обсяг неочищених стоків принаймні не зростав, однак проблему відсталого розвитку каналізації змогли стабілізувати впродовж 1957–1964 рр., коли потужність очисних каналізаційних споруд Харкова зросла у 2,2 раза [81, арк. 44]. Упродовж 1966–1970 рр. потужність каналізації збільшили ще на 83 %. [82, арк. 111].

Постійною проблемою в санітарному упорядкуванні Харкова було очищення міста від сміття. За роки окупації місто страшенно забруднили, причому сміттєзвалища утворювали безпосередньо на подвір'ях у центрі міста, про що красномовно свідчать описи, які зробили санінспектори: «Купи гниючого сміття, подвірна усмоктувальна вбиральня переповнена» (вул. Лібкнехта, 59); «...сміття накопичено до 4-х тонн» (вул. Гоголя, 11); «Дворові каналізаційні колодязі переповнені, подвір'я залите нечистотами» (вул. Дарвіна, 16) [88, арк. 8].

Наприкінці 1940-х рр. українські міста прибирали, мобілізуючи міське населення. Негативно розв'язували проблему, закопуючи рідкі нечистоти та сміття на подвір'ях домоволодінь, як це робили у 92 містах України, а в них — у 60 % домоволодінь [277, с. 5], тому ґрунт був перенасичений відходами. Держсанінспекція заборонила закопувати сміття, але його систематично не вивозили, не маючи транспорту. Транспортні втрати в 76 містах України 1945 р. проти довоєнного часу, коли транспорту теж бра-

кувало, становили від 95 % (автомобілі) до 76–78 % (кінні санітарні валки) [там само]. Отже, наявний транспорт міг вивезти не більше ніж 5–10 % сміття, тоді як транспорт відновлювали дуже повільно. Наприклад, у першій половині 1950-х рр. транспорт вивозив більше сміття, але він все ще міг обслуговувати лише 30 % потреб Харкова, тому нечистоти вивозили невчасно, через 2–3 тижні [102, арк. 21].

Проблема відбудови каналізації ставала гостріша, оскільки бракувало вбиралень. 1946 р. в українських містах зі зруйнованою каналізацією 58 % подвір'їв мали лише примітивні вбиральні, а 15 % – не мали жодних [277, с. 6]. Станом на 1953 р. понад 390 щільно заселених будинків у Дзержинському, Кагановичському, Комінтернівському районах Харкова (нині Шевченківський, Київський, Слобідський) зовсім не мали вбиралень; якщо додати до цього, що під ту пору була фактично одна громадська вбиральня (на вул. Університетській, 9), то зрозуміло, наскільки гостра була проблема [102, арк. 4]. На середину 1950-х рр. 40 % дворових каналізованих вбиралень у будинках житлових управлінь потрібно було капітально ремонтувати [128, арк. 4]. Як і раніше, багато дворів (приблизно 200) не мали навіть примітивних вбиралень.

У повоєнні роки в Харкові виникли нові селища (Залютине, ім. Герцена, Салтівське та ін.), де було багато неканалізованих вбиралень, однак трест «Очистка» не мав достатньо можливостей, щоб впоратися з цією роботою, бо бракувало асенізаційного транспорту. За таких обставин для окремих міських районів типово було, коли «більшість дворів домовладеній представляє собою свалочные места» [102, арк. 4].

Ось як описує громадську вбиральню Салтівського селища кінця 1950-х рр. Е. Лимонов в романі «Подросток Савенко» зі своєї автобіографічної харківської трилогії: «Туалет — каменний барак с двумя входами, мужским и женским, едва ли не единственный публичный туалет на этой «их» стороне Салтовского шоссе... весь затоплен гнилой водой пополам с мочой, а в воде анонимные народные умельцы уже проложили временный

мостик из принесенных откуда-то кирпичей, ведущий к деревянному возвышению с прорезанными в нем тремя дырами... Встав и бросив бумагу в дыру, он нечаянно, помимо своей воли, взглядывает вниз и замечает, что уровень дерьма под помостом необычайно высок, всего десять-пятнадцать сантиметров — отделяют дерьмо от помоста, а в дерьме там и сям шевелятся белорозовые черви!» [269, с. 92–94].

Щодо санітарного стану житлового фонду значимо, що багато житлових будинків на середину 1950-х рр. потребувало капітального й поточного ремонтів [128, арк. 5]. У низці будинків кухні загального користування зайняли під житло, а всі господарські й побутові потреби справляли або в самих житлових кімнатах, або в коридорах. За приклад нестерпної повоєнної житлової й санітарної проблеми були студентські й заводські сімейні гуртожитки, де в одній кімнаті мешкало по 2-3 сім'ї, а зайняті під житло кухні й санітарні вузли мали абсолютно неприйнятні умови [102, арк. 19]. 1946 р. сходи в гуртожитку стоматологічного інституту були завалені нечистотами, студенти спали по двоє, бо бракувало меблів, водогін не працював, вбиральні не було [185]. Студенти медичного інституту прали білизну в кімнатах, підлоги вбиральень гуртожитку були залиті водою. Ще гірший стан мали гуртожитки ремісничих училищ. Будівництво панельних будинків на незайнятих площах Харкова, наприклад у районі дослідних полів Селекційної станції (зараз Нові Будинки) та Павлового Поля, відкрило рятівну можливість розвантажити перенаселені бараки й комунальні квартири, чи не вперше масово забезпечило єдині житлові стандарти й у такий спосіб розв'язувало одну з санітарних проблем періоду повоєнної відбудови.

До 1960 р. кількість автотранспорту, призначеного, щоб вивозити сміття, асенізаційних цистерн, поливальних машин та іншої техніки набагато зросла [79, арк. 99–100; 103, арк. 39; 128, арк. 4]. Збудувавши в 1971–1983 рр. найскладніший об'єкт санітарного очищення міста — сміттеспалювальний завод, легше утилізували сміття [439, арк. 32]. Однак наприкінці 1980-х рр. у Харкові та

його околицях було багато самочинних звалищ, які містили й токсичні речовини [86, арк. 104; 87, арк. 30–34, 52, 55, 63, 72, 85].

Коли розв'язували традиційні питання, пов'язані з розвитком каналізації, водогону й санітарного очищення, постала проблема забруднення міського повітря промисловими й автомобільними викидами.

1970 р. рівень забрудненості повітря Харкова загалом не перевищував встановлених норм. Це, однак, не стосувалося території навколо промислових гігантів. За даними міської СЕС вміст пилу й сірчистого газу в повітрі навколо житлових зон за два км від підприємств ХТЗ, ТЕЦ-3, Коксохімзаводу, заводів ім. Малишева, «Серп і Молот» і Турбінного заводу, інколи в кілька разів перевищував максимально допустимі норми [343]. Крім того, на головних магістралях з інтенсивним рухом автотранспорту, які проходили через великі житлові масиви, концентрація окису вуглецю перевищувала допустиму норму у 5–20 разів [там само]. Ліпша була ситуація в Орджонікідзевському районі, де з 1930-х рр. створювали санітарно-захисні зелені масиви, що відділяли промислову та транспортну зони від житлових кварталів. Решту підприємств розмістили в житловій зоні. Наприкінці 1980-х рр. 32 промислові підприємства Харкова все ще не мали санітарно-захисних зон [232].

Планово обладнавши підприємства очисними приладами, знизили на 25 % концентрацію шкідливих речовин в міській атмосфері за 1976–1980 рр. [83, арк. 29].

Стан повітряного басейну Харкова на початку 1990-х рр. не відповідав санітарним нормам. Шкідливі викиди в атмосферу, попри всі зменшення, становили 210 тис. тонн на рік, тобто понад 100 кг на кожного харків'янина, що перевищувало гранично допустимі концентрації (ГДК) у 2–4 рази [348, с. 280]. До того ж, якщо істотних успіхів змогли досягти, зменшивши викиди промислових підприємств, то автотранспорт ті успіхи звів нанівець. На частку автотранспорту припадало понад 70 % забруднень атмосфери. Пересічно по місту забруднення повітря чадним газом

перевищувало ГДК у 2,5 раза, пилом — удвічі, а в деяких районах у 15–20 разів.

Переходячи від чинників впливу на санітарний стан Харкова до характеристики стану інфекційної захворюваності, зауважимо, що зазначені проблемні ділянки міської санітарії в перші роки після звільнення міста від нацистів ускладнював тяжкий окупаційний спадок. Визволивши місто, в перші дні зареєстрували багато інфекційних хворих. За словами медичних працівників, які залишилися в Харкові під час окупації, захворюваність почала зростати взимку 1941–1942 рр., коли населенню планово не постачали харчі. Почався голод, а рухлива частина населення змушена була йти за 200–300 км, щоб обмінювати продукти, що створило умови для поширення інфекцій по всій області. До того ж венеричні хвороби, короста, малярія були для жителів способом уникнути вивезення до Німеччини. Тому харків'яни переважно не вживали жодних заходів, щоб їх лікувати й попереджувати [426, арк. 2–3]. Потік полонених упродовж зими 1942–1943 рр. набагато збільшив захворюваність серед цивільного населення.

Унаслідок воєнних руйнувань і санітарних негараздів зростає захворюваність на масові інфекційні хвороби, особливо кишкові інфекції. Про них безпосередньо зазначають у звітах тих часів як про епідемії, однак усе-таки їх не можна порівнювати з епідеміями часів Громадянської війни, коли на висипний тиф в 1919 р. у Харкові хворіло 20055 осіб [70, с. 71]. Крім того, у Харкові могли бути сплески чуми й холери [94, арк. 21].

До Другої світової війни фіксували лише окремі випадки захворювань на висипний і черевний тифи в сільській місцевості. У більшості міст і робітничих селищ вже були водогінна й каналізаційна мережі, а в самому Харкові — 5 комунальних лазень і багато душових і санпропускників на всіх промислових підприємствах і в закладах громадського харчування.

1942 р. в Харкові зареєстрували 849 випадків черевного тифу, 207 випадків дифтерії, 387 випадків дизентерії, за перше півріччя 1943 р. — 1168 випадків висипного тифу [426, арк. 39]. Кількість населення під ту пору впала до 200 000 осіб. Визволення Харкова

збіглося з епідемією черевного тифу, 161 випадок якого зареєстрували у вересні. Епідемія особливо вразила район ХТЗ і центральні привокзальні райони. Безпритульні та приїжджі також розповсюджували інфекції. Через зруйнований житловий фонд великі групи людей купчилися в тісних приміщеннях у сприятливу для поширення тифів холодну пору року.

Тоді спалахнули епідемії малярії (2700 хворих, приблизно 65 % завезли цю хворобу з малярійних областей СРСР), кору серед ослабленого дитячого населення, зареєстровані численні випадки венеричних захворювань (1157 хворих на активні форми сифілісу і 1789 хворих на активні форми гострої гонореї), у двох приїжджих зі Сходу був поворотний тиф [там само, арк. 11, 15, 18].

Завдяки протиепідемічним заходам упродовж осені 1943 р. хвиля захворювань різко впала, а з весни 1944 р. почали масово щепити містян. Проте в області стан інфекційної захворюваності навесні 1944 р. характеризували як загрозований і навіть катастрофічний, оскільки гостро бракувало транспорту, лікарів і ліків [72, арк. 1–3]. Наскільки важливо для країни, яка воювала, було приборкати інфекції, свідчить той факт, що через малярію в області прогнозували навіть, що не виконають сільськогосподарські роботи [там само, арк. 2].

Захворюваність на черевний тиф у найбільших промислових містах України навіть 1946 р. була вища за середньоукраїнську: у Києві – учетверо, у Сталіному – удвічі, у Харкові – у 1,5 рази [277, с. 6]. Такий самий показник був у Харкові щодо дизентерії. Захворюваність і смертність від кишкових інфекцій у великих промислових центрах була набагато вища за смертність серед сільського населення. Їх спричиняло вже згадане незадовільне очищення міст від сміття. Загалом головні серйозні інфекційні хвороби, включно з найстрашнішою з них – сухотами, ліквідували чи мінімізували до першої половини 1950-х рр.

Розглядаючи санітарний стан Харкова в повоєнні радянські часи, зазначимо, що всі згадані чинники розвитку міського господарства, що впливали на інфекційну захворюваність, були типові

для радянських міст упродовж повоєнної відбудови 1943–1953 рр. Про це свідчить аналіз, який здійснив британський дослідник Дональд Філтцер, присвятивши його саме внутрішнім районам країни, де воєнні руйнації не затерли типовий довоєнний санітарний стан [468, р. 2]. Про типовість санітарного стану Харкова для інших великих міст УРСР наприкінці 1960-х рр. зазначали й у документах обласного державного й партійного керівництва [155, арк. 18].

Інфекційний стан Харкова в 1960–1980-ті рр., коли ліквідували загрозові повоєнні інфекції, позначено сезонними сплесками грипу, а також періодичними спалахами кишкових інфекцій у дитячих закладах, пов'язаними з порушеннями санітарно-гігієнічного режиму та якості харчування [151, арк. 1, 21]. Серйозними хворобами, профілактиці яких традиційно приділяли увагу, були туберкульоз, поліомієліт, дифтерія, паротит, гепатит.

Кризові явища, збільшувані наприкінці 1980-х рр., позначилися на діяльності санітарних служб як рецидиви хвороб, які нібито вже давно подолали. Зокрема, у каналізації й воді харківських річок упродовж кількох років виділяли холерний вібріон [348, с. 280]. На початку 1990-х рр. у дитячих закладах поширився педикульоз, у Харкові зросла захворюваність на дифтерію, кір, вірусний гепатит, дизентерію, реєстрували навіть летальні випадки [53; 203]. Показово, що 1991 р. міська СЕС зареєструвала 277 завошивлених людей, які не були безпритульні [367]. За таких умов лікарі не мали, наприклад, протидифтерійної вакцини й одноразових шприців [198]. Інфекційних хвороб стало більше й через те, що кількість батьків, які відмовлялися робити своїм дітям щеплення, боячись заразити дитину СНІД, зросла у 12 разів [53].

Незадовільний санітарний стан післявоєнного Харкова визначала сукупність чинників: дефіцит водних ресурсів; нерозвиненість каналізації та її відставання від розбудови промисловості, житлового фонду й водогону; брак громадських вбиралень і транспорту, щоб вивозити відходи; забруднення річок і повітря шкідливими викидами. Ситуація з санітарією в Харкові була типова для великих українських міст.

Санітарне впорядкування Харкова

Діяльність із санітарного впорядкування Харкова в повоєнні часи можна поділити на дві групи заходів. Перша група — це заходи міської влади, покликані поліпшити громадське здоров'я, зокрема розбудувати водогін і каналізацію, очистити місто від сміття.

Водогінні мережі в містах України почали відновлювати, щойно вигнали німців [423, арк. 33]. У Харкові внаслідок дво-етапного плану відбудови водогін запрацював на початку листопада 1943 р.

У перший рік після остаточного визволення Харкова міський артезіанський водогін відновили на 40 %, і він подавав до 30000 м³ на добу проти довоєнних 120 000 м³ [171]. Також відремонтували 60 % колонок. Водогінну й колодязну воду в той скрутний період систематично контролювали в лабораторіях. 1945 р. завершили відновлювати Сіверсько-Донецький водогін, який щодобово мав давати місту 56000 м³ води. У березні 1945 р. потужність водогону досягла 80 тис. мі на добу. 1950 р. міський водогін відбудували на 95 % від довоєнного, а вже 1951 р. артезіанський водогін Харкова повністю відновили [227, с. 385].

Упродовж 1955–1977 рр. поетапно реконструювали й розширили Кочетоцьку водогінну станцію, продуктивність якої становила 750 тис. м³/добу, а також побудували три нові лінії водоводу Кочеток-Харків. 1969 р. ввели в експлуатацію водогін до Салтівського житлового масиву [341]. Наступного року почали будувати канал Дніпро-Донбас, який мав остаточно розв'язати проблему водопостачання Харкова [165]. Усі ці заходи сприяли профілактиці шлунково-кишкових хвороб [155, арк. 18].

1972 р. у Харкові вперше в Україні почали бурити свердловини завглибшки 800 м. До кінця 1976 р. протяжність мереж і водоводів зросла у 4,5 раза проти довоєнної й становила 1386,4 км. Подання води в місті 1976 р. становило 718,1 тис. м³/добу проти 120 тис. 1940 р. Того самого року в Харкові починає працювати перша в СРСР автоматизована система управління

водопостачанням міста — АСУВ, відзначена дипломами ВДНГ і Державною премією України.

Завдяки цим заходам упродовж 1970–1979 рр. змогли збільшити добове споживання води на одного харків'янина з 247 л до 360 л [27; 127, арк. 7].

Наприкінці 1970-х рр. для санітарних пропусків та обводнення харківських річок перекидали воду з Печенізького водосховища. Як і в 1960-ті рр., очищували річки і споруджували набережні, навколо яких створювали зелені масиви (Гідропарк на р. Харків і Лугопарк на р. Лопань) [172, с. 42]. Низку водойм площею приблизно 150 га спорудили безпосередньо в межах міста.

Побудувавши 1976 р. канал Дніпро-Донбас, першу чергу магістрального водоводу від каналу до Харкова завдовжки 155 км ввели в експлуатацію лише 1984 р. [396]. Упродовж 1981–1985 рр. дуже швидко побудували водовід від селища Кочеток до Харкова. Усе це докорінно поліпшило умови водопостачання [227, с. 499].

Звільнивши місто, мали налагодити роботу електромереж, щоб каналізація, яку законсервували німці, почала функціонувати. Перші дві зливні станції запрацювали в Харкові наприкінці жовтня 1943 р. Тоді ж частково впорядкували поховання трупів [426, арк. 37]. Уже наприкінці 1944 р. каналізаційну мережу відновили на 40 % [там само, арк. 9]. До кінця 1946 р. основні об'єкти харківської каналізації відбудували і її протяжність досягла довоєнного рівня — 233 км [227, с. 385; 233, с. 8].

На початку 1950-х рр. пропускна здатність Диканівської станції очищення стічних вод стала менша проти довоєнного періоду, оскільки частина споруд вийшла з ладу, а нові ще не будували. Реконструюючи станцію впродовж 1957–1964 рр., змогли стабілізувати проблему хронічного відставання розвитку каналізації від розбудови житлового фонду й водогону. Змінили технологію очищення води, завдяки чому змогли б припинити викидати неочищені стоки в річку Уди [129, арк. 29].

Наприкінці 1950-х — на початку 1960-х рр. збудували й реконструювали понад 110 км мереж і колекторів, ввели в экс-

плуатацію Безлюдівську біостанцію [79, арк. 99–100; 80, арк. 223; 233, с. 8; 271, с. 118].

Упродовж 1960-х рр. розвиток харківської каналізації був стрімкий. За семирічку (1959–1965 рр.) потужність харківської каналізації зросла удвічі, за роки наступної п'ятирічки (1966–1970 рр.) потужність міських каналізаційних споруд зросла ще на 83 % [81, арк. 70; 82, арк. 111; 227, с. 498; 271, с. 119]. З 1960 р. до 1971 р. водогінну мережу збільшили на 318 км, каналізаційну мережу — на 420 км (вона становила 624,4 км) [127, арк. 16; 132, арк. 2]. Далі під'єднували промпідприємства до каналізації. Унаслідок цього наприкінці 1960-х рр. у Харкові припинили викидати в річки 70 тис. мі неочищених господарсько-побутових стоків [155, арк. 56].

Ці заходи стали підставою, щоб Рада Міністрів УРСР затвердила 1968 р. новий проект розвитку харківської каналізації, що передбачав збільшити потужності обох очисних станцій міста — Диканівської та Безлюдівської — до 750 тис. мі на добу [233, с. 9].

У 1970–1980-ті рр. у Харкові виконали велику роботу, щоб розв'язати складну проблему водовідведення, знезараження й використання стічних вод: побудували нові Диканівські очисні споруди; масштабно реконструювали колектори центрального району Харкова, глибоко (на 25–50 м) заклавши нову каналізаційну мережу, що стало інженерним досягненням союзного значення; 1974 р. ввели в експлуатацію другу в Європі за глибиною закладання (38 м) й найбільшу в Україні Головну каналізаційну насосну станцію (ГКНС) [233, с. 9–10; 248].

План дальшого перспективного розвитку каналізації до 2000 р. мав на меті обводнити харківські річки й постачати промислові підприємства технічною водою безпосередньо з річок [233, с. 9–10]. Це дало б змогу набагато менше витратити води з питних водосховищ на технічні потреби. По суті, це був перший в СРСР проект централізованого оборотного водопостачання не в масштабах одного або групи підприємств, а в масштабах великого промислового міста. Новаторство оцінили на союзному рівні, і 1977 р. робота «Комплекс споруд каналізації міста Хар-

кова» отримала премію Ради Міністрів СРСР. У 1980-ті роки потужності споруд каналізації щодо довжини мереж колекторів набагато зросли і становили 1200 км. Перекачувальна здатність насосних станцій в цей період досягла 850 тис. мі/добу [там само].

Ще перед війною були перші спроби перейти на планово-подвірне очищення центральних частин великих українських міст, уперше виникли компостні поля, щоб переробляти сміття [277, с. 4]. Зародки тих починань повністю зруйнувала війна.

Після війни видатний вчений-гігієніст і засновник санітарно-епідеміологічної служби України О. М. Марзєєв, зважаючи на обмежені кошти, запропонував низку доступних заходів, щоб докорінно змінити якість санітарного очищення: компостувати сміття й забезпечити в такий спосіб приміські колгоспи добривами; утилізувати рідкі нечистоти, створивши асенізаційні поля, які згодом засівати кормовими культурами, щоб мати фураж для кінного асенізаційного транспорту; будувати зливні станції; механізувати очисний транспорт; налагоджувати планово-подвірне очищення [там само, с. 8–11].

Як ці заходи втілювали в Харкові? Остаточо визволивши Харків, 1943 р. за містом створили місця, щоб знезаражувати відходи, ліквідували звалища в центрі міста (зокрема, у саду ХІІІ), організували санітарну валку.

З перших днів, мобілізувавши міське населення, почали очищати харківські вулиці від накопиченого сміття й завалів. У місячниках і недільниках восени 1943 р. – навесні 1944 р. взяло участь 97 тис. харків'ян [30]. Усього в Україні впродовж 1944–1945 рр. до кампаній санітарного очищення залучили приблизно 1/3 міського населення [277, с. 5]. Обком КП(б)У й виконком облради зобов'язували виконавчі комітети районних рад вживати заходів, щоб очистити вулиці й майдани за допомогою громадян [74, арк. 44 зв.]. Влада пропонувала виконкомам райрад і міському житловому управлінню популяризувати залучення містян до вивезення сміття, організовувати соціалістичні змагання між вулицями, домоуправліннями й районами на найліпший санітарний стан [137, арк. 28, 30]. Станом на травень 1944 р. обстежили

й очистили десятки тисяч об'єктів, з яких вивезли або закопали в землю тисячі тонн сміття і нечистот [31; 89, арк. 9].

На те, що широко застосовували практику масового залучення жителів до санітарного очищення радянських міст у перші повоєнні роки, звернув увагу британський дослідник Дональд Філтцер, пояснивши її довоєнною нерозвиненістю міських каналізаційних мереж. На запитання, що можна було зробити в санітарних умовах, які медики не могли системно поліпшити, тому відтермінували їх, Філтцер відповідає, що радянська влада досягла значних успіхів у подоланні інфекційних хвороб, наблизилася до рівня смертності розвинених європейських країн, здешевила оздоровчі заходи завдяки масовому вакцинуванню й використувала працю жителів, прибираючи міста [468, р. 337–341].

Масові санітарні заходи виявили потужні мобілізаційні можливості режиму. Так звані «місячники чистоти» були дуже важливі тоді, коли всю систему санітарного очищення в містах відновлювали повільно.

Гірше налагоджували планове подвірне очищення Харкова, що наприкінці 1940-х рр. охоплювало тільки чверть усіх домоуправлінь [137, арк. 28 зв.]. Провину за невиконані завдання з очищення міста облвиконком поклав на районні ради депутатів трудящих, виконкомам яких пропонували вдатися до дешевого й перевіреного залучення громадськості [там само, арк. 29]. Однак згадали й пропозиції О. М. Марзєєва: щоб знизити собівартість очищення, на асенізаційних полях планували створювати кормові бази для коней санітарної валки, роздільно збирати сміття.

Попри ці директиви та плани санітарне очищення міста на початку 1950-х рр. було незадовільне [102, арк. 3]. Це й не дивно, адже там, де безпосередньо не загрожували інфекції, відповідальні органи недбало ставилися до санітарного впорядкування. 1946 р. кореспонденти газети «Красное Знамя» звертали увагу на те, що марно чекати, що виконають численні обов'язкові постанови міськради, якщо на подвір'ї міської прокуратури на вул. Сумській, 7 лежали купи сміття й нечистот [185].

Констатуючи незадовільний санітарний стан міста, тогочасна преса наголошувала на персональній провині відповідальних осіб. Однак, попри реальну небезпеку судового переслідування, тривалі й масштабне недбальство було зумовлене тим, що об'єктивно не могли вивозити сміття самостійно, бо бракувало транспорту. Це підтверджує той факт, що реально на повне планово-подвірне очищення Харків зміг перейти лише на початку 1960-х рр.

Двірники не чергувалися, тому на початку 1950-х рр. харківські вулиці систематично не прибирали [102, арк. 4]. Урн для сміття на вулицях було недостатньо, причому на центральному майдані Дзержинського й навколо готелю «Харків» їх не було взагалі [141, арк. 10]. Утилізували сміття на примітивних звалищах, якими переважно були закриті яри. Сміття могли хіба що присипати землею чи будівельним сміттям. Тільки на Журавлівці та в Орджонікідзевському районі були компостні поля. Час від часу в місті виникали незаконні звалища [137, арк. 28].

На середину 1950-х рр. 70 % харківських домоволодінь перевели на щоденне планово-подвірне очищення, решту очищали раз на 2–3 дні [128, арк. 4]. Унаслідок цього стали вдвічі менше хворіти на шлунково-кишкові інфекції [205, с. 14].

До початку 1970-х рр. змогли налагодити збирання харчових відходів, накопичуваних на подвір'ях житлових будинків, щоб відгодовувати свиней у підсобних господарствах міського управління громадського харчування [328]. Годуючи тварин відходами, мали низьку собівартість виробництва м'яса, 30 тис. центнерів якого отримали їдальні 1969 р. І це при тому, що внаслідок поганої організації зібрали в десятки разів менше відходів, ніж запланували.

Далі масово будували сміттєзбиральні будинки, обладнували майданчики під сміттєзбирачі, каналізовані й вигрібні вбиральні у дворах. Щоб перевірити санітарний стан домоволодінь, робили рейди, у яких масово брали участь не лише працівники райсанепідемстанцій, міліції, санітарний актив, але й депутати [129, арк. 40]. Вибирали й готували санітарний актив, який на середину 1960-х рр. налічував 800 осіб, органи санітарного нагляду.

У 1970-ті рр. гостро стояла проблема з місцями знешкодження сміття, бо бракувало земельних площ. У Харкові було 2 звалища побутового сміття [127, арк. 29]. Утім під'їзні шляхи до одного з них не впорядкували, тому сміття скидали поруч зі звалищем. Тоді ж у Харкові стали дуже повільно будувати сміттєспалювальний завод. Завод почав працювати тільки 1982 р., зменшивши, але остаточно не розв'язавши проблему утилізації відходів [86, арк. 104; 87, арк. 30–34, 52, 55, 63, 72, 85].

Однак упродовж 1970-х рр. у Харкові вперше в СРСР розробили технологію та обладнання й заклали основи нової галузі — перероблення вторинної полімерної сировини, дуже заощаджуючи кошти й менше забруднюючи довкілля [77, арк. 16, 22].

З другої половини 1950-х рр. стали газифікувати промислові підприємства й низку комунальних об'єктів, що було важливо з погляду охорони атмосферного повітря [143, арк. 9]. Постачати газ у Харків почали 1956 р., увівши в експлуатацію Шебелинське газове родовище. Унаслідок наполегливих вимог саннагляду й численних скарг мешканців навколишніх житлових масивів 23 великі харківські промислові підприємства, зокрема електростанції як найбільші джерела задимлення міста, перевели на шебелинський газ.

У другій половині 1960-х міські служби стали приділяти пильну увагу атмосферному повітрю. Щоб його оздоровити, створювали важливі санітарно-захисні зони, найкращі з яких розташовані в Орджонікідзевському районі, наприклад, парк 40-річчя ВЛКСМ (нині «Зелений гай»), який створили в 1950-ті рр. комсомольці. Закладений ще в 1930-ті рр. парк ім. Маяковського й зелені масиви біля нього й досі відділяють житлові будинки на вул. Миру від Московського проспекту й низки заводів, розташованих вздовж парку. Упродовж 1960-х рр. у Харкові посадили понад 10 000 га зелених масивів, їхня площа щорічно зростала на 150–200 га [360].

На початку 1970-х рр. при Харківському міськвиконкомі створили комітет з охорони атмосферного повітря [132, арк. 2]. Під ту пору з 64 підприємств Харкова, які контролювала міська

СЕС, тільки 37 були повністю обладнані газопиловлонними пристроями, 18 — частково, а на 9 заводах їх не було зовсім [451]. Завдяки діяльності комітету на 37 промислових підприємствах створили лабораторії, щоб досліджувати атмосферне повітря [127, арк. 26]. Згідно з генпланом реконструкції Харкова 25 підприємств, що забруднювали атмосферне повітря, мали вивести за межі міста, а деякі — закрити. Скорочували виробництво, а також відселяли мешканців житлових масивів, вивчаючи їхні скарги щодо шуму й забрудненого повітря. Проте, щоб розв'язати ці питання, бракувало коштів.

Упродовж 1970-х рр. активно будували газопиловлонні споруди на промислових підприємствах, впроваджували нові технологічні процеси, завдяки яким набагато зменшували або ліквідували шкідливі викиди в атмосферу. Тільки за роки 10-ї п'ятирічки (1976–1980 рр.) ввели в дію 728 газопиловлонних споруд і приблизно 2000 вентиляційних пристроїв, у другій половині 1980-х рр. побудували ще майже 300 пристроїв загальною потужністю 8 млн мі/годину, перевели на газоподібне паливо 3,5 тис. автомобілів, створили нові зелені зони. Унаслідок цього концентрацію шкідливих речовин в атмосфері зменшили на 25 %, їхні викиди в атмосферу — в 1,5 раза [83, арк. 29; 133, арк. 90].

До другої групи належали заходи, що були в компетенції самих медиків і полягали в масовому вакцинуванні окремих категорій населення, диспансеризації хворих, санітарно-просвітницькій роботі, перевірці окремих закладів, систематичних подвірних обходах. Ці заходи здійснювали дільничні терапевти й цехові лікарі, кишкові кабінети при поліклініках, епідеміологи поліклінік і санепідемстанції, медсестри й санітарний актив, диспансеризаційні відділення.

До війни в Харкові була одна з найбільших в СРСР санітарних організацій. Тут працювали держсанінспекція, міська санітарно-епідеміологічна станція з бактеріологічною й хімічною лабораторіями, малярійна станція, будинок санітарної культури, 9 районних санітарних станцій, дві дезінфекційні станції, одна з яких — найбільша в СРСР, три санпропускники міськздороввід-

ділу [426, арк. 35]. У мережі працювало 119 санітарних лікарів, а в міських лікарнях було 1 500 інфекційних ліжок.

Звільнивши Харків, у вересні 1943 р. передусім створили міську й 9 районних санепідемстанцій, дезстанцію й один санпропускник [там само, арк. 37]. Восени 1943 р. місто вже мало 895 інфекційних ліжок, 2 туберкульозні й 1 венерологічний диспансери. За антисанітарії й постійного надходження евакуйованих тих потужностей було недостатньо [89, арк. 9, 15], тому через рік у Харкові вже працював 71 санлікар.

Свою роботу санлікарі почали з профілактичних заходів, реалізуючи їх, як і прибирання вулиць, за допомогою пересічних харків'ян. Зокрема, співробітники Червоного Хреста створили актив громадських санінспекторів при поліклініках, організували курси медсестер і дезінфекторів, використовували допомогу школярів у боротьбі з малярійним комаром [98, арк. 128]. Підготовлений у такий спосіб актив брав участь у подвірних обходах, виявляв хворих, забезпечуючи їхній догляд і термінову госпіталізацію, обстежував харчові об'єкти й питні джерела [426, арк. 4]. Наскільки дієві були ці заходи, свідчить те, що за рік до кінця 1944 р. захворюваність на черевний тиф зменшили на 55,1 % [там само, арк. 8]. Інститут громадських санінспекторів функціонував і після повоєнної відбудови [71].

Щоб ліквідувати малярію, від якої найбільше потерпали діти, упродовж 1944 р. відновили 11 малярстанцій і 8 малярійних пунктів, створили малярійні загони, 9 діагностичних лабораторій [426, арк. 12–13]. Навесні їхні працівники здійснили протирецидивне лікування, обстежили сотні тисяч та обробили десятки тисяч житлових приміщень, десятки тисяч гектарів анофелогенних площ за допомогою авіації, підготували 839 громадських хінізаторів, які, разом із введеними до експлуатації 10 великими гідромеліоративними системами, суттєво зменшили щорічну захворюваність на малярію: якщо 1944 р. зареєстровано 11398 випадків малярії, то 1947 — 4326 [98, арк. 127, 132; 99, арк. 206].

Восени 1944 р., щоб розробити плани боротьби з тифами, у Харкові створили міську й районні надзвичайні протиепідемічні



**Брауде
Ілля Рафаїлович**



**Гейманович
Олександр Йосипович**



**Гречаніна
Олена Яківна**



**Грищенко
Валентин Іванович**



**Євтушенко
Григорій Іванович**



**Зайцев
Володимир Терентійович**



**Коган-Ясний
Віктор Мойсейович**



**Конєв
Федір Андрійович**



Корж
Олексій Олександрович



Корнілова
Олександра Іванівна



Мала
Любов Трохимівна



Матвєєва
Віра Федорівна



**Меркулов
Іван Йосипович**



**Мещанінов
Олександр Іванович**



**Мірсагатова
Розія-Хан Садиківна**



**Молохов
Микола Олександрович**



**Ніколаєв
Лев Петрович**



**Новаченко
Микола Петрович**



**Пилипенко
Микола Іванович**



**Платонов
Костянтин Іванович**



Пушкар
Микола Сидорович



Сосін
Іван Кузьмич



Татаренко
Ніна Павлівна



Топузов
Вадим Сергійович



**Фабрикант
Мойсей Борисович**



**Фоміна
Майя Григорівна**



**Хвисяк
Микола Іванович**



**Цейтлін
Олександр Захарович**



Чередниченко
Володимир Мусійович



Шалімов
Олександр Олексійович



Шапвал
Володимир Іванович



Яковцов
Іван Захарович

комісії. Вони закріплювали за місцями великого скупчення людей та окремими квартирами медичних працівників, щоб ті систематично наглядали за санітарним станом і вживали протиепідемічні заходи. Несистемно наглядаючи за хворими на початковому етапі боротьби, лікарі пізно виявляли осередки інфекцій, тому всі дальші кроки з їхнього ліквідування були менш ефективні [88, арк. 3–4]. Зважаючи на це, визначили завдання: комісія мала в найстисліші строки виявляти хворих (не пізніше ніж за 3 дні від початку хвороби) і госпіталізувати їх (не пізніше ніж за добу від повідомлення) [91, арк. 1]. Після цього за осередком інфекції з обов'язковою термометрією хворих наглядали впродовж 25 днів.

Загрозувало й те, що реєстрували малий відсоток інфекційних хворих, однак серед узятих на облік тільки 25–30 % госпіталізували до напівзруйнованих холодних лікарень. Решта залишалася вдома, створюючи багато епідемічних вогнищ. Термінову госпіталізацію гальмував гострий брак транспорту: «В помощь райсанстанции, госпитализацией занимается Горсанстанция, располагающая лишь одной машиной, которая не снабжается бензином, а для госпитализации зарабатывающая бензин. Райисполкомы мало уделяют внимание этому моменту и практически не помогают госпитализации» [426, арк. 40]. Транспортна проблема була така складна, що завідувач Харківського міськздороввідділу М. Я. Сухарев пропонував доправляти хворих на підручних візках за допомогою населення.

Обов'язки з протидії поширенню епідемії раціонально розподілили між усіма міськими, комунальними й державними службами, включно з апаратом внутрішніх справ, співробітники якого разом з епідеміологами забирали безпритульних з вокзалів і вулиць. Щодокадно обробляли робітників оборонних підприємств і мешканців гуртожитків, а також дезінфікували увесь міський транспорт. Завдяки міській СЕС безупинно працювали лазні та пропускники, пральні створили в кожному районі.

На керівників житлових управлінь і домовласників поклали відповідальність утримувати їхні будинки й навколишні території: обов'язково їх ремонтувати, очищати від сміття, консервувати

зруйновані будівлі, обладнати урни для сміття, вбиральні. Чітко регламентували торгівлю. Встановивши штраф у розмірі 100 руб. або примусові роботи строком до 1 місяця, забороняли продавати насіння, тютюнові вироби, фрукти. За порушеннями наглядали міліція й міська санітарна інспекція, зумовлюючи чимале розширення повноважень санітарних лікарів. Вказуючи на це, голова міськздороввідділу М. Я. Сухарев звертався до лікарів: «Вам даны неограниченные права: их надо умело использовать, и дело санитарного благополучия г. Харькова будет обеспечено» [88, арк. 9].

Важливими у приборканні інфекцій стали масштабні щеплення. Наприклад, за півріччя 1944 р. здійснили 101 452 щеплення проти черевного тифу, 16983 — проти дифтерії, 3906 — проти віспи, 23951 — проти дизентерії. Щепленнями проти черевного тифу охопили всіх працівників харчових підприємств, водогону, заводів, щепленнями проти дизентерії й дифтерії — усіх дітей молодшого віку [426, арк. 40]. Передбачаючи нові спалахи інфекцій, медики створили запас медикаментів і дезінфекційних засобів, розрахований на 400 осередків тільки однієї холери [94, арк. 26].

Урешті, до липня 1944 р. всіх хворих на тиф, дизентерію та інші інфекційні захворювання госпіталізували [235, с. 15]. Завдяки комплексу протиепідемічних заходів, оперативним та енергійним діям санітарних лікарів на серпень 1945 р. змогли мінімізувати випадки поворотного й висипного тифу, а 1946 р. — ліквідувати спалахи найнебезпечніших захворювань. Боротьба була не завжди успішна, залежала від темпів відновлення й сезонності, тому рецидиви загрожували впродовж усього періоду відбудови [227, с. 420], хоча щороку захворювань ставало набагато менше.

1955 р. у Харкові працювали одна міська, 9 районних і дві залізничні санепідемстанції, бактеріологічна лабораторія, міська дезінфекційна станція з філією в Орджонікідзевському районі (зараз Індустріальний) [128, арк. 3]. У поліклініках функціонувало 28 кабінетів шлунково-кишкових інфекцій.

Санітарні лікарі тоді діяли часто недбало, з порушеннями. Як зазначав співробітник МОЗ УРСР, який інспектував Хар-

ків 1953 р., працівники міської СЕС рідко перевіряли відповідні заклади й не викривали елементарних помилок [141, арк. 1]. Як наслідок, уповноважений зауважив, що 1952 р. набагато зросла дитяча смертність від дизентерії в одному з дитячих об'єднань [там само, арк. 3]. Матерів там виписували з лікарні, не обстеживши на бацілоносійство, що загрожувало поширити інфекцію, а медперсонал нерегулярно або взагалі не проходив профогляди. Також дизентерію поширювали, несвоєчасно обробляючи осередки інфекцій [там само, арк. 4]. У районі, де працювало об'єднання, активно не виявляли хворих дітей, що призводило до пізнього діагностування й госпіталізації. Такий стан фіксували у двох районах Харкова, де через помилки діти хворіли на дизентерію кілька разів.

Джерелами інфікування були також заклади громадського харчування, 50 % з яких 1953 р. мали холодильні апарати [102, арк. 2]. Працівники СЕС інколи обстежували ці заклади, порушуючи законодавство. Саннагляд міг не помітити, що у продовольчому магазині немає вбиральні, рукомийника, каналізації, тоді як його персонал користувався вбиральнею сусіднього гуртожитку; у санітарних книжках не було позначок про перевірені інфекційні хвороби; мухи сиділи на харчових продуктів на полицях магазину, розташованого поблизу міської СЕС; у підсобному приміщенні їдальні зберігали порожні, немиті консервні банки й кістки; незаконно відкривали заклади харчування — тимчасові ресторани «Люкс»; невпорядкована була вулична торгівля [141, арк. 8–10].

На початку 1950-х рр. епідеміологічний стан Харкова був небезпечний. Попри ліквідовану загрозу, що інфекційні хвороби переростуть в епідемії, усе ще були активні висипний і черевний тифи, навіть траплялися хворі на проказу [179, с. 35]. Водночас почала знову знижуватися інфекційна захворюваність. На 1957 р. у Харкові повністю ліквідували захворюваність на малярію, реєстрували окремі випадки висипного тифу, набагато зменшили захворюваність на дизентерію, дифтерію, туберкульоз, венеричні захворювання [142, арк. 24]. Істотно, іноді втричі, зменшили захворюваність на дитячі інфекційні захворювання: скарлатину,

кір, кашлюк, дифтерію [143, арк. 8–9]. Захворюваність на заразні форми сифілісу знизили за 1947–1956 рр. у 70 разів — з 1699 до 24 [там само, арк. 14].

Станом на 1969 р. вже ліквідували такі інфекційні захворювання, як поліомієліт, дифтерія, бруцельоз, туляремія, зменшили захворюваність на кашлюк, скарлатину [155, арк. 54]. Проте загрозлива впродовж 1960–1980-х рр. була ситуація захворюваності дітей на гострі шлунково-кишкові інфекції, особливо на інфекційний гепатит, пов'язана з несприятливим санітарним станом у дитячих закладах [9, арк. 7]. Через це 1965 р. у Харкові на базі водного джерела типу Миргородського відкрили спеціалізований піонерський табір з дієтичним харчуванням і постійним лікарським наглядом для дітей, які зазнали шлунково-кишкових захворювань [151, арк. 4].

Інфекційну захворюваність зменшували, розбудовуючи та спеціалізуючи медико-санітарну мережу. Передусім ідеться про 22-у інфекційну клінічну лікарню, яку починає свою історію в листопаді 1952 р., коли інфекційні відділення 2-ї міської лікарні Харкова виділили в окремий заклад [246, с. 8–9]. 2-у лікарню, яка теж визнавали за інфекційну, реорганізували відповідно до наказу МОЗ СРСР про скорочення лікарень. Завдяки зусиллям завідувача кафедри інфекційних хвороб ХМІ професора Іллі Рафаїловича Брауде в Харкові створили інфекційну службу, відкривши 22-у лікарню [223, с. 56–57].

До 1970 р. заклад був розташований у непристосованих для інфекційних хворих бараках на території 2-ї міської лікарні [там само, с. 58; 246, с. 10]. У палатах перебувало по 12–14 хворих, стільки ж іноді доводилося розміщати в коридорі, де також стерілізували інструментарій [179, с. 35–36].

Завдяки побудові нових типових корпусів на просп. Героїв Сталінграду, 160 й переведенню до них 22-ї лікарні 1970 р., вона стала найкращою інфекційною лікарнею в Україні [223, с. 58; 246, с. 10]. Багато сил у будівництво нової лікарні вклали тодішня головна лікарка Тетяна Іванівна Шапошникова та її заступник, головний інфекціоніст області Юрій Олександрович Кричевський

[там само, с. 9; 179, с. 36; 271, с. 124]. З 1976 р. для інфекційних хворих створили дитяче реанімаційне відділення, поряд із дорослою будували дитячу інфекційну лікарню на 300 ліжок. На 1 січня 1981 р. госпітальна база інфекційних стаціонарів мала 1200 ліжок (620 дорослих і 580 дитячих) [9, арк. 7–8].

Завершивши будувати новий лікувальний корпус 1982 р., змогли створити профільні відділення в дорослій і дитячій лікарнях, кожна з яких мала 500 ліжок, ізолювати хворих у боксованих палатах [246, с. 10]. Водночас хворі спілкувалися з родичами за допомогою відеозв'язку. Лікарня мала сучасне обладнання. У її стінах застосовували діагностичні й лікувальні методи, які розробили працівники лікарні, зокрема, прижиттєве гістологічне дослідження товстої кишки, метод діагностування шлункових захворювань Ю. О. Кричевського та Б. Л. Гальперіна, метод аерозольотерапії грипу, лікування лазерним випромінюванням тощо [там само, с. 11; 223, с. 58; 231, с. 41].

Погіршення рівня життя у другій половині 1980-х рр., вихід з-під контролю держави економічної й соціальної сфер, пов'язані з цим невластиві для радянського суспільства негативні явища (організована злочинність, наркоманія, проституція, жебрацтво) відродили старі й поширили нові інфекції, найстрашнішою з яких став СНІД.

Отже, визволивши Харків, швидко відновили міські комунікації й ліквідували спалахи інфекційних хвороб завдяки масовій участі громадськості в санітарних заходах. І хоча впродовж наступних десятиліть не змогли розв'язати всі проблеми міської санітарії, Харків продемонстрував низку новаторських рішень у цій сфері.

МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

Організація лікувально-профілактичної допомоги

Стационарна допомога

Воєнні руйнації 1941–1943 рр. визначили довгострокові риси розвитку стаціонарної медичної мережі Харкова: у місті бракувало типових лікарняних приміщень, що зумовлювало великий дефіцит ліжок і характерний розвиток стаціонарної медичної мережі, який не встигав за зростанням міського населення.

Оскільки частину довоєнних будівель медичних закладів зруйнували, а частину зайняли інші установи, харківські лікарні й поліклініки змушені були розміщувати у пристосованих, інколи аварійних і підвальних, приміщеннях [103, арк. 9, 11–12; 136, арк. 22]. Це призвело до низки негативних явищ.

Будівлі, в яких розташовували лікарні, зазвичай не дуже відповідали своєму призначенню: незадовільні сантехнічні пристрої, малі пропускники, примітивні приміщення для кухонь, моргів, лабораторій, інколи бракувало каналізації й водогону [там само, арк. 23]. Невідповідність пристосованих приміщень до потреб лікувальних закладів, малий розмір багатьох стаціонарів унеможлилювали їхнє технічне облаштування, спеціалізування, створення боксів-ізоляторів. Оскільки бракувало боксів, частина ліжок була незаповнена, бо не можна було госпіталізувати інфекційних хворих у загальну палату. На початку 1960-х рр. через обмежене боксування дитячих лікарень 28 % ліжок у них щорічно не використовували [144, арк. 82].

І на початку 1960-х рр. багато закладів все ще були в аварійних будівлях барачного типу. Наприклад, жіноча консультація пологового будинку № 5 являла собою «маленький, низкий домок с кривыми потолками и стенами, маленькими окнами и дырявой крышей» [103, арк. 12]. З 51 лікарні половину потрібно

було капітально ремонтувати, приблизно 30 — розширити, 17 — реконструювати, 6 лікарень — повністю замінити [144, арк. 9].

У малих відділеннях загальних лікарень на початку 1960-х рр. розмістили майже половину туберкульозних, пологових й понад половину онкологічних ліжок [там само, арк. 17]. Малі відділення мали переважно від 25 до 50 ліжок, тоді як раціональна потужність відділень за нормативами становила понад 40–60 ліжок [377, с. 287]. Наприкінці 1960-х рр. у місті переважали малопотужні стаціонари до 125 ліжок (32 із 54 — 60 %), суттєво гальмуючи спеціалізацію відділень і впровадження у практику досягнень медичної науки [154, арк. 36–38; 155, арк. 49]. Мало-потужні стаціонари об'єднували та збільшували повільно.

Часто в Харкові 1950-х рр. при лікарнях проживали люди [382, с. 308–309]. Наприклад, у приміщенні НДІ гігієни праці та профзахворювань була 31-а лікарня, де мешкала сім'я, яка не мала жодного стосунку до лікарні. У приміщенні 7-ї дитячої лікарні на Сумській вулиці проживало 150 мешканців. Медичний персонал із територій лікарень відселяли до новобудов ще довго після війни. Лише у другій половині 1960-х рр. відселили понад 400 сімей медпрацівників, завдяки чому змогли створити приблизно 600 ліжок і потрібні служби [132, арк. 9]. Отже, питання про розширення ліжкового фонду свідчить і про складні побутові умови медиків.

Оскільки в повоєнні роки лікарні відкривали не там, де була в них найнагальніша потреба, а там, де надавали приміщення, порушили районування медичної мережі. Більшість медичних закладів зосередили в центрі Харкова, тоді як околиці до 1950-х рр. зовсім не мали медичних стаціонарів [102, арк. 56]. На початку 1950-х рр. відкрили лікарні на міських околицях: у селищі Артема, на Журавлівці, Москалівці, в Орджонікідзевському районі, у Салтівському селищі. Проте потужність цих малих стаціонарів на 35–75 ліжок не відповідала кількості мешканців району [99, арк. 220; 102, арк. 37].

Оскільки нераціонально розташовували лікувальні заклади, деякі лікарні не мали у своїх районах відповідних континген-

тів населення, щоб надавати медичну допомогу [123, арк. 23]. Зокрема, виникла колізія, коли в одному районі працювало дві лікарні, одна з яких була завантажена роботою, а у другій пустували ліжка; цьому дали раду, прикріпивши до закладів хворих з інших районів.

Нестача лікарняних площ у повоєнному Харкові внаслідок руйнувань і розміщення лікарень у малих пристосованих приміщеннях стала головною причиною хронічного дефіциту ліжок. У перший післяокупаційний рік ліжковий фонд відновили на 96,4 %, а 1946 р. харків'ян забезпечували стаціонарною медичною допомогою ліпше, ніж до війни, через меншу кількість населення (10,6 проти 8,7 ліжка на 1000 осіб). Однак надалі міське населення швидко зростало, зумовлюючи великий ліжковий дефіцит [135, арк. 1 зв.; 136, арк. 1].

Наприкінці 1940-х рр. ліжкова мережа Харкова набагато відставала від нормативів, згідно з якими в місті мало бути 8500–10000 лікарняних ліжок, тоді як насправді їх було приблизно 5800 [102, арк. 36, 52, 65]. Хоч в СРСР 1953 р. ліжковий фонд збільшився проти довоєнного на 30 %, у Харкові він становив усього 79 % від рівня 1940 р. [там само, арк. 36].

Надалі дефіцит тільки зростав, оскільки стаціонарна мережа Харкова впродовж 1945–1991 рр. за темпами свого розвитку значно відставала від темпів зростання харківського населення [121, арк. 2; 155, арк. 48; 382, с. 307]. До кінця 1960-х рр. дефіцит ліжок стабільно становив понад 3000 одиниць, 1979 р. він уже становив 4873 ліжка, а 1985 р. сягнув 6000 ліжок — тобто був на рівні кінця 1940-х (табл. 1) [9, арк. 22; 103, арк. 7; 118, арк. 1; 121, арк. 2; 123, арк. 20; 154, арк. 15; 155, арк. 46; 430, арк. 171]. Водночас кількість мешканців Харкова у 1945–1985 рр. зросла втричі — на 1,02 млн осіб [9, арк. 21; 363, с. 324].

Розвиток стаціонарної медичної мережі Харкова намагався наздогнати загальний розвиток міста. Про це свідчить коректніше зі статистичного погляду порівняння за допомогою показника співвідношення, який виражають у проценти (о/ооо) та обчислюють, поділивши річну кількість ліжок на кількість населення й

помноживши отриманий результат на 10000. Щоб досягти вищої точності, ми не брали до уваги період відбудови та швидкого відновлення міського населення, а використали 1960-й рік, у якому Харків упритул наблизився до статусу міста-мільйонника, стабілізувавши темпи зростання населення. З 1960 до 1990 р. населення Харкова збільшилося в 1,7 раза — з 952 600 до 1 602 388 осіб, натомість забезпечення харків'ян лікарняними ліжками зросло в 1,5 раза — з 88 до 135 о/ооо [110, арк. 2, 11; 227, с. 452].

Оскільки бракувало ліжок, хворих відмовлялися госпіталізувати в перевантажені стаціонари. На початку 1950-х рр. у 40 % випадків хворих госпіталізували несвоєчасно через відмови [141, арк. 13]. Кількість відмов у приймальних відділеннях харківських лікарень через брак місць 1953 р. становила 6168 випадків. У наступні роки ситуація не стала на краще й наприкінці 1960-х рр. харківські лікарні вже не завжди могли госпіталізувати навіть тих, хто гостро цього потребував [154, арк. 15–16].

Крім нестачі лікарняних площ і повільного будівництва нових лікарень, хронічну для радянської охорони здоров'я проблему дефіциту ліжок у Харкові загострювала низка причин, пов'язаних з нераціональним або неповним використанням наявних ресурсів.

Насамперед центральні органи неадекватно відбивали стан забезпеченості харків'ян стаціонарною допомогою, зумовлюючи прорахунки у плануванні розвитку міської медичної мережі. Формально, за даними республіканських органів, у Харкові 1967 р. на 1000 осіб припадало 14,3 ліжка за нормативу 11,2, тоді як фактична кількість ліжок не перевищувала показника у 9,7 [там само, арк. 17]. Викривлення виникло через те, що Держплан і МОЗ УРСР обчислювали забезпеченість харків'ян стаціонарною допомогою за загальною кількістю ліжок, наявних у Харкові, не враховуючи, що багато з них використовувало також населення Харківської та інших областей. Наприклад, 1944 р. хворі з інших міст становили 26,3 %, 1946 р. — 15 % від загальної кількості пацієнтів харківських лікарень [135, арк. 9 зв.]. У деяких відділеннях цей показник сягав 30–50 %. Наприкінці 1960-х рр. майже

5000 з 10415 ліжок у Харкові все ще займали мешканці інших міст, у яких бракувало спеціалізованих ліжок [154, арк. 16].

У перші післявоєнні роки харківський МЗВ не намагався регулювати надходження хворих до лікарень і повне використання ліжкового фонду [135, арк. 5]. Якщо неврологічні ліжка в міських лікарнях упродовж 1944 р. були перевантажені на 92 %, то ліжка цього профілю у клініках працювали з неповним навантаженням у 17 %. Те саме стосувалося й гінекологічних ліжок. Через цю неврегульованість того року в міських лікарнях не використали 10 % ліжок. Єдиного органу, який розподіляв би хворих по міських стаціонарах, у Харкові не було [136, арк. 23]. Потреба ліквідувати неузгоджену роботу міських лікарень та інститутських клінік стала одним із мотивів реформи охорони здоров'я 1947–1953 рр.

Частину ліжок щорічно не використовували, бо лікарні закривали на весняно-літній період, щоб ремонтувати їх. Такі ремонти часто були косметичні й полягали в «латанні дірок», оскільки виділених коштів бракувало, щоб не ремонтувати лікарні щокілька років [102, арк. 37–38; 123, арк. 20–21].

На капітальні ремонти виділяли немалі кошти — у 1950-ті рр. 3–4 млн, у 1960-ті рр. — 1 млн руб. щорічно, охоплюючи велику частину лікувальних закладів [102, арк. 49; 123, арк. 28]. Проте здійснення ремонтів систематично затягували, бо не було будівельних матеріалів, прикріплених підрядних будівельних організацій. До того ж будівельники ставились до роботи з медичними об'єктами як до другорядної справи. Основний підрядник — міськрембудтрест, — ремонтував лікарні невчасно, неякісно й за завищеними розцінками [там само, арк. 22, 32–33].

З іншого боку, неефективно використовували кошти, виділені на будівництво й ремонт лікувальних закладів. Прикладом нерационального використання наявних приміщень й надолугого витрачання коштів став випадок із розширенням 5-го шкірно-венерологічного диспансеру. Почавши реконструювати приміщення, виявили, що технічно не можуть його добудувати. Будівлю в доброму стані, яка могла б ще працювати, знесли, тому

жителі району деякий час взагалі не мали відповідної допомоги, а державі завдали матеріальних збитків у розмірі 117,7 тис. руб. [там само, арк. 26–27]. Так само змарнували кошти, спрямовані за розпорядженням завідувача міськздороввідділу Г. Торського на капітальний ремонт трьох аварійних корпусів 22-ї інфекційної лікарні. Ці капремонта не могли змінити аварійного стану корпусів, тоді як уже постановили будувати нову лікарню на 300 ліжок [там само, арк. 31]. Однак, коли вирішили зносити будівлі, нових коштів на це не виділили, тому частково відремонтовані приміщення ніхто не охороняв і їх пограбували.

Проблему дефіциту ліжок намагалися розв'язувати по-різному. Насамперед дефіцит лікарняних площ призвів до того, що їх часто ущільнювали, створюючи додаткові ліжка в палатах, коридорах, вестибюлях [там само, арк. 20]. Як типову рису розвитку лікарняної мережі повоєнного СРСР це явище відтворив О. І. Солженіцин у романі «Раковий корпус»: «– Да там в палате и стула негде поставить. – Боже мой, воображаю, что это за палата!... Сколько ж там коек? — Девять. Да это хорошо, что сразу в палату. У нас новенькие лежат на лестницах, в коридорах» [375, с. 9–11].

Найактивніше розширювали ліжкову мережу, ущільнюючи площі, упродовж 1950-х рр., однак це робили й надалі [143, арк. 4]. Станом на 1969 р. створили приблизно 5000 ліжок, зменшивши удвічі чи утричі санітарні норми (замість 7–9 кв. м на лікарняне ліжко пересічно припадало лише 3,6 кв. м) [154, арк. 16–17; 155, арк. 46–48]. Відповідно майже в усіх харківських лікарнях ліжка розміщували в коридорах, на що справедливо нарікали хворі. Крім того, створюючи додаткові ліжка, стаціонари виконували й перевиконували плани ліжко-днів й могли госпіталізувати населення. Тому не дивує факт, зафіксований у довідці ревізійної комісії МОЗ СРСР від 1962 р., про те, що «переуплотнение больниц является в городе не только фактом — сложившимся обстоятельством, но и планируется» [144, арк. 38]. Коли комісія відвідала харківські лікарні, у них перебувало на 27,6 % хворих більше від планової кількості ліжок, які до того ж ущільнили за тим самим планом [там само, арк. 85].

Розв'язати проблему дефіциту ліжок, прискоривши їхнє використання, запропонувала 1956 р. міністерка охорони здоров'я СРСР М. Д. Ковригіна на з'їзді гігієністів й епідеміологів у Ленінграді [317, с. 347].

Проте цей слухний захід щодо переходу від екстенсивного нарощення ліжок до обачнішого використання наявних ресурсів не завжди був на користь здоров'ю хворого. Зокрема, дітей та інфекційних хворих передчасно виписували з лікарень, створюючи умови для інфекційних хвороб. На початку 1960-х рр. передчасно виписували в 16,5 % випадків у гінекологічних, у 25 % — у терапевтичних і в 40 % — у дитячих відділеннях [144, арк. 36, 59]. Передчасно виписаних хворих повторно госпіталізували в 6,6 % випадків.

Також пришвидшували обіг ліжок, щоб «поліпшити» лікарняну статистику — невиліковних хворих виписували, щоб ті помирали за межами лікарні [375, с. 50].

Наступним конструктивним рішенням щодо розвантаження ліжок стало створення 1960 р. домашнього стаціонару в межах трьох лікарень. Домашній стаціонар передбачав, що медперсонал щоденно відвідуватиме хворих, доправляючи харчування, для чого надали спеціальну машину [144, арк. 41–42]. Коштів на харчування й медикаменти для хворих, які лікували вдома, виділили стільки ж, як і для стаціонарних хворих. Експеримент виявив, що бракує персоналу, тому медичні заклади звернулись по допомогу до громадськості й комітету Червоного Хреста; сам експеримент визнали невдалим, оскільки він розпорошив сили і зменшив ефективність лікування.

Негативно розв'язуючи проблему з нестачею ліжок окремих профілів, почали госпіталізувати хворих до непрофільних відділень [123, арк. 24; 130, арк. 130; 427, арк. 23]. Так, навіть 1985 р. у 2-й міській клінічній лікарні у 6–8 % випадків до терапевтичних відділень госпіталізували непрофільних хворих, зокрема тих, хто потребував спеціалізованої кардіологічної допомоги [430, арк. 7]. Як наслідок, пацієнти помирали від гострого інфаркту міокарда.

Від 1956 р. щорічно вводили в експлуатацію нові лікувально-профілактичні заклади. Упродовж 1956–1959 рр. у Харкові збудували 17-ту лікарню заводу ім. Малишева на 300 ліжок, 32-у лікарню ХТЗ на 200 ліжок, лікарні № 33 і № 34 (політехнічного інституту), дитячу лікарню в Комінтернівському районі (зараз Слобідський), дитячий диспансер на 100 ліжок [112, арк. 14–15; 395]. Також розширили 11-ту, 12-ту, 26-ту лікарні Держинського, Червонозаводського й Орджонікідзевського районів (зараз Шевченківський, Основ'янський, Індустріальний) [21; 113, арк. 1–2]. Лікарні мали електрокардіографи та флюорографи [418, с. 11–12].

Особливо успішно розбудовували медичну мережу Харкова впродовж «семирічки» (1959–1965 рр.). Тоді відкрили нову лікарню на 300 ліжок у пров. Шота Руставелі, два пологові будинки, лікарню заводу «Світло шахтаря», лікарні № 13, № 28, № 32, № 37, лікувальні корпуси 36-ї психіатричної лікарні й обласного онкологічного диспансеру, хірургічний корпус 1-ї лікарні, терапевтичний корпус лікарні Орджонікідзевського району, 11-ту та 35-ту дитячі лікарні й дитяче відділення 17-ї міської лікарні, низку спеціалізованих лікарняних відділень [271, с. 123–124]. Упродовж 1959–1964 рр. ліжковий фонд лікувальних закладів Харкова збільшили на 31 % — з 8395 до 10995 ліжок. 1964 р. забезпеченість харків'ян лікарняними ліжками досягла довоєнного рівня (8 ліжок на 1000 осіб) [118, арк. 1].

Щоб зрозуміти тогочасні особливості розвитку стаціонарної мережі, важливо дослідити структуру приросту ліжок. На відміну від 1950-х рр., коли ліжковий фонд Харкова розширювали, переважно ущільнюючи наявні площі, упродовж 1960-х рр. ліжковий фонд зростав уже завдяки новобудовам [143, арк. 4; 155, арк. 46]. Проте найбільше площі для нових ліжок (44,4 %) на 1964 р. все ще отримали, відновивши будівлі лікувальних закладів, 19,6 % ліжок змогли отримати, використавши пристосовані будівлі, і лише 32 % ліжок — завдяки новому будівництву [118, арк. 1]. Така питома вага у структурі приросту ліжок у новобудовах була недостатня, оскільки в СРСР передбачали приріст у 55%. Однак не всі лікувальні заклади, введені в експлуатацію, мали типові

планування — під лікарні й поліклініки часто надавали перші поверхи новобудов.

Загалом лікарні в українських містах упродовж 1950–1960-х рр. будували повільно й недостатньо [123, арк. 27; 143, арк. 3–4]. До того ж у Харкові не було плану будівництва медичних об'єктів на 1959–1965 рр., тобто на період виконання семирічного плану розвитку народного господарства, який тоді реалізували в СРСР [144, арк. 15].

Конкретний план будівництва лікувальних закладів склали наприкінці 1960-х рр., виділивши на його реалізацію 2 млн 590 тис. руб. [155, арк. 5]. Однак нові будівлі не вводили в експлуатацію, бо харківські органи охорони здоров'я не мали централізованої інженерно-технічної бази, щоб здійснювати капітальне будівництво [132, арк. 18].

Нові лікарні в Харкові змогли збудувати, залучивши кошти промислових підприємств [102, арк. 48]. На потребі такого залучення акцентували в офіційних документах упродовж усієї повенної історії радянського Харкова [155, арк. 77]. Це не дивно, якщо зважати на те, що наприкінці 1950-х рр. у Харкові коштом бюджету охорони здоров'я не збудували жодного лікувального закладу [143, арк. 4]. Десять років потому проблема все ще була, тому завідувачка харківського міського відділу охорони здоров'я В. Єгорова підкреслювала, що державних асигнувань, виділених на будівництво лікарень, недостатньо, а заходи, які здійснював міськвиконком, щоб залучити інші джерела фінансування, не могли радикально змінити стан справи [154, арк. 17]. У постанові виконкому Харківської обласної ради депутатів від 30 вересня 1968 р. зазначали, що міськвиконком приділяв мало уваги залученню коштів промислових підприємств і місцевих бюджетів, щоб будувати й розширювати лікувально-профілактичні заклади, а виділені на це кошти хронічно не використовував [125, арк. 2].

Восьма п'ятирічка (1966–1970 рр.) дала Харкову понад 20 лікувально-профілактичних закладів, зокрема, найкращу в Україні інфекційну лікарню, лікарню № 40 заводу «Серп і Молот», 16-ту дитячу лікарню, новий лікувальний корпус 36-ї

лікарні на 300 ліжок, хірургічний корпус 13-ї лікарні, пологові будинки у Дзержинському й Орджонікідзевському районах, дитячий санаторій на просп. Гагаріна, нове приміщення 10-ї дитячої лікарні, урологічний корпус обласної клінічної лікарні [271, с. 124]. 1970 р. у Харкові було 69 лікарень на 16410 ліжок [176]. Забезпеченість харків'ян ліжками збільшили до 10,1 ліжка на 1000 осіб за нормативу 11,2 [118, арк. 1; 132, арк. 3].

Упродовж 1971–1975 рр. у нові просторі приміщення переселилися науково-дослідні інститути загальної й невідкладної хірургії та охорони дітей і підлітків, побудували перший корпус нового лікувального комплексу на вул. Балакірева, водогрязелікувальний корпус 17-ї лікарні заводу ім. Малишева, дитячу соматичну лікарню на Олексіївці, пологове відділення 11-ї лікарні в Червонозаводському (зараз Основ'янський) районі Харкова [4; 272]. Також ввели в дію одну з найбільших в Україні, обладнану новітньою апаратурою багатопрофільну дитячу лікарню № 7 [392].

У роки 10-ї п'ятирічки (1976–1980 рр.) стали до ладу єдина на той час в Україні за своєю потужністю 1000-ліжкова міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги; унікальний республіканський кардіологічний центр на 220 ліжок, обладнаний першокласною лікувально-діагностичною апаратурою та прикрашений зимовим садом із фонтанами та тропічними рослинами; центральна психоневрологічна лікарня міністерства шляхів сполучення; пологовий будинок на Салтівці; Будинок дитини на Павловому Полі; новий лікувальний корпус 26-ї лікарні у Дзержинському (зараз Шевченківський) районі [227, с. 500; 236; 392].

Упродовж першої половини 1980-х рр. побудували дитячу інфекційну лікарню, лікувальний корпус міської психіатричної лікарні № 15, першу чергу лікувального комплексу на Салтівському житловому масиві, пологовий будинок № 4, єдиний в Україні денний стаціонар для студентів у 20-й лікарні [227, с. 500; 344].

У другій половині 1980-х рр. був останній сплеск активності в будівництві нових стаціонарів [271, с. 128]. Ідеться про ліку-

вальні корпуси студентської та психіатричної лікарень, хірургічний корпус на 170 ліжок міської офтальмологічної клінічної лікарні № 14 ім. Л. Л. Гіршмана, два лікувальні й фізіотерапевтичний корпуси обласної клінічної лікарні, поліклініку № 5 та дитячу поліклініку № 15 тощо. Водночас у край несприятливе становище було в найбільшому районі Харкова — Московському (Салтівка), який не мав багатопрофільної дитячої лікарні. Аналогічні проблеми були в Орджонікідзевському районі, де наприкінці 80-х рр. виріс Роганський житловий масив.

Загалом із 1975 до 1990 рр. у Харкові збудували 26 лікарняних корпусів на 6 100 ліжок, завдяки чому змогли оновити майже дві третини ліжкового фонду [169, с. 15].

Унаслідок нового будівництва та збільшення малих лікарень різко зменшили їхню кількість, збільшивши вдвічі загальну кількість ліжок у місті. У 1960–1990 рр. кількість лікарень зменшили з 71 на 10765 ліжок до 47 1990 р. [105, арк. 1; 110, арк. 2]. Середня потужність міських лікарень зросла з 330 ліжок 1975 р. до 469 ліжок 1980 р. [9, арк. 2].

Упродовж 1960–1980-х рр. суттєво зменшили кількість лікувальних закладів Харкова, розміщених у пристосованих будівлях. Якщо 1979 р. у них було приблизно 50 % від загальної кількості лікарняних ліжок, то 1989 р. частку скоротили до 35 % [там само, арк. 22; 371]. Водночас понад половину харківських лікарень потрібно було модернізувати, технічне зношення 37 % лікарень наприкінці 1980-х рр., перевищувало 50 % [373]. Як писала харківська преса, «это не больницы, а развалюхи» [463].

Ситуація з розміщенням великої кількості стаціонарів у пристосованих будівлях була типова для всієї України кінця радянської доби. Як засвідчила суцільна паспортизація лікувально-профілактичних закладів УРСР 1988 р., багато з них усе ще були ущільнені через цю причину [445, арк. 32]. Ситуацію мали змінити, виконавши масштабний план будівництва лікарень і поліклінік у період 1991–2005 рр., завдяки чому можна було б повністю забезпечити потребу в них і перевести в нові приміщення понад половину ліжкового фонду й 44 % потужностей

амбулаторно-поліклінічних закладів. Цей план не змогли втілити в життя через розпад СРСР.

Отже, якщо забезпеченість харків'ян ліжками 1944 р. впала до 5,4 ліжка на 1000 осіб, знов сягнувши довоєнного показника (9) лише в середині 1960-х рр., то 1990 р. вже помітна нормативна забезпеченість населення стаціонарною допомогою — 13 ліжок на 1000 осіб [123, арк. 20; 132, арк. 3; 135, арк. 10; 169, с. 15; 430, арк. 172]. Водночас досягли цього, не погіршуючи умов розміщення ліжка, — до 1990 р. палатну площу на одне ліжко змогли збільшити до 5 кв. м [169, с. 15; 371].

Відгуки пацієнтів харківських лікарень можуть суттєво доповнити уявлення про якість стаціонарного медичного обслуговування в Харкові за радянської доби. Зокрема, згідно з опитуваннями харків'ян 1990 р. 56 % опитаних були незадоволені роботою лікарень через їхнє погане впорядкування. Безумовно, що людське сприйняття сформоване та змінюване під тиском обставин та з плином часу. У наведеному прикладі, вочевидь, вбачаємо відлуння загального невдоволення суспільства на тлі кризи наприкінці радянської доби. Цікаво поглянути, як колишні пацієнти сприймають умови перебування в радянських лікарнях через багато років, коли можуть порівняти їх із сучасними реаліями.

Пропонована цільова вибірка містить 74 анкети, у яких зазначені умови перебування в харківських стаціонарах. Невеликий обсяг цільових вибірок (зазвичай до 200 осіб) зумовлено гомогенністю й повторюваністю їхньої інформації, оскільки контингент опитуваних визначено відповідно до мети дослідження й згідно із задалегідь встановленими критеріями (у цьому випадку — територіальні та хронологічні межі).

Більшість респондентів — харків'яни (63). Більшість випадків госпіталізації припадає на 1980-ті рр. — 43, на 1970-ті рр. — 18, на початок 1990-х рр. — 12, на 1960-ті рр. — 7, на 1950-ті рр. — 1 випадок.

У дослідженні повторено такі коди: достатній строк лікування — у 59 випадках (80 %); недостатній — тільки у 2 випад-

ках (1,5 %); брак матеріальних витрат — у 53 випадках (72 %), плата за перебування у стаціонарі, медикаменти, послуги — у 15 випадках (20 %); погані санітарні умови — у 5 випадках, чистота палат і ліжок — у 8 випадках; поганий стан білизни та меблів — у 15 випадках (20 %); тіснява в палатах — у 32 випадках (43 %); погане харчування — у 16 випадках (22 %), добре харчування — у 13 випадках (18 %); професіоналізм та уважне ставлення — у 46 випадках (62 %), недбале ставлення медперсоналу до пацієнта — у 17 випадках (23 %).

Те, що корупції з боку радянських медпрацівників не було, опитані вказали у 62 випадках (84 %), про її наявність зазначили у 14 випадках (19 %). До того ж у більшості випадків корупційний складник приховано як подарунки, «подяки», лише один респондент зазначив про те, що лікар безпосередньо вимагав хабар.

Аналіз відповідей свідчить про хитку межу між корупцією й «подякою» в суспільній свідомості. Так, у 8 із 14 випадків опитані заперечували корупцію, водночас вказуючи на непрямий примус до хабарництва або на те, що медперсонал приймав подарунки.

Дев'ять опитаних зазначили, що віддячили медпрацівникам з власної ініціативи: «Сама без принуждения, по собственному желанию отблагодарила доктора за внимание, заботу и хорошее лечение — бутылка коньяка, банка кофе, коробка конфет» (1980-ті рр.); «Подарки были скорее благодарностью» (1980-ті рр.); «приём медперсоналом подарков по инициативе родителей (намеков не было): медсестрам — шоколад, врачу — дорогой коньяк, красная икра, кофе, конфеты» (1985 р.); «Взятки, как сейчас, не было. Мы предлагали врачу деньги, но он не взял. Сказал, чтобы не обижали его этим» (1985 р.); «Никто ничего не требовал, но при даче не отказывался» (1985 р.); «Взятки как таковых не было. Просто в конце лечения хирургу принести «пакет» в благодарность, и то он не хотел брать» (1990 р.).

У нашому анкетуванні респонденти не мали однозначно оцінювати якість медичного обслуговування в харківських стаціонарах до 1991 р. Відповідно предмет дослідження постав у всій

своїй неоднозначності — у сукупності позитивних і негативних рис, поєднаних у часі й просторі. Анкетування виявило невеликий відсоток випадків корупції та платних послуг у харківських лікарнях, більшість з яких припадає на 1980-ті рр. Основні хиби за частотою згадувань — тіснява в палатах, погане матеріальне обладнання стаціонарів і байдуже, недбале ставлення медперсоналу. Однак більшість опитаних свідчить про достатні строки перебування у стаціонарі, брак матеріальних витрат, пов'язаних з лікуванням, наголошує на професійних і людських чеснотах медичних працівників.

Отже, основною проблемою розвитку стаціонарної мережі Харкова був дефіцит лікарняних площ. Її розв'язували, збільшуючи кількість ліжок у наявних, часто пристосованих лікарнях, що погіршувало якість допомоги. Інтенсивно будували лікарні, однак проблему не тільки не розв'язали, але й вона стала гостріша, бо зросло міське населення. Через це розвиток стаціонарної мережі Харкова намагався наздогнати темпи розвитку міста.

Амбулаторно-поліклінічна допомога

Загальна кількість амбулаторних закладів Харкова впродовж 1940–1944 рр. стала менша на 20 одиниць — з 64 до 44, зокрема кількість міських амбулаторій зменшилася з 22 до 9, міських поліклінік — з 21 до 16 [135, арк. 25], рентген-кабінетів — з 28 до 14, фізіотерапевтичних кабінетів — з 22 до 9, аптек — з 24 до 15 [там само, арк. 31 зв.].

1946 р. ще бракувало операційних столів, гінекологічних крісел, лав для очікувачів, простирадл і рушників, халатів [136, арк. 56]. Не кожна поліклініка мала апарат, щоб вимірювати кров'яний тиск. Потребували навіть таких дрібниць, як банки. Спиртівок і гасників не було, тому шприци кип'ятили перед ін'єкцією, бо переривали подання електрики.

Оскільки зруйнували довоєнні будівлі, окремі поліклініки так само, як і лікарні, упродовж 1944–1946 рр. змушені були розмі-

щувати у пристосованих будівлях і квартирах [там само, арк. 52]. Будівлі деяких поліклінік були частково зруйновані й 1946 р. Однак через нестачу площ гірше працювали й незруйновані поліклініки, на території яких розміщували інші заклади, унаслідок чого була «нестерпна скупченість». Наприклад, у 4-й поліклініці, площу якої зменшили на 2/3, бракувало приміщення для терапевтів (17 осіб), тому надали лише 2 кабінети, де одночасно працювало 2–3 лікарі. Натомість лікарі вузьких спеціальностей власних кабінетів не мали й мусили користуватися випадково звільненим кабінетом [там само, арк. 53].

Кількісно мережу амбулаторно-поліклінічних закладів Харкова визнали відновленою 1946 р., коли рівень обслуговування харків'ян досяг довоєнного рівня (табл. 14) [97, арк. 18–19; 136, арк. 62, 76]. Клініко-лабораторну мережу міста повністю відновили до 1947 р., однак ще на початку 1950-х рр. раннє діагностування гальмував дефіцит витратних матеріалів для клінічних аналізів, рентгеноскопії, електрокардіографів [99, арк. 191].

Кількість лікарів амбулаторної ланки на момент відновлення становила лише 54,6 % від довоєнної. Забезпеченість населення Харкова лікарями амбулаторної ланки впала за 1940–1946 рр. з 17,6 до 11,6 на 10 тис. населення [136, арк. 57]. Загалом кількість посад, які обіймали лікарі міської амбулаторної мережі, стала менша за період 1940–1946 рр. з 1431 до 650 (на 45 %), кількість посад середніх медпрацівників — з 1579 до 772 (на 49 %). Кадровий дефіцит гальмував збільшення кількості територіальних дільниць, потрібне, щоб нормально обслуговувати населення. Особливо бракувало середнього медперсоналу. Зокрема, на 126 лікарських дільницях працювало лише 45 медичних сестер, тобто майже одна медсестра на 3 дільниці [97, арк. 34]. Природно, що за таких умов зросло навантаження на лікарів [99, арк. 192; 136, арк. 65].

Унаслідок реформи охорони здоров'я в СРСР 1947–1953 рр. більшість лікарень і поліклінік об'єднали, що поліпшило діагностику, забезпечило неперервність лікування й підвищило кваліфікацію лікарів амбулаторної ланки; встановили також типову

територіальну лікарську дільницю з населенням у 4 тис. осіб (табл. 1) [177, с. 36]. У Харкові впродовж 1949–1957 рр. з 59 до 84 % зросла кількість хворих, яких обслуговував лікар своєї дільниці.

На 1957 р. амбулаторно-поліклінічне обслуговування харків'ян забезпечували 16 медичних об'єднань, 5 самостійних поліклінік, 5 протитуберкульозних, 2 венерологічні, один онкологічний диспансери зі стаціонарами та психоневрологічний диспансер без стаціонару [там само, с. 34]. Проте нормального зв'язку між стаціонарами та поліклініками не могли встановити, бо багато з них були далеко одне від одного в умовах хаотичного повоєнного розташування медичних закладів Харкова.

Доступність амбулаторної допомоги характеризують кількістю територіальних лікарських дільниць, їхнім розміром та укомплектованістю кадрами.

У 1940–1944 рр. кількість лікарських територіальних дільниць у Харкові зменшилася більше ніж удвічі — з 243 до 105 [99, арк. 64; 135, арк. 30]. Однак не всі дільниці були укомплектовані, що дуже перевантажувало дільничних терапевтів — у першій половині 1950-х рр. на одного лікаря припадало до 7 тис. населення за норми 4 тис. [102, арк. 17; 193, с. 192]. Перевантажені лікарі не могли впоратися з таким обсягом роботи, що зумовлювало високу захворюваність на інфекційні хвороби.

Керівники міського відділу охорони здоров'я не могли розв'язати проблему з кадрами, тому перекладали відповідальність за незадовільний стан захворюваності на самих терапевтів: «Участковые врачи не явились ещё подлинными организаторами здравоохранения на своих участках, мало занимаются профилактической работой, не привлекают санактив в помощь...» [102, арк. 18].

Упродовж 1947–1957 рр. щорічно зростала дільнична мережа (табл. 1; 15). Кількість терапевтичних дільниць змогли збільшити до нормативної (212) у середині 1950-х рр. [там само, арк. 38].

Оскільки населення міста швидко зростало, виникали нові райони, а також бракувало точних щорічних даних про кількість

обслуговуваного населення, харків'ян нерівномірно розподіляли між територіальними дільницями й нераціонально розставляли медичні кадри [136, арк. 66]. Дільниці були неоднакові за кількістю населення: на терапевтичній дільниці в першій половині 1950-х рр. могло проживати 5–11 тис. осіб, а на педіатричній — від 970 до 1800 дітей [102, арк. 38; 227, с. 500, 502].

Проблему також стала хаотична спеціалізація нових дільниць. Їх поділяли на три види: терапевтичні, педіатричні й акушерсько-гінекологічні. Профіль новоствореної лікарської дільниці визначала спеціальність лікаря, який її обслуговував [177, с. 34]. Новостворені дільниці територіально не збігалися й не могли забезпечити, щоб жителів окремої дільниці комплексно обслуговували всі потрібні спеціалісти.

Узгодили роботу всіх типів дільниць лише 1956 р., коли ввели додаткові лікарські посади і створили в Харкові 228 єдиних лікарських дільниць (табл. 15) [там само]. За ними закріпили комплексні бригади лікарів основних спеціальностей (терапевт, педіатр, акушер-гінеколог і фтизіатр), роботу яких координували дільничні терапевти.

Утім лікарі-спеціалісти майже не працювали на дільницях, а через малу кількість багатопрофільних лікарень (5), туберкульозних диспансерів і пологових будинків складно було створити єдині дільниці [там само, с. 38].

Якщо розглядати питання доступності амбулаторної допомоги для харків'ян, цікаво поглянути на те, як будували нові заклади, чи встигали за розширенням міста й виникненням нових районів. Якщо 1944 р. розміщення мережі амбулаторно-поліклінічних закладів керівники облздороввідділу визнавали як доцільне, то вже в 1960-ті рр. після того, як виникли нові райони — Нові Будинки, Павлове Поле, Салтівка, очевидні стали диспропорції в розташуванні медичних закладів [135, арк. 31 зв.]. До розбудови цих районів, здійснюваної впродовж 1950–1980-х рр., населення місцевих робітничих селищ обслуговували 10 амбулаторій. Зважаючи на те, що Харків розвивався в ширину, займаючи велику площу, розуміємо, які важливі були ці амбулаторії для жителів

околиць, коли бракувало транспорту. Наприклад, 2-а поліклініка могла обслуговувати чималу закріплену територію завдяки амбулаторіям, розташованим у найвіддаленіших дільницях — Рашкіній дачі, Салтівському селищі, Тюринці.

У період семирічки 1958–1965 рр. у Харкові побудовано та введено в експлуатацію 8 нових будівель для амбулаторно-поліклінічних закладів (табл. 1; 16) [121, арк. 2]. Наприкінці періоду, 1965 р., збудували ще 3 поліклініки в районах нових житлових масивів, у кожному з яких тоді проживало 50–60 тис. осіб (Павлове Поле, Нові Будинки, Орджонікідзевський район). Працівників з територій медзакладів надалі відселяли до новобудов. У віддалених районах Харкова відкрили 6 нових амбулаторій.

Саме тоді в харківських поліклініках набагато зросла кількість спеціалізованих служб (протитуберкульозна, шкірно-венерологічна, онкологічна, психоневрологічна служби), створено нові відділення (ендокринологічні, кардіоревматологічні відділення, відділення лікувальної фізкультури) [там само, арк. 4–5], відкрито кардіоревматологічний диспансер.

Можна сказати, що впродовж першої половини 1960-х рр. розв'язали найнагальніші питання технічного забезпечення поліклінік. Так, під ту пору уже всі поліклініки мали лабораторії, рентгенівські й фізіотерапевтичні кабінети.

Важливість амбулаторної ланки можна оцінити, якщо зважити на те, що на середину 1960-х рр. в амбулаторних закладах Харкова зосередили 65,4 % від загальної кількості лікарських посад (2960 з 4527) і 38,8 % посад середнього медперсоналу (4145 з 10685) [там само, арк. 6, 8–9]. Щоправда, співвідношення чисельності штатних посад лікарів і середнього медперсоналу в амбулаторно-поліклінічних закладах, як і загалом в мережі, не відповідало штатним нормативам і не розвантажувало лікарів від невластивих функцій.

Однак основну проблему амбулаторної мережі, пов'язану з нерівномірним забезпеченням окремих районів міста амбулаторно-поліклінічною, особливо дільничною службою, до середини 1960-х рр. не розв'язали, хоч кількість територіальних лікарських

дільниць у 1958–1965 рр. збільшили з 240 до 290 [там само, арк. 5, 9]. Кількість населення на окремих дільницях тоді коливалася від 1860 до 5800 осіб за нормативу у 3000 осіб на дільницю.

Аналізуючи розподіл населення по лікарських дільницях, встановили, що в центральній частині Харкова, де щільність населення найвища й найменша протяжність дільниць, вони мали менше населення, ніж дільниці на околицях, протяжність яких була більша, а впорядкованість гірша.

За висновками перевірки, здійсненої комісією МОЗ УРСР, таке становище зумовлено й тим, що керівники деяких медичних закладів шахраювали, завищивши у приписах кількість обслуговуваного населення в 1,5–3 рази [там само, арк. 10]. Наприклад, головний лікар поліклініки № 2 Московського району С. Л. Вайнштейн впродовж 7 років завищував кількість населення удвічі чи утричі, тому в цій поліклініці було кілька понаднормативних територіальних дільниць зі штатом 35 осіб, які утримували за понад 250 тис. руб.

Таке саме становище було й у деяких інших закладах. Виявивши цю негативну практику, міськздоровідділ уточнив кількість обслуговуваного населення. Унаслідок цього зазначену нерівномірність ліквідували, перерозподіливши лікарські дільниці та штати медперсоналу між поліклінічними закладами. Водночас виявили резерви у 250 штатних посад, зокрема 138 лікарів (тоді як у місті бракувало приблизно 500 лікарів і понад 2000 середніх медпрацівників), виявленими кадрами посилили поліклініки нових мікрорайонів. Про розмір збитків, яких завдали державі, створивши такі «мертві душі», свідчить той факт, що, реорганізувавши дільничну службу, мали щорічну економію у 300 тис. руб, не отримуючи додаткових штатів від МОЗ УРСР.

Наступна перевірка поліклінічних закладів засвідчила, що виявлені хиби не викоренено. До таких порушень належали утримання інших спеціалістів коштом штатів дільничних терапевтів, використання дільничних медсестер на інших роботах. Як наслідок, на багатьох дільницях працювали тільки лікарі, яким не допомагали медсестри [121, арк. 27]. Утім не можна заперечити,

що такі порушення були на користь справі й відповідали реальним потребам медзакладів, які, однак, не вписувалися у вузькі межі нормативного штатного розпису.

Оцінюючи якість роботи харківських поліклінік, комісія МОЗ УРСР зафіксувала наявність черг, неохайність медперсоналу, недокументовані обстеження через несвоєчасне потрапляння історій хвороб до лікарів [там само, арк. 29]. У 2-й поліклініці хворі зазвичай витрачали годину, щоб потрапити до лікаря [там само, арк. 30]. Комісія вказала, що не дотримано комплексне дільничне обслуговування, коли не всі спеціалісти медоб'єднання залучені до амбулаторної роботи; не виконано наказ МОЗ СРСР про рентгенологічне обстеження усіх, хто вперше звернувся до поліклініки, бо не було флюорографів; обмежено контингент осіб, охоплених диспансерним наглядом [там само, арк. 31].

Неоднозначний був і реальний стан з консультаціями хворих. Поряд із відомим прикладом сумлінної роботи, яку виконувала Л. Т. Мала, деякі професори й доценти порушували встановлений наказом МОЗ СРСР № 272 порядок періодичних консультацій, а окремі категорично відмовлялася брати участь у них. Ректори інститутів не контролювали, як ті виконують цей наказ.

Цікавим почином у лікувально-профілактичній допомозі населенню стала створена 1964 р. поліклініка Київського району, персонал якої становили медики-пенсіонери, що працювали на громадських засадах [271, с. 134]. Поліклініку чудово обладнали, її відвідали десятки тисяч харків'ян.

Упродовж восьмої п'ятирічки (1966–1970 рр.) у Харкові стали до ладу 7 нових поліклінік, 90 % котельень медзакладів перевели на газове опалення [132, арк. 7–8].

Однак, щоб мати уявлення про нові поліклініки, варто зважити на зауваження завідувачки міськздоровідділу В. Єгорової у звіті за 1968 рік: «Если проанализировать развитие в Харьковском поликлинических учреждений, то за последние 10 лет республиканские органы не предусмотрели здесь строительства ни одной типовой поликлиники, несмотря на быстрое развитие города и рост численности его населения... Это побудило

горисполком отводитъ под поликлиники первые этажи жилых и административных зданий: только за последние три года в городе под поликлинические учреждения отведено 9 таких зданий, но этого не только недостаточно по количеству, но, что особенно важно, помещения эти не удовлетворяют потребностей лечебных учреждений, поскольку в них невозможно организовать рентгеновские и физиотерапевтические кабинеты и некоторые другие важные службы» [154, арк. 17].

У другій половині 1960-х рр. в окремих лікарнях створили кабінети долікарського прийому, у поліклініках почали працювати кабінети функціональної діагностики [150, арк. 13, 37].

1971 р. населення Харкова сягнуло 1 млн 247,8 тис. чол. [132, арк. 2]. Тоді в Харкові було 64 амбулаторно-поліклінічні заклади на 15 314 000 відвідувань на рік [150, арк. 11], зокрема 14 самостійних поліклінік, 17 диспансерів, 6 стоматологічних поліклінік.

Розвиток дільничної мережі Харкова врешті істотно зменшив кількість осіб, які проживали на одній дільниці. 1970 р. доросла дільниця пересічно мала нормативні 3000 осіб [66, с. 7, 12; 227, с. 500, 502]. На 1971 р. у Харкові було 325 територіальних терапевтичних, 313 педіатричних і 132 акушерські дільниці.

На початку 1970-х рр. почали планувати розвиток медичної мережі Харкова на далеку перспективу, передбачали збудувати 24 поліклінік за 1972–2000 рр. [160, арк. 14]. Змінили також структуру поліклінічної мережі Харкова, дійшовши висновку, що вона має містити центральні багатoproфільні поліклініки зі спеціалізованими диспансерними відділеннями як організаційно-методичні центри й кілька великих багатoproфільних поліклінік у кожному районі. Наявність самостійних диспансерів визнали за недоцільне.

Примітно, що до початку 1970-х рр., хоч і розбудовували нові медичні заклади, однак не подолали проблему великої територіальної віддаленості поліклінік від стаціонарів. У зв'язку з цим міське керівництво вирішило відновити автономну амбулаторно-поліклінічну службу, повернувшись до дореформеної практики 1940-х рр. Цю хибу зумовило те, що стаціонарну допомогу частково реорганізували на базі старих лікарняних комплексів, у яких

розміщували й інститутські клінічні бази. Якщо ці заклади перевели б у нові корпуси, коли розбудова медичної мережі тільки-но почала наздоганяти зростання населення, могли втратити темп, порушити рівномірність надання медичної допомоги.

Новаторською ідеєю плану була пропозиція об'єднати амбулаторно-поліклінічні заклади для дорослих і дітей в єдині комплекси, щоб забезпечити безперервний диспансерний нагляд за населенням від початку до кінця життя [там само, арк. 18].

Практично реалізуючи план у роки 9-ї п'ятирічки (1971–1975 рр.), побудували кілька нових поліклінік, зокрема, поліклініку студентської лікарні на вул. Дарвіна, поліклінічне відділення однієї з найбільших в Україні дитячих лікарень на Олексіївці [227, с. 500]. На 1 січня 1976 р. у Харкові функціонувало 27 лікарень із поліклініками й 14 самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів [271, с. 125]. Усе-таки дефіцит потужності поліклінік сягав цифри, що приблизно дорівнювала їхній потужності (майже 20 тис. відвідувань за зміну), що призводило до черг і перевантажень у роботі лікарів. За роки 10-ї п'ятирічки (1976–1980 рр.) ввели в дію амбулаторно-поліклінічні заклади на 3750 відвідувань за зміну [9, арк. 25].

На базах лікарень медичні інститути створили п'ять консультативно-діагностичних центрів, розпочали електрокардіографічне обстеження осіб, старших за 40 років, які приходили по медичну допомогу [8, арк. 25]. Щоб рано виявляти онкозахворювання в жінок в амбулаторно-поліклінічних закладах, впровадили методи цитологічного обстеження, кольпоскопію, мамографію. У місті створили централізовані біохімічну, цитологічну й серологічну лабораторії.

На початку 1979 р. в Харкові мешкало 1 млн 444 тис. осіб [9, арк. 21]. У місті було 18 лікарень, 15 диспансерів, 13 самостійних поліклінік (табл. 1).

У роки 11-ї п'ятирічки (1981–1985 рр.) особливу увагу приділяли розвитку саме амбулаторної ланки: ввели в експлуатацію амбулаторно-поліклінічні заклади на 9640 відвідувань за зміну, створили міський психоневрологічний підлітковий диспансер,

спеціалізовані кабінети психо-, рефлексо- й мануальної терапії, спелеокабінети [227, с. 500].

Унаслідок здійснених заходів потужність амбулаторно-поліклінічних закладів 1985 р. становила 27330 відвідувань за зміну, а 1989 р. сягнула 32 127 відвідувань. Однак наприкінці 1980-х рр. Харкову все ще бракувало поліклінік на 8 203 тис. відвідувань за зміну [26].

Розвиток дільничної мережі Харкова врешті істотно зменшив кількість населення, обслуговуваного на одній дільниці. Ввівши нові посади дільничних терапевтів 1986 р., змогли обслуговувати однією лікарською дільницею 1700 осіб, що перевищувало норматив (2000 осіб) [344; 377, с. 263].

Дефіцит кадрів упродовж цього періоду був хронічною проблемою, хоч саме заклади первинної ланки мали пріоритет у забезпеченні медичними кадрами. 1990 р. укомплектованість фізичними особами дільничних лікарів-терапевтів становила 77,4 % від норми. Унаслідок обмеженої підготовки вузьких спеціалістів в інтернатурі погано укомплектували спеціалізовані служби поліклінік. Зокрема, обладнані сучасною діагностичною апаратурою офтальмологічні кабінети подекуди стояли порожні. 1990 р. 62 % лікарів були літні люди [271, с. 135].

Загалом упродовж 1972–1990 рр. у Харкові ввели в експлуатацію 28 амбулаторно-поліклінічних закладів загальною потужністю 16,7 тис. відвідувань за зміну [169, с. 10]. З 1971 до 1980 рр. збудували 12 із 16 запланованих поліклінік [272].

Завдяки заходам, здійсненим упродовж 1975–1990 рр., забезпеченість харків'ян амбулаторною допомогою збільшили з 129 до 200 відвідувань за зміну на 10 тис. осіб за нормативу 240 відвідувань. Корисна площа в поліклініках в розрахунку на одного відвідувача зросла з 5,4 до 7,8 кв. м. Активно впроваджували концепцію, за якою в кожній з поліклінік, що обслуговувала понад 60 тис. населення, мали створити приймальний покій з понад 30 спеціальностями [169, с. 12].

Водночас не змогли ліквідувати дефіцит амбулаторно-поліклінічних установ, приблизно 40 % яких наприкінці 1980-х рр. ще

тулилися у пристосованих приміщеннях [371]. Економічна криза загальмувала відкриття нових закладів, унаслідок чого склалася напружена ситуація з наданням амбулаторної допомоги жителям Жовтневого (зараз Новобаварський), Київського, Ленінського (зараз Холодногірський), Московського районів Харкова.

Надання швидкої допомоги населенню міста-мільйонника

Швидка медична допомога — одна з найголовніших ланок у наданні медичної допомоги міському населенню. У перші дні окупації Харкова 1941–1943 рр. німці пограбували станцію швидкої допомоги, конфіскувавши 8 санітарних машин [36, с. 29]. Попри це працівники станції й далі працювали й ходили на виклики пішки [186, с. 132]. Головним лікарем станції в роки німецької окупації й до 1956 р. був один із її засновників і перший керівник Микола Олександрович Молохов.

Винятково важлива для служби швидкої медичної допомоги була її забезпеченість автотранспортом. 1940 р. автопарк харківської станції швидкої медичної допомоги мав 25 санітарних автокарет [102, арк. 41]. Коли Харків звільнили, у лютому 1944 р. станція швидкої медичної допомоги отримала військовий автомобіль, обладнаний під санітарний, 1945 р. — ще один [36, с. 29]. Тоді ж при станції відкрили автомобільну майстерню. 1953 р. автопарк станції мав тільки 14 автокарет, до того ж 12 з них були сильно зношені, деякі кілька разів капітально ремонтвані [102, арк. 42]. Не мала станція і спеціальних автокарет, щоб перевозити породілей. Через нестачу санітарного автотранспорту стало більше відмов і виїздів до населення, на які запізнювалися на понад одну годину, звели нанівець практику перевозити лежачих хворих з квартир до лікувальних закладів. Щоб нормалізувати ситуацію, харківська станція швидкої медичної допомоги на початку 1950-х рр. потребувала 17 автомашин зі штатом для 10 карет, про що порушила клопотання перед відповідними інстанціями.

Упродовж 1960-х рр. кількість автомашин і штат лікарів головної станції швидкої допомоги Харкова щорічно зростали. Кількість викликів з надання швидкої медичної допомоги зроста на початку 1960-х рр. проти 1940 р. у 17 разів. 1946 р. бригади станції зробили 11252 виїзди, 1950 р. — 35614 виїздів, 1961 р. — 187 021 виїзд [36, с. 30, 33]. Отже, якщо населення Харкова з 1945 до 1962 рр. зросло в 1,8 раза, то показник забезпечення харків'ян швидкою медичною допомогою за той самий період зріс приблизно у 8 разів [144, арк. 4; 287; 363, с. 324]. На середину 1960-х рр. харківська станція швидкої допомоги стала більша проти року свого заснування (1910 р.) за штатом лікарів у 40 разів, за кількістю працівників — у 42 рази, за кількістю рухомого складу у 21 раз (до 43 автомобілів), за кількістю виїздів — понад у 100 разів [119, арк. 1]. Натомість населення Харкова впродовж цього часу збільшилося вчетверо — з 236 342 1911 р. до 952 600 1959 р. [118, арк. 3; 227, с. 6, 452; 401, с. 164].

Проблемою тогочасної швидкої була нестача запасних частин для автомобілів і потрібних ремонтних бригад, унаслідок чого автомобілі часто ламалися, а лікарі запізнювалися на виклики [123, арк. 39].

Утім забезпеченість населення Харкова швидкою медичною допомогою ще дуже відставала від чинних нормативів: 1965 р. замість 100 виїзних бригад працювало тільки 50, наприкінці 1960-х рр. за нормативу у 120 машин наявні були тільки 76 (табл. 1) [121, арк. 11; 155, арк. 49]. Варто зазначити, що гострий дефіцит санітарного транспорту відчувала вся медична мережа Харкова — 1971 р. він становив 500 автомобілів (наявні були 404 автівки) [132, арк. 33].

Невідкладну допомогу в Харкові надавали та приймали амбулаторних хворих також відповідні пункти при поліклініках. Таку допомогу в харківських поліклініках і лікарнях у 1950–1960-ті рр. організовано незадовільно. Жодна дитяча лікарня Харкова не надавала невідкладної допомоги дітям, не було й нічної невідкладної педіатричної допомоги [147, арк. 12–13]. На середину 1960-х рр. у Харкові працювало 14 пунктів невідкладної медичної

допомоги, якими методично керувала станція швидкої допомоги [118, арк. 3; 147, арк. 13]. Пункти недостатньо укомплектували лікарями, тому чергували сумісники. Наприклад, лікарні № 1, № 3, № 11, № 12, № 15, № 27, що обслуговували великі райони Харкова, не мали штатів, щоб комплектувати службу невідкладної медичної допомоги [102, арк. 43]. Кожний пункт мав власний автомобіль, але автівки постійно ремонтували, оскільки не було автомайстерень [125, арк. 2; 147, арк. 13].

Сама станція тоді все ще була у двоповерховій будівлі початку століття [109, арк. 1; 154, арк. 18]. Ця будівля на вул. Червоножовтнева, 41 (зараз Конторська), збудована на благодійні кошти 1910 р., уже не вмщала всього персоналу. Зокрема, диспетчерська, де цілодобово працювало шість осіб чергового персоналу, була в кімнаті площею 15 кв. м [109, арк. 1]. Служба швидкої допомоги не мала стоянок і гаражів, тому її автомобілі під час перезмінювання й уночі займали проїзну частину вулиць [36, с. 33; 109, арк. 1]. Станція використовувала гаражні бокси інших лікувальних закладів [119, арк. 5].

З розширенням Харкова та зростанням обсягів роботи станції швидкої допомоги потрібно було відкривати нові підстанції. 1951 р. другу самостійну станцію створили в Орджонікідзевському (зараз Індустріальний) районі Харкова [36, с. 32]. Зважаючи на незадовільні умови роботи станції швидкої допомоги, харківський міськвиконком спеціальним рішенням № 813 від 25 грудня 1962 р. зобов'язав виконкоми районних рад депутатів надати приміщення для підстанцій швидкої допомоги [там само, с. 34; 186, с. 132]. Щоб розосередити санітарний транспорт, наблизити допомогу до населення й поліпшити умов роботи працівників служби, упродовж 1962–1964 рр. у п'яти районах Харкова створили підстанції швидкої допомоги. Однак усі вони були у пристосованих приміщеннях, інколи в колишніх приватних будинках, без гаражів і стоянок для санітарних автомашин [107, арк. 3–4; 109, арк. 1; 119, арк. 2–4].

Другу станцію в Орджонікідзевському районі, щоб спростити роботу, 1965 р. реорганізували в підстанцію [123, арк. 7]. Завдяки

цьому змогли заощадити понад 20 тис. руб. на рік, які до того використовували, щоб утримувати зайвий персонал [там само, арк. 8].

У рішенні виконкому Харківської міської ради депутатів трудящих від 25 серпня 1971 р. постановили в кожному районі міста впродовж 1972 р. побудувати типову підстанцію швидкої допомоги [132, арк. 17]. Щоб закріпити кадри, ухвалили в кожному районі Харкова створити гуртожиток на 25 осіб і додатково виділити житло для сімейних працівників.

Визначений міською радою строк будівництва був нерéalний. Насправді відкривали типові підстанції аж до кінця 1980-х рр., коли підстанції всіх районів Харкова нарешті отримали нові приміщення (табл. 17). До того більшість із них були у пристосованих приміщеннях.

Шістдесяті роки, а саме 1962 рік, позначені початком спеціалізації харківської служби швидкої медичної допомоги. Ще 1956 р. в Харкові створили першу педіатричну бригаду [36, с. 33]. На початку 1960-х рр. під орудою лікарів-ентузіастів Ю. С. Кохманюка, Л. М. Небелевич, Є. І. Лисенко, фельдшерів Марієнгоф, Яковлевої, Сластіної в Харкові виникли паростки спеціалізованої служби швидкої невідкладної медичної допомоги — кардіологічні бригади [там само, с. 32]. Саме лікар Ю. С. Кохманюк вперше успішно застосував електричну дефібриляцію хворому на пароксизмальну тахікардію у клініці професорки Л. Т. Малої на базі 27-ї лікарні 1962 р., тобто на зорі використання цього методу в СРСР і світі.

1962 р. в Харкові, за прикладом інших міст СРСР, при станції швидкої створили першу бригаду боротьби з термінальними станами (протишокову), яка мала лікаря-реаніматора, двох фельдшерів і санітара — склад, типовий для усіх спеціалізованих бригад швидкої допомоги [46, с. 18; 147, арк. 4]. Бригаду обладнали популярним тоді міським мікроавтобусом РАФ-977А, новітньою наркозною й дихальною апаратурою, електрокардіографічним обладнанням, дефібрилятором, мікроскопом, системою переливання крові, малим хірургічним набором, запасом швидкодійних

ліків, кровозамінною та протишоковою рідиною [147, арк. 5]. Про результати роботи бригади свідчать такі дані: 1966 р. завдяки реанімаційним діям на місці нещасного випадку змогли врятувати життя й госпіталізувати 403 з 532 потерпілих (75 %), вивести чотирьох людей зі стану клінічної смерті, у якому перебувало 12 осіб [46, с. 20].

Упродовж 1962–1964 рр. на станції швидкої допомоги Харкова створили педіатричну, психіатричну, неврологічну, інсультну та акушерську бригади, медперсонал станції вперше здійснив трахеотомію [36, с. 33; 147, арк. 4]. 1965 р. на харківській станції швидкої медичної допомоги працювало 6 спеціалізованих бригад [121, арк. 11]. Упродовж 1966–1969 р. створили також педіатричну, психіатричну, реанімаційну, неврологічну, дві кардіологічні бригади [125, арк. 2; 155, арк. 20].

Технічно модернізували станцію. 1962 р. станція отримала диспетчерські пульти на 10–12 каналів, що забезпечило зв'язок з підстанціями й лікарнями [186, с. 132]. 1965 р. на 26 автомашин із 43 встановили радіостанції, на 1969 р. радіофікували 85 % з-поміж приблизно 70 машин швидкої допомоги [155, арк. 20]. До кінця 1969 р. планували завершити будувати авторемонтну майстерню зі стоянкою на 30 машин.

1971 р. на станції швидкої медичної допомоги в Харкові працювало 1 570 осіб (314 лікарів і 480 середніх медпрацівників), цілодобово функціонувало 76 виїзних бригад, серед них 14,5 спеціалізованих: 2 протишоккові, 3 кардіологічні, 1 неврологічна, 6 педіатричних, 1 токсикологічна, 1,5 психіатричні [132, арк. 17]. У Харкові було 9 підстанцій.

Запізнення бригад швидкої допомоги залишалося хронічною проблемою харківської служби впродовж усього повоєнного періоду, але в різні роки ця проблема мала різні причини. Нестача автомобілів швидкої, брак автозапчастин і, як наслідок, недостатня згідно з нормативами кількість виїзних бригад, були проблемами, що відбивали загальний дефіцит доби «застою». Зокрема, наприкінці 1970-х рр. автопарк харківської швидкої мав 115–122 автомобілі — достатню кількість для Харкова [8, арк. 20; 357]. Однак

через нерегулярне постачання автобази витратними матеріалами щодня простоювало до 5 машин. Наприклад, нові покриття не надходили на автобазу, поки повністю не вичерпували плановий ресурс старих, а постачальник запчастин «Сільгосптехніка» був не в змозі задовольнити потреби усіх закріплених за ним організацій. Ситуацію міг поліпшити дозвіл станції швидкої допомоги приймати технічні послуги від керівників автогосподарств підприємств та установ Харкова, що й зробили.

Поганий стан нумерації будинків ускладнював пошук потрібної адреси, особливо вночі, та й харків'яни не мали звички зустрічати викликану бригаду [275; 294].

Персонал бригад швидкої відволікали й безпідставні виклики, що традиційно становили впродовж усього повоєнного періоду 4–6 % (наприкінці 1960-х рр. 14 тис. викликів, які коштували понад 70 тис. змарнованих рублів щорічно або річну роботу трьох цілодобових бригад) [275; 278]. Наприклад, персоналу швидкої часто доводилося приборкувати п'яниць, хоча це й не було в їхніх обов'язках згідно з новими правилами роботи служби, затвердженими 1978 р. [167]. Щоб запобігти безпідставним викликам, персонал швидкої почав консультувати телефоном харків'ян, укладати й подавати протоколи до правоохоронних органів для адміністративного стягнення, інформувати про неналежні виклики в місця роботи безвідповідальних громадян.

Тривалі роки в СРСР були дві самостійні служби, щоб обслуговувати міське населення, — швидка медична допомога, що обслуговувала хворих під час раптових захворювань і нещасних випадків, і невідкладна допомога, яку екстрено надавали чергові лікарі територіальних поліклінік хронічним хворим, які перебували на амбулаторному лікуванні [378, с. 352–354]. Незадовільна робота й недостатня оперативність пунктів невідкладної допомоги при районних поліклініках, проблеми з розмежуванням функцій двох служб також спричиняли запізнення швидкої й дублювання виїздів, призвівши до того, що 1970 р. ліквідували службу невідкладної допомоги, передавши її функції службі швидкої допомоги [275; 378, с. 352]. Наприкінці радянської доби лікарі швидкої допо-

моги, вочевидь, у розпачі від великої кількості хибних викликів, критично оцінили цей крок: «Хтось колись додумався поєднати службу «невідкладної допомоги» із «швидкою». І стало ні те, ні се. «Швидка» мала стояти наготові, щоб встигнути врятувати життя, а не укольчики робити й гірчичники ставити... Усе це — завдання «невідкладки», яка раніше була при поліклініках» [270].

Створивши спеціалізовані бригади, отримали проблему як налагодити наступність у лікуванні хворих у термінальному й шоковому станах на госпітальному етапі. Бракувало відповідних стаціонарів і кадрів, оскільки в Харкові лише тоді почали готувати лікарів зі спеціальностей анестезіолога та реаніматолога завдяки зусиллям завідувача кафедри факультетської хірургії ХМІ О. З. Цейтліна й засновника Харківського НДІ загальної та невідкладної хірургії О. О. Шалімова. Часто в лікарнях не могли взяти реанімаційних заходів і викликали бригаду швидкої медичної допомоги [147, арк. 6–7]. Особливо це стосувалося поширених тоді в Харкові невеликих пологових будинків і стаціонарів, у яких за штатом не передбачали анестезіолога-реаніматора [46, с. 20]. Зокрема, у перший рік роботи протишокової бригади її лікарі 15 разів виїжджали безпосередньо до операційних лікарень Харкова [36, с. 32].

1957 р. при кафедрі факультетської хірургії ХМІ на базі обласної клінічної лікарні професор О. З. Цейтлін уперше в Харкові організував анестезіологічну службу, що готувала лікарів-анестезіологів і сестер-анестезисток для міста та області [408]. Під орудою О. З. Цейтліна в харківській обласній лікарні створили спеціальний організаційно-методичний центр, який став одним з опорних пунктів лабораторії експериментальної фізіології з оживлення організму при АМН СРСР [352]. Методи оживлення в Харкові застосовували на початку 1960-х рр. у лікарнях № 1, № 2, № 17, № 27, № 32. Інфарктних хворих лікували шість лікарень [147, арк. 5]. Протишовкові центри, створені переважно завдяки зусиллям О. О. Шалімова, працювали спочатку тільки в обласній та 2-й міській лікарнях, але не цілодобово [там само, арк. 6]. Відкриті на базі 2-ї міської лікарні Харкова реанімаційно-

хірургічні палати, у яких надавали допомогу постраждалим з політравмою та шоком, були перші в Україні [2, с. 210]. До кінця 1960-х рр. у Харкові створили спеціалізовані центри з лікування опіків, черепно-мозкових травм, шоку, правцю, забезпечивши наступність у роботі спеціалізованих бригад швидкої допомоги зі стаціонарними закладами [46, с. 18].

У 1971–1975 рр. відділення реанімації створили у 22-й інфекційній лікарні, палати інтенсивної терапії — у всіх стаціонарах і пологових будинках Харкова, пости, щоб надавати невідкладну допомогу, — у приймальних відділеннях лікарень [7, арк. 5]. У квітні 1978 р. вперше в Україні на базі 1-ї міської клінічної лікарні організували виїзні реанімаційні акушерсько-гінекологічні бригади, покликані надавати цілодобову кваліфіковану допомогу в лікувальних закладах міста та області. Створивши реанімаційні бригади, материнську смертність у Харкові й Харківській області знизили вп'ятеро. За найкращі показники під час Всесоюзного огляду лікувально-профілактичних, дитячих та акушерсько-гінекологічних закладів 1980 р. ці бригади нагородили почесною грамотою МОЗ УРСР та Українського Республіканського комітету профспілки медичних працівників. На початку 1980-х рр. у 1-й міській лікарні Харкова вже працювало довгоочікуване реанімаційно-анестезіологічне відділення з палатами інтенсивної терапії.

По мірі розширення станції швидкої допомоги знов постала ідея створити галузеву систему швидкої допомоги, яка мала б амбулаторний, госпітальний етапи та спеціалізовані виїзні бригади, про що мріяв ще перший старший лікар станції М. О. Молохов. У 1960-ті рр. міські організації порушували питання про будівництво в Харкові міської станції швидкої допомоги зі стаціонаром на 500 ліжок, планували побудувати типову лікарню швидкої допомоги впродовж 1972 р., але здійснити задум змогли тільки у другій половині 1970-х рр. [132, арк. 17; 154, арк. 18]. 1 червня 1977 р. у Харкові об'єднали станції швидкої медичної допомоги з новою, єдиною в Україні за своєю потужністю 1000-ліжковою клінічною лікарнею швидкої та невідкладної допомоги (зараз названа на честь видатного лікаря О. І. Мещанінова),

яку очолив проф. І. З. Яковцов [9, арк. 25; 36, с. 35]. Харківська лікарня швидкої медичної допомоги почала надавати висококваліфіковану невідкладну допомогу в царині хірургії, травматології, неврології, нейрохірургії, хворим із серйозними захворюваннями серця [411, с. 211].

Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги разом з Харківським НДІ загальної та невідкладної хірургії, кафедрою госпітальної хірургії ХМІ, обласним та міським відділами охорони здоров'я утворили науково-виробниче об'єднання «Хірургія» — частину системи надання невідкладної хірургічної допомоги, яку в Україні та Харкові створював наступник О. О. Шалімова, директор Харківського НДІ загальної та невідкладної хірургії проф. В. Т. Зайцев [332, с. 133]. 1979 р. на базі лікарні швидкої допомоги створили консультативний центр з дистанційним реєструванням електрокардіограм, функціонувала виїзна біохімічна лабораторія [8, арк. 20].

Оскільки важливішим став догоспітальний етап лікування та зросла кількість відповідного медперсоналу, потрібні були спеціально підготовлені кадри [36, с. 35]. 1976 р. МОЗ СРСР затвердило професію лікаря швидкої допомоги й визначило категорію атестаційних ступенів. У Харкові 1 березня 1980 р. на базі Українського інституту удосконалення лікарів відкрили першу в СРСР кафедру швидкої допомоги на чолі з проф. Л. П. Хименком [302; 378, с. 351]. Ідея створити таку кафедру належала головному лікарю лікарні швидкої медичної допомоги Харкова І. З. Яковцову та ректору УІУЛ проф. М. І. Хвисюку [404]. Тоді ж у медичних училищах запровадили спеціальність «фельдшер швидкої допомоги», у Харкові підготували з неї майже 3 тис. середніх медичних працівників, щоб укомплектувати службу, що неабияк недоступно для населення цей вид допомоги [169, с. 15].

Створивши об'єднання швидкої медичної допомоги, у Харкові розширили показання для виклику бригад, на підстанціях почали працювати кімнати амбулаторного прийому [36, с. 37]. Наприкінці 1970-х рр. на базі лікарні швидкої допомоги Харкова працювало 13 кафедр і доцентських курсів, створили консуль-

тативний центр з дистанційним реєструванням і розшифруванням електрокардіограм [9, арк. 2, 28; 186, с. 132]. Старші чергові лікарі станції швидкої та невідкладної допомоги у будь-який час доби консультували щодо само- та взаємодопомоги до прибуття медичного працівника [167]. Створили також додаткові хірургічну та дві педіатричні бригади швидкої допомоги.

Упродовж 1980-х рр. розв'язали серйозні проблеми, які тривалий час заважали нормально працювати харківської станції швидкої допомоги. На початку 1970-х рр. не було прямого телефонного зв'язку між центральною диспетчерською, підстанціями швидкої допомоги та медоб'єднаннями Харкова, що перевантажувало лінію зв'язку та створювало проблеми з викликом швидкої [109, арк. 1; 126, арк. 4]. Радіозв'язок з автомобілями швидкої був незадовільний через нестачу запасних деталей і низьку кваліфікацію радистів, оскільки кваліфіковані радіотехніки не бажали працювати за зарплатню в 50–75 руб./міс. [119, арк. 6]. 1979 р. увесь транспорт швидкої радіофікували [8, арк. 20]. Щоб простіше контролювати й аналізувати роботу бригад, двічі — у 1980 і 1990 рр. — реконструювали диспетчерську, завдяки чому лікарня перейшла на першу в Україні автоматизовану систему диспетчерського управління [9, арк. 28; 36, с. 40].

Ще 1970 р. у Харкові планували побудувати єдиний гараж з авторемонтними майстернями для санітарного автотранспорту [47; 126, арк. 4]. З 1978 до 1980 рр. для станції швидкої допомоги виділили 50 санітарних автомобілів. Щоб розв'язати проблему техобслуговування й ремонтувати автотранспорт, лікарні швидкої допомоги закріпили за підприємствами Харкова. Нарешті, одну з найпотужніших в Україні харківську автобазу швидкої медичної допомоги створили 1980 р. [9, арк. 2, 28]. Кількість санітарних автомобілів швидкої медичної допомоги Харкова тоді досягла 112 (табл. 1) [там само, арк. 21; 11, арк. 29–54; 36, с. 29; 114, арк. 20–35; 122, арк. 2–17; 131, арк. 46–65].

Наприкінці 1980-х рр. автобазу станції й лікарню швидкої допомоги розділили [278]. Проти рішення, яке порушило єдність міської служби швидкої допомоги, були працівники лікарні. Коли

між персоналом розділили обидва підрозділи, почали виникати конфлікти. Водії припинили виконувати обов'язки санітарів, а КРУ заборонило доплачувати їм за ці обов'язки 30 % від зарплатні. Небажання водіїв виконувати додаткову роботу пояснювали тим, що на відміну від лікарів швидкої, які перші в країні перейшли на бригадну форму роботи й розрахунок зарплатні відповідно до якості виконаної роботи, водії залишилися на фіксованій ставці у 150 руб.

1990 р. харківське об'єднання швидкої та невідкладної медичної допомоги мало 9 районних підстанцій, спеціалізовану автобазу, автоматизовану центральну диспетчерську, багатопрофільну лікарню на 1000 ліжок [169, с. 14; 278]. Упродовж року харківська лікарня швидкої допомоги обслуговувала приблизно 50 тис. хворих, її лікарі здійснювали до 13 тис. операцій різної складності.

За 15 років (1975–1990 рр.), упродовж яких службу швидкої медичної допомоги Харкова перетворили на розгалужене об'єднання, понад у 1,5 раза зросла кількість її бригад, удвічі — автопарк, завдяки чому на третину змогли збільшити й кількість виїздів швидкої (табл. 18).

До 1990 р. капітально відремонтували стаціонари чотирьох районних підстанцій, усі підстанції перевели до типових приміщень, отриману будівлю колишнього тубсанаторію № 1 перепрофільовували під санаторій-профілакторій для працівників лікарні швидкої допомоги, планували будувати лікувально-діагностичний корпус лікарні.

Внесок у створення й розбудову міської служби швидкої допомоги зробили її голови з другої половини 1950-х рр. О. К. Томашевська, М. О. Арцибушев, С. І. Угненко, В. М. Черепов і головні лікарі 4-ї лікарні швидкої та невідкладної допомоги І. З. Яковцов (1977–1980), Д. Д. Полоз (1980–1987), О. О. Зайцев (1987–2005) [271, с. 155–156].

Економічна криза кінця 1980-х рр. вдарила по функціонуванню станції швидкої допомоги, яка 1991 р. мала справними не більше ніж 65 автомашин [45]. Вірогідно, що більшу частину автопарку не використовували, бо бракувало деталей. Водночас

на баланс лікарень як «зношені» списували нові машини швидкої, які там використовували не за призначенням — щоб перевозити будівельні матеріали для працівників лікарні.

Хронічну для радянської охорони здоров'я проблему кадрового голоду, що стримувала розвиток матеріально-технічної бази галузі, напевно, найбільш рельєфно виявлено в роботі служби швидкої медичної допомоги. Такий стан пояснюємо важкими умовами роботи працівників цієї ділянки охорони здоров'я, поєднаними з низькою зарплатнею та браком належних житлових умов, що сукупно формувало в медичному середовищі непрестижний образ професії працівника швидкої медичної допомоги.

Наприкінці 1970-х рр. на харківській станції швидкої медичної допомоги бракувало 120 лікарів і 140 середніх медпрацівників [7, арк. 11]. Розв'язуючи проблему дефіциту кадрів, міськздороввідділ вирішив щомісячно направляти з лікувальних закладів 50 лікарів, щоб ті працювали на підстанціях швидкої допомоги [9, арк. 28]. Цей захід, як і інші спроби адміністративно розв'язати вузлові проблеми функціонування радянської системи, був невдалий, адже на середину 1980-х рр. багато лікарських посад на підстанціях швидкої допомоги Харкова обіймали фельдшери.

1990 р. на квартирній черзі перебувало 250 працівників лікарні швидкої допомоги [278]. Службі швидкої бракувало 185 лікарів і фельдшерів, 230 санітарів. Сумісництво вже не могло компенсувати наявний дефіцит, що перевантажувало та втомлювало медичний персонал. В останні дні СРСР бригади швидкої допомоги Харкова були укомплектовані на 30 %, у 90% випадків вони не могли надати потерпілому потрібної допомоги [50]. 1990 р. початкова ставка зарплатні лікаря харківської лікарні швидкої допомоги, яку хоч і розраховували відповідно до якісних показників роботи, була прогресивна й дорівнювала 120 руб., звичайна ставка становила 135 руб., тобто була така сама, як у звичайних міських лікарнях, однак за набагато більшої інтенсивності праці, завдяки чому не могли утримати молодих спеціалістів [50; 270; 278]. Умови праці в лікарні швидкої медичної допомоги Харкова зображено в періодиці тих років: «І роблять перев'язки [в опіко-

вому центрі лікарні швидкої допомоги] руки молоденьких медсестер, учорашніх школярок, котрі одержують ставку, однакову для молодшого персоналу всіх лікарень... всі вони або практикантки, які не витримують тут і місяця, або одинокі жінки, котрі встигають збігати додому — в гуртожиток — хіба що білизну після зміни випрати. Та й вони після тридцяти, як правило, йдуть від нас: щоб тягати здоровенних мужиків, треба здоров'я бичаче мати» [50].

Дефіцит кадрів швидкої допомоги зумовлювала й недостатня кількість випускників закладів медичної освіти, про що свідчить вимога медиків — відкрити в Харкові медичне училище на 500 місць [278].

Красномовно підсумував розвиток служби швидкої допомоги за радянських часів завідувач відділу реанімації лікарні швидкої медичної допомоги Віталій Олександрович Екзархов в інтерв'ю 1990 р.: «15 років ми створювали нашу систему рятування потерпілих. Сьогодні можна сказати, що їй немає аналогів у країні. Спеціалісти найвищого класу, застосування комплексного підходу до лікування, відлагоджена координація всіх відділень. І що ми маємо в підсумку? Я, наприклад, за все життя зміг нажити лише старенький «Жигуль», але ж спеціаліст мого класу одержує в США сотні тисяч доларів на рік» [50].

Харківська служба швидкої медичної допомоги, на щастя, встигла здійснити технічну модернізацію до початку економічної кризи в СРСР. Уже 1990 р., коли диспетчерську станцію швидкої медичної допомоги Харкова обладнали новою телефонною системою «Алтай», фінансування служби становило 13 млн руб. на рік, хоч потрібно було 28 млн руб. [271, с. 155]. Наступного року служба швидкої допомоги в Харкові, за словами тогочасної преси, опинилася у критичному стані, її медперсонал уже не мав достатньо найпотрібнішого інструментарію й медикаментів, щоб лікувати хворих [307].

Матеріальне становище служби швидкої допомоги й добробут її працівників наприкінці 1980-х рр. стрімко погіршилися, коли в медиків швидкої не було важелів, щоб юридично захистити свої

права, — ні своєї ради трудового колективу, ні свого профспілкового комітету [270]. За таких умов працівники швидкої допомоги Харкова 1990 р. почали звертатися в усі інстанції, просячи про допомогу, але їх не почули [50]. Тоді працівники лікарні створили страйковий комітет й висунули такі вимоги: підвищити на 50 % посадовий оклад усіх працівників; направити не менше ніж 100 лікарів працювати в лікарню швидкої допомоги; вивести службу швидкої допомоги Харкова з підпорядкування МОЗ і створити муніципальну швидку допомогу; розв'язати житлове питання; виділити кошти, щоб придбати томограф; встановити пільги донорам [там само; 270]. Страйком порозумівся з міською владою щодо всіх питань, крім першого. Так почали конфліктувати працівники лікарні швидкої допомоги й міська влада Харкова, що тривало понад рік.

У липні 1991 р. колектив лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги повідомив про намір узяти цей заклад у часткову оренду, а отже, запровадити частково платне обслуговування [353]. Водночас колектив пропонував зберегти держзамовлення й безплатну екстрену медичну допомогу, надаючи платні послуги лише для «планових» хворих. Преса звернула увагу на суперечливість такого рішення колективу на чолі з головним лікарем О. О. Зайцевим: лікарню зі всіма підстанціями будували коштом харків'ян за участі багатьох промислових підприємств, проектних та будівельних організацій міста. Крім того, побоювалися дальших дій щодо запровадження платних послуг у лікарні, пацієнтом якої міг стати кожний харків'янин у ситуації, коли більшість громадян не мали на що прожити. Сам колектив лікарні не поінформував про своє рішення завідувача міськздороввідділу В. В. Перепадю й голову комісії з питань охорони здоров'я харківської міської ради О. І. Воронкіна.

Працівники швидкої допомоги, невдоволені зволіканням влади щодо підвищення зарплатні, оголосили, що хочуть провести страйк [307]. Справу розв'язали взаємними погрозами: адміністрація лікарні погрожувала налаштувати проти влади родичів хворих, які не можуть отримати допомогу, а влада — судовим

переслідуванням адміністрації, якщо під час страйку помре хтось із хворих [50]. Медики в Харкові так і не страйкували.

Упродовж післявоєнного періоду харківську службу швидкої медичної допомоги перетворили на систему, елементами якої стали районні підстанції, спеціалізовані бригади, лікарня швидкої допомоги й відповідна кафедра на базі УІУЛ. Розв'язали проблеми, що заважали службі нормально працювати: створили власну автобазу й автоматизовану диспетчерську, радіофікували карети швидкої.

Забезпечення населення ліками й медичне постачання

Забезпечення медичних закладів і населення ліками й виробами медичного призначення — один з найяскравіших показників рівня прогресу, від якого залежить ефективність роботи медичного персоналу. Стан медичної техніки в незалежній Україні вкрай незадовільний — вона на 60–70 % фізично зношена [460, с. 5].

Крім того, забезпеченість медичною технікою й ліками — це питання самостійності й безпеки країни. Окремі різновиди потрібних для українців ліків виробляють тільки за кордоном. До 1992 р. 65 % підприємств, на яких МОЗ України закуповувало медичну техніку, були розташовані в Росії й лише 19 % — безпосередньо в Україні [там само, с. 5–6]. Як ліквідувати таку залежність й імпортозамістити її вітчизняними розробками, повністю не вирішили й досі: рівень забезпечення медичною технікою вітчизняного виробництва виріс за роки незалежності до 35 %, тоді як у розвинутих країнах цей показник становить 60–70 % [там само]. Унаслідок цього сьогодні працівники охорони здоров'я вимушено обмежують лікування, виключно призначаючи лікарські препарати й у такий спосіб шкодячи здоров'ю хворого з огляду на їхню невисоку якість, ризики й побічні ефекти. Отже, корені сучасної залежності України у споживанні

ліків і використанні медичної техніки полягають у нерівномірному розподілі підприємств відповідних галузей, сформованому за часів СРСР. Це спонукає нас поглянути на проблему медичного постачання як одного з видів медичної допомоги населенню в радянському повоєнному Харкові.

Під час окупації міста в 1941–1943 рр. німці зруйнували 30 аптек, серед яких найкращі аптеки міста — 9-ту, 14-ту, 41-у, хірургічний магазин, усі санітарні магазини, усі виробничі підприємства міського й обласного аптечного управління [135, арк. 106]. На час визволення від німців 1943 р. у Харкові було 24 аптеки [426, арк. 59]. Як зіставити, то це було менше за дорадянський рівень, коли харків'ян обслуговувало 35 аптек, і набагато менше за міжвоєнний рівень: 1927 р. у Харкові було 55 аптек [351, с. 178].

У перші повоєнні роки запровадити новітні методи лікування в окремих випадках не могли через дуже високу вартість медикаментів, їхнє широке застосування лімітували кошторисні асигнування [136, арк. 25]. Тому не йшлося, щоб у практиці лікувальних закладів використовували антибіотики чи органотерапевтичні препарати. Зважаючи на це, міністерство охорони здоров'я УРСР 1946 р. виділило чималі кошти на пеніцилін, щоб безплатно його розподілити між стаціонарами Харкова.

Упродовж 1944 р. у Харкові створили аптечні пункти при лікарських і фельдшерських дільницях, сформували нові аптеки при евакогоспіталях, збирали лікарські рослини [135, арк. 106]. Унаслідок здійсненої роботи кількість аптек швидко зростала. Лише за рік з 1944 до 1945 рр. вона зросла з 90 до 109, кількість санітарних магазинів зросла з 5 до 7, аптечних пунктів — зі 100 до 159 [там само, арк. 106 зв.]. У Харкові виник магазин матері й дитини [там само, арк. 114]. До 1948 р. аптечну мережу на Харківщині відновили й забезпечили кваліфікованими кадрами [402, с. 14].

У 1960–1970-ті рр. технічно модернізували харківські фармацевтичні підприємства. Зокрема, автоматизовані виробничі процеси запровадили на одному з найстаріших підприємств міста — на заводі «Здоров'є трудящимся». У фасувальному цеху

ручну працю замінили лічильно-таблеткові машини [461]. Кілька років потому, запровадивши автоматичні лінії пресування в полімерну плівку й фольгу, якість продукції цеху змогли підняти на рівень світових зразків та експортувати ліки до країн соцтабору.

Водночас розширювали мережу, удосконалювали методи роботи й поліпшували обладнання аптечних установ. Упродовж другої половини 1960-х рр. завершили районувати аптечну мережу й перевели центральні районні аптеки на повний госпрозрахунок [64, с. 71]. Багато аптек перевели в ліпші, капітально відремонтовані або новозбудовані приміщення: з 1966 до 1970 р. у Харкові й області відкрито 37 нових аптек, 28 аптек переведено в нові приміщення, розширено площі 30 аптек [156, арк. 27; 402, с. 14]. Відповідно план розширення аптечної мережі перевищили. На початку 1970-х рр. у Харкові функціонували 4 виставки медикаментів, створили дві тимчасові виставки при Будинку техніки, які відвідало понад 2 тис. медпрацівників [156, арк. 7].

Роботу колективів аптек оцінювали під час громадських оглядів, за результатами яких окремі заклади визнавали як школи передового досвіду. Колективи таких аптек запроваджували допращання ліків додому окремим категоріям хворих, елементи малої механізації; закріплювали фармацевтів за лікарями, щоб інформувати про наявність ліків; сповіщали хворих листівками, коли надходили медпрепарати; забезпечували першочергове виготовлення ліків упродовж години для дітей та інвалідів Великої Вітчизняної війни [там само, арк. 8–12, 44].

Коли йдеться про позитивний досвід радянських часів, варто зауважити на тодішню практику забезпечувати фармацевтичну промисловість сировиною, а саме — на щорічну централізовану й планову заготівлю лікарських рослин [там само, арк. 4, 27]. Плановість радянської економіки в період стабільного її функціонування зарекомендувала себе позитивно у виробництві й розподілі ліків (зокрема безплатних для пільгових категорій населення) відповідно до заявок щодо аптечного асортименту, які регіони укладали для підприємств на рік уперед.

Упродовж повоєнних часів Харків як осередок низки підприємств фармацевтичної галузі республіки (заводи «Здоров'я», «Красная звезда», Дослідний завод Харківського хіміко-фармацевтичного інституту, виробнича частина НДІ мікробіології вакцин і сироваток ім. І. І. Мечникова та ін.) має низку оригінальних розробок ліків, апаратури й методик лікування [402, с. 96–102]. Лише одне підприємство «Здоровье трудящимся» з 1967 до 1981 рр. розробило й запровадило виробництво понад 30 унікальних препаратів гормональної й ендокринної дії [461].

У середині 1950-х рр. у Харкові виготовляли відповідники американських препаратів, що знижували кров'яний тиск; цю проблему аналогічно до американських досліджень вивчали в Харківському інституті експериментальної ендокринології [437, арк. 56]. Там синтезували препарат «гексаметоній», завдяки якому можна було «регулювати гіпертонію» під час операцій на серці й великих судинах. 1955 р. цей інститут уперше в СРСР синтезував кортизон (аналог гормону, який у США застосовували, щоб лікувати мозкові тромбози, емболію, ревматизм), звільнивши СРСР від дорогого імпорту [там само, арк. 57].

Харківський науково-дослідний хіміко-фармацевтичний інститут разом з інститутом експериментальної ендокринології й Київським медичним інститутом синтезував «гексатонід» — аналог американського препарату, який сприяв зниженню тиску, а також препарат рослинного походження «келін», щоб лікувати стенокардію [там само, арк. 58]. Учені ХМІ, зокрема проф. А. А. Дубинський, у ті роки успішно досліджували механізм стенокардії, систематично вивчали властивості бджолиної отрути в терапії гіпертонічної хвороби [222, с. 248–249; 437, арк. 64].

Радянські вчені пішли далі й, керуючись профілактичним напрямом боротьби з гіпертонією, запропонували обґрунтовану теорію соціального походження цієї хвороби внаслідок негативного впливу зовнішніх факторів (психічних травм, тривалого перенапруження нервової системи, перевтоми, конфліктів), що порушували нормальні відносини між центральною нервовою й серцево-судинною системами [там само, арк. 59–60].

Наприкінці 1980-х рр. розпочали промислово виробляти розроблений харківським ендокринологічним диспансером монобілковий інсулін високого ступеня очищення, який досягали завдяки генній інженерії [390].

Розроблення безмедикаментозних методів лікування стало важливим підґрунтям на тлі дефіциту ліків в СРСР. Оригінальну методику знеболювання гіпнозом під час пологів і лікування неврозів методом гіпнорепродукції вперше в СРСР розробив харківський психіатр і психоневролог К. І. Платонов [329, с. 273, 276; 330, с. 49]. Практика знеболювати гіпнозом за методом К. І. Платонова демонструвала цілковитий успіх у 87 % випадків [291, с. 180]. Надалі вагітних масово охоплювали допологовою психопрофілактикою в СРСР і за його межами [418, с. 13]. Метод був успішний, тому що К. І. Платонов чи не вперше науково пояснив природу гіпнозу як найпростішого умовного рефлексу, притаманного всім людям, який можна тренувати. Школа психотерапевтів, що її створив у Харкові К. І. Платонов, у лабораторних і клінічних дослідженнях довела, що можна словесно впливати на водний і вуглеводний обміни, утворення сечі, склад крові та шлункового соку, ожиріння, астматичні напади, серцеві ритми, проблеми дерматології, токсикози, алкоголізм тощо.

У 1980-ті рр. харківські науковці й лікарі запровадили у практику безмедикаментозне лікування алкоголізму, вкрай актуальне на тлі все більшого дефіциту ліків [238; 340].

Наприкінці 1980-х рр. харківський лікар Геннадій Гришанін вперше в медичній практиці розробив одноразовий і багаторазовий стоматологічні шприци, завдяки яким можна зменшити витрату ліків у 8–10 разів [254]. Використовуючи шприци Гришаніна, запобігали зараженню СНІДом, знеболювальний ефект наставляв миттєво і тривав до 50 хвилин, хворий не відчував оніміння.

Упродовж повоєнного періоду набагато розширили діапазон наукових розробок Харківського науково-дослідного хіміко-фармацевтичного інституту (ХНДХФІ), експериментальну лабораторію якого 1958 р. перетворили на Дослідний завод [306; 412].

Інститут відпрацьовував промислові технології для всіх фармацевтичних підприємств СРСР, перетворившись на один з найпотужніших у світі науково-дослідних комплексів, на якому могли науково досліджувати всі основні напрями створення будь-яких лікарських засобів. Статус ХНДХФІ визнали 1982 р., коли йому як головному інституту підгалузі Міністерства медичної промисловості СРСР 1-ї категорії присвоїли нову назву — Всесоюзний науково-дослідний інститут хімії та технології лікарських засобів (ВНДІХТЛЗ).

Головними напрямками діяльності інституту стали розроблення рослинних лікарських засобів серцево-судинної дії (щоб лікувати вади серця, стенокардію, гіпертонію) і широкого спектра ліків проти інших захворювань, координування науково-дослідних розробок щодо створення медичних аерозолів. Упродовж 1977–1989 рр. ХНДХФІ-ВНДІХТЛЗ очолював Федір Андрійович Конєв, який розробив нові технологічні принципи фільтрування ін'єкційних розчинів і створив відомий фільтр «ХНДХФІ», який протягом багатьох років застосовували у виробництві лікарських засобів [229]. Завдяки прикладним дослідженням науковців ХНДХФІ на початку 1960-х рр. змогли збільшити випуск лікарських засобів в СРСР на понад 50 %. За безпосередньої участі Ф. А. Конєва створено промислові технології отримання низки ін'єкційних препаратів. Великим досягненням лабораторії ін'єкційних лікарських засобів, яку очолював Ф. А. Конєв, стало створення першого в світі пароконденсаційного способу очищення скляної первинної упаковки із застосуванням автоматизованої схеми виробництва. Інститут і завод створювали обладнання для підприємств галузі: прилади, щоб отримувати дистильовану воду, закатувати маломісткі флакони очних крапель, контролювати частинки в ін'єкційних розчинах тощо.

Упродовж 1986–1988 рр. за проводом Ф. А. Конєва створено перше в Україні науково-виробниче об'єднання «Здоров'я», до складу якого увійшли завод «Здоровье трудящимся», завод «Красная звезда», Луганський і Дніпропетровський хіміко-фар-

мацевтичні заводи, Харківський завод металопластмас та стоматологічних матеріалів.

На тлі поширення наркоманії 1988 р. ВНДІХТЛЗ разом із московськими колегами почав створювати вітчизняні експрес-тести, щоб визначати наркотичні засоби в лабораторних умовах.

Розглянемо матеріально-технічне забезпечення медичних закладів Харкова. Про його стан 1944 р. свідчать такі дані: у 16 міських лікарнях функціонувало шість рентген-апаратів, лише 8 лікарень мали лабораторії, аптеки й могли переливати кров, 3 лікарні мали фізіотерапевтичні апарати та морги [135, арк. 10]. Бракувало операційних столів, гінекологічних і зубних крісел, бормашин, стільців, простирадл і рушників, не всі поліклініки мали апарат, щоб вимірювати кров'яний тиск [136, арк. 56]. Оскільки бракувало спиртівок і гасників для кип'ятіння, виникали незручності, коли переривали подання електроенергії, бо не могли прокип'ятити шприц перед ін'єкцією. Примітивно обладнані молочні кухні не мали стерилізаторів та автоклавів [426, арк. 22]. Серед усіх міських лікарень найбільш обладнана й забезпечена всіма зазначеними підрозділами та устаткуванням була найстаріша муніципальна лікарня Харкова — 1-а міська клінічна ім. В. І. Леніна [135, арк. 10].

На початок 1947 р. клініко-лабораторну мережу Харкова повністю відновили. Упродовж 1950-х рр. більше фінансували потреби медичної мережі у придбанні м'якого інвентарю й обладнання [143, арк. 7]. У лікувальні заклади постачали медичне майно через Харківське обласне аптечне управління, а санітарно-господарське — через Харківське відділення «Укрмедпостачання» [128, арк. 1].

Під ту пору були складнощі з обладнанням закладів новою технікою: лікувальні заклади не отримували потрібної кількості потужних рентген-апаратів, край мало надходило контейнерів, щоб зберігати й переносити радіоактивні ізотопи, тому їх менше використовували [143, арк. 8]. Раннє діагностування гальмувала обмежена кількість клінічних аналізів та ордерів на рентгеноскопію, бо не було плівок [102, арк. 11]. Лікувальні заклади були

дуже погано забезпечені електрокардіографами, кисневими наметами, апаратами для газового наркозу, наборами інструментарію для операцій на легенях і серці.

Не ліпша була ситуація з господарським забезпеченням лікувальних закладів. «Укрмедпостачання» вкрай погано забезпечувало лікувальні заклади капцями, піжамами, лікарняними халатами, ліжками, шафами, стільцями, диванами, пральними машинами, центрифугами та іншим інвентарем. На початку 1950-х рр. більшість лікарень не мали холодильних пристроїв, використовуючи натомість примітивні засоби — льохи та скрині з льодом [там само, арк. 11].

Надавати своєчасну допомогу хворим стало складніше, бо лікувальні заклади були незабезпечені легковим і вантажним автотранспортом, що перешкоджало нормальній господарській діяльності медичних закладів.

Упродовж першої половини 1960-х рр. розв'язали найнагальніші питання технічного забезпечення медичних закладів: в усіх лікарнях і поліклініках працювали лабораторії, рентгенівські й фізіотерапевтичні кабінети. На 1965 р. в усіх лікувально-профілактичних закладах Харкова було 163 рентгенівські апарати (проти 99 1958 р.), 69 лабораторій, 164 фізіотерапевтичні кабінети та 31 кабінет електрокардіографії (проти 18 1958 р.) [121, арк. 9]. Однак тогочасну матеріально-технічну базу поліклінічних закладів Харкова характеризували як незадовільну, багато апаратів були зношені й не працювали. Зокрема, у всіх міських поліклініках, які 1965 р. обстежила бригада спеціалістів Міністерства охорони здоров'я УРСР, не виконували наказ МОЗ СРСР про рентгенологічне обстеження осіб, які вперше звернулися до поліклініки, бо не мали флюорографів [там само, арк. 31].

Проблему забезпечення медичних закладів Харкова інвентарем і технікою розв'язували поступово, оскільки багато нової апаратури направляли до районів області, де ситуація була ще складніша. Наприклад, 1969 р. до області направили більшість медобладнання, закупленого на 2 млн руб. [155, арк. 6]. Впровадження нової медичної техніки, створення діагностичних і проце-

дурних кабінетів також гальмувало те, що наприкінці 1960-х рр. у місті переважали малопотужні стаціонари й поліклініки, розташовані у пристосованих приміщеннях [там само, арк. 49].

У 1960–1980-х рр. у Харкові спеціалізували медичні служби, що позначилося на вдосконаленні медичної техніки. 1962 р. при міській стоматологічній поліклініці встановили високочастотну піч для лиття зубних протезів. 1963 р. в Харкові відкрили четверту в СРСР лабораторію контактних лінз. Її засновника згодом засудили за комерцію. До початку 1980-х рр. лабораторію очолював І. В. Разумний. Лінзи виготовляли методом гарячого пресування в Чехословаччині та УРСР (м. Ізюм). З 1980-х рр. лабораторія постачала харків'янам досить дорогі м'які лінзи — чеська лінза коштувала 14 руб.

Виникають кабінети функціональної діагностики, які на початку 1970-х рр. уже були у 18 найбільших поліклініках міста. Тоді всі поліклініки вже мали електрокардіографи, тому наступні 10 років на них суцільно обстежували осіб, старших за 40 років, які зверталися по медичну допомогу, а також впроваджували цитологічне обстеження, кольпоскопію, мамографію, щоб рано виявляти онкозахворювання. Перше в Україні реабілітаційне відділення відкрили 1974 р. у Харківській міській поліклініці № 3. З 1978 р. починає працювати реабілітаційне відділення студентської лікарні № 20 [323]. До послуг його пацієнтів були душові, інгаляторії, лікувальна фізкультура, підводний масаж, психотерапія, сауни, світлолікування, УВЧ-терапія.

Новий етап розвитку медичної техніки в Харкові розпочався в часи «перебудови», коли завдяки конверсії оборонного виробництва науковці технічних інститутів змогли застосувати свої унікальні винаходи в мирній галузі й почати широко співпрацювати з лікувальними закладами.

Медики, науковці, представники технічних наук співпрацювали й раніше. Наприклад, у 1950-ті рр. співробітники Українського НДІ очних хвороб ім. Л. Л. Гіршмана разом з інженерами розробили прилад, щоб вимірювати калібр судин очного дна, і спеціальний апарат, щоб фільмувати реакції зіниць. Обласна

станція переливання крові налагодила співпрацю з Інститутом проблем кріобіології та кріомедицини й київським НДІ гематології та переливання крові, унаслідок чого з 1975 р. на станції могли за допомогою глибокого холоду консервувати еритроцити, кістковий мозок, що широко застосовували в хірургічній практиці [204].

На початку 1980-х рр. МОЗ СРСР доручило міністрам союзних республік і завідувачам обласних відділів охорони здоров'я вжити заходів, щоб на місці виробляти нестандартне обладнання для відділень відновлювального лікування, використовуючи для цього шефську допомогу місцевих промислових підприємств, науково-дослідних інститутів політехнічного профілю [335]. У Харкові це положення наказу МОЗ СРСР виконував завод ім. Т. Г. Шевченка, який виготовляв унікальні прилади, зокрема кріоультразвуковий апарат «Мороз-01».

Наприкінці 1980-х рр. рада сприяння науково-технічному прогресу, якою керували партійні органи, ініціювала в Харкові шефство науково-дослідних, проектних, навчальних інститутів, зокрема непрофільних, над закладами охорони здоров'я [387]. Це було слушно, оскільки медичні заклади потребували кваліфікованої допомоги щодо встановлення й обслуговування новітнього обладнання. Як наслідок, колективи Інституту радіофізики та електроніки АН УРСР, Харківського авіаційного й Харківського політехнічного інститутів підготували, налагодили й передали 20-й студентській лікарні низку нових автоматизованих комплексів. Успішно співпрацювали фізико-технічний інститут і НДІ медичної радіології, ХПІ та НДІ протезування, ортопедії та травматології. Завдяки допомозі колективів дослідних заводів ХПІ, Інституту радіофізики та електроніки АН УРСР, підприємства «Точмедприлад» та інших змогли розв'язати проблему з деталями для ортопедів, що набагато зменшило час очікування операцій. Працівники Харківського міжвузівського науково-технічного, культурно-спортивного центру авіації та космонавтики «Вектор» та Українського інституту удосконалення лікарів створили спеціалізований реанімобіль на базі автомашини ГАЗ 24-13, який

успішно використовувала виїзна бригада реанімації та інтенсивної терапії новонароджених лікарні швидкої допомоги № 4, щоб транспортувати хворих і недоношених дітей [362]. Натомість медики допомагали інститутам у профілактиці захворювань, диспансеризації.

Потреба промислових підприємств у висококваліфікованих кадрах, які могли розробляти, виробляти та обслуговувати складну електронну медичну апаратуру, початок її виробництва на підприємствах ВПК у межах конверсії зумовили відкриття спеціальностей з біомедичної електроніки в низці харківських вишів.

1982 р. у Харківському інституті радіоелектроніки вперше в Україні відкрили спеціальність «Електронно-медична апаратура». У цьому виші створював апаратуру та впроваджував її в медичну практику М. І. Жук. Ця спеціальність тоді була тільки в чотирьох вишах СРСР: у Ленінграді, Москві, Тбілісі, Томську. Відкриття нової спеціальності в УРСР готували союзне й республіканське міністерства охорони здоров'я та освіти. Упродовж перших двох років роботи кафедри конкурс на спеціальність становив 25 осіб на місце, завдяки чому можна було вибирати студентів з-поміж відмінників. Кафедра в ХІРЕ залишалася першою в Україні до 1990-х рр., коли такі кафедри відкрили також у Львові та Києві.

1991 р. готувати студентів у межах спеціальності «Електронні прилади побутової та медичної техніки» почали співробітники кафедри «Промислова електроніка» Харківського політехнічного інституту [460, с. 3, 39].

Реалізуючи колективні проекти, медики та представники точних наук шукали «спільну мову». Успішність цього пошуку засвідчують вищезазначені результати, підтверджують клінічні випробування, технічні й медичні сертифікати.

У новітній літературі знаходимо твердження, що «протягом усього періоду існування радянської влади мала місце гостра проблема дефіциту ефективних лікарських засобів, нових виробничих технологій, сучасного фармацевтичного обладнання» [402, с. 16].

Справді, наприкінці 1960-х рр. у більшості скарг і листів, що надійшли до Харківського обласного аптечного управління, йшлося про відмову продати препарати як за рецептами, так і без них [154, арк. 24]. Автори листів були невдоволені обмеженою кількістю гостродефіцитних вітчизняних та імпортованих препаратів. Постійну нестачу найновіших медикаментів відчувало населення Харківської області [155, арк. 19].

Дефіцит ліків тоді пояснювали тим, що немає належного зв'язку між фармацевтами та лікарями. У незалежній Україні цей зв'язок налагодили, щоправда, як взаємовигідні комерційні домовленості, коли лікарі призначають пацієнтам дорогі ліки й отримують за це від аптек частину прибутку. У радянські часи аптечні працівники, інформуючи лікувально-профілактичні заклади про надходження в аптеку ліків, яких раніше бракувало, не завжди вказували їхню кількість [154, арк. 25–27]. Лікарі виписували рецептів більше, ніж було препаратів у аптеках. Отже, рецепти виписували на препарати, яких немає. Однак аптеки могли необґрунтовано відмовляти населенню в медикаментах, якщо навіть ліки були на складах аптечного управління [там само, арк. 27]. Щоб ліпше забезпечувати населення ліками, 1979 р. в Харкові створили довідкове бюро, а 1985 р. — централізовану міську аптечну телефонну довідку про лікарські засоби [402, с. 14–16].

Однак на середину 1980-х рр. із 4 тис. медикаментів і виробів медичного призначення, які використовували в охороні здоров'я України, повністю задовольняли потребу приблизно у 3600 з них, у решті — на 50–80 %. Лікарські засоби в Україні виробляли на 12 підприємствах Міністерства медичної промисловості та 27 фабриках МОЗ УРСР [442, арк. 2].

Щоб ліквідувати дефіцит ліків, у 12-му п'ятирічному плані (1986–1990 рр.) передбачили збудувати в Україні два нові й реконструювати десять підприємств Мінмедпрому, що мало збільшити у 2,5 раза виробництво рентгенконтрастних засобів, антибіотиків і перев'язувальних матеріалів, на 40 % — ліків в ампулах, на 20 % — серцево-судинних препаратів [там само, арк. 3].

90 % медичної техніки країни виробляли підприємства Главмедпрому Міністерства приладобудування СРСР [58, с. 3]. Темпи зростання обсягів виробництва були досить високі, однак потреби закладів охорони здоров'я в медичній техніці станом на 1988 р. задовольняли не більше, ніж на 70 %. Крім того, в СРСР промислово не виробляли окремі медичні матеріали, зокрема високоякісні реактиви, смужки для експрес-аналізів, що стримувало створення сучасних різновидів лабораторної техніки. Особливо відчутно СРСР відставав у промисловому виробництві моніторів для акушерства й педіатрії, ультразвукових томографів, рентгенівської техніки, автоматизованих біохімічних аналізаторів. Темпи зростання виробництва медичної техніки у США у 2–3 рази перевищували темпи зростання в СРСР.

Подальше вдосконалення спеціалізованих видів меддопомоги гальмував гострий дефіцит діагностичної й лікувальної апаратури, яку вітчизняна промисловість випускала недостатньо [442, арк. 6–7]. Унаслідок цього МОЗ закуповував апаратуру у ФРН (прилади, щоб оживляти новонароджених), Японії, Великобританії, Данії, Фінляндії (прилади, щоб вимірювати серцеві скорочення), Швейцарії, Австрії (біохімічний аналізатор крові).

СРСР відставав технічно від розвинутих капіталістичних країн. Зокрема, 1987 р. МОЗ СРСР, порівнюючи технічний рівень медичної техніки вітчизняного й закордонного виробництва на виставці у Всесоюзному кардіологічному науковому центрі, виявив, що поряд із виробами, які відповідали сучасному рівню, низка вітчизняних приладів мала гірші вбудовані вимірювальні датчики, системи відображення вимірюваної інформації, поступалася закордонним аналогам в енерговитратах, надійності, дизайні, вазі та ергономічних показниках [58, с. 3]. Хоч в останню радянську п'ятирічку (1986–1990 рр.) розробили понад 200 нових медичних апаратів й 500 нових виробів медичного обладнання, 1987 р. лише 39 % радянської медичної техніки відповідало світовому технічному рівню [там само, с. 5]. Коли за кордоном для інсулінотерапії давно вже використовували безголкові ін'єктори,

в СРСР не було навіть разових шприців, що стало темою окремого обговорення на Всесоюзному з'їзді лікарів 1988 р. [390].

Вагомою причиною, чому повільно задовольняють потреби МОЗ у ліках і медичній техніці, була система формування заявок на них [58, с. 4]. Заявки стосувалися лише виробів, які випускали понад 6 років, тому вимушено планували випускати застарілі вироби. Взагалі не було заявок на безліч виробів нової медичної техніки. Були великі розбіжності в кількості виробів, яку служби МОЗ СРСР зазначали в завданнях на розробку та щорічних заявках. Наприклад, річна потреба в осцилоскопах нового покоління згідно із завданням МОЗ СРСР становила 500 виробів на рік, а в заявках цю кількість зменшили до 40 виробів. Щоб навести лад, у МОЗ СРСР створили Виробничо-технічне управління.

Також виробництво новітньої апаратури й ліків гальмувала неузгоджена робота МОЗ і промислових міністерств щодо постачання компонентів і матеріалів. Медичну техніку, крім Міністерства медичної промисловості СРСР, виробляли Міністерства оборонної, електронної, електротехнічної, хімічної промисловості, приладобудування, зв'язку та ін. За таких умов низка міністерств не дослухалися до потреб розробників попри спільні зустрічі й наради. Про цю проблему як про «залежність» зазначено в офіційній праці, присвяченій 70-річчю радянської охорони здоров'я: «Одной из причин сложившейся неблагоприятной обстановки явилась многопрофильность медицинской промышленности, широкая номенклатура выпускаемой продукции... И как следствие многопрофильности — зависимость от смежных министерств и ведомств, усложнение инфраструктуры отрасли» [359, с. 385].

Щоб ліквідувати відставання СРСР у розробленні медичної техніки й розширити її асортимент, ухвалили Комплексну науково-технічну програму розвитку виробництва медичних приладів та апаратів на підприємствах Главмедпрому з точними кількісними показниками оновлення технічного парку, які планували досягти впродовж 12-ї п'ятирічки, створили спільні підприємства з країнами Ради Економічної Взаємодопомоги, запланували створити низку науково-виробничих комплексів.

Щоб координувати медичні дослідження й розвивати зв'язки з великими науково-виробничими об'єднаннями, що можуть розв'язувати завдання медичного приладобудування, упродовж 1980-х рр. працювала спеціальна міжвідомча комісія [17, с. 6].

Однак переведення підприємств Міністерства приладобудування СРСР 1987 р. на госпрозрахунок змусило змінити як їхню економічну політику, так і відносини з МОЗ СРСР як основним споживачем медичної техніки, що врешті розбалансувало ціноутворення й призвело до негативних наслідків.

Отже, дефіцит новітніх лікувальних засобів в СРСР свідчив не про відсталість радянської науки, а про неуспішне налагодження їхнього промислового виробництва, спричинене неузгодженою роботою відповідальних відомств і неповоротким бюрократизмом, який не давав змоги вчасно реагувати на перспективні наукові відкриття. Ці дві визначальні причини дефіциту новітніх ліків і медичного устаткування добре ілюструють такі приклади.

У 1980-ті роки, коли діабетики високорозвинених країн вже використовували спеціальні наручні браслети, щоб контролювати вміст цукру у крові, в СРСР традиційно робили аналіз крові з пальця впродовж 2–3 днів [390]. Водночас у Києві випускали вітчизняний аналог закордонного апарата — глюкофот. У Харкові його постачали тільки до 25-ї лікарні, бо вона виконувала загальноносоюзну програму «Епідеміологія цукрового діабету». Однак не було витратних матеріалів для глюкофоту, які надходили з-за кордону й коштували дорожче, ніж сам апарат, що зводило нанівець роботу приладу. Коли ж харківський ендокринологічний диспансер замовив апарати в «Медтехніці», йому відмовили, пояснивши, що потрібних приладів немає в постачальному переліку цієї організації.

1986 р. харківський лікар Геннадій Гришанін запропонував апарат, що усував біль під час лікування зубів, — «Аналгедента» [254]. Прилад, що його вдосконалила група науковців на чолі з Г. Гришаніним, отримав золоту медаль на ВДНГ СРСР, його визнали таким, що немає аналогів у світі, і запатентували в дев'яти країнах, серед яких Великобританія, США та Японія.

Винахідник та його помічники розробили чотири покоління апарата, але жоден із них так і не надійшов до стоматологічних поліклінік Харкова, тому першу пробну партію випустила приватна харківська фірма «Наdejда ЛТД».

1991 р. Харків відвідала делегація турецьких стоматологів і підприємців, бажаючи ознайомитися з виробництвом сапфірових імплантатів та інструментарію, щоб їх вживляти [200]. Ці імплантати виробляла лабораторія Л. А. Литвинова у НВО «Монокристалреактив», а операції зі встановлення імплантатів пацієнтам виконував розташований у Харкові Республіканський центр стоматологічної імплантації, одним з ентузіастів створення якого був головний лікар міської поліклініки «Строитель» П. П. П'янов. Турки були готові придбати інструментарій для операцій, однак угоду не уклали, бо не було промислового виробництва унікальних медичних інструментів. Колектив центру, позбавленого будь-якої уваги з боку облздоровідділу, сам виготовляв інструменти в Полтаві «внаслідок особистих контактів».

Урешті, 1988 р. комісія Верховної Ради УРСР запропонувала доручити Раді Міністрів УРСР організувати виготовлення на підприємствах союзного підпорядкування ультразвукової, моніторної й комп'ютерної техніки, а також нестандартного обладнання й меблів для реабілітаційного лікування [445, арк. 39]. Однак саме тут розпад СРСР поставив крапку в переобладнанні лікувальних закладів приладами вітчизняного виробництва.

Тоді, коли в СРСР почали реалізувати багато принципово нових наукових проектів, через розбалансування радянської економіки наприкінці 1980-х рр. склалася катастрофічна ситуація з забезпеченістю населення й медичної мережі найпростішими ліками та апаратурою. За 1980–1990 рр. в Україні не створили жодного великого виробничого підприємства, що випускає лікарські засоби, а зношеність основних фондів, коштів на оновлення яких вже не було, становила 70 % [448, арк. 18–19]. Ухвалену 1990 р. програму розвитку медичної промисловості на 1990–1995 рр. не виконали вже наступного року, бо Держплан СРСР відмовився виділяти кошти на будівництво нових підприємств

з випуску медпрепаратів. Зупинили проектувати й будувати 6 нових підприємств, що мали випускати серцево-судинні препарати й сорбенти, виробляти одноразові шприци й системи переливання крові, а також припинили наукові розробки та скоротили науково-технічний персонал.

Потрібних коштів (210 млн руб.), щоб закупити ліки й обладнання за кордоном, не було [там само, арк. 19]. Оскільки не мали імпортової сировини, уже 1991 р. передбачали припинити виробляти 112 найменувань медпрепаратів (майже всю номенклатуру антибіотиків, анальгетиків, велику частину серцево-судинних ліків) на загальну суму 590 млн руб.

Як наслідок, якщо 1984 р. забезпеченість населення ліками становила 82,5 %, то 1990 р. рівень задоволення потреб у ліках уже не перевищував 40 % і мав впасти 1991 р. до 27 % [442, арк. 2; 448, арк. 18–19]. Про масштаби скорочення виробництва медичних матеріалів свідчить той факт, що за річної потреби республіки в понад 20 тис. стерилізаторів для операцій, 1990 р. випустили всього приблизно 1 тис. штук [там само, арк. 7].

Як і у випадку з харчовими продуктами, з продажу зникли навіть ліки, які раніше були в надлишку. Часто через це медичні заклади відмовлялися виконувати курс лікування хворого, що загострювало суспільно-політичну ситуацію. В українських лікарнях бракувало медичного інструментарію одноразового вжитку, новокаїну, перев'язувального матеріалу, а потребу у шприцах задовольняли на 20-25 %, причому зовсім не було в Харкові одноразових шприців, хоча їх потрібно було 3 млн одиниць на рік [258; 274; 278; 448, арк. 7]. У низці харківських хірургічних відділень улітку 1990 р. вже рік як замість скальпеля використовували голінні леза, не було дихальної апаратури, кетгуту та 70 % сучасних ліків [278; 400]. Лікарні не отримували 250 найменувань медичної апаратури.

На 30 тис. осіб у Харкові стало менше донорів крові, бо виробничим колективам було економічно не вигідно заохочувати своїх представників брати безплатно участь у донорському русі, коли на «чорному ринку» літр крові 1990 р. коштував 800 руб. [199].

Почесний донор, який здав кров від 40 до 450 разів, не отримувач майже жодних пільг. Як наслідок, забезпеченість харківських клінік препаратами крові 1991 р. зменшено з 70 до 40 %, про що тривожно нагадували лікарі опікового центру лікарні швидкої допомоги, хірурги й гінекологи. Щоб розв'язати проблему, пропонували запровадити страхове донорство, створивши комп'ютерну базу даних і випустивши акції «Милосердя», а поки обком товариства Червоного Хреста звернувся до трудових колективів, прохали матеріально підтримати донорський рух.

За таких умов харківські медики неодноразово влаштовували акції протесту, а МОЗ УРСР, наукові й медичні установи 1990 р. клопотали перед ЦК Компартії України про виділення з партбюджету мільйонів карбованців, щоб придбати ліки за кордоном і збільшити вітчизняне виробництво (зокрема, щоб фінансувати виробництво Запорізького електроапаратного заводу) [448, арк. 7]. Однак закуплену за наказом депутатів міської ради Харкова велику кількість імпортованих ліків не реалізували через високу ціну [398].

Харківські аптеки з січня 1990 р. перевели на госпрозрахунок без підготовчого періоду на тлі неузгодженості міністерств щодо ціноутворення. Коли на госпрозрахунок перевели підприємства Міністерства медичної промисловості СРСР, які відповідали за гуртові ціни, такі ціни зросли, тоді як роздрібні ціни, що їх встановлювало Міністерство охорони здоров'я СРСР, були низькі. Виникли «ножиці цін» на ліки — збитки харківської аптечної мережі тільки від реалізації препаратів становили 3 млн руб. [там само]. Ці збитки доповнювали підвищена орендна платня за аптечні приміщення, податок (600 руб. на рік) за кожного представника адміністративно-управлінського персоналу, сукупно роблячи аптеки збитковими й порушуючи питання про їхню ліквідацію згідно з п. 4 ст. 17 Закону СРСР «Про державне підприємство» [190].

Упродовж 1960–1970-х рр. технічно модернізували медичні заклади й фармацевтичні підприємства міста. Харківські медики разом із технічними вишами, НДІ та промисловими підприєм-

ствами успішно розробляли унікальні медичні прилади світового рівня. Водночас хронічним був дефіцит ліків і медичної апаратури, який виник, бо складно налагоджували промислове виробництво новітніх розробок в умовах задушливого бюрократизму й суцільної плановості. Збільшуючи номенклатуру медичних виробів, отримували більші адміністративні структури й не розв'язували проблем. Як наслідок, медики почали виробляти деякі унікальні вітчизняні прилади в «кустарний» спосіб.

Диспансеризація

Теоретики радянської системи охорони здоров'я вважали за найважливіший її складник диспансерний метод [271, с. 131]. Цей метод, поєднуючи профілактику й лікування хвороб, поступово ставав головним напрямом у медичній практиці. Ще 1924 р. в Харкові почали диспансеризувати робітників промислових підприємств [401, с. 163]. Утім широко диспансеризувати населення почали в СРСР після Другої світової війни.

На початку 1954 р. МОЗ СРСР розробило й видало методичний лист щодо диспансерного методу обслуговування населення в міських лікарнях і медико-санітарних частинах [317, с. 335]. Згідно з ним диспансерне обслуговування населення в міських лікарнях і МСЧ мало охопити контингенти здорових осіб, об'єднаних загальними фізіологічними ознаками (вік, вагітність) або умовами праці (певні групи робітників), а також осіб, які мали ті чи ті захворювання. Під диспансерне обслуговування підпадали: а) підлітки від 14 до 18 років; б) представники робітничих професій з особливими умовами праці; в) інваліди Вітчизняної війни; г) керівні кадри промислових підприємств; д) хворі на гіпертонічну й виразкову хвороби, цукровий діабет. Однак у листі зазначали, що до цього списку залежно від місцевих умов можуть вносити зміни, зменшуючи перелік хвороб і кількість тих, кого мали диспансеризувати.

Медичні огляди зазначених контингентів здорового населення пропонували здійснювати щонайменше раз на рік [там само, с. 336].

Хворих на туберкульоз, венеричні та онкологічні хвороби диспансеризували спеціальні диспансери. Кількість диспансерів у Харкові за повоєнні роки зростала: 1946 р. функціонувало 3 диспансери, 1960 р. — 13, 1971 р. — 17, 1980 р. — 21, 1990 р. — 23 (табл. 1) [97, арк. 19; 132, арк. 12].

Один з елементів диспансеризації — забезпечити амбулаторних хворих дієтичним харчуванням. Для цього в Харкові створили велику мережу дієт'далень закритого (заводські) й відкритого (сім на 1965 р.) типів [120, арк. 2]. Робітників промпідприємств, що не мали власних дієт'далень, направляли до відкритої мережі. Наприклад, при 2-й клінічній лікарні було диспансерне дієтвідділення на 50 місць, де харчувалися студенти, робітники промпідприємств і частина хворих, які придбали путівки вартістю 45 крб/міс. [там само, арк. 3]. Лікарі дієтвідділення систематично наглядали за хворими. При відділенні працювали терапевтичний, зуболікарський, маніпуляційний, фізіотерапевтичний кабінети та клінічна лабораторія. Хворі отримували чотириразове харчування разом із медикаментами й вітамінами, відвідуючи диспансер двічі на день. Отже, лікувальне харчування забезпечували без відриву від виробництва.

Загальна кількість посадкових місць усієї дієтичної мережі міста 1965 р. становила 2152, з яких 432 місця на промпідприємствах [там само]. Ця кількість не задовольняла потреб усіх, хто перебував на диспансерному обліку й потребував дієтичного харчування, а таких хворих у Харкові було загалом 32730 осіб.

Дієт'дальні заводів ХЕМЗ, ХТЗ, «Серп і Молот» були недостатньо забезпечені кухонним обладнанням та інвентарем, що знижувало технологію приготування дієтичних страв. Не всіх кухарів на цих заводах спеціально готували з дієтології, в окремих випадках їх бракувало, тому складніше було якісно готувати їжу. Недостатньо забезпечували їдальні низкою дієтичних продуктів [там само, арк. 4].

Упродовж 1960-х рр. диспансеризація мала такі хиби: хворих недостатньо охоплювали диспансерним наглядом (у середньому 30–40 хворих на одного лікаря); їх планомірно не доглядали й не оздоровлювали, переважали формальні елементи в диспансерній роботі [118, арк. 7; 121, арк. 33–34].

Диспансеризацію гальмувало незадовільне технічне обладнання медичних закладів. 1965 р. комісія МОЗ УРСР, перевіривши стан амбулаторно-поліклінічного обслуговування населення Харкова, виявила, що в усіх обстежених поліклініках не виконували наказ МОЗ СРСР про рентгенологічне обстеження тих, хто вперше звернувся до поліклініки по медичну допомогу, бо бракувало флюорографів [там само, арк. 31]. Така ситуація була з іншими видами обов'язкових обстежень.

Ще в 1980-х рр. диспансеризація на різних підприємствах була неузгоджена й безсистемна: п'ять груп обліку диспансеризували тільки у 25-й міській лікарні (МСЧ ХТЗ) [429, арк. 66]. Медико-санітарні частини заводів ім. Малишева й турбінного ім. Кірова не запровадили цих рекомендацій, тому не можна було говорити, що правильно спланували кратність оглядів і лікувально-профілактичних заходів [там само, арк. 67].

1970 р. уже чверть радянського населення (60 з 241,7 млн) щорічно проходила профілактичні огляди [450]. У Харкові впродовж 1976–1980 рр. групові огляди охоплювали 80 % диспансерних хворих, 25 % диспансерних хворих не повністю оглядали лабораторно та інструментально, комплексне лікування не призначили у 15–20 % випадків [429, арк. 68]. Несвоєчасні взяття на диспансерний облік хворих на ревматизм на ХТЗ і заводі «Серп і Молот» становили 16–20 %, на ішемічну хворобу серця – 28–30 %, неповне лікування призначали в 4–10 % [там само, арк. 166].

У звіті комісії МОЗ УРСР за 1985 р. також наголосили на низькій якості діагностики захворювань на ранніх стадіях, вказавши на малу чисельність груп ризику основних інвалідизувальних хвороб на промислових підприємствах [430, арк. 1]. На деяких підприємствах відсоток профоглядів був невір-

дано низький — 20–23 %, більшість з них не були комплексні [там само, арк. 2]. Недостатньо обстежували й несвоєчасно брали на диспансерний облік хворих на кардіологічні захворювання й виразкову хворобу, цукровий діабет [там само, арк. 5].

Хоча кількість диспансерних хворих на 10000 дорослих мешканців у Харкові дорівнювала середньому показникові в УРСР, а кількість диспансерних хворих, яка припадала на одного терапевта, зросла за 20 років (1964–1985 рр.) з 40 до 185 осіб, вона була недостатня й особливо низька у вузьких спеціалістів — кардіологів (136), ревматологів (155) [118, арк. 7; 430, арк. 4–5].

Активно контролювати стан здоров'я населення почали в Харкові наприкінці 1970-х рр. З 1978 р. і впродовж першої половини 1980-х рр. відповідно до наказу МОЗ СРСР № 851 «О подготовке к введению ежегодной диспансеризации всего населения» майже в усіх поліклініках Харкова створили відділення профоглядів, щоб виявляти хвороби на ранніх стадіях [85, арк. 157; 271, с. 131]. Упродовж 1980-х рр. запровадили централізований облік і контроль за диспансеризацією.

У червні 1983 р. пленум ЦК КПРС визначив поетапний перехід до диспансеризації всього населення країни. Тоді ж на великих підприємствах Харкова виникли диспансеризаційні відділення [22; 256]. 1986 р. уже половина населення Харківської області проходила щорічний профілактичний огляд [420]. Рівень диспансеризації дорослого населення Харкова на 1986 р. становив 313 осіб на 1000 проти 242 1980 р. Загалом із 1957 до 1985 р. кількість зареєстрованих у поліклініках хворих, що перебували на диспансерному обліку, зросла з 1,6 % до 31,3 % [112, арк. 9; 271, с. 131].

На думку самих лікарів, програма загальної диспансеризації населення в умовах обов'язкового виконання нереальних планових показників перетворилася з позитивного почину на адміністративні заходи щодо ухильників і відписки, що тільки додавали роботи лікарям амбулаторно-поліклінічної ланки [365]. Про це свідчила статистика істотного зростання смертності, яка ставила під сумнів дані про широкомасштабні профогляди. Наприклад,

кардіологічна захворюваність у Харкові впродовж 1986–1990 рр. перевищила республіканський рівень, уп'ятеро зросла кількість посмертно виявлених випадків раку [313, арк. 10]. Показник виявлення передпухлинної патології в Харкові становив 1990 р. 1,5–6 %, тоді як республіканський показник був 18 %.

Однак, попри всі свої хиби, загальну диспансеризацію з року в рік розширювали, комплексно обстежуючи населення та плануючи в такий спосіб розвиток спеціалізованої медицини на далеку перспективу.

Хоч 1990 р. в харківських поліклініках виникло 22 відділення профілактичних оглядів, вони не утворили мережі [там само, арк. 6]. У багатьох з них працював в одну зміну неуккомплектований персонал, вони були погано обладнані діагностичною апаратурою. Замість того, щоб своєчасно виявляти захворювання, профілактичні відділення переважно займалися писаниною.

Більшість зі створених в амбулаторно-поліклінічних закладах впродовж 1986–1990 рр. 15 відділень відновлювального лікування, працюючи на громадських засадах, мали низьку ефективність, бо були неуккомплектовані кадрами. Денні стаціонари використовували, щоб робити міні-аборти. Комплексно не відновлювали хворих на гіпертонічну хворобу, захворювання суглобів. Амбулаторна ланка неефективно формувала й оздоровлювала групи ризику, неякісно здійснювала профілактичні й цільові огляди в центральних районних лікарнях Дзержинського, Жовтневого, Ленінського районів Харкова, МСЧ ХТЗ.

Упродовж післявоєнних років істотно зросла мережа диспансерів Харкова й кількість хворих, які перебували на диспансерному обліку, виникли нові форми диспансеризації, медики почали диспансеризувати населення, хоч бракувало кадрів і медичної техніки.

Боротьба з найважливішими хворобами й діяльність спеціалізованих медичних закладів

У другій половині ХХ ст., подолавши найстрашніші інфекційні захворювання, медики отримали нове завдання — перемогти «хвороби способу життя» (серцево-судинні, онкологічні хвороби, діабет, хвороби органів травлення, психіатричні захворювання, алкоголізм і наркоманія), які вийшли на перше місце в індустріально розвинених країнах через шкідливі звички, стреси, погані умови праці. Часто вважають, що радянська командна система змогла успішно боротися з інфекціями, але продемонструвала свою неповороткість у боротьбі з «хворобами способу життя», використовуючи старі підходи, щоб долати нові виклики, і збільшуючи кількісні показники медичної мережі (ліжка й кадри) [465, р. 13]. Смертність в СРСР почала зростати за часів Л. І. Брежнєва, бо збільшилася тривалість життя, велика частина населення виконувала важку фізичну працю, мала шкідливі звички. У таких умовах радянська влада доби «застою» й далі покладалася на засоби, перевірені в боротьбі з інфекційними захворюваннями [468, р. 342].

Чи правильне таке твердження чи містить воно лише децицю істини, і що взагалі зробила радянська влада, щоб подолати нові захворювання? Спробуємо розглянути ці запитання, проаналізувавши зміни у структурі медичної мережі й відповідність структури викликам часу.

Аналізуючи 45-річний шлях спеціалізації стаціонарної медичної мережі Харкова, помічаємо три тенденції: далі зростали її основні напрями (допомога дітям і жінкам, терапевтична, фтизіатрична, хірургічна, психіатрична допомога); неухильно й закономірно ставало менше інфекційних ліжок у структурі ліжкового фонду (з 46,2 % до 9 % впродовж 1944–1975 рр.); у 1960-ті рр. виникли вузькоспеціалізовані профілі — кардіоревматологічний, інфарктний, нефрологічний, опіковий, нейрохірургічний, ендо-

кринологічний, гастроентерологічний, проктологічний (табл. 19) [121, арк. 4–5; 135, арк. 4; 154, арк. 38].

Спеціалізовану допомогу в Харкові відповідно до викликів часу почали активно розвивати у другій половині 1950-х рр. 1956 р. відкрили клінічну отоларингологічну лікарню № 30, де вперше в Харкові виконали ендоскопічні операції [1]. Проте вузької спеціалізації в місті не було до початку 1960-х рр., під ту пору спеціалізували лише п'яту частину ліжок (акушерсько-гінекологічні, онкологічні, туберкульозні та шкірно-венерологічні) [106, арк. 5].

Упродовж 1960-х рр. у Харкові створили спеціалізовані відділення, щоб лікувати малі форми туберкульозу, ендокринологічний стаціонар, науково-дослідний центр «Штучна нирка», обласну стоматологічну лікарню (1962 р.), лабораторію контактних лінз і кардіоревматологічний диспансер (1963 р.), один з найбільших в Україні опіковий центр (1965 р.), гематологічний центр при облонкодиспансері [150, арк. 2, 12; 155, арк. 79; 175, с. 18]. Відкрили відділення, щоб лікувати правець, проктологічне, урологічне відділення, відділення дитячої хірургії та травматології, щелепно-лицьової хірургії. У Харкові почали працювати міжрайонні спеціалізовані кабінети: гастроентерологічний, імунологічний, алергологічний, 5 кабінетів дитячої гінекології, 5 ендокринологічних кабінетів, 3 пульмонологічні кабінети, міське відділення відновлювального лікування на базі дитячої клінічної лікарні № 23.

Упродовж 1950–1960-х рр., скорочуючи науково-дослідні структури СРСР, у Харкові ліквідували деякі профільні інститути: на міські клінічні лікарні перетворили Український НДІ хвороб вуха, горла та носа (1955 р.), Український інститут очних хвороб ім. Л. Л. Гіршмана (1963 р.) [383, с. 14]. Реорганізували також Український рентгенорадіологічний інститут та Харківський НДІ охорони материнства та дитинства [65; 457, с. 24, 31].

На середину 1960-х рр. спеціалізовані служби мали високу питому вагу у поліклінічних відділеннях: вузькі спеціалісти ста-

новили 43,4 % усіх лікарів та 32,6 % середнього медперсоналу відкритої мережі [121, арк. 7].

До початку 1970-х рр. у Харкові створили всі передбачені урядовими постановами вузькоспеціальні кабінети [132, арк. 13]. Водночас у тогочасній періодиці зазначали, що спеціалізують мережу повільно та формально, бо малі стаціонари погано обладнані й укомплектовані кадрами [15].

Упродовж 1970-х рр. відкрили центр дитячої реанімації й дитяче нефрологічне відділення, пологовий центр для жінок, хворих на цукровий діабет, пульмонологічне відділення, реорганізували всю фтизіатричну службу, створивши 5 великих міжрайонних центрів, у низці лікарень і поліклінік відкрили відділення переливання крові [133, арк. 8]. 1980 р. міські лікарні Харкова мали 212 спеціальних відділень [429, арк. 54–55], а 1985 р. у міських поліклініках приймали пацієнтів за 16 спеціальностями [431, арк. 4].

Відповідно до постанови Верховної Ради СРСР від 1968 р. у Харкові великі спеціалізовані лікувально-профілактичні центри будували впродовж 9-ї п'ятирічки (1971–1975 рр.) [359, с. 253–255]. Про результати цього будівництва свідчить той факт, що на 1987 р. 99 % хворих отримували спеціалізовану меддопомогу, не полишаючи своєї області [там само, с. 260].

В умовах планового розподілу коштів керівники медзакладів складно боролися за будівництво нових корпусів, докладаючи максимум кмітливості й винахідливості. Зокрема, вибираючи проект нового лікарняного корпусу, директор Харківського НДІ загальної та невідкладної хірургії О. О. Шалімов вимушений був пожертвувати ліпшим проектом на користь посереднього, щоб мати змогу якнайшвидше збудувати восьмиповерховий корпус із комплексом додаткових будівель [2, с. 70]. Кошти на будівництво п'ятиповерхового клінічного корпусу Харківської психіатричної лікарні № 36 у 1960-ті рр. змогли отримати лише як привід, щоб спорудити гуртожиток для молодшого медперсоналу лікарні [370, с. 96–97].

Спеціалізована допомога функціонувала за принципом етапності. Було п'ять етапів надання меддопомоги: спеціалізовані відділення територіальних поліклінік, консультаційно-діагностичні поліклініки з лікарями вузьких спеціальностей на базі медичних вишів, спеціалізовані центри терапевтичного й хірургічного профілів в обласних містах, міжобласні центри з окремих спеціальностей (опікові, алергологічні, профпатологічні), союзні спеціалізовані центри [359, с. 262]. Виразно втілює принцип етапності створена в 1970-ті рр. за ініціативи члена-кореспондента АМН СРСР професора Л. Т. Малої система надання кардіологічної допомоги, що передбачала спеціалізовані бригади швидкої допомоги, лікування у спеціалізованому стаціонарі, реабілітаційному відділенні, приміському реабілітаційному санаторії, поліклініці після одужання [271, с. 138]. Завдяки системі етапного лікування хворих на гострий інфаркт міокарда смертність від цієї хвороби зменшили вдвічі [73].

Чи відповідала структура стаціонарної медичної мережі Харкова структурі захворюваності/смертності та чи задовольняла вона потреби хворих? Щоб відповісти на ці запитання, потрібно, з одного боку, поглянути на основні показники здоров'я харків'ян впродовж досліджуваного періоду, а з іншого, — на кількісні потужності відповідних медичних напрямів, умови надання спеціалізованої допомоги, науково-технічний потенціал спеціалізованих закладів.

1955 р. смертність в УРСР дорівнювала показнику 7,4 на 1000 осіб і була нижча, ніж у скандинавських країнах (8,5–9,6), США (9,6), ФРН (10,5), Великобританії (11,4) та Франції (12,3) (табл. 20) [438, арк. 46–47]. Переважно містяни помирали внаслідок захворювань органів кровообігу, злоякісних новоутворень, запалень легенів, туберкульозу, гострих шлунково-кишкових захворювань. З середини 1950 до 1980-х рр. структура смертності харків'ян відповідала загальноукраїнській і була незмінна, крім того, що третє місце в ній посіли травми, а туберкульоз зник із причин смертності [271, с. 139, 141; 430, арк. 1]. У 1980–1990 рр. показники захворюваності харків'ян зросли: у 3,5 раза на гіпер-

тонічну хворобу, в 1,3 раза — на рак, у 1,2 раза — на цукровий діабет.

У період сталого розвитку медичної мережі (1955–1990 рр.) Харків мав нижчі за загальноукраїнські показники народжуваності та смертності. Проти дорадянської доби смертність харків'ян станом на 1970 р. зменшили вчетверо, удвічі зросла середня тривалість життя, сягнувши 70 років [155, арк. 75].

Водночас як в Україні, так і в Харкові впала народжуваність і зросла смертність серед дорослого населення в наступні роки: народжуваність впала в 1,8, смертність зросла в 1,6 раза.

Якщо в середині 1960-х рр. у Харкові вдвічі більше народжували, ніж помирали, то вже 1990 р. ці показники були майже рівні (11,2 і 10,5 на 1 тис. осіб відповідно). Зазначимо, що зростання смертності в Україні досягнуло свого піку в 1990-ті рр., показник смертності серед дорослого населення 2015 р. був високий (13,9 смерті на 1 тис. осіб) і перевищував показник 1990 р. [459, с. 24].

Унаслідок зазначених процесів природний приріст населення Харкова з середини 1950-х до 1990 р. впав у чотири рази (з 9 до 2,2 на 1 тис. осіб) і втричі відставав від аналогічного показника у США (7,4). Його темпи також відповідали республіканським, крім середини 1950-х рр., коли Харків набагато поступався українським показникам, і 1990 р., коли, навпаки, місто втричі випередило Україну за темпами приросту населення.

Отже, порівнявши показники й динаміку народжуваності, смертності та природного приросту, доходимо висновку, що зміни, пов'язані зі здоров'ям людей, з другої половини 1950-х до 1990 р. в Харкові й Україні були тотожні.

Упродовж аналізованого періоду набагато урізноманітнили структуру спеціалізованої стаціонарної допомоги в Харкові: 1953 р. вона мала лише 6 профілів, 1960 р. — 15, 1975 р. — 18 (табл. 19). Найбільшу частку у структурі ліжкового фонду становили заходи, покликані боротися з головними причинами смертності: 1975 р. на хвороби кровообігу припадало 18 % загальної кількості ліжок (разом із терапевтичними), на травматологічний профіль — 9,8 % (разом із хірургічними), частка онкологічних

ліжок 1960 р. — 4,8 %. Однак у середині 1970-х рр. традиційно багато було туберкульозних ліжок — 8,2 %. Отже, упродовж досліджуваного періоду помітна кореляція між структурою захворюваності й ліжкового фонду Харкова [438, арк. 143].

Утім, попри велику питому вагу у структурі ліжкового фонду Харкова, терапевтичний, хірургічний і низка інших профілів були незадовільно забезпечені ліжками [102, арк. 44; 121, арк. 2; 157, арк. 6; 429, арк. 52–53; 430, арк. 5]. Як наслідок, хворі іноді потрапляли до непрофільних відділень [130, арк. 130]. Такі хворі утворювали окрему групу під назвою «інші», яку змушені були приймати гінекологи або невропатологи, що мали більший ліжковий фонд, ніж терапевти чи хірурги. Попри встановлені діагнози на зразок пневмонії або раку профільні відділення відмовлялися приймати хворих, мотивуючи це браком місць і тяжким станом пацієнтів, які «осідали» в непрофільних відділеннях до самої смерті. Прикладом такої ситуації був випадок, коли до гінекологічного відділення потрапила 78-річна жінка, хвора на рак, яка через кілька місяців померла, так і не дочекавшись, коли її переведуть до хірургічного відділення [там само].

За таких умов потрібно було перепрофілювати частину ліжкового фонду, щоб вивільнити ліжка для нових спеціальностей. Уже в 1940-і рр. інфекційні ліжка використовували лише на 70 %, тоді як гінекологічні — на 115 %, неврологічні — на 126 % [135, арк. 4]. Фонд перепрофілювали, хоч і дуже повільно, завдяки інфекційним і туберкульозним ліжкам [445, арк. 38].

Крім того, що не було спеціальних ліжок, стаціонари мали погані умови, щоб надавати спеціалізовану допомогу. Коли 1957 р. створили міський онкологічний диспансер, перші три роки в ньому бракувало фахівців, приміщення опалювали погано — іноді температура в палатах становила 8 °С [271, с. 140]. Корпуси Харківського облонкодиспансеру збудували у 1936–1937 рр. [413]. І хоча нові корпуси ввели в дію 1967 р., окремі приміщення онкологічного центру й досі були розташовані у пристосованих будівлях, зведених у різні часи.

Напружена ситуація з розміщенням пацієнтів була впродовж 1950–1980-х рр. у найбільшій міській лікарні — Харківській міській клінічній психіатричній № 36 (Сабурова дача), де до 500 хворих не мали власного ліжка. Через це багато пацієнтів займали ліжко вдвох, «валетом» [370, с. 97, 245]. Завдяки літнім лікарняним павільйонам хворі могли хоча б улітку мати персональне ліжко [там само, с. 243].

Проте хибно думати, що невтішний стан матеріальної бази загалом характеризує розвиток спеціальної меддопомоги впродовж усього повоєнного радянського часу. Він цікавить як фундамент, на базі якого у 1960–1980-ті рр. постали найновіші на той час спеціалізовані науково-лікувальні медкомплекси. Розглянемо розвиток окремих напрямів харківської охорони здоров'я.

Охорона здоров'я жінок і дітей.

Заклади медичної допомоги жінкам і дітям становили чи не найбільшу частину спеціалізованої допомоги в Харкові: 1960 р. 11 із 17 спеціальних лікарень міста були дитячі неінфекційні [114, арк. 20 зв.].

На початку 1950-х рр. 99 % породілей у Харкові вже народжували у стаціонарах, тоді як у українських містах повної госпіталізації ще не було й у другій половині 1950-х рр. [102, арк. 44–45; 145, арк. 1, 2, 6; 438, арк. 46]. Жіночі консультації стали більше охоплювати вагітних жінок: упродовж 1950–1956 рр. цей показник зріс з 53 до 70 % [177, с. 36].

Водночас харківські пологові будинки були в незадовільному стані. На початку 1960-х рр. пологові будинки розташовували у старих пристосованих, інколи колишніх житлових приміщеннях. Такі приміщення потрібно було капітально ремонтувати, бо вони не мали потрібних площ, тому ліжка стояли в коридорах. Проте, збільшивши в такий спосіб їхню кількість, не змогли забезпечити потребу жінок у стаціонарній допомозі. Лікарі пологового будинку № 1, не маючи власного робочого місця, працювали в темному коридорі. Принаймні вдвічі менші були обсяги профілактичних оглядів, оскільки не було приміщень для оглядових

кабінетів. Жіноча консультація пологового будинку № 2 була на лікарняному подвір'ї у пристосованому приміщенні, яке збудували 1903 р. [438, арк. 57]. У гінекологічному відділенні цього закладу, ущільнюючи площу, систематично перевищували норми щодо кількості госпіталізованих у 2,5 раза [там само, арк. 78]. Однак 1986 р. у цьому, одному з найстаріших українських пологових будинків уперше на Харківщині відкрили палати спільного перебування матері та дитини.

Навіть відкритий 1959 р. 8-й пологовий будинок на 100 ліжок як база інституту охорони материнства й дитинства та стоматологічного інституту не мав боксованих палат, щоб ізолювати хворих немовлят, а його гінекологічне відділення переважно було перевантажене, тому ліжка теж стояли в коридорі [там само, арк. 144, 146]. За позитивний приклад можна визнати 6-й пологовий будинок, у якому з 1962 р. почали лікувати грязями, використовувати нові різновиди аналізів [там само, арк. 100]. На початку 1970-х у Харкові функціонувало 8 пологових будинків, пологові стаціонари в 7 лікарнях та 32 жіночі консультації [157, арк. 6].

Часто в пологових будинках виникали спалахи інфекційних хвороб у новонароджених. За спостереженнями тодішнього завідувача кафедри дитячої хірургії ХМІ, видатного дитячого хірурга В. С. Топузова, понад половину немовлят, яких приймали до інститутської клініки, були інфіковані саме в пологових будинках [69, с. 29–33]. Цьому сприяли перевантаження й незадовільні умови (не було боксів, ізоляторів) [93, арк. 11; 118, арк. 28]. Аналізуючи справи центральних архівів, бачимо, що харківські й київські пологові будинки мали відповідний санітарний стан [441, арк. 32–32 зв.].

У 1936–1955 рр. в СРСР були заборонені штучні аборти, крім випадків, коли вагітність загрожувала здоров'ю й життю матері. Однак, попри заборону, антиабортну пропаганду та зв'язок лікарів з жіночим активом підприємств, кількість кримінальних абортів зростала. Якщо 1946 р. вони становили 0,66 % від загальної кількості абортів (35 з 5339), то 1953 р. питома частка кримінальних абортів сягнула 9,9 %, зумовлюючи високу смертність жінок

[97, арк. 38; 102, арк. 45]. До того ж лікарі несвоєчасно виявляли й не завжди передавали до слідчих органів випадки явних кримінальних втручань, органи прокуратури теж мало цікавилися цією справою [там само, арк. 45]. За таких обставин проблему добре розв'язали, дозволивши в листопаді 1955 виконувати аборти в СРСР. У пологових будинках і гінекологічних відділеннях лікарень Харкова створили 100 ліжок для операцій зі штучного переривання вагітності [271, с. 135]. Після легалізації кількість абортів різко зростає (з 24,6 % від загальної кількості вагітних 1951 р. до 38, 7 % 1955 р.), що свідчило про слушність і нагальність такого кроку [438, арк. 46].

Охочих зробити аборт було набагато більше за надані можливості, дуже бракувало інструментів. З 1955 р. кількість абортів у Харкові завжди була досить висока. Навіть коли в 1980-ті рр. загалом зріс життєвий рівень населення, а абортів у Харкові стало вдвічі менше, їхня кількість усе ще на 26 % перевищувала загальносоюзний показник (126 абортів на 100 пологів) [163].

Радянський досвід заборони абортів переконливо свідчить, що такий захід даремний і шкідливий. У радянській Україні народжуваність впала не через те, що легалізували аборти, а тому, що не було відповідних умов, щоб її підвищити [438, арк. 45–46]. Передусім ідеться про проблеми з отриманням житла та влаштуванням дітей в ясла й дитячі садки [там само, арк. 74]. Потребуючи 10 місць на 100 працівниць, ці заклади могли надати тільки 3,5. До того ж, легалізуючи аборти, в Україні не почали виробляти протизаплідні засоби [там само, арк. 81]. За таких умов і далі забороняти аборти було б просто шкідливим лицемірством.

З 1960-х рр. активно розвивали спеціалізовану допомогу жінкам. На початку 1970-х рр. у Харкові вже 10 років працював кабінет лікування безпліддя, також були кабінет патології клімаксу, відділення дитячої гінекології, спеціалізовані відділення для вагітних із серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом, для жінок і породілей, хворих на туберкульоз, відділення для передчасних пологів, септичне відділення [132, арк. 14; 157, арк. 6, 44–48, 60, 67–68, 84].

У Харкові вперше в Україні (як у Москві та Ленінграді) почали використовувати низькі температури в акушерстві й гінекології, а також допоміжні репродуктивні технології, щоб лікувати безпліддя. 1972 р. на базі лабораторій фізико-технічного інституту низьких температур і Харківського інституту удосконалення лікарів створили Інститут проблем кріобіології та кріомедицини АН УРСР [208; 279]. Ініціювали створення інституту академік АН УРСР, фізик Борис Ієремійович Веркін та член-кореспондент АН УРСР, кріобіолог Микола Сидорович Пушкар, який очолив заклад. 1983 р. новий директор Інституту, академік НАН УРСР В. І. Грищенко запропонував створити лабораторію репродукції людини на базі 1-ї міської клінічної лікарні, де 1991 р. народилася перша в Україні дитина, запліднена *in vitro* [345, с. 95–96].

1971 р. в Харкові працювало 18 оглядових жіночих кабінетів [157, арк. 14]. Про дієвість їхньої профілактики й дальшого лікування свідчить те, що під час первинних і вторинних медоглядів того року виявили 7 710 випадків гінекологічних захворювань, 83 % виявлених хворих оздоровили. У 1980-ті рр. показник профілактичних оглядів жінок був вищий за загальний показник профоглядів населення Харкова [271, с. 136].

Однак попри те, що 1980 р. декларативно завершили переводити жінок-робітниць з важких і шкідливих професій на інші види робіт, у Харкові й Україні цей процес тривав ще й під час розпаду СРСР [420]. 1989 р. 1,5 млн жінок дітородного віку в УРСР ще працювали в умовах, несприятливих для здоров'я [445, арк. 38].

У роки нацистської окупації зруйнували більшість дитячих закладів Харкова, зокрема всі ясла великих заводів, харчову станцію інституту Охматдит [426, арк. 20]. З дев'яти клінічних дитячих лікарень у Харкові залишилося чотири, з десяти дитячих санаторіїв — три.

Упродовж 1944 р. організували всі види допомоги дітям: соматичну, інфекційну, хірургічну, туберкульозну [там само, арк. 23]. Інші види допомоги надавали стаціонари науково-дослідних інститутів, насамперед Харківський НДІ охорони материнства й

дитинства ім. Н. К. Крупської. Почали працювати кістково-туберкульозний санаторій, лікарня для дітей, хворих на венеричні захворювання, самостійна дитяча поліклініка, де приймали дітей за всіма спеціальностями [там само, арк. 24–25].

У середині 1950-х рр. у Харкові не було жодної дитячої лікарні, побудованої за типом індивідуальних боксів, тоді як 1941 р. функціонувало чотири корпуси по 25 боксів у кожному й міська дитяча лікарня в Помірках з трьома боксованими ізоляторами [102, арк. 46; 136, арк. 3]. Недостатня боксованість дитячих лікарень ускладнювала госпіталізацію хворих [102, арк. 46]. Тоді ж майже всі жіночі консультації й дитячі лікарні, половина дитячих ясел були в цілком непридатних приміщеннях [там само, арк. 44–45, 47].

Мережу дитячих установ у Харкові відбудовували дуже повільно: 1954 р. кількість ліжок у дитячих яслах становила лише 52,8 % від довоєнної (6600 проти 11332) [143, арк. 1; 438, арк. 46]. Проблему будівництва дитячих медичних закладів так само, як і дорослих, планували розв'язати, залучивши кошти промислових підприємств [102, арк. 46–47, 52]. Проте органи охорони здоров'я фактично усунулися від планування будівництва, а підприємства будували погано [143, арк. 18]. Як наслідок, план будівництва ясел промислових підприємств стабільно не виконували, а черги батьків, які бажали віддати дітей до ясел, стали впродовж 1950–1960-х рр. хронічним явищем [438, арк. 75]. Оскільки дитячі заклади, як і пологові будинки, були перевантажені, у них часто виникали спалахи респіраторних інфекцій й харчові отруєння серед дітей [116, арк. 8; 132, арк. 4].

Однак до середини 1950-х рр. змогли забезпечити щомісячний огляд лікарями 98 % дітей віком 1 рік і диспансеризувати 100 % школярів [177, с. 37].

З другої половини 1960-х рр. жвавіше розвивали спеціалізовану дитячу допомогу. 1969 р. при обласній станції переливання крові створили дитячий гематологічний центр, відкрили школу-інтернат для дітей зі сколіозами, санаторій для дітей з хронічною пневмонією в Помірках [155, арк. 2]. Розширюючи наявні лікарні

й будуючи нові пологові будинки, створювали піонертабори для дітей, хворих на ревматизм і шлунково-кишкові захворювання [там само, арк. 7, 13]. Мережа дитячих ясел відтоді не зростала, бо поступово почали відкривати ясла-садочки. Відкрили також дитячий садочок для дітей-заїк. Крім того, при дитячих поліклініках створили міські методичні центри: кабінет лікування косоокості, алергологічний, пульмонологічний, гінекологічний кабінети та ін. [132, арк. 15]. Відкрили дві дитячі стоматологічні поліклініки.

Саме тоді комплексні методи оживлення новонароджених запропонувала завідувачка кафедри акушерства та гінекології ХМІ й гінекологічного відділення 1-ї міської лікарні у 1953–1966 рр., професорка Віра Федорівна Матвєєва [261, с. 228–229; 304, с. 201]. Вона сконструювала кисневий мікронамет, щоб у ньому доглядати хворих немовлят, одна з перших в СРСР застосувала апаратне штучне дихання, щоб оживлювати їх. За низку наукових праць з проблеми асфіксії плоду й новонародженого В. Ф. Матвєєва отримала срібну медаль ВДНГ СРСР.

Цілеспрямовано допомагали батькам виховувати здорову дитину. Для цього з початку 1970-х рр. у 200 дитячих закладах працювали школи та університет для батьків [9, арк. 27]. Дитяча поліклініка Московського району Харкова стала базою передового досвіду республіки щодо виховання здорової дитини [431, арк. 7].

Наприкінці 1970-х рр. медичну допомогу надавали дітям у восьми лікувальних закладах і трьох відділеннях міських лікарень, зокрема в одній з найбільших в УРСР 7-й спеціалізованій лікарні [182]. Саме 7-а лікарня стала базою для кафедри дитячої хірургії ХМІ на чолі з проф. В. С. Топузовим, яка керувала дитячою хірургією й реанімаційною службою Харкова та області. Завдяки новаторським пропозиціям В. С. Топузова змогли істотно зменшити, а інколи й ліквідувати дитячу смертність у разі інфекційних захворювань внутрішніх органів, модернізувати низку операцій, запропонувати нові діагностичні схеми, встано-

вити причини післяопераційних ускладнень, зменшивши в такий спосіб час операцій і реабілітації дітей [69].

Упродовж 1943–1991 рр. центральним закладом союзного значення, який поєднував наукову, лікувальну й організаційно-методичну роботу в царині медичної допомоги дітям, став Харківський НДІ охорони материнства та дитинства, з 1965 р. — НДІ охорони здоров'я дітей та підлітків ім. Н. К. Крупської. У період повоєнної відбудови Харкова (1943–1950 рр.) колектив інституту боровся з дитячою смертністю, дизентерією, рахітом, ревматизмом, розробляв раціональне харчування дітей раннього віку [457, с. 18, 20]. Щоб лікувати різні форми ревматизму, цей заклад запропонував індивідуальні схеми, у яких застосовували кортикостероїди, переливали кров і використовували УФ-радіацію; такі схеми запровадили в нових для Харкова закладах — антиревматичних кабінетах дитячих поліклінік та ревмосанаторії [там само].

На початку 1950-х рр. науковці інституту розробили коригувальну гімнастику, методи боротьби з невиношуванням вагітності та кровотечами під час пологів, методику визначення крововтрат [там само, с. 22]. Зокрема, вагомий внесок у боротьбу з материнською смертністю зробила завідувачка відділення патології вагітності Розія-Хан Садиківна Мірсагатова. Завдяки її дослідженням репродуктивної функції в робітниць важкого машинобудування на підприємствах створили спеціальні жіночі кабінети, ввели до штату заводських амбулаторій посади акушерів-гінекологів, розробили нормативні документи з охорони праці та здоров'я жінок [там само, с. 23].

Упродовж 34 років (1952–1986 рр.) інститут очолювала Олександра Іванівна Корнілова, під орудою якої на початку 1960-х рр. він набув репутації провідного закладу галузі [там само, с. 23–24]. За її ініціативи створено перший в Україні пологовий будинок для жінок з невиношуваною вагітністю з відділенням для недоношених дітей [там само, с. 24]. За проводом О. І. Корнілової 1965 р. інститут перетворили на першу та єдину в СРСР наукову установу, покликану досліджувати фізіологію й патологію під-

літкового віку — НДІ охорони здоров'я дітей та підлітків. Інститут реорганізували, бо потрібно було розв'язувати першочергову проблему державного значення — зміцнити здоров'я підлітків як трудового, репродуктивного потенціалу країни й майбутніх призовників до лав Радянської Армії [там само, с. 31].

Визнаючи значення НДІ охорони здоров'я дітей та підлітків ім. Н. К. Крупської як центру, що координує наукові дослідження й готує кадри у відповідній царині, постановили збудувати новий лікувально-діагностичний комплекс інституту на Салтівці [там само, с. 38]. Упродовж 1971–1974 рр. колектив інституту під час суботників брав активну участь у будівництві нових корпусів. Завдяки докладеним зусиллям інститут отримав багатопрофільну клініку зі стаціонаром на 220 ліжок, що мала 6 відділень, і консультативну поліклініку, де лікарі приймали за 15 спеціальностями [там само, с. 40]. 1975 р. у клініці відкрили лабораторно-експериментальний корпус.

Упродовж 1970-х рр. співробітники інституту розробили рекомендації щодо організації режиму, умов навчання та трудового виховання школярів, нормативи зниженого та підвищеного артеріального тиску для підлітків, вперше визначили поширеність первинної артеріальної гіпертонії серед дітей і підлітків великого промислового міста, нові ланки й механізми патогенезу серцево-судинних та гінекологічних захворювань (зокрема, ревматоїдного артрити, розладів менструальної функції в дівчат-підлітків, затриманого статевого розвитку, дослідження спадкових факторів), розробили нові методи профілактики «застудних» захворювань (загартовування разом із ультрафіолетовим опроміненням), вперше проаналізували причини відстрочок та зняття з обліку призовників, отримали нові дані щодо гормональних і метаболічних зсувів (зокрема, ожиріння) у разі предіабету й цукрового діабету в дітей і підлітків [там само, с. 25, 37, 42, 45, 48].

Щоб ліпше готувати фахівців, за ініціативи О. І. Корнілової на базі інституту 1978 р. відкрили першу в СРСР кафедру фізіології й патології підлітків УІУЛ, а 1982 р. згідно з наказом МОЗ УРСР на базі НДІ створили Республіканський науково-методич-

ний центр охорони здоров'я школярів і підлітків [там само, с. 25, 49].

Аварія на Чорнобильській АЕС спонукала науковців інституту досліджувати вплив малих доз радіаційного випромінювання на нервову, ендокринну, імунну, серцево-судинну систему евакуйованих і відселених дітей у межах Союзної програми, на основі чого розробили відповідні рекомендації щодо відпочинку постраждалих дітей [там само, с. 49–50].

Упродовж 1980-х рр., щоб зменшити дитячу смертність, у Харкові надалі створювали спеціалізовані стаціонари [431, арк. 8]. Тоді відкрили відділення патології новонароджених, патології недоношених дітей, реабілітації покинутих дітей, функціонувало три реанімаційні відділення та три реанімаційні педіатричні бригади швидкої допомоги, почали працювати три дитячі поліклініки, дитяча інфекційна лікарня.

Тоді уряд усе більше звертає увагу на збільшення кількості дітей з вадами розумового й фізичного розвитку, яких 1988 р. в Україні було 380 тисяч [445, арк. 38]. Соціально-економічні причини появи неповноцінного потомства комплексно не вивчали. Урешті, за дорученням Ради міністрів УРСР впродовж 1988–1989 рр. створили п'ять регіональних медико-генетичних центрів і відповідні кабінети в п'ятнадцяти областях, щоб консультувати населення щодо медико-генетичних проблем, здійснювати профілактику та якомога раніше діагностувати вроджені і спадкові захворювання [там само, арк. 42]. До 1990 р. передбачали створити такі заклади в усіх обласних центрах. Одну з перших лабораторій медичної генетики створили 1965 р. на кафедрі акушерства та гінекології ХМІ за ініціативи проф. І. І. Грищенка [44, с. 27]. З 1967 р. лабораторію очолювала Олена Яківна Гречаніна. 1979 р. лабораторія, перетворена на медико-генетичну консультацію, провела першу в СРСР нараду щодо допологової діагностики вроджених вад розвитку та спадкових хвороб [там само, с. 34]. О. Я. Гречаніна та колектив, який вона сформувала, доклали багато зусиль, щоб вивчити генетичні особливості харківської популяції, лікувати аномалії статевого диференціювання,

розробивши методологію ультразвукового обстеження плода. Працівники консультації створили структуру медико-генетичної просвіти й допомоги населенню. Після допологового консультування 93 % сімей народжували здорових дітей. 1984 р. створили міжобласний медико-генетичний центр, а з 1988 р. почали обов'язково консультувати всіх новонароджених у пологових будинках Харкова й області.

1991 р. медичну допомогу харківським дітям надавали обласна дитяча клінічна лікарня, дитяча клінічна лікарня № 7, дитяча інфекційна клінічна лікарня № 8, дитяча клінічна лікарня № 16, дитяча клінічна лікарня № 19, НДІ охорони здоров'я дітей та підлітків, а також 27 дитячих відділень у поліклініках і консультаціях районних лікарень [433, арк. 34]. Напередодні розпаду СРСР змогли достатньо забезпечити заклади спеціалізованими дитячими ліжками, крім інфекційних та отоларингологічних, хоч зовсім не було онкологічних та ендокринологічних ліжок [там само, арк. 36].

Зважаючи на те, що рівень дитячої смертності — один з основних показників, що свідчать про добробут країни, погляньмо, як на нього вплинула діяльність радянської охорони здоров'я. На середину 1950-х рр. дитяча смертність в УРСР була вища, ніж у розвинутих країнах, зокрема Великобританії, США, Франції, Швеції [438, арк. 47]. Тільки ситуація в Києві відповідала показникам дитячої смертності в США. Західних показників дитячої смертності СРСР та Україні змогли досягти лише на початку 1970-х рр. (табл. 21) [там само, арк. 46–47; 439, арк. 75–76]. Проте в 1980-ті рр. дитяча смертність в СРСР, Україні й Харкові знов перевищила відповідні показники провідних країн світу (табл. 22) [299, с. 466].

Наприкінці 1980-х рр. СРСР посів 44-те місце серед країн світу за показником дитячої смертності (Україна 2006 р. посіла 67-е місце). Україна за рівнем дитячої смертності 1990 р. посідала перше місце серед республік СРСР [433, арк. 118–123].

Дитяча смертність в УРСР, хоч і була висока порівняно з індустріально розвиненими країнами, щороку знижувалася:

1940 — на 17,1 %, 1951 — 7,7 %, 1955 — 5,4 % [438, арк. 75]. Таке падіння за роки радянської влади в Харкові загалом відповідало республіканській динаміці (табл. 23) [132, арк. 4; 439, арк. 67]. Упродовж 1912–1990 рр. дитячу смертність в Україні та Харкові зменшили в 16 і 17 разів, упродовж 1966–1990 рр. — в 1,5 та 1,4 раза відповідно.

У 1950-ті рр. Харківська область була однією з областей УРСР з найнижчими показниками дитячої смертності [142, арк. 25; 438, арк. 76]. Проте 1990 р. у Харкові цей показник вже перевищував загальнореспубліканський (14,4 проти 12,4 на 1 тис. новонароджених), поступаючись союзному (22) [299, с. 466; 431, арк. 7]. У Харківській області 1990 р. був найвищий в Україні показник мертвонароджуваності (12,4 %) [433, арк. 119–123].

Показник дитячої смертності в Харкові за 1990 р. майже дорівнював найгіршому показнику дитячої смертності в Україні за роки незалежності (1993–1995 — 15 померлих на 1000 народжених) [458, с. 26]. Як зіставити, то 2015 р. рівень смертності немовлят в Україні становив 8,1 померлої дитини до 1 року на 1000 новонароджених, хоча темпи зниження дитячої смертності менші, ніж за радянських часів [459, с. 24–25].

Насправді, якщо зважити на постійне й послідовне зниження дитячої смертності внаслідок масштабної розбудови медичної інфраструктури навіть у роки гострої економічної кризи, рівень дитячої смертності 1990 р. — це найкращий показник у Харкові за всі радянські часи (табл. 23).

Надзвичайно високий (якщо порівнювати з сьогоднішнім) був рівень материнської смертності в Харкові: хоч її знижено удвічі за 1975–1990 рр., 1990 р. породіллі помирали у 72,6 випадку на 100 тис. живонароджень (2011 р. — 17,76 смерті) [169, с. 6, 14]. Загалом материнська смертність в СРСР наприкінці 1980-х рр. у 3–5 разів вища, ніж у західноєвропейських країнах, США та Японії.

Основні причини дитячої смертності в радянському Харкові були захворювання новонароджених, інфекційні захворювання та хвороби органів дихання, вроджені вади [132, арк. 4; 143, арк. 19].

Для Харкова притаманні загальноукраїнські причини високої дитячої й материнської смертності: грубо порушували обстеження й нагляд за вагітними жінками; повільно переводили жінок дітородного віку на нешкідливі роботи; неякісно обслуговували до пологів вагітних з патологіями; неправильно здійснювали пологи; надавали низькоякісну реанімаційну допомогу новонародженим [9, арк. 20; 433, арк. 119].

Кардіологічна і ревматологічна допомога.

Кардіологічна допомога повоєнних часів у Харкові пройшла шлях від відкриття міського кардіоревматологічного диспансеру до створення Харківського науково-дослідного інституту терапії, який очолила академік АМН СРСР Л. Т. Мала [271, с. 137–139].

Ще на початку 1950-х рр. у 4-й поліклініці Харкова під орудою завідувача кафедри госпітальної терапії ХМІ професора В. М. Когана-Ясного створили диспансер для хворих на гіпертонію [202, с. 17]. З другої половини 1950-х рр. посилили увагу до кардіологічної допомоги, адже серцево-судинні захворювання кількісно почали випереджати інші хвороби. У великих поліклініках обласних центрів створили кардіоревматологічні кабінети [197, с. 100]. Роботою таких кабінетів у Харкові керував відкритий 1963 р. міський кардіоревматологічний диспансер зі стаціонаром на 75 ліжок. Наприкінці 1960-х рр. у цій мережі функціонувало 20 кардіоревматологічних кабінетів для дорослих і 15 — для дітей.

Крім того, 1962 р. на базі 27-ї клінічної лікарні, де з 1961 р. кафедру госпітальної терапії ХМІ очолювала Л. Т. Мала, відкрили дві проблемні кардіологічні лабораторії, у яких вивчали артеріальну гіпертонію, атеросклероз, ішемічну хворобу серця [202, с. 5, 17]. Також на базі 27-ї лікарні 1968 р. вперше в Україні створили спеціалізоване міське кардіологічне відділення на 60 ліжок з блоком інтенсивної терапії, щоб лікувати хворих на інфаркт міокарда [там само]. Відкривши відділення, змогли безперервно стежити за ритмом серцевої діяльності, здійснювати всі види невідкладної терапевтичної допомоги й реанімаційних заходів [там само, с. 5–6]. Унаслідок цього на новий рівень підне-

сли ефективність профілактики й лікування ускладнень інфаркту міокарда, набагато зменшивши показники смертності.

Упродовж 1970-х рр. у Харкові створили першу в Україні систему етапного лікування хворих на інфаркт міокарда, що становила мережу спеціалізованих відділень, реабілітаційне відділення й санаторно-курортну службу. Зокрема, щоб доліковувати хворих на інфаркт міокарда, на базі санаторію «Рай-Оленівка» та пансіонату «Роща» відкрили санаторні відділення кардіологічного профілю на 90 ліжок. Набагато збільшивши кількість спеціалізованих кардіологічних бригад швидкої допомоги, змогли уникати летальних випадків дорогою до лікарні. Станція швидкої медичної допомоги отримала власне ургентно-кардіологічне відділення. Спеціалізований кардіологічний ліжковий фонд 1980 р. налічував 740 ліжок.

Завдяки потужній науковій базі разом із впровадженням обов'язковим флюорографічним обстеженням усіх осіб, старших за 40 років, які звернулися до поліклінік, добрій забезпеченості кардіологічними ліжками (6 на 10 тис. осіб за республіканського показника 1,8) змогли госпіталізувати 100 % хворих на гострий інфаркт міокарда наприкінці 1970-х рр. [271, с. 138].

Ревматологічна служба 1980 р. мала 12 кабінетів для дорослих, 13 — для дітей, спеціалізоване відділення на 75 ліжок для дорослих у кардіоревматологічному диспансері № 10, ревматологічне відділення для дітей на 60 ліжок, санаторій на 50 ліжок, школу-інтернат на 150 місць, піонерські табори санаторного типу [8, арк. 2, 4, 30, 36; 9, арк. 4, 10, 11, 29; 76, арк. 138, 139, 155; 83, арк. 65]. У цій сфері показник одужання теж набагато перевищував республіканський та київський.

Завдяки енергії Л. Т. Малої одну із вищезгаданих лабораторій 27-ї лікарні 1980 р. реорганізували в Республіканський кардіологічний диспансер, на основі якого вже наступного року постала філія Київського НДІ кардіології ім. академіка М. Д. Стражеска, а 1986 р. — єдиний в республіці НДІ терапії АМН України, який і очолила академік АМН СРСР Л. Т. Мала [202, с. 5; 271, с. 137–139].

На те, що доцільно відкрити філію НДІ кардіології ім. М. Д. Стражеска саме в Харкові, вказав III Всесоюзний з'їзд кардіологів СРСР, зважаючи на можливу перспективну співпрацю з низкою наявних у місті НДІ медико-біологічного й фізико-технічного профілю [77, арк. 55]. Як основні напрями наукової роботи філії наказ МОЗ визначав: вивчити механізми виникнення й розвитку атеросклерозу, питання клінічної фармакопеї серцево-судинних захворювань; розробити методи їхньої масової профілактики серед робітників промислових підприємств; розробити рекомендації щодо вдосконалення системи кардіологічної допомоги, етапності лікування й диспансеризації хворих [там само, арк. 65]. Тут уперше в Україні впроваджено у клінічну й експериментальну кардіологію лазерну техніку, цифрове оброблення зображення, теплобачення, голографію, візуалізацію ДНК [там само].

З другої половини 1980-х рр. інститут розробляє проблеми раптової смерті, за допомогою генетичних аналізів визначає чутливість організму до кардіологічних препаратів та оптимальну дієту. Науковці інституту запропонували інтегральний принцип діагностики й лікування серцево-судинних хвороб у зв'язку зі станом інших органів і систем організму, тому сьогодні інститут надає допомогу не лише в разі захворювань серцево-судинної системи, а й шлунково-кишкового тракту, органів дихання, нирок, печінки, вивчає епідеміологію хронічних неінфекційних захворювань, тобто комплексно лікує хвору людину [73].

Інтенсивний розвиток кардіоревматологічної мережі та створення в Харкові такого потужного центру, як НДІ терапії АМН України були актуальними кроками, оскільки харків'ян усе більше вражали хвороби кровообігу: упродовж 1980–1989 рр. захворюваність на гострий інфаркт міокарда зростає з 178 до 224 хворих на 100 тис. осіб (в УРСР — 109), на гіпертонічну хворобу — з 2503 до 8767 хворих. Серцево-судинна патологія наприкінці 1980-х рр. усе ще посідала перше місце серед причин смертності [271, с. 139–140].

Змінити ситуацію, створивши кардіологічні відділення в усіх районах Харкова, щоб планово госпіталізувати хворих, уже не могли, бо бракувало коштів. Як наслідок, 1990 р. 51,2 % хворих на серцево-судинні захворювання лікували в загальних терапевтичних відділеннях, бо в кожному міському районі не було кардіологічних відділень.

Онкологічна допомога.

Після війни в поліклініках Харкова виникли онкологічні кабінети й онкопункти, наприкінці 1945 р. створили обласний онкодиспансер [136, арк. 51–55]. У 1950-ті роки організаційно й матеріально-технічно зміцнювали онкологічну службу. Крім того, у цей період постає атомна енергетика, яка визначила нові завдання для охорони здоров'я.

1954 р. уряд СРСР постановив будувати в містах дослідницькі ядерні реактори й розвивати атомну енергетику. Як наслідок, у Києві виник інститут ядерних досліджень НАН України, у якому 1960 р. запустили перший вітчизняний ядерний реактор. Він міг виробляти ізотопи, використовувані в різних галузях промисловості й медицині. Виконувати урядову програму почав і Харківський фізико-технічний інститут. Оскільки іонізаційне випромінювання широко використовували в народному господарстві, науці та медицині, потрібно було фундаментально вивчити його біологічний вплив і розробити методи діагностики й лікування променевої уражень та терапії захворювань за допомогою радіонуклідів [5, с. 188]. Саме тоді вчені й лікарі звернули увагу на цю хворобу, встановивши зв'язок між променевою терапією й побічними ускладненнями під час лікування раку.

1955 р. Український центральний науково-дослідний рентгенорадіологічний та онкологічний інститут реорганізували в Харківський НДІ медичної радіології (ХНДІМР) з функціями всесоюзного методичного наукового центру з ранньої діагностики й терапії променевої хвороби [271, с. 140]. Реорганізувавши інститут, 1956 р. на його базі сформували відділення променевої діагностики й радіонуклідної терапії [5, с. 188]. З кінця 1950-х рр.

інститут разом з ХФТІ АН УРСР за сприяння відомого фізика А. К. Вальтера, який 1932 р. уперше в СРСР розщепив атомне ядро штучно прискореними частинками, досліджував біологічний вплив гамма-випромінювання. Науковці ХНДІМР, вивчаючи механізми променевого ураження на молекулярному рівні, змогли виявити в організмі реакцію променевого стресу, послідовність ураження та ступінь чутливості різних систем організму до опромінення. Усе це стало підґрунтям, щоб реально розробити методи діагностики, профілактики й лікування променевих уражень. Інститут очолив диспансерний нагляд за особами, які працювали з джерелами іонізаційних випромінювань.

Щоб сприяти створенню рентгенорадіологічних відділень при обласних лікарнях України, бригади співробітників інституту виїжджали до областей, організовували декадники та семінари [там само, с. 189].

У 1957–1963 рр. у Харкові на базі 31-ї хірургічної лікарні працював міський онкологічний диспансер на 100 ліжок, функції якого згодом знов передали облонкодиспансеру [154, арк. 49; 271, с. 141]. Наприкінці 1960-х рр. диспансер мав новітнє обладнання й багато спеціалізованих відділень. 1966 р. на базі облонкодиспансеру створили кафедру онкології та проблемну лабораторію низькотемпературного консервування кісткового мозку УІУЛ [там само].

Потужності онкологічних стаціонарів упродовж 1950–1960-х рр. не відповідали потребам населення, зумовлюючи пізню госпіталізацію хворих. Так, з-поміж загальної кількості ліжок в Україні середини 1950-х рр. онкологічні становили в містах 2,4 % (у Харкові в 1960 р. — 4,8 %), тоді як на рак припадало 16 % смертей [438, арк. 143]. Ліжковий фонд Харківської області для онкологічних хворих 1968 р. дорівнював 0,17 ліжка на 1 000 осіб за норми 0,4–0,6 [154, арк. 48–49]. Так само бракувало лікарів-онкологів.

Головною проблемою в лікуванні раку впродовж того періоду було те, що не могли широко й точно діагностувати захворювання, оскільки рівень технічного обладнання медичних закладів

був низький [143, арк. 15; 438, арк. 148]. Однак навіть за таких умов комплексні медогляди та спеціальна профілактика допомогли набагато зменшити кількість випадків за давнених онкологічних захворювань [142, арк. 25]. З середини 1960-х рр. зростає кількість виявлених передракових захворювань, що свідчило про вищу якість профоглядів [154, арк. 49, 51]. Стали істотно ліпші результати лікування — кількість вилікуваних хворих 3-ї групи в Харківській області за 1950–1966 рр. збільшилася з 48 до 82 % [380, с. 6].

У лікувально-профілактичних установах Харкова наприкінці 1960-х рр. функціонував 21 онкокабінет [154, арк. 49]. 1976 р. у Харкові знову створили міський онкодиспансер [7, арк. 3–4, 13], а 1978 р. на базі ХНДІМР — центральну республіканську лабораторію індивідуальної дозиметрії й радіаційної безпеки [5, с. 189]. На початку 1980-х рр. інститут медичної радіології став одним із провідних в СРСР щодо клінічного апробування нових радіофармацевтичних препаратів (застосування радіонуклідів у діагностиці й лікуванні раку щитоподібної залози, шкіри, молочної залози, у дослідженні кісткового мозку).

Окрема сторінка в лікуванні онкологічних хвороб — допомога постраждалим від аварії на ЧАЕС, яку в Харкові надавали НДІ медичної радіології та 20-та студентська лікарня. Лікарі цих закладів Л. О. Гайсенюк і М. Г. Фоміна активно працювали в зоні аварії. Головний лікар студентської лікарні Майя Григорівна Фоміна ініціювала допомогу постраждалим у Харкові, її лікарня перша в місті почала приймати ліквідаторів [399].

Уже 28 квітня 1986 р. на базі ХНДІМР створили дозиметричний і радіометричний контроль із санітарним обробленням і дезактивуванням мешканців м. Прип'ять і 30-кілометрової зони, евакуйованих до Харкова [5, с. 189]. Відтоді науковці інституту вивчають вплив малих доз іонізуючої радіації, шукають методи профілактики й лікування патології, що виникає під впливом малих доз радіації та інших факторів.

Останнім директором ХНДІМР за радянських часів 1987 р. став завідувач кафедри рентгенології та медичної радіології ХМІ,

проф. Микола Іванович Пилипенко, з яким пов'язано розвиток в Україні наукових основ і реалізацію новаторських ідей у променевій діагностиці, терапії й патології, дозиметричному супроводі радіологічних процедур, оптимізації променевого навантаження на медичний персонал і пацієнтів [37, с. 137–138; 327]. М. І. Пилипенко вперше в Україні почав впроваджувати електронно-обчислювальні машини у практику променевої діагностики й терапії, розв'язав проблему стандартизування української радіологічної терміносистеми, уклавши перший і єдиний «Український радіологічний словник». За ініціативою М. І. Пилипенка розробили програму забезпечення якості променевої терапії в онкологічних закладах України відповідно до міжнародних вимог МАГАТЕ та стандарти, що забезпечують дозиметрію в закладах системи охорони здоров'я України, уперше в історії української радіології рекомендували рівні опромінення пацієнтів у рентгенодіагностиці.

1991 р. 1-у обласну лікарню трансформували у другий за потужністю після київського реабілітаційний центр для постраждалих від Чорнобильської катастрофи, а на базі НДІ охорони здоров'я дітей та підлітків створили центр реабілітації постраждалих дітей [32].

З середини 1950-х до 1980-х рр. онкологічні захворювання стабільно посідали друге місце серед причин смертності після хвороб кровообігу [438, арк. 143; 271, с. 141].

За всієї недосконалості онкологічної допомоги на початку 1950-х рр. смертність від раку на 100 тис. осіб в УРСР (88,5–95 смертей) була менша, ніж у США (140,5), Франції (174,9), Великобританії (199,5) [438, арк. 142, 147]. Захворюваність на рак в Україні мала відносно сталу динаміку. Якщо 1956 р. в Україні на обліку перебувало 313 хворих на рак на 100 тис. осіб, або 125 310, то 1989 р. їх було 298 на 100 тис. осіб., або 154 066 [там само, арк. 142]. Як зіставити, то 2016 р. на обліку онкологічних установ України перебуває приблизно 1 млн онкологічних хворих [242].

Харківська область у 1955–1985 рр. була серед регіонів з високою онкологічною захворюваністю та смертністю міських

мешканців [432, арк. 2, 13; 438, арк. 143]. Упродовж 1970–1990 рр. унаслідок несприятливих соціальних факторів захворюваність харків'ян на злоякісні новоутворення зросла у понад півтора рази — зі 177,3 до 286 випадків на 100 тис. населення [160, арк. 2; 169, с. 13].

1990 р. показник виявлення передпухлинної патології у Харкові був набагато нижчий за республіканський, що свідчило про низьку якість профоглядів, погану укомплектованість поліклінік онкологами, брак нової медтехніки. Зокрема, в облонкодиспансері не було ендоскопічної та ультразвукової апаратури [3; 54].

Офтальмологічна допомога.

Відразу після війни НДІ очних хвороб ім. Л. Л. Гіршмана й кафедру офтальмології УІУЛ очолив заслужений діяч науки, член-кореспондент АМН СРСР, проф. Іван Йосипович Меркулов [383, с. 14]. З його керівною діяльністю впродовж 1946–1973 рр. пов'язано активний розвиток інституту й міської клінічної лікарні № 14. Зокрема, на кафедрі офтальмології УІУЛ запровадили єдиний в СРСР цикл з нейроофтальмології. Під орудою І. Й. Меркулова НДІ очних хвороб став першим в СРСР науковим закладом, який комплексно досліджував цю проблему. Колектив інституту розробив методи ранньої діагностики захворювань зорового нерва та оригінальну таблицю, щоб досліджувати стереоскопічний зір. Щоб вивчати стан реакцій зіниць, І. Й. Меркулов сконструював прилад кінеманупілограф.

Після того, як 1965 р. інститут закрили, його традиції продовжили колективи лікарів-практиків і науковців Харківської міської офтальмологічної клінічної лікарні № 14 ім. проф. Л. Л. Гіршмана й кафедри очних хвороб УІУЛ, яку впродовж 1973–1988 рр. очолювала учениця І. Й. Меркулова професорка Лідія Михайлівна Мирошникова. Тоді, крім основного нейроофтальмологічного напрямку, на глибокому науковому рівні в інституті розв'язували питання фізіологічної оптики, онкології ока, офтальмоендокринології, судинної патології органу зору, травматизму очей.

Формування дитячої офтальмології в Україні пов'язане з іменем проф. В. М. Чередниченка. Ще на початку 1960-х рр., працюючи у клініці очних хвороб ХМІ, вчений удосконалив методику запису біострумів сітківки ока й запропонував для цього прилад фотостимулятор «ФС-1», що мало важливе значення в діагностиці очних захворювань [222, с. 259, 274]. Саме Володимир Мусійович з кінця 1960-х рр. здійснював екстракцію катаракти за допомогою низьких температур, що було революцією в офтальмохірургії [383, с. 76]. В. М. Чередниченко запропонував уперше в СРСР метод кріоконсервування рогової оболонки, завдяки чому в Харкові до початку 1970-х рр. створили перший в Україні банк консервованих рогівок [там само; 415, с. 142]. На початку 1970-х рр. В. М. Чередниченко став заступником директора з наукової роботи Інституту проблем кріобіології та кріомедицини АН України, що виник у Харкові 1972 р. [383, с. 76], однак невдовзі залишив перспективну роботу, вибравши практичну офтальмологію. Ставши професором кафедри офтальмології УІУЛ, він 1982 р. очолив новий цикл з дитячої офтальмології й досить швидко став провідним дитячим офтальмологом в СРСР. У другій половині 1980-х рр. В. М. Чередниченко відкрив на базі міської клінічної лікарні № 14 ім. проф. Л. Л. Гіршмана першу в Україні кафедру дитячої офтальмології.

Багато зусиль для розвитку лікарні доклала її головна лікарка в 1979–2004 рр. Тамара Іванівна Коваленко. Коли на початку 1970-х рр. впровадили нові технології лікування катаракти та глаукоми на мікрохірургічному рівні, харків'яни набагато частіше стали звертатися по офтальмологічну допомогу. Відповідно гостріше постала проблема якості перебування хворих у клініці та роботи медперсоналу, яку могли розв'язати, лише збудувавши новий хірургічний корпус лікарні. Відкривши цей корпус 1987 р. завдяки наполегливості Т. І. Коваленко, підтримці районної й міської влади, безплатній допомозі низки проектних інститутів з дозволу Держбуду України, фінансовій участі підприємств Київського району (НВО «Електроприлад», заводи «ФЕД» та «Кому-

нар»), ліжковий фонд офтальмологічної лікарні збільшили зі 180 до 300 ліжок.

Оскільки корпус обладнали новою лікувально-діагностичною апаратурою за наявності висококваліфікованих кадрів, харківській офтальмологічній лікарні 1989 р. надали статус мікрохірургічного й лазерного центру [383, с. 16]. Впровадивши в лікарні нові форми господарювання (бригадна форма організації й оплати праці, створення госпрозрахункового відділення тощо), змогли залучати позабюджетні кошти й оновлювати перелік витратних матеріалів, медикаментів, обладнання.

Психіатрична допомога.

На середину 1950-х рр. Харків утримував позиції найбільшого у країні центру психіатрії [271, с. 147]. З 1921 р. у місті працював Український науково-дослідний психоневрологічний інститут (УНДПНІ) — перша у світі установа такого профілю, а також кафедри психіатричного профілю ХМІ та УІУЛ. 1955 р. лікувальні клініки УНДПНІ виокремили в самостійний заклад — Харківську психоневрологічну лікарню (з 1960 р. — Харківська міська клінічна психіатрична лікарня № 36, з 1976 р. — № 15) [370, с. 72]. Упродовж зазначеного періоду на Сабуровій дачі сформовано школу українських психіатрів, видатними представниками якої тоді були професори М. І. Погібко, А. Й. Плотічер, Н. П. Татаренко. Розвивали й неврологію. На 1950-ті рр. припав останній період діяльності видатного невролога, одного із творців психоневрологічного інституту О. Й. Геймановича (1882–1958), який уперше в СРСР виділив епідемічний енцефаліт, досліджував інфекційні та травматичні ураження нервової системи. Упродовж 1950–1980-х рр. інститут здійснював відновлювальне лікування інвалідів Великої Вітчизняної війни з восьми областей Лівобережжя, досліджував інфекційні захворювання нервової системи, проблематику черепно-мозкової, опікової травм, розробив республіканську програму боротьби з судинними захворюваннями головного мозку [там само, с. 70–71]. 1961 р. в інституті удосконалення лікарів відкрили першу у світі кафедру психотерапії, а

1976 р. — Республіканський центр психотерапії [20, с. 17–18; 370, с. 70].

Водночас наприкінці 1950-х рр. психоневрологічна допомога в Харкові, особливо її амбулаторний складник, була також одна з найвідсталіших ділянок охорони здоров'я [143, арк. 15]. Працював лише один міський психоневрологічний диспансер без стаціонару та психоневрологічні кабінети в семи поліклініках. Харківська психоневрологічна лікарня на 1 300 ліжок, обслуговуючи низку областей України, була дуже перевантажена.

Умови перебування в «Сабурці» на початку 1960-х рр. змалював в романі «Молодой негодяй» відомий письменник Е. Лимонов: «Месяц промучился он в буйном, в окружении параноиков, шизофреников всех мастей и тяжелых психопатов. За «хорошее поведение» перевели его на «спокойную» половину корпуса... И на спокойной у каждого своя койка. На буйной первую пару недель ему пришлось делить кровать с мутноглазым мальчишкой, младше его»; «Дежурила все та же бригада медбратьев, с дежурства которых он убежал в прошлую ночь. Для начала они привязали его полотенцами к кровати. — Если бы не профессорша, с каким удовольствием я отбил бы тебе печень, гаденыш! — прошипел старший медбрат, лысый жлоб Василий, нависая над привязанным беглецом. За убежавших больных медбратьев наказывали — лишали премий...» [268, с. 70, 83].

У романі згадано причину перевантаженості відомої лікарні:

«— Ты думаешь, ты нам так уж нужен здесь?! У нас коек не хватает, люди месяцами на очереди стоят.

— Ну и выпустите, койка освободится, и все будут довольны!

Нина Павловна вздохнула.

— А кто будет отвечать, если ты выйдешь и убьешь человека? Тебя привезут сюда же, только в другой корпус, а меня снимут с работы» [там само, с. 86].

Певне, юнак розмовляв з ученицею К. І. Платонова та В. П. Протопопова, провідною співробітницею УНДПНІ, завідувачкою кафедри психіатрії ХМІ на початку 50-х рр., професор-

кою Ніною Павлівною Татаренко, яка з погляду патофізіології пояснила психічні розлади.

Упродовж другої половини 1960-х рр. реорганізували Харківський психоневрологічний диспансер, повністю забезпечивши все міське населення відповідною допомогою. При диспансері відкрили денний стаціонар, розширили лікувально-виробничі майстерні. У другій половині 1970-х рр. Сабурова дача мала 30 відділень на 3000 ліжок з персоналом у 2,5 тис. осіб [370, с. 97], тому вкрай гостро було потрібно будувати нові корпуси.

Цю та інші проблеми у 1976–1990 рр. розв'язали головні лікарі харківської міської клінічної психіатричної лікарні № 15 І. К. Сосін та М. І. Шевченко [там само]. З іменем І. К. Сосіна пов'язане становлення широкої мережі наркологічних закладів Харкова та області, 1981 р. він створив та очолив першу в СРСР кафедру наркології при УІУЛ [37, с. 154]. За М. І. Шевченка збудували п'ятисотліжковий клінічний корпус, розв'язавши проблему з дефіцитом ліжок.

У 1970-ті рр. активно працювала наркологічна служба, виокремлена в самостійний вид медичної допомоги ще 1959 р., тоді ж створили відділ наркології УНДПНІ з клінічним відділенням.

Упродовж 1970-х рр. стала гірша ситуація з алкоголізмом в УРСР. З 1967 до 1977 р. кількість зареєстрованих хворих на алкоголізм зросла майже вшестеро — з 78 до 447,6 тис., що частково пояснювали тим, що ліпше почали їх виявляти [440, арк. 25]. З-поміж цих хворих 80 % становили особи працездатного віку, більше ставало залежних молодих людей і підлітків. Перевантажені були психіатричні лікарні, використовувані, щоб ізолювати правопорушників-пияків.

Створений 1977 р. у Харкові обласний наркологічний диспансер, об'єднавши 9 районних наркокабінетів, почав формувати наркологічну мережу на промислових підприємствах [376]. За рік до того Харків став одним з перших міст в СРСР, де відмовилися від практики лікувати хворих на алкоголізм у психіатричних стаціонарах [там само]. Наприкінці 1970-х рр. наркологічні відділення відкрили при ХЕМЗ, ХТЗ, заводі ім. Малишева, на

панчінській фабриці, 1979 р. на базі ХНДІНП заснували Республіканський центр наркологічної допомоги. Як наслідок, за другу половину 1970-х рр. померло вчетверо менше хворих на алкогольні психози [271, с. 148].

У 1980-ті рр. розширили мережу закладів, що надавали психіатричну допомогу: виникла самостійна дитячо-підліткова служба, працювало 7 денних стаціонарів, 13 психотерапевтичних кабінетів, 2 сексологічні кабінети, суїцидологічний кабінет, 14 районних наркологічних кабінетів та 17 кабінетів на заводах, створили підлітковий наркологічний кабінет, призначивши в кожному районі Харкова медпрацівника, який відповідав за роботу з підлітками.

Надалі розвиток наркологічної допомоги стимулювала антиалкогольна кампанія 1985–1990 рр. — загальна кількість наркологічних ліжок у Харкові зросла уп'ятеро [там само, с. 149]. Позитивним досвідом кампанії стала успішна реабілітація хворих завдяки активній соціалізації і трудовій терапії, творчому відволіканню, впровадженням немедикаментозним методам лікування алкоголізму, у чому харківські науковці стали піонерами галузі. Щоб ліквідувати отруєння організму й відновлювати працездатність, співробітники кафедри наркології УІУЛ запропонували збагачувати організм киснем, лікувати алкогольний плеврит за допомогою голкотерапії [238; 419]. Лікарі ХНДІНП наприкінці 1980-х рр. застосовували нешкідливі методи лікування психозів, алкоголізму та наркоманії за допомогою фототерапії, внутрішньосудинного лазерного опромінення крові [340]. Харківські наркологи також активно впроваджували у практику сорбційні методи детоксикації, використовували, щоб лікувати постраждалих від Чорнобильської аварії, кріогенні методи, мікрохвильову резонансну, ультразвукову, лазерну рефлексотерапію тощо [187]. Ці розробки успішно застосовували наркологи Харкова й усієї України, тому смертність від алкогольних психозів ставала надалі нижча.

У 1980-ті рр. радянське суспільство зіткнулося з проблемою активного поширення наркоманії. Наркоманів реєстрували в Україні ще впродовж 1960–1970-х рр., але тоді можна було

казати про їхню малу кількість (приблизно 3 тис. осіб) та її повільне зростання [440, арк. 26]. Однак, коли стали воювати в Афганістані й почалася криза в СРСР, проблема дуже загострилася. Лише за три роки (1985–1988) кількість пролікованих наркоманів у Харкові зросла вдесятеро — з 59 до 587 осіб [271, с. 150].

У складі наркологічної служби стали створювати відповідні підрозділи, зокрема, спеціальне відділення у 15-й лікарні, почали безвідмовно госпіталізувати наркоманів, ставити їх на диспансерний облік та обслуговувати за місцем проживання й роботи. В обласному наркологічному диспансері почав працювати кабінет отруєння наркотичними речовинами, стали анонімно лікувати хворих. Якщо наркомани відмовлялися добровільно лікуватися, їх примусово направляли до лікувально-трудового профілакторію МВС [440, арк. 26–27].

Боротьба із захворюваністю на СНІД.

Услід за наркоманією в Харкові 1990 р. уперше з'явилися захворілі на СНІД [356]. Це були 19 іноземних студентів, яких відразу депортували з країни. Наступного року в місті зареєстрували першого хворого харків'янина та двох носіїв ВІЛ [379; 448, арк. 7]. Варто зауважити, що комплекс заходів з профілактики СНІД започаткували в Харкові ще 1987 р.: при обласному відділі охорони здоров'я створили штаб з боротьби із хворобою, при обласній станції переливання крові — лабораторію, щоб обстежувати донорів, а в обласній клінічній лікарні — централізовану імунологічну лабораторію. У 22-й інфекційній лікарні обладнали спеціальні бокси, щоб госпіталізувати хворих, у 11-й міській лікарні відкрили перший безплатний кабінет анонімного обстеження, почали обстежувати студентів-іноземців [262; 374]. Поліклініки та жіночі консультації отримали вказівку направляти на обстеження усіх без винятку вагітних, усіх працівників громадського харчування, педагогів, перукарів і самих медиків. Тоді ж окреслили проблему скоординованої роботи лабораторій та амбулаторно-поліклінічної мережі.

Проте цю вказівку ігнорували, й унікальне обладнання простоювало. Чітко виконувала вимогу стовідсоткової обов'язкової перевірки на СНІД крові тільки імунологічна лабораторія обласної станції переливання крові. Після Указу Президіуму Верховної Ради СРСР від 25 серпня 1988 р. «О мерах профилактики заражения вирусом СПИД» та перевірки його виконання міською прокуратурою до проблеми СНІДу стали ставитися серйозніше. Відкрили нові кабінети довіри, хворобою почав займатися відділ особливо небезпечних інфекцій обласної СЕС [271, с. 152–153].

Обладнання централізованої імунологічної лабораторії, що в 1987 р. було унікальним, до початку 1990-х рр. вже безнадійно застаріло. Воно дозволяло здійснювати лише перший етап лабораторних досліджень на СНІД. Оскільки не було всього потрібного обладнання, лабораторні дослідження могли встановити лише фон, за якого можливий вірус, щоб встановити діагноз, матеріали досліджень відсилали до Києва й Москви [241]. Остаточний діагноз встановлювали лише в Інституті вірусології АМН СРСР в Москві. В обласній лабораторії працювали на голому ентузіазмі. Не було не лише комп'ютерів, але й мікрокалькуляторів. Персонал ніяк не був захищений від інфікування. До цього додавалася вкрай низька зарплата, працівники не мали навіть додаткової відпустки [241; 262; 356; 379].

Стоматологічна допомога.

1944 р. мережа закладів стоматологічної допомоги мала стоматологічну поліклініку з двома амбулаторіями, зубопротезну лабораторію й 17 зубних кабінетів в окремих закладах [135, арк. 30–30 зв.].

1946 р. харківську стоматологічну мережу ще не відновили порівняно з довоєнним часом: кількість стоматологічних кабінетів зменшили зі 131 до 60, кількість стоматологів і зубних лікарів — зі 186 до 67 [136, арк. 72]. Збільшивши денне навантаження на лікаря-стоматолога, яке становило 20–30 відвідувань, стоматологічні заклади надавали лише невідкладну допомогу й не здійснювали планової профілактики [там само, арк. 73].

На середину 1950-х рр. стоматологічна мережа Харкова ще не досягла довоєнного рівня, у місті працювало 110 стоматологічних кабінетів, а кількість стоматологів і зубних лікарів була в 1,5 раза менша, ніж 1941 р. [271, с. 150; 382, с. 307]. Стаціонарну стоматологічну допомогу надавали лише на 20 ліжках у 2-й міській клінічній лікарні. Погано постачали у стоматкабінети дрібний інструментарій (бори, гіпс, карборундові камені, фрези) [там само, с. 308]. Найгірше стоматологи обслуговували дітей.

Зубопротезну допомогу навіть тоді фінансували за принципом госпрозрахунку, тобто вона була платна для населення. Чиновники фінорганів вилучали кошти в госпрозрахункових кабінетів і лабораторій, фактично позбавляючи їх можливості налагодити нормальне зубопротезне обслуговування пацієнтів [103, арк. 19–20]. 1960 р. у Харкові було 14 госпрозрахункових зубопротезних майстерень, які того року забезпечили зубними протезами понад 24 тис. харків'ян [114, арк. 27 зв.].

На початку 1960-х рр. стоматологи посіли друге місце за кількістю відвідувань серед харківських лікарів [33, с. 244]. Однак, хоч стоматологія стала одним із наймасовіших видів спеціалізованої допомоги, вона найбільше відставала з-поміж медичних служб [там само, с. 243]. Оскільки бракувало середнього медперсоналу, харківські стоматологи працювали більше, ніж лікарі в інших українських містах [там само, с. 246]. Хронічний для охорони здоров'я дефіцит кадрів, ще більше виявлений у стоматології, послаблював її профілактичний напрям, важливий також для профілактики кардіологічних та інших захворювань [там само].

Наприкінці 1950-х рр. почали істотно збільшувати стоматологічну мережу й рівномірніше розподіляти її заклади по території Харкова. За п'ять років (з 1959 до 1964 рр.) кількість стоматологічних кабінетів зросла на 64 % — з 92 до 151, що наполовину збільшило їхню пропускну здатність (табл. 1) [118, арк. 3]. Упродовж 1959–1965 рр. на вулицях Трінклера та Плеханівській відкрили стоматологічні поліклініки, які за своєю потужністю й обладнанням були найкращі в Україні [227, с. 499]. На великих

підприємствах також працювали пересувні стоматологічні кабінети [326, с. 3–4].

1961 р. відкривають найбільшу в Україні обласну клінічну стоматологічну лікарню на 100 крісел [33, с. 244]. Скажемо кілька слів про значення цього закладу. Коли 1931 р. відкрили Харківський стоматологічний інститут — перший медичний заклад в СРСР, у якому навчали стоматологів, — Харків стає осередком наукових пошуків у царині стоматології. Саме в Харківському медичному стоматологічному інституті в повоєнні роки працювали видатні вчені: С. Л. Утевська, яка досліджувала мікробіологію вмісту пародонтальних кишень; засновник української щелепно-лицевої хірургії й перший завідувач кафедри хірургічної стоматології Харківського стоматологічного інституту в 1929–1951 рр. М. Б. Фабрикант [361]. Учасник чотирьох війн, Мойсей Борисович Фабрикант одним із перших почав вивчати реконструктивну хірургію обличчя, щелепи й нервових тканин, досліджувати пухлини обличчя та щелепи.

Обласна клінічна стоматологічна лікарня була саме тим майданчиком, де найсучасніші наукові досягнення вперше ставали надбанням лікарів [263, с. 36; 271, с. 150]. 1967 р. ОКСЛ стає базою для кафедри стоматології Українського інституту удосконалення лікарів.

Завдяки науковій співпраці кафедри й колективу ФТІНТ АН України медперсонал обласної стоматологічної лікарні почав застосовувати принципово нові кріогенні методи лікування стоматологічних захворювань [263, с. 36]. Їхній приклад наслідували також лікарі інших спеціальностей (отоларингологи, офтальмологи, урологи). Науковці ФТІНТ разом із завідувачем кафедри терапевтичної стоматології УІУЛ В. О. Нікітіним у 1972–1973 рр. розробили кріоінструменти й обґрунтували метод кріотерапії виразок слизової оболонки рота та губ [361]. Кріохірургічні методи, які розробив цей колектив, досі актуальні в лікуванні передракових захворювань слизової оболонки рота. Сам В. О. Нікітін створив наукову школу кріостоматології [263, с. 36]. Колектив вчених здобув Державну премію України 1977 р., а розробки

нагороджено медалями ВДНГ і міжнародних виставок. Обласна стоматологічна лікарня стала навчальним центром з кріотерапії та кріохірургії союзного значення.

Вчені кафедри стоматології УІУЛ, досліджуючи разом з харківським НДІ медичної радіології радіаційний вплив на жертв Чорнобильської аварії, розробили механізми зниження радіаційних ефектів у мінералізованих тканинах [там само, с. 37].

У середині 1960-х рр. у Харківській області було 115 ліжок щелепно-лицевої хірургії, при міській стоматологічній поліклініці почала працювати високочастотна піч для лиття зубних протезів. Упродовж 1966–1970 рр. стали до ладу чотири стоматологічні поліклініки, дві з яких побудували в Орджонікідзевському (зараз Індустріальний) районі й по одній у Комінтернівському та Держинському районах (зараз Слобідський та Шевченківський) [150, арк. 3; 155, арк. 51; 271, с. 124]. 1971 р. в Харкові функціонувало шість стоматологічних поліклінік (табл. 1) [132, арк. 12].

У 1970-ті рр. далі реорганізували стоматологічну мережу, об'єднавши її підрозділи, створювали нові структурні підрозділи для хворих на пародонтоз, анестезіологічні кабінети й кабінети реабілітації [271, с. 151]. Оскільки бракувало стоматологів, у другій половині 1970-х рр. відкрили набір на спеціальність «Стоматологія» в ХМІ, створивши згодом стоматологічний факультет.

Побудована на кошти промислових підприємств й відкрита 1979 р. поліклініка № 4 Червонозаводського району (зараз Основ'янський) стала сьомою стоматологічною поліклінікою Харкова [314]. Оснащений новим обладнанням заклад мав дитяче відділення з терапевтичним і хірургічним кабінетами.

У 1980-ті роки замінювали все старе обладнання у стоматологічних закладах Харкова. Кількість щелепно-лицевих ліжок збільшили на третину. У першій половині 1980-х рр. пацієнтів обласної стоматологічної лікарні обстежували й лікували на найсучаснішому рівні, застосовуючи прик-тест, гірудотерапію, гелій-неоновий лазер, депофорез [263, с. 38]. Значний внесок у розвиток стоматологічної допомоги в Харкові того часу внесли професори

Катурова Г. Ф., Лісова Н. Д., стоматологи Волосов Є. В., Челяпин О. О. та інші [421].

У 1981–1985 рр. ввели в дію стоматологічну поліклініку в Ленінському районі (нині Холодногірський) і спеціалізовану поліклініку № 7 на Олексіївці з філією на проспекті Леніна (зараз проспект Науки), де вперше впровадили найсучасніші форми обслуговування пацієнтів [421]. До 1985 р. вісім районів Харкова мали стоматологічні поліклініки (табл. 1) [430, арк. 8].

Зважаючи на співпрацю кафедри ортопедичної стоматології УІУЛ та НВО «Монокристалреактив», МОЗ УРСР 1987 р. видало наказ про створення в Харкові першого в Україні Республіканського центру стоматологічної імплантації, у якому мали впроваджувати у практику найсучасніші світові методики [23]. У центрі, відкритому 1989 р., пацієнтам встановлювали сапфірові імплантати [200].

1990 р. у Харкові відкрили спільне радянсько-американське підприємство «Стомадент», яке почало серійно випускати високоякісний пломбувальний матеріал [там само; 255].

У роки «перебудови» стоматологи як найбільш підготовлені до ринкових відносин перші з-поміж медиків стали створювати кооперативи [308]. Однак така допомога була дорога й малодоступна.

Фізіотрична допомога.

У довоєнному Харкові була одна з найпотужніших в СРСР протитуберкульозних мереж, яку майже повністю зруйнували німці [135, арк. 56]. Чималий дефіцит туберкульозних ліжок призвів до того, що 63,7 % померлих від туберкульозу 1946 р., померли вдома [136, арк. 3]. Крім двох самостійних туберкульозних диспансерів і низки санаторіїв, спеціальних дитячих ясел і садків, під ту пору функціонувало 11 кабінетів в міських закладах [там само, арк. 5].

За 1959–1965 рр. кількість туберкульозних кабінетів зростає з 26 до 39 [271, с. 143]. У середині 1960-х рр. у кожному районі Харкова створили туберкульозний диспансер, а при облтубдис-

пансері та 1-й міській лікарні — низку відділень, щоб лікувати різні форми туберкульозу, зокрема й ускладнені іншими захворюваннями [150, арк. 25–26].

Наприкінці 1960-х рр. у тубдиспансерах створили хірургічні бронхіальні відділення, а також стаціонари, щоб лікувати осіб, які захворіли на туберкульоз уперше [175, с. 26]. Тогочасні туберкульозні диспансери вже мали клінічні лабораторії й сучасну діагностичну апаратуру: рентген-апарати, томографи, бронхоскопи, апарати штучного дихання. Постановивши побудувати туберкульозну лікарню на 1000 ліжок у с. Лідному, міська влада Харкова планувала ліквідувати до 1975 р. всі стаціонари шести міських тубдиспансерів як розташовані в густозаселених житлових масивах, а їхні приміщення надати іншим медзакладам [154, арк. 38]. Однак натомість у 1970-ті рр. створили п'ять великих міжрайонних диспансерів і центри надання допомоги хворим на позалегеневі форми туберкульозу — ортопедичний, урологічний, гінекологічний, офтальмологічний [271, с. 143].

Після війни керівники підприємств і закладів мали обов'язково активно боротися з туберкульозом [175, с. 23–24]. Визначили обов'язкові контингенти для щорічних профоглядів, різко знизивши кількість за давних форм туберкульозу серед усіх груп населення. Наприкінці 1950-х рр. щеплення робили усім новонародженим, яких можна було вакцинувати, почали систематично ревакцинувати дітей старшого віку [там само, с. 24; 271, с. 142]. З 1965 р. при кожному районному диспансері працював відповідальний за протитуберкульозну роботу серед підлітків [150, арк. 25].

Кількість осіб, яких оглянутих на туберкульоз, щорічно зростала і становила 1956 р. 545 тис. осіб (223,6 на 1000 осіб) [143, арк. 13]. У другій половині 1960-х рр. запровадили обов'язкове рентгенологічне обстеження раз на два роки, а у 1980-ті рр. суцільне флюорографічне обстеження охоплювало вже 93–95 % харків'ян [271, с. 144].

Коли уряд ухвалив постанови про посилену боротьбу з туберкульозом у СРСР, усі тубсанаторії для дорослих і дітей упродовж

1960-х рр. перевели на державний бюджет, хворим надавали безплатні путівки на тривалі терміни лікування: 5–7 місяців для дорослих і до повного видужання — для дітей і підлітків [175, с. 25; 271, с. 142]. Час перебування у стаціонарах і санаторіях для тих, хто захворів уперше, збільшили до 10 місяців, лікарняні листи оплачували за весь період.

На початку 1970-х рр. у Харкові щорічно вводили в експлуатацію 600–700 тис. кв. м житлової площі, 17 тис. сімей отримували нові квартири [132, арк. 2]. Згідно з постановою уряду хворі на туберкульоз і психічні захворювання мали право позачергово отримати ізольовані квартири [там само, арк. 7]. Завдяки ліпшому добробуту впродовж 1960-х рр., профілактичним заходам і безплатному стаціонарному та санаторному лікуванню змогли повністювиліковувати 85–90 % хворих і виявляти основну частину хворих під час профоглядів [там само, арк. 6; 175, с. 26].

Захворюваність на усі форми туберкульозу мала стати тенденцією до зниження: у 1959–1964 рр. на 41 %, у 1966–1970 рр. — на 23 % (серед дітей — на 60 %) — з 1048 до 780 дорослих осіб [118, арк. 8; 132, арк. 6]. У другій половині 1970-х рр. загальну захворюваність знизили ще на третину [271, с. 144]. За 1975–1990 рр. захворюваність на 100 тис. населення в Харківській області зменшили в півтора раза [169, с. 14].

Як зіставити, то зараз в одній тільки Дніпропетровській області щорічно реєструють 2,5–3 тис. хворих на туберкульоз [29].

Через рік після визволення Харкова від німців смертність від туберкульозу була висока й дорівнювала 16,2 особи на 10000 населення (1940 р. — 11, під час окупації — 33) [135, арк. 59]. У 1950–1960 рр. смертність від туберкульозу зменшили більше як учетверо, за 1966–1971 рр. — ще на 18 % [132, арк. 6; 175, с. 27]. Особливо знизили дитячу й підліткову захворюваність: якщо 1950 р. на 100 померлих ці вікові групи становили 24 %, то 1956 р. — 8,9 % [143, арк. 13].

Завдяки сформованій упродовж радянських часів стійкій тенденції систематично та істотно зменшувати захворюваність і

смертність на туберкульоз, у 1980-ті рр., зробивши його контр-ольованою й майже розв'язаною проблемою, змогли порушити питання про скорочення ліжкового фонду туберкульозних стаці-онарів. Це скорочення трагічно збіглося з соціально-економічною кризою, що призвела до початку епідемії туберкульозу в неза-лежній Україні.

Урологічна допомога.

Ще в довоєнні часи в Харкові почали успішно розвивати уро-логічну допомогу. 1933 р. вперше в світі лікар Юрій Вороний трансплантував орган, пересадивши реципієнтці нирку загиблої людини, і ця нирка давала сечу [192]. Велику увагу питанню діа-гностики й лікування патології сечових і статевих органів при-діляв завідувач кафедри факультетської хірургії ХМІ професор О. З. Цейтлін, під орудою якого розробляли нові методики вико-ристання радіоактивних ізотопів і спектрального аналізу в діа-гностиці захворювань нирок [449, с. 8–9].

За ініціативи професора Володимира Івановича Шаповала, який відновив та очолив кафедру урології в ХМІ, 1967 р. у Харкові засновано перший в СРСР спеціалізований центр для надання допомоги урологічним хворим, який об'єднав усі уроло-гічні служби міста (зараз Харківський обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В. І. Шаповала) [192; 407]. В. І. Шапо-вал брав безпосередню участь у побудові центру, довго керував ним [201]. Під орудою В. І. Шаповала в центрі відкрили два нові корпуси й вузькоспеціалізовані відділення дитячої урології, онкології, урогенітального туберкульозу (1968 р.), андрології й нефрології та програмного гемодіалізу (1987 р.), почали постійно збільшувати ліжковий фонд (до 650 спеціалізованих ліжок) [414].

Хірургічна допомога.

До війни в Харкові була децентралізована система невідклад-ної хірургічної допомоги, за якої хворих госпіталізували до всіх хірургічних відділень міста, а не концентрували в одному чи двох великих стаціонарах [253, с. 1]. Хоча така система й мала за свою

перевагу близькість до населення, створюючи умови, щоб готувати багато кваліфікованих хірургів, саме завдяки централізації змогли ліпше комплектувати лікувальні заклади спеціалістами, а отже надавати високоякісну медичну допомогу. 1940 р. у місті було два інститути, що надавали хірургічну допомогу: перший в Україні та другий у світі Всеукраїнський інститут невідкладної хірургії та переливання крові, який 1930 р. заснував В. М. Шамов, а також Український НДІ ортопедії і травматології ім. М. І. Ситенка [там само, с. 5; 346, с. 137; 455, с. 266]. Об'єднавши поліклініки з лікарнями під час реформи 1947–1953 рр., позитивно вплинули на підвищення кваліфікації лікарів швидкої допомоги щодо діагностики гострих хірургічних захворювань.

На середину 1950-х рр. діапазон хірургічних операцій у Харкові був досить вузький. У міських лікарнях майже не спеціалізувалися на торакальній хірургії, вкрай обмежено виконували радикальні операції на шлунку, стравоході, жовчному міхурі [290, с. 280]. Часто хворих на гострі хірургічні захворювання пізно госпіталізували, бо були перевантажені відповідні відділення, якість їхньої діагностики була низька. Невідкладну хірургічну допомогу в ті часи організували гірше, ніж у передвоєнний період [79, арк. 89; 103, арк. 14–15].

Розвиток кардіохірургії в Харкові другої половини ХХ ст. пов'язаний з іменем одного із засновників української хірургічної школи академіка АН СРСР О. О. Шалімова. Саме він 1960 р. створив на базі 2-ї міської клінічної лікарні кафедру торакоабдомінальної хірургії та анестезіології УІУЛ, а 1965 р. — Харківський НДІ загальної та невідкладної хірургії, які мали важливе значення для розвитку радянської та світової хірургії. Саме О. О. Шалімов надав широкого масштабу хірургії грудної клітини, створив перше в Україні спеціалізоване відділення судинної хірургії, перші в Харкові анестезіологічне й опікове відділення на базі 28-ї міської лікарні, перші в Україні реанімаційні хірургічні палати, у яких надавали допомогу шоківим постраждалим у разі політравми, на базі 2-ї міської лікарні [2, с. 23, 210–212]. В інституті вперше в Харкові стали систематично оперувати хворих із

набутими вадами серця, почали розвивати хірургію підшлункової залози, уперше в Україні встановили прилад для рентгенологічного дослідження судин — ангіограф. Очільник судинного відділення ХНДІЗНХ, учень О. О. Шалімова М. Л. Володось здійснив перше в Харкові аортокоронарне шунтування [там само, с. 73]. Розвитку серцевої хірургії сприяв створений 1963 р. на заводі ім. Т. Г. Шевченка апарат штучного кровообігу, який спроектував О. О. Шалімов разом із колегами [там само, с. 212]. Унаслідок цього пацієнти О. О. Шалімова та його колективу через 15–20 років після операцій, не скаржачись на поганий стан здоров'я, вели активний спосіб життя, іноді навіть в екстремальних умовах [там само, с. 24].

Наступником О. О. Шалімова після його від'їзду до Києва 1974 р. став його учень, професор В. Т. Зайцев, завдяки зусиллям якого в Україні створено систему надання невідкладної хірургічної допомоги, а Харківський НДІ загальної та невідкладної хірургії став головним лікувальним закладом, який надавав консультативну, науково-методичну й лікувальну допомогу всім областям України. В. Т. Зайцев брав безпосередню участь у створенні науково-навчально-виробничого об'єднання «Хірургія», до складу якого увійшли Харківський НДІ загальної та невідкладної хірургії, міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги, кафедра госпітальної хірургії ХМІ, обласний та міський відділи охорони здоров'я. Саме в цьому об'єднанні впродовж багатьох років формували кадри хірургічного профілю [332, с. 133].

Варто згадати також видатного нейрохірурга М. С. Горбачова, під орудою якого лікували хворих з травмами та захворюваннями головного та спинного мозку, комплексно лікували злоякісні пухлини нервової системи [370, с. 201].

1965 р. уряд УРСР доручив науково-дослідному інституту ортопедії та травматології ім. М. І. Сітенка взяти на себе функції інституту протезування [251, с. 134]. Новий керівник установи, професор О. О. Корж вивів протезування в інституті на рівень Москви й Ленінграда. О. О. Корж та старший науковий спів-

робітник інституту В. О. Бердников вперше в СРСР розробили та з 1967 р. почали широко застосовувати метод експрес-протезування нижніх кінцівок безпосередньо на операційному столі. Колектив інституту розробив препарат для загоєння кісток [207, с. 91–92]. Завдяки дослідженням директора НДІ ортопедії та травматології у 1940–1965 рр. М. П. Новаченка та О. О. Коржа в Харкові виник банк, у якому тривало зберігали кісткові трансплантати; цю розробку високо оцінили, присудивши творчому колективу Державну премію СРСР. За ініціативи О. О. Коржа створили лабораторію, щоб досліджувати можливе використання нових матеріалів в ендопротезуванні. Зокрема, спільно з інститутом монокристалів НДІ ортопедії та травматології у 1980-ті рр. створили хребці, міжхребетні диски, ендопротези суглобів зі штучно вирощених сапфірів, якими успішно заміняли хворі кістки та суглоби [211; 207, с. 92]. На відміну від залізних і керамічних протезів, сапфір не окислюється, не стирається та його не відчужує організм.

О. О. Корж разом із проф. М. І. Хвисяком сформував одну з найбільших в СРСР школу вертебрологів, у 1960-ті роки здійснив першу в Харкові операцію на хребті [14; 271, с. 146]. Завдяки його зусиллям змогли зменшити смертність у разі переломів хребта з 70 до 6–7 % [38].

На початку 1990-х рр. харківські хірургічні стаціонари були укомплектовані лікарями ліпше, ніж інші лікарні. І все-таки й тут був дефіцит хірургів, здатних виконувати складні операції [271, с. 146].

Як ми вже згадували, ще з 1920-х рр. Харків мав чималі традиції боротьби з ендокринними захворюваннями й цукровим діабетом як головним з-поміж них. 1944 р. з евакуації повернувся Український інститут експериментальної ендокринології, який далі поглиблено вивчав цукровий діабет, патології щитоподібної залози, гіпофізу й надниркових залоз. У 1950-ті роки працівники інституту вперше почали розробляти унікальні для СРСР препарати, щоб лікувати гормонозалежні пухлини. 1975 р. на базі

центральної міської клінічної лікарні № 2 відкрили міське ендокринологічне відділення на 60 ліжок.

У 1960-х рр. у Харкові докорінно змінили структуру ліжкового фонду, створивши низку вузькоспеціалізованих служб. У межах спеціалізації охорони здоров'я харківські лікарі вперше в Україні застосували в медичній практиці криогенні методи лікування й репродукції людини; етапність і комплексний принцип терапії кардіологічних хвороб; сапфірові імпланти в ортопедії та стоматології; безмедикаментозні методи лікування алкоголізму. Водночас спеціалізацію на низовому рівні гальмували, оскільки бракувало типових лікарень і поліклінік, медичної апаратури й кадрів.

Організація медичної допомоги робітникам і службовцям харківської промисловості

Одним з найважливіших принципів радянської охорони здоров'я був принцип першочергового медичного обслуговування робітників промисловості. Таку увагу влади до здоров'я робітництва, крім ідеологічних аспектів, зумовлювали специфічні захворювання й ускладнення здоров'я в робітників, які працювали у важкій промисловості [193, с. 223].

До Другої світової війни охорона здоров'я в СРСР ґрунтувалася на класовій ознаці. Оскільки тоді не могли забезпечити загальної безплатної медичної допомоги, бо бракувало коштів і не завершили економіко-соціальні перетворення, хворих обслуговувала система робітничої страхової медицини (Робмед).

Коли в СРСР запровадили загальну безплатну медицину, цей принцип полягав у тому, що поряд із загальною медичною мережею функціонувала мережа здоровпунктів і медико-санітарних частин на промислових підприємствах, відкриті цехові дільниці в територіальних поліклініках.

Реформу охорони здоров'я в СРСР 1947–1953 рр. критикували профспілки, вважаючи, що перехід від виробничого до

територіального принципу надання медичної допомоги погіршити якість і зрівняє медичне обслуговування промислових робітників та інших категорій населення [13, с. 179–182]. Під час реформи ліквідували лікарські здоровпункти, бо вони не могли бути базами технічного оновлення медичної допомоги, тому їхні лікарі переходили працювати до МСЧ, які тоді охоплювали всього 10 % підприємств. Оскільки повільно створювали МСЧ, більшість підприємств не мала лікарів, а збережені фельдшерські здоровпункти не могли забезпечити високий рівень медобслуговування. Крім того, на думку профспілкових очільників, МСЧ не здійснювали профілактичну роботу, тому що їхні лікарі, які обслуговували територіальну дільницю, працювали на підприємствах усього 12 годин на місяць, отже, погано знали умови праці робітників [там само, с. 185; 102, арк. 41; 317, с. 331].

Помилки реформи виправив наказ № 69 МОЗ СРСР від 1954 р., який передбачав відновити лікарські здоровпункти та створити на великих підприємствах постійні комісії зі зниження захворюваності робітників [193, с. 199; 317, с. 332]. Лікувально-профілактичні заклади відкритої мережі закріплювали за промисловими підприємствами, розташованими на підзвітній їм території. Правило першочергового медичного обслуговування робітників, яке мали забезпечувати всі об'єднані міські лікарні відповідно до виробничого принципу, встановлював наказ МОЗ СРСР № 29-м від 1 лютого 1955 р. [193, с. 204].

Реформа визначила організацію меддопомоги робітникам і службовцям промисловості за цеховим принципом. Відповідно до нього медичне обслуговування в Харкові почали змінювати 1950 р. на підприємствах-гігантах, що мали заводські поліклініки (ХТЗ, завод транспортного машинобудування, ХЕМЗ, «Серп і Молот», турбінний завод) [100, арк. 12]. Заводи поділили на цехові дільниці, до кожної з яких прикріпили цехового лікаря-ординатора, який здійснював облік хворих, приймав їх, розробляв оздоровчі заходи, сприяв працевлаштуванню хронічних хворих на нешкідливі роботи. Цехові лікарі звітували про виконану роботу на загальних зборах робітників. Такі звіти, як і робітничі сані-

тарні пости, створені, щоб попереджувати травматизм, утілювали принцип залучення мас до охороноздоровчих заходів. На початку 1960-х рр. приблизно 2 млн робітників і службовців в СРСР контролювали охорону працю [210, с. 228].

Цехові дільниці були набагато менші за територіальні й обслуговували пересічно 2 тис. робітників замість 4 тис. осіб (фактично — більше) на територіальній дільниці, забезпечуючи вищу якість медичної допомоги [121, арк. 14; 193, с. 193, 242]. Однак міське населення могло отримати медичну допомогу в деяких відкритих заводських дільниць при територіальних поліклініках, а згодом і в МСЧ (завод ім. Т. Г. Шевченка, завод «Радіореле») [132, арк. 19; 154, арк. 40; 300].

На заводах, де не було цехових дільниць, робітників обслуговували здоровпункти, прикріплені до своїх районних медичних об'єднань. Територіальні поліклініки керували роботою здоровпунктів, надавали позачергову консультативну, профілактичну й лікувальну допомогу робітникам. Натомість здоровпункти здійснювали попередній медогляд, приймаючи працівника на роботу, диспансеризували робітників, укладали колективні договори, вносячи до них питання, покликані поліпшити умови праці й побуту робітників, і перевіряючи, як їх виконують. Здоровпункти працювали згідно з комплексними планами, затвердженими адміністрацією та профспілковою організацією підприємства. Кожен цеховий лікар належав до інженерно-лікарської бригади на підприємстві, брав участь у засіданнях цехових комітетів із розподілу санаторно-курортних путівок [429, арк. 74]. Цехові терапевти брали участь у засіданнях комісії з працевлаштування, пропонували заходи, щоб поліпшити умови праці. Результати щорічних лікарських профоглядів використовували, щоб ліквідувати технічні хиби, модернізуючи виробництво [там само, арк. 31].

До 1947 р. промисловість Харківщини переважно досягла довоєнного рівня, однак мережу здоровпунктів відновили тільки на початку 1950-х рр. [142, арк. 14]. Щодо умов праці й побуту на харківських підприємствах, то офіційні звіти другої половини 1940–1960-х рр. вказували на такі хиби, як харчові отруєння

робітників, погане освітлення, запиленість, захаращеність, антисанітарний стан цехів і побутових приміщень, брак вентиляції, велику скупченість робітників у цехах, неналежне зберігання та стан робочого одягу [153, арк. 12, 24; 227, с. 396; 434, арк. 3–7]. Зважаючи на невлаштовані умови праці й побуту на багатьох підприємствах, 1954 р. в СРСР ухвалили нові санітарні норми, за якими, проектуючи промпідприємства, мали обладнати побутові приміщення рукомийниками, душовими, шафами для одягу, обов'язково встановити вентиляційні системи [209, с. 263]. Про ці негативні умови, а також про невикористані державні кошти, призначені на охорону праці, зазначали на Всесоюзній нараді працівників охорони здоров'я 1956 р. як про загальні риси, притаманні окремим підприємствам [193, с. 209–210]. Радянська література з історії робітничого класу визнавала, що на початку 1960-х рр. на промислових підприємствах було багато важкої ручної праці, бо повільно автоматизували виробництво, низькою залишалася культура праці, інколи порушували трудове законодавство, на багатьох підприємствах рівень шуму, вібрації, запиленості й загазованості перевищував норму [210, с. 229].

Вищезазначене виразно засвідчує завод тракторних самохідних шасі наприкінці 1960-х рр., територію якого через повільну реконструкцію роками захаращували будівельними матеріалами та сміттям, а дирекція не вживала заходів, передбачених колективним договором і комплексним планом зниження захворюваності, не розширюючи санітарно-побутові приміщення й не оновлюючи вентиляційні механізми [154, арк. 9–14]. Концентрація пилу й загазованість у цехах перевищувала допустиму норму у 2–14 разів. Скло в багатьох цехах вибили. Душові й рукомийники були вкриті іржею, багато кранів не працювало, питні апарати мали антисанітарний стан. Оскільки склянок не було, воду пили з деталей. Хоча в заводській їдальні були дієтичні столи, не організували окреме харчування туберкульозних хворих, а дієтичні продукти завозили дуже рідко. Захворюваність на підприємстві перевищувала галузеві показники.

За таких умов праці лікувально-профілактичні заходи не були ефективні. Про це красномовно свідчать впроваджена з кінця 1950-х рр. майже на всіх підприємствах виробнича фізкультура в цехах та опромінення робітників кварцем, щоб підвищити стійкість організму до застудних захворювань, бо цехи багатьох підприємств хронічно були не готові до зими [143, арк. 11].

Упродовж 1950–1960-х рр. децю поліпшили умови праці в масштабах СРСР: з 1956 р. більшість робітників перевели на 7-годинний робочий день, не зменшивши зарплатню; режим праці раціоналізували; покращили житлові умови; жінок звільнили від підземних і низки інших шкідливих робіт у металургійній і хімічній промисловості; збільшили тривалість відпусток у зв'язку з вагітністю та пологами; активно впроваджували менш шкідливі технології [209, с. 265–266]. Зокрема, упродовж другої половини 1960-х рр. через наполегливі вимоги СЕС впровадили нові технологічні процеси в ливарних цехах, зменшивши захворюваність на силікоз [132, арк. 18]. Завдяки цим заходам у низці промислових галузей із 1960-х рр. виникла тенденція постійно зменшувати рівень захворюваності, зумовленої тимчасовою втратою працездатності [210, с. 225]. Водночас на початку 1980-х рр. гіганти харківської промисловості все ще не мали ефективних вентиляційних систем, тому на заводі ім. Малишева на окремих ділянках запиленість перевищувала гранично допустимі концентрації у 3–8 разів, а у сталевому цеху ХТЗ — у 30 разів [429, арк. 32].

Найпоширеніші серед робітників харківської промисловості були застуди й захворювання органів дихання, вібраційна хвороба, запалення нервової системи, хвороби шкіри, а також основна причина смерті працездатних чоловіків в УРСР — травми, 25 % яких на початку 1970-х рр. були виробничі [там само, арк. 33; 439, арк. 70]. На відміну від початку 1930-х рр., позначених низьким рівнем механізації й масовим залученням некваліфікованих робітників, що призводило до важких травм кінцівок, на початку 1950-х рр. у радянській промисловості переважали легкі травми [209, с. 265; 273, с. 100–101]. 1964 р. 66,5 % травм на ХТЗ отримали, бо робітники не дотримувалися правил техніки безпеки.

На заводі «Електроважмаш» через це отримано 34,2 % травм, унаслідок неправильного утримання робочих місць – 35 %. [121, арк. 19]. Упродовж другої половини 1960-х рр. виробничий травматизм в СРСР зменшили на 40 %, тому на початку 1970-х рр. Радянський Союз належав до країн з найнижчим рівнем травматизму [210, с. 229].

Щодо відповідальних за незадовільні умови праці, то обстеження одного з великих харківських заводів за 1960–1971 рр. свідчить про те, що у приблизно 50–70 % професійних хвороб, вірогідно, винна адміністрація і лише в 19 % – безпосередньо самі робітники [161, арк. 7]. У звіті про стан медичної допомоги робітникам за 1967 р. зазначено, що адміністрація багатьох заводів, начальники цехів погано зменшують захворюваність, особливо не поліпшуючи умови праці й побуту робітників [153, арк. 12]. Технічну інспекцію профспілок і санітарно-епідеміологічні станції, які разом з громадською інспекцією праці контролювали дотримання правил техніки безпеки у промисловості, критикували за безініціативність, невимогливість щодо господарських керівників, які порушували санітарне законодавство [193, с. 211].

Безумовно, за порушення техніки безпеки чи вимог саннагляду карали. Наприклад, 1945 р. до кримінальної відповідальності притягли керівників відділу робітничого постачання, винних у харчових отруєннях на низці підприємств [434, арк. 7]. Так само покарано на початку 1950-х рр. винних у нещасних випадках на заводі «Серп і Молот» і відповідальних за непереведення на нешкідливі роботи жінок, які працювали з оливом на заводі ХТЗ [100, арк. 20, 36]. За незадовільні умови праці й високу захворюваність робітників райсанепідстанції накладали штрафи на начальників цехів [154, арк. 10].

Відновивши країну, кількість лікарських здоровпунктів збільшували впродовж 1950-х рр., однак, надалі розбудовуючи МСЧ, набагато скоротили цю неефективну форму медичної допомоги (табл. 1; 24). Оскільки після реформи на підприємствах, віддалених від поліклінік, створили лікарські здоровпункти, їхню

кількість зменшували, наближаючись до кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги у формі МСЧ [193, с. 224].

Водночас виправдано не лише зберегли, а й далі збільшували кількість фельдшерських здоровпунктів — філій територіальних поліклінік, що сформували первинний рівень надання меддопомоги на виробництві. Розбудовуючи заводську медичну мережу, уже наприкінці 1960-х рр. на машинобудівних заводах Харкова зафіксували найнижчий рівень захворюваності проти інших міст УРСР [153, арк. 6]. Упродовж першої половини 1960-х, зменшуючи й відкриваючи нові цехові дільниці, їхню кількість збільшили майже втричі, вони обслуговували 220 тис. робітників [121, арк. 5].

На окрему увагу заслуговує розбудова приміщень для МСЧ і здоровпунктів, яку головно фінансували коштом самих підприємств [132, арк. 8]. Постанова уряду СРСР від 25 жовтня 1948 р. зобов'язувала заводи будувати лікарні й поліклініки, пропорційні за своєю потужністю до кількості робітників [68, с. 169]. У Харкові через два роки після постанови жоден завод не почав не лише будувати медзаклади, а й навіть готуватися до цього [100, арк. 43–44]. Згідно з наказом МОЗ СРСР № 450 від 23 травня 1951 р. органи охорони здоров'я на місцях мали систематично контролювати будівництво медичних закладів коштом промислових підприємств [193, с. 198]. Проте органи охорони здоров'я пасивно ставилися до свого нового обов'язку [143, арк. 3, 18]. З середини 1950-х рр. законодавчо закріпили, що медичні заклади мають будувати водночас із промисловими підприємствами, уперше визначили нормативи потужностей заводських медичних закладів [193, с. 204].

Звіти заводських медпунктів вказують на те, що у складних умовах відбудови адміністрація підприємств намагалася виконати урядову постанову 1948 р., шукаючи пристосовані приміщення під здоровпункти, за які між нею та медперсоналом точилася довголітня боротьба [91, арк. 15]. Ситуація нагадувала період початку 1930-х рр., коли в умовах форсованої індустріалізації також складно було знайти місце для медичних закладів [273,

с. 104]. Після війни через розміщення здоровпунктів у пристосованих приміщеннях медичний персонал міг роками працювати в неприпустимих умовах шуму й вібрації [99, арк. 221; 153, арк. 12]. Наприклад, цілодобовий здоровпункт заводу тракторних шасі, який обслуговував понад 3 тисячі робітників, розташували в маленькому тісному приміщенні з п'ятьма погано освітленими кімнатами [154, арк. 11]. Усередині весь час було чути шум, що ускладнювало огляд хворих. У маніпуляційній одночасно виконували внутрішньовенні ін'єкції й обробляли гнійні рани, що було вкрай неприпустимо. Два лікарі приймали в одному кабінеті. Щороку пропонували розширити пункт, вносячи це питання до комплексного плану зниження захворюваності, але його хронічно не виконували.

З обмеженими штатами медперсоналу складно було першочергово обслуговувати робітників. Хоча на початку 1950-х рр. кількість здоровпунктів на промислових підприємствах перевищила довоєнний рівень, на низці підприємств робітники не були забезпечені медичним обслуговуванням, бо бракувало персоналу [102, арк. 40]. Більшість здоровпунктів ще в середині 1960-х рр. не мали санітарок [121, арк. 15]. Навіть 1980 р. укомплектованість посад цехових терапевтів становила 84,6 % (1990 р. вона впала до 66,7 %), а середніх медпрацівників — 80 % [429, арк. 15, 62]. За цих умов робітників обслуговували спеціалісти, які працювали на територіальних дільницях, що збільшувало навантаження дільничних лікарів.

Проте урядові постанови дещо змінили, коли їх почали активно впроваджувати в життя в 1960–1980-ті рр. У 1976–1980 рр. коштом підприємств побудували лікарню швидкої медичної допомоги на 1000 ліжок, кардіологічний центр на 200 ліжок, 3 територіальні поліклініки, реконструювали 12 і відремонтували 17 лікувально-профілактичних закладів [429, арк. 15, 26]. Додатково до бюджету промислові підприємства надали понад 1 млн руб., щоб капітально відремонтувати медзаклади. Щорічно з фондів заводів виділяли кошти, щоб безплатно лікувати диспансерних хворих і придбати медичне обладнання.

Якісно змінила заводську медичну мережу Харкова розбудова медико-санітарних частин, які 1946 р. були лише на двох великих заводах — ХТЗ і заводі транспортного машинобудування [136, арк. 74]. До війни МСЧ були переважно у стратегічних і військових галузях промисловості [193, с. 186]. Згідно з четвертим п'ятирічним планом їх почали створювати в інших галузях. На середину 1950-х рр. ліжкова мережа МСЧ в СРСР обслуговувала вже до 30 % промислових робітників [209, с. 267].

На початку 1960-х у Харкові працювали вже 4 МСЧ, що мали власні рентген-кабінети, фізіотерапевтичні відділення, клініко-діагностичні лабораторії [114, арк. 35]. Будували заклади й після початку гострої кризи кінця 1980-х рр. Найновіші заводські лікарні почали працювати буквально напередодні розпаду СРСР: 1991 р. відкрили МСЧ виробничого об'єднання «Радіореле», нову будівлю МСЧ НВО «Електроприлад», багатопрофільний реабілітаційний центр поліклініки ХТЗ [385; 386; 393].

До медико-санітарних частин належали поліклінічні відділення закритого типу на території підприємств, стаціонари відкритого типу, фельдшерські здоров'янки, санаторії-профілакторії. Лікарні у складі МСЧ повинні були мати спеціалізовані відділення [193, с. 192]. На початку 1980-х рр. лікарі в поліклініках МСЧ приймали за 11–22 спеціальностями, а у стаціонарах були терапевтичне, хірургічне, травматологічне, неврологічне, гінекологічне, урологічне, кардіологічне, інфарктне відділення — майже всі з них були на заводах ім. Малишева (500 ліжок), «Серп і Молот» (400 ліжок), ХТЗ (530 ліжок) [429, арк. 14].

Підприємства, які не мали МСЧ, прикріплювали до територіальних лікувально-профілактичних закладів, що відповідали за захворюваність на прикріплених підприємствах [там само, арк. 13]. Вузькоспеціалізовані лікарі з територіальних поліклінік відвідували здоров'янок один раз на місяць, а прикріплений гінеколог обслуговував жінок щотижнево [154, арк. 12]. 1978 р., щоб забезпечити першочергову допомогу трудящим підприємств, які не мали власних МСЧ, на великих заводах з кількістю працівників понад 5 тис. осіб створили філії територіальних поліклінік



Бараки, у яких в 1952–1969 рр. було розміщено
22-у інфекційну лікарню



Приймальне відділення 2-ї міської лікарні. Кінець 1940-х рр.



**Колектив кафедри та терапевтичного відділення
1-ї міської лікарні ім. В. І. Леніна. 1955 р.**



Політзаняття в 14-й міській лікарні ім. Л. Л. Гіршмана. 1950-ті рр.



Обхід в дитячому відділенні 30-ї міської отоларингологічної лікарні. 1950-ті рр.



**Лабораторія фізіології
праці Харківського НДІ
гігієни праці та професій-
них захворювань**



В клініці Харківського НДІ гігієни праці та професійних захворювань



Оранжерейне господарство Харківської психоневрологічної лікарні.
1957 р.



Ткацький цех «Сабурової дачі». 1957 р.



Хворі дитячого неврологічного відділення Харківської психоневрологічної лікарні. 1957 р.

Ляльковий театр дитячого психіатричного відділення «Сабурки». 1957 р.



Недільник співробітників 22-ї лікарні. У центрі — головний лікар, колишній завідувач Харківського міськздороввідділу — М. Я. Сухарев. 1959 р.



**Завідувач відділення «Штучна нирка» 2-ї міської лікарні
Ю. П. Семченко. 1960-ті рр.**



**Медсестра роздає обід в 22-й
лікарні**



О. О. Корж оперує дитину. 1968 р.



22-а міська інфекційна лікарня. Головний корпус. 1970 р.



**Відеотелефон для спілкування хворих з родичами
у 22-й інфекційній лікарні. 1970-ті рр.**



Проф. В. Ф. Матвєєва (зліва) з дитиною, народженою в стані важкої асфіксії та оживленою апаратним методом. 1972 р.



**Директор інституту проблем кріобіології та кріомедицини
АН УРСР В. І. Грищенко у гінекологічному відділенні
1-ї міської лікарні. 1980-ті рр.**



Інститут загальної та невідкладної хірургії, збудований 1975 р.



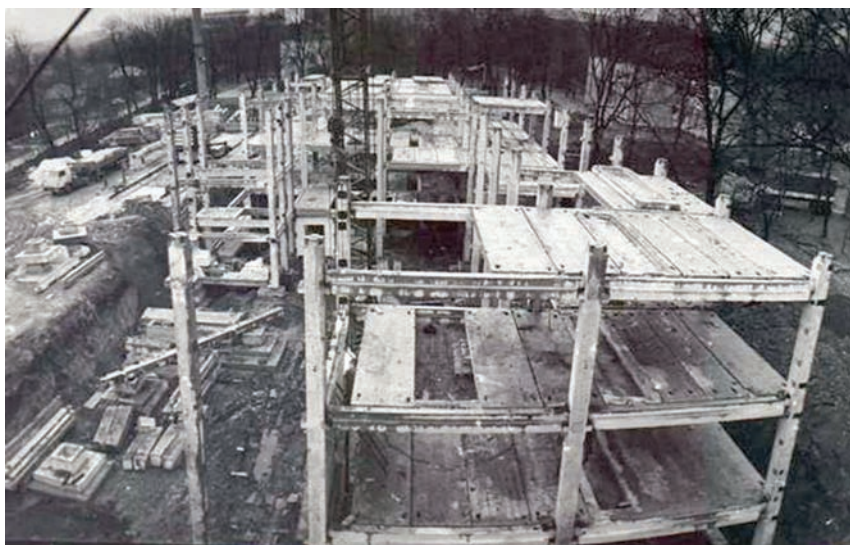
20-а студентська лікарня



НДІ терапії АМН України ім. Л. Т. Малої, створений 1986 р.



Зимовий сад НДІ терапії



Будівництво урологічного центру. 1980-ті рр.



Поліклініка ХТЗ, побудована 1961 року (сучасний вигляд)



Завідувачка кафедри професійних хвороб ХМІ І. Ф. Костюк з робітниками ХЕМЗ. 1980 р.



В'ячеслав Тихонов, Л. Т. Мала (друга справа) та співробітники 1-ї обласної «обкомівської» лікарні, які лікували актора під час гастролей у Харкові. 1985 р.



Оперує завідувач кафедри урології ХМІ, проф. В. І. Шаповал

закритого типу, а наступного року, створюючи міжрайонні спеціалізовані центри й відділення, до них прикріпили й промислові підприємства [429, арк. 15].

1985 р. ситуація з медичним обслуговуванням 530 тис. робітників Харкова мала такий вигляд: на 8 із 27 великих підприємств працювали МСЧ, що обслуговували 156 тис. осіб, 10 цехових поліклінік обслуговували 100 тис. робітників інших великих підприємств, 274 тис. осіб отримували медичну допомогу за цеховим принципом у міських лікарнях і поліклініках [430, арк. 171–172]. 1986 р. в місті вже було 17 заводських поліклінік [417].

Розбудовуючи МСЧ, раціонально використовували лікарів, підвищували їхню кваліфікацію, виводячи медичну допомогу на новий якісний рівень завдяки спеціалізації й технічному переобладнанню. Саме в межах МСЧ цеховий метод роботи у 1970-ті рр. доповнили бригадним методом, коли робітників цехової дільниці обслуговувала, крім терапевта, група вузьких спеціалістів [132, арк. 19].

МСЧ мали унікальні підрозділи (фотарії, інгаляторії в ливарних цехах, кімнати психофізичного розвантаження, водо- та грязелікарні, лікувальні сауни, басейни, спеціалізовані кабінети), найновішу апаратуру (у МСЧ «Радіореле» японський апарат «Алоко», щоб обстежувати внутрішні органи, барокамери). Апаратуру, що не мала світових аналогів, виробляли й самі підприємства, зокрема, на заводі ім. Т. Г. Шевченка розробили кріоультразвуковий апарат «Мороз-01». 1982 р. на заводі «Комунар» відкрили поліклініку, обладнану електронно-обчислювальною машиною, що максимально автоматизувало профогляди [322].

Саме на базі МСЧ змогли налагодити співпрацю з науководослідними інститутами. Так, хірургічне й терапевтичне відділення МСЧ ХТЗ були клінічними базами Українського інституту удосконалення лікарів [283, с. 8–9]. Завдяки масовій, безплатній та активній профілактичній роботі та співпраці з науковцями тимчасову непрацездатність в 1960–1970 рр. на ХТЗ зменшили на 20 %, у разі ревматизму — на 40 %, хвороб серця — на 50 %, виразок — на 40 %, стоматологічних захворювань — на 60 %.

У стаціонарі МСЧ виліковували 96 %. Хворих, які мали інвалідність унаслідок профзахворювань, регулярно оздоровлювали, консультували в Харківському НДІ гігієни праці та профзахворювань. Усіх інвалідів, належних до цього контингенту, у Харкові влаштовували працювати на нешкідливі роботи [429, арк. 33].

Розбудовуючи заводські лікарні, з другої половини 1960-х рр. за ініціативи міськздороввідділу створили лабораторії, щоб визначати солі важких металів у біосубстратах, на 23 великих підприємствах відкрили лабораторії, щоб досліджувати повітряне середовище [155, арк. 3, 24–25].

Щоб забезпечити хворих дієтичним харчуванням, у Харкові на початку 1970-х рр. працювали 8 відкритих дієтїдалень на 327 місць, 82 дієтзали на 2000 відвідувань, 102 дієткутки на 684 місця на промпідприємствах і в закладах. На дієтичне харчування на підприємствах хворих добирали лікарі МСЧ [132, арк. 19]. Хворі щодня без відриву від виробництва отримували чотириразове харчування, вживаючи медикаментозні препарати й вітаміни. Водночас така кількість дієтїдалень не задовольняла наявних потреб, оскільки загалом дієтичного харчування в Харкові потребували 32730 осіб, які перебували на диспансерному обліку [120, арк. 3–4].

Важливе значення у статистичному вивченні умов праці робітників, удосконаленні виробничих інструментів, розробленні типових вимог щодо праці й відпочинку, методів лікування мав Харківський НДІ гігієни праці та професійних захворювань. Упродовж розглядуваного періоду співробітники інституту фундаментально дослідили вплив факторів виробництва на серцево-судинну патологію, стан шлунку, печінки й нирок [174, с. 238]. Зокрема, отримали важливі дані про стан нирок у разі олив'яного та ртутного інтоксикуювання, визначили гранично допустимі інтенсивності впливу вібрації й електромагнітних високочастотних полів на організм робітників [там само, с. 239]. Дослідження впливу електромагнітних полів очолив директор інституту у 1962–1986 рр. Григорій Іванович Євтушенко, який відкрив першу лабораторію із захисту від їхньої дії. Інститутські лабораторії,

обладнані завдяки співпраці гігієністів та інженерів, розробили принципи раціонального штучного вентилявання, аерування та освітлення приміщень для різних промислових галузей [там само, с. 240]. Науковці інституту систематично курували МСЧ підприємств Харкова, області й регіону.

Упродовж другої половини 1970-х рр. при заводах ХЕМЗ, ХТЗ, заводі ім. Малишева створили перші наркологічні відділення, щоб лікувати хворих на хронічний алкоголізм, а також лікарсько-інженерні бригади, щоб здійснювати заходи, покликані поліпшити санітарно-гігієнічні умови праці, зменшити захворюваність [9, арк. 26]. У МСЧ ХТЗ, турбінного заводу, заводу ім. Малишева, заводів «Серп і Молот», «Світло шахтаря» були відділення медичної й соціально-трудової реабілітації хворих терапевтичного, травматологічного й неврологічного профілів [429, арк. 15–16]. Відповідно до спільного наказу міськздороввідділу, ХМІ та інституту удосконалення лікарів від 1979 р. професори в поліклініках, МСЧ та інших медичних закладах міста консультували хворих за 8–11 профілями.

Інтенсивно розвивали мережу профілакторіїв, які створювали профспілки разом із господарськими організаціями [210, с. 227]. Якщо 1985 р. тільки 16 із 27 великих заводів Харкова мали санаторії-профілакторії із середньою потужністю 65 ліжок, розташовані до того ж у пристосованих приміщеннях, то впродовж другої половини 1980-х рр. відкрили профілакторій авіаційного заводу «Політ», профілакторії метрополітену й низки інших підприємств [430, арк. 171–172]. Ці профілакторії мали допоміжні підрозділи (підрозділи водолікування, електропроцедур, кабінети психофізіологічної гімнастики, аутогенного тренування, масажу, басейни, тренажерні зали), які забезпечували різноманітну спеціалізовану допомогу й комплекс фізіопроцедур [25; 292].

Загалом розвиток мережі медичних закладів, що обслуговували працівників промисловості, упродовж другої половини 1970-х — у 1980-ті рр. вже відповідав темпам розвитку промислових підприємств [429, арк. 18].

Поліпшивши в 1975–1980 рр. медичне обслуговування й технічно переобладнавши медичні заклади на підприємствах Харкова, змогли зменшити професіональну захворюваність на 40,5 % [9, арк. 29]. Кількість профзахворювань на підприємствах машинобудування зменшили на 54,2 %, а кількість хворих з пиловою патологією легень — втричі [429, арк. 32].

Поліпшуючи впродовж 1980-х рр. умови праці, усе більше зважали на причини високої захворюваності, пов'язані подекуди з незадовільною діяльністю медиків: неякісний диспансерний нагляд за хворими, що у 20 % випадків призводив до рецидиву захворювань; низький відсоток госпіталізованих хворих; недостатньо глибокий і систематичний аналіз причин захворюваності, що ускладнював профілактичні заходи [там само, арк. 43].

Отже, у досліджуваній період оновили заводську медицину, наблизивши її до робітників і службовців харківської промисловості. Розбудовуючи МСЧ, раціонально використовували ресурси, підвищували кваліфікацію лікарів, виводили медичну допомогу на якісно новий рівень завдяки спеціалізації й технічному переобладнанню.

Привілеї компартійно-радянської номенклатури у сфері охорони здоров'я

Наявність привілеїв, зокрема у галузі охорони здоров'я, виразно демонструє особливий статус компартійної номенклатури як окремої групи радянського суспільства, допомагає зрозуміти її природу та причини виродження.

Є два основні погляди на природу номенклатури й місце та роль номенклатурних привілеїв у визначенні цієї ролі. Відповідно до першого, який обстоює російський дослідник радянської історії С. Г. Кара-Мурза, номенклатура була станом, окремі свідомість і мораль якого сформували саме номенклатурні привілеї, бо в СРСР не було приватної власності [234, с. 219–223]. Фактично спадковий статус номенклатури, сформований у повоєнні роки,

коли припинили сталінські чистки, розбестив номенклатурників і членів їхніх сімей, тому вони почали відділяти власні станові інтереси від інтересів держави й суспільства, а згодом і боротися проти офіційної ідеології.

Згідно з іншим поглядом, що його виклав відомий дослідник М. С. Восленський у класичній роботі «Номенклатура», не самі по собі привілеї, а монополія більшовиків на політичну й економічну владу від самого початку їхнього правління формувала типовий експлуаторський клас і колективного власника — номенклатуру, яка обов'язково колективно вилучала додаткову вартість та індивідуально привласнювала її як привілеї [48, с. 29, 32, 177–181, 191–193].

На відміну від С. Г. Кара-Мурзи, який визнає виродження номенклатури за наслідок «інституалізації» й розбещення привілеями керівної верхівки, для М. С. Восленського привілеї — похідна річ від її ролі колективного власника, що робила номенклатуру зацікавленою, щоб зберігати наявний устрій. Негативний наслідок відокремленого становища номенклатури, як стверджує М. С. Восленський, полягає в тому, що номенклатура консервувала неефективну економічну систему, прагнучи зміцнити свою владу.

Усе-таки більшість асоціює саме привілеї з негативним образом погорди, окремішності, лицемірства керівної верхівки СРСР, який виразно втілено в образі героя роману О. Солженіцина «Раковий корпус» Павла Русанова, поміщеного, щоправда, у нетипові для номенклатури умови загальної лікарні [375, с. 8–9, 18–20, 154–155, 355–356].

Різноманітні пільги партійним і державним керівникам почали впроваджувати в Радянській Росії після того, як більшовики прийшли до влади, і вони були вагомим чинником матеріального забезпечення в напівголодній і зруйнованій громадянською війною країні. Упродовж 1920-х рр., коли формували партійну й радянську номенклатуру, пільги стали надавати системно. Медичну й санаторну допомогу відповідальним працівникам та їхнім сім'ям забезпечувала Центральна ремонтна

комісія (ЦРК) при Раднаркомі УСРР та окружні ремонтні комісії, бюджет яких формували коштом ЦК КП(б)У й Головсоцстраху [168, с. 122–124]. Фонд для лікування номенклатури поповнювали, реалізуючи матеріальні цінності, вилучені в населення, провадячи міжнародну діяльність наркомату зовнішньої торгівлі й отримуючи добровільні перекази від банків, господарських і кооперативних організацій, працівників яких прилучали до пільгового обслуговування.

Номенклатурникам і членам їхніх сімей компенсували проїзд у транспорті до місць відпочинку, забезпечували триваліші, ніж у робітників, відпустки, їх безплатно лікували в закордонних санаторіях, надаючи додаткову грошову допомогу (200–300 золотих рублів), здійснювали їхні щомісячні систематичні медогляди, пропонуючи послуги найкращих лікарів і безплатні медпрепарати [там само].

Водночас кількість привілейованого прошарку українських партійців, занесених до списків ЦРК, ще була невелика і становила у 1920-ті рр. 150–200 осіб [там само, с. 124]. Гарантовано були у списках комісії більшовики з партійним стажем з 1905 р.

Привілеї радянської й партійної номенклатури у сфері охорони здоров'я, сформовані за Й. Сталіна, напередодні хрущовської «відлиги» полягали в закритій всеукраїнській мережі спеціальних медичних закладів, якими керували обласні лікувально-санітарні управління (облліксанупри), та установах Четвертого управління МОЗ УРСР для працівників вищого державного й партійного апарату [437, арк. 178]. Стаціонари й поліклініки, які обслуговували відповідальних партійних і радянських працівників, були 1955 р. в усіх областях УРСР, крім Черкаської.

Кошти, щоб утримувати заклади Четвертого управління, виділяла Рада Міністрів УРСР. Облліксанупри функціонували коштом бюджетів облздороввідділів [там само, арк. 178]. Однак у народногосподарському плані не передбачали, що створюватимуть стаціонари й поліклініки облліксанупрів. Тому кошти, виділені закладам ОЛСУ, набагато перевищували нормативи для медичних установ загальної мережі, де за вихід за їхні межі суворо

карали [358]. Наприклад, якщо в міських лікувальних установах МОЗ УРСР на середину 1950-х рр. на одного хворого щоденно давали на медикаменти 2 руб. 58 коп., а на харчування — 6 руб. 99 коп., то в Київському ОЛСУ відповідно — 5 руб. 80 коп. і 24 руб. 70 коп. [437, арк. 178]. Закриті лікувальні установи забезпечували найліпшими медиками-консультантами, найновішою апаратурою й ліками [366]. Щоправда, кваліфіковані кадри постійно не використовували в ОЛСУ з огляду на малі розміри закритих стаціонарів (10–50 ліжок).

Наявність мережі закритих медичних закладів, крім завищеного фінансування, пов'язано з низкою інших негативних явищ.

Оскільки ліжка в закритих стаціонарах повністю не використовували (ліжко «працювало» не увесь рік), річне утримання одного ліжка в ОЛСУ коштувало державі значно дорожче, ніж у лікарнях загальної мережі: на середину 1950-х рр. різниця становила 16000 руб. у звичайній лікарні проти 51520 руб. у Київському ОЛСУ [437, арк. 178–179].

Неповне навантаження й отримані неформальні привілеї розбещували медичний персонал закритих лікувальних закладів [366]. Якщо кількість пацієнтів на дільниці в терапевта в поліклініці ОЛСУ 1990 р. становила 300–500 осіб, то на звичайних дільницях вона коливалася від 1500 до 4000 осіб [447, арк. 95–96].

Користуючись послугами лише закритих лікувальних закладів, багато партійних і радянських керівників не знали реального стану й потреб лікувальних установ загальної мережі, були відірвані від населення, приділяючи недостатньо уваги розвитку медичного обслуговування. Натомість закриті лікарні були як неформальні клуби, пацієнти яких зміцнювали старі й налагоджували нові зв'язки [366].

Головним предметом громадської критики за радянських часів було нецільове використання закритої мережі лікувальних установ, коли понад половину їхнього контингенту становили утриманці чи взагалі випадкові люди [437, арк. 180].

Невдоволення громадян щодо окремої медичної мережі спонукало радянське керівництво двічі впродовж повоєнного часу

порушувати питання про її ліквідацію: під час «відлиги», коли скорочення мережі ініціювали самі керівники Компартії України, і під час «перебудови». 1956 р. адміністративний відділ ЦК Компартії України запропонував першому секретареві О. І. Кириченку ліквідувати стаціонари ОЛСУ, передати закриті поліклініки й санаторії профільним районним і республіканським органам, наполовину зменшити контингент працівників, прикріплених до Четвертого управління (з 10089 до 4522 осіб) [там само, арк. 181].

Вдруге це питання спровокувала політична реформа в СРСР, що почалася після ХІХ конференції КПРС улітку 1988 р. Передання приміщень закритих лікувальних установ закладам загальної медичної мережі прискорили, скасувавши навесні 1990 р. 6-у статтю Конституції СРСР, коли КПРС втратила керівну політичну роль і була відділена від держави. Націоналізація партійних лікувальних закладів під закликами передати їх «афганцям», «чорнобильцям», дитячим установам охопила всю республіку.

Офіційно будівлі партійних органів безплатно передавали медичним закладам, оскільки зменшували номенклатуру (на 73 % 1990 р.) в межах політики «вдосконалення структури партійних організацій» [446, арк. 66, 70]. Коли переводили партійні організації на самофінансування, їм все складніше було утримувати власну матеріальну базу, частину якої навіть почали здавати в оренду [260, с. 34]. До того ж, передаючи будівлі під дитячі комплекси, деякі обкоми планували прискорено виконати відповідну постанову ЦК КПРС про поліпшення якості медичного обслуговування дітей раннього віку та зниження дитячої смертності [446, арк. 64, 66].

Відмову Компартії від власної медичної мережі прискорив також тиск громадськості й окремих, вороже налаштованих до КПРС груп, який уже 1989–1990 рр. став масовий і організований у західних областях УРСР, але не оминув і Сходу України [там само, арк. 63; 260, с. 30]. Улітку 1990 р. той тиск у межах гострої політичної боротьби нових обласних керманічів із партійним керівництвом переріс у переслідування за політичною ознакою, коли, наприклад, завідувач відділу охорони здоров'я

Львівської облради З. О. Криворучко поставив перед своїми підлеглими умову перебування на посаді — вийти з КППС [447, арк. 76]. Націоналізація партійного майна була й однією з вимог студентів, що голодували під час страйку в Києві в жовтні 1990 р., відомого як «Революція на граніті».

Менш гострих форм ця боротьба набула в Харкові, де довше перепрофілювали обласну лікарню № 1 з «обкомівської» на центр реабілітації потерпілих від Чорнобильської аварії у вирі гострих дискусій між партійними та обласними органами. Як зазначала тодішня преса, націоналізація лікарні — перша демократична вимога харків'ян [358].

Націоналізація лікарні в Харкові мала типові «тогочасні риси», зокрема, уже згаданий тиск на керівників обкому Компартії України й депутатів-комуністів. Зокрема, типово для тих часів депутат облради, який ще був членом партії, погрожував «народним гнівом» місцевим керівникам-комуністам, фактично відмежовуючись від них [252].

У свою чергу, рішення обласної ради народних депутатів від 19 грудня 1990 р. про перепрофілювання лікарні було популярське, оскільки суперечило постановам Ради Міністрів СРСР, ЦК КППС і ВЦРПС, а сам захід не був підготовлений. Зокрема, ініціатори не роз'яснили, як зберегти заклад, якщо менше його фінансувати, а також хто має опікуватися новою лікарнею [301]. Яскравим прикладом ситуації, коли політичні рішення йдуть попереду законотворчості, було постанова Харківської облради передати лікарню під управління опікунської ради, хоч відповідного положення не було в чинному законодавстві [319].

На хвилі політичної боротьби пацієнтів лікарні, серед яких було понад 2 тис. ветеранів партії, війни та праці, зокрема 65 Героїв Радянського Союзу, позбавили спеціального обслуговування й огульно характеризували як «паразитів» [301]. До того ж контингент переглядали не спеціалісти, а «громадськість».

Загалом націоналізація мережі ОЛСУ була схожа на спробу опозиційних сил в непевний момент перед серпневим путчем

1991 р. намацати ґрунт під ногами, щоб далі боротися проти КПРС-КПУ.

З іншого боку, окремі партійні висуванці, які стали опозиційними політиками, так і загалом партія, намагалися використати відмову від привілеїв, щоб мати позитивний імідж [260, с. 30, 34; 446, арк. 63, 64, 66]. Перетворившись в останні два роки СРСР з «керівної та спрямовуючої сили радянського суспільства» на одну з політичних партій, КПРС, вимушена боротися з ними за владу, намагалася здобути прихильність виборців і позбутися номенклатурної репутації, організувавши широкомасштабні соціальні акції, зокрема, у сфері охорони здоров'я. Так, первинні парторганізації Київського району Харкова ініціювали комуністичний суботник у квітні 1991 р., під час якого змогли заробити понад 22 тис. руб. [60]. За ці гроші придбали ультразвуковий прилад «Слайд-0,1», щоб якомога раніше діагностувати дитячі хвороби, який передали харківській дитячій лікарні № 23. Найбільш далекоглядні представники партійної номенклатури мали неминуче відмовитися від привілеїв, якщо зважити на те, що залежно від розвитку політичної реформи в СРСР привілеї ставали ілюзорні, а сама належність до номенклатури — все шкідливіша з огляду на політичні перспективи.

ВИСНОВКИ

Охорона здоров'я в Харкові впродовж 1945–1991 рр., попри наявність окремих розвідок, не була предметом спеціального комплексного дослідження, хоча окреслений відтинок часу становив цілісний та якісно новий період у розвитку галузі. У нечисленних публікаціях, більшість з яких охоплює час до кінця 1960-х рр., окремо не проаналізовано фінансування місцевої медичної мережі та її управління, допомогу робітникам промисловості й номенклатурну медицину, рівень матеріального забезпечення й корупцію серед медпрацівників, вповні не висвітлено реформування галузі, яке на місцевому рівні мало свої особливості. Ці проблеми, розглянуті в монографії, істотно доповнюють візію минулого радянської системи охорони здоров'я в Україні. Зважаючи на те, що сучасна українська історіографія радянської охорони здоров'я поки що має всього кілька праць, а наведені в них оцінки часто суперечать одна одній, регіональні студії, зокрема, на прикладі Харкова, — перспективний напрям досліджень.

Відносно швидка відбудова охорони здоров'я й успішне подолання інфекційних хвороб у Харкові після того, як вигнали німців, продемонстрували переваги радянської системи, які полягали в мобілізації ресурсів і людей, щоб оперативно розв'язувати конкретні масштабні завдання. Маючи обмежені кошти, у відбудові непромислових об'єктів держава акцентовано використовувала безплатну працю городян. Такі наміри влади потрапили у плідний ґрунт, оскільки самі харків'яни були зацікавлені, щоб якнайшвидше налагодити нормальне життя. Цю ініціативу виявлено в тому, що жіноцтво й молодь взяли добровільне шефство над медичними закладами, а колективи медпрацівників відбудовували лікарні у вільний від роботи час. Влада залучала громадськість, зокрема актив санінспекторів і навіть школярів разом із міліцією й медиками, щоб очистити Харків, виявити й дезінфікувати епідемічні вогнища. Приборканню інфекційних хвороб сприяли й інші дешеві, але ефективні заходи: масово вакцинували та швидко

госпіталізували хворих, хлорували питні джерела, закріплювали працівників медичних закладів за гуртожитками, вокзалами, школами, щоб ті систематично наглядали за їхнім санітарним станом.

Те, що влада використовувала зусилля харків'ян, щоб відбудувати медичну мережу й очистити місто, відповідало одному з принципів радянської медицини, який передбачав підвищити рівень санітарної культури, активно залучаючи самих трудящих до оздоровчих заходів («охорона здоров'я трудящих — їхня справа»). Завдяки безплатній праці громадськості й допомозі військово-медичної служби Радянської Армії, масовій вакцинації й контролю за інфекційними вогнищами впродовж повоєнної відбудови в Харкові змогли не допустити епідемії, у досить стислі терміни, не залучаючи державні кошти, відновити й підготувати до роботи взимку багато медичних закладів, досягти на початок 1948 р. довоєнного рівня розвитку медичної мережі Харкова.

У післявоєнні часи харківська охорона здоров'я мала чотири етапи. Перший пов'язано з реформою охорони здоров'я 1947–1953 рр., у якій втілили в життя принципи моделі Семашка: загальнодоступність, профілактичне спрямування, безплатність медичної допомоги. Реформа встановила основу загальнодоступної медичної допомоги — принцип дільничного обслуговування, від якого планують відмовитися в сучасній реформі охорони здоров'я. В Україні й Харкові внаслідок воєнних руйнувань реформу 1947–1953 рр. здійснювали повільніше, ніж загалом в СРСР. Харків відставав, реалізуючи реформу, через проблеми місцевої охорони здоров'я — брак приміщень і нерівномірне розташування медичних закладів, що ускладнювало об'єднання поліклінік і лікарень. Оскільки не було адекватної матеріальної бази охорони здоров'я, у реформі намагалися «поставити воза попереду коня». Керівники охорони здоров'я зважали на цю обставину, надалі розбудовуючи типові медичні заклади та збільшуючи малопотужні харківські лікарні впродовж 1950–1960-х рр. Третій етап (початок 1970-х–1987 рр.) позначено довгостроковим плануванням розвитку харківської охорони здоров'я. Передбачали масштабно будувати великі багатопрофільні лікувальні комплекси та спе-

ціалізувати поліклініки, перетворити службу швидкої допомоги на систему з власною лікарнею, типовими районними підстанціями, спеціалізованими бригадами. Ці заходи конкретизували постанови республіканських керівників щодо обласних центрів. Розроблений на початку 1970-х рр. план розбудови медичних закладів Харкова до 2000 р. реалізували успішно, однак не завершили, бо розпався СРСР. Наприкінці 1980-х рр. почався останній етап реформування галузі, виявлений у Харкові в госпрозрахунковій роботі медичних закладів, появі медичних кооперативів. Побічним наслідком цих процесів став конфлікт щодо фінансування й підпорядкування лікарні швидкої медичної допомоги, що стався між її працівниками й міською владою. Реформи в межах четвертого етапу (1987–1991 рр.) зумовлювала криза охорони здоров'я, яка полягала в неефективному використанні наявної матеріально-технічної бази. Запропоновані тоді заходи подібні до положень реформи охорони здоров'я в незалежній Україні. Ідеться про перехід від оцінювання діяльності медичних закладів за кількісними показниками до оцінювання за результатами, а також розширення їхньої самостійності. У Харкові зміни впроваджували згідно з регіональною програмою «Здоров'я» й доробком експертної групи, створеної під егідою міської й обласної рад. На останньому етапі в Харкові виникли медичні кооперативи й почали впроваджувати госпрозрахунок у роботу швидкої допомоги. Реформу кінця 1980-х рр. не змогли завершити, але її досвід актуальний і цінний для сучасної України.

Радянська влада не встигла відмовитися від екстенсивного розвитку охорони здоров'я, за яким утримували величезну кількість медперсоналу й ліжок замість того, щоб фінансувати конкретний перелік реально наданих медичних послуг та інвестицій у технічне оновлення медицини. У новій епідеміологічній ситуації керівництво СРСР не змогло надати нового смислу засадничим для моделі Семашка принципам плановості й безплатності медичної допомоги.

За радянських часів, коли держава контролювала джерела прибутку, проблема перерозподілу коштів на користь охорони здоров'я

до певного часу не була гостра, тому галузь фінансували щораз більше. Централізація фінансових надходжень у руках держави за бюджетної системи фінансування охорони здоров'я мала свої переваги. Вона базувалася на принципі солідарності, коли кошти всіх громадян збирали в єдиний загальносоюзний фонд і хворий міг ним безплатно користуватися, щоб врятуватися від серйозних хвороб, на боротьбу з якими не було б жодних індивідуальних фінансових можливостей. До того ж доступ до громадських фондів споживання, до яких належали й медичні послуги, надавали громадянам на паритетній основі. Порахували, що громадські фонди споживання більш ніж утричі перевищували розмір надходжень від податків з населення [377, с. 559], тобто безпідставно стверджують, що радянська медицина була завуальовано платна.

Надалі, впродовж 1965–1985 рр., обсяги фінансування охорони здоров'я в СРСР поступово падали — з 6,5 % до 4,6 % від бюджетних витрат. Проте головною проблемою були не малі обсяги фінансування, а механізм, за яким кошти надходили до медичних закладів. Як і в радянській економіці, механізм не враховував якісні результати діяльності об'єктів фінансування й орієнтувався на кількісні показники — тільки у промислових підприємств підставою, щоб отримати державні кошти, були валові показники, а в медицині — кількість створених ліжок у лікарнях і кількість госпіталізованих.

Унаслідок екстенсивного фінансування СРСР відстав від провідних країн за показниками охорони здоров'я. Зазначені хиби підтверджує харківська охорона здоров'я. Хоч її фінансували постійно й істотно більше, медичні заклади витрачали кошти не за призначенням чи навіть не використовували їх, якщо йшлося про розбудову медичної мережі.

Ситуацію загострювало те, що не було фінансового контролю за будь-якими видами безплатної допомоги, бо невизначені були її обсяг, що створювало деякий диктат держави над хворим — надання більшого спектра послуг в часи добробуту й відчутне зменшення медичної допомоги під час економічної кризи, як це сталося наприкінці 1980-х рр.

Отже, основна проблема фінансування охорони здоров'я в СРСР були не його малі обсяги, а сам механізм використання коштів, коли не конкретизували перелік та обсяг безплатних медичних послуг, медичні заклади не мали фінансової й господарської самостійності, а зарплатня медпрацівників не залежала від результатів їхньої діяльності. Дешева медицина, коли змінилася структура захворюваності та складніші стали її завдання, перетворювалася на дорогу й неефективну. Спроби виправити ситуацію, запровадивши госпрозрахункові елементи в охороні здоров'я, не завершили, оскільки розпався СРСР. У Харкові механізм фінансування змінили, перевівши 12-у дитячу поліклініку, лікарню швидкої медичної допомоги, офтальмологічну лікарню на бригадну форму організації й оплати праці.

Хронічний дефіцит медичних кадрів за масового нарощення їхньої кількості також свідчив про екстенсивний розвиток радянської охорони здоров'я. Наголошуючи на більшій кількості медичних кадрів, складніше оцінювали результати праці. Масова підготовка медичних кадрів в СРСР також позначалася на рівні їхньої кваліфікації. Виникло замкнуте коло, за якого збільшення кількості медпрацівників фіксувало низький рівень їхньої зарплатні, зумовлюючи неефективну працю медиків і створюючи умови для кадрового голоду, який знов-таки намагалися втамувати, готуючи нові кадри. Однак, корупція серед радянських медпрацівників не стала поширеним явищем, оскільки не було матеріальних стимулів, що відповідали професійному статусу. Проанкетувавши пацієнтів харківських лікарень, ми встановили, що більшість опитаних заперечили наявність корупції впродовж 1945–1991 рр., про неї повідомили 19 % респондентів. До того ж у більшості цих випадків корупційний складник мав прихований вигляд подарунків, «подяки» з ініціативи пацієнтів й лише один респондент вказав на те, що лікар прямо вимагав хабара.

Варто розуміти, що брак кадрів був специфічною рисою радянської охорони здоров'я. У межах інших систем такий дефіцит просто не становив би проблеми, оскільки доступ до медичних послуг у них фінансово обмежений для пацієнта.

У Харкові кадровий дефіцит виник упродовж другої половини 1950-х рр., постійно зростав і не був подоланий до розпаду СРСР. Водночас майже впродовж усього досліджуваного періоду Харків мав показники забезпечення населення лікарями, вищі за союзні й республіканські, або такі, що дорівнювали їм. Кадровий дефіцит в охороні здоров'я Харкова визначали також й інші чинники: кадри виїжджали за межі міста; підготовка спеціалістів не встигала за розбудовою мережі; влада недостатньо вивчала потреби населення в медичній допомозі, тому неправильно планувала набори студентів до освітніх закладів; медики мали проблеми з житлом і низьку зарплатню.

Ці хиби могли виправити, реорганізувавши кадри й надавши більшу самостійність лікувальним закладам, заохочуючи неприточкову конкуренцію між ними у змаганні за збільшене державне фінансування, встановлюючи заробіток лікаря, залежний від результатів праці, і налагоджуючи зв'язок між лікувальним закладом і місцевою громадою. Про те, що ці кроки, які поліпшили матеріальне становище медпрацівників, підвищили ефективність їхньої роботи та зберегли доступність медичних послуг, можливі в межах безплатної системи, свідчить історія британської національної служби охорони здоров'я.

Запорукою успіху санітарних заходів у Харкові після визволення 1943 р. стала спільна діяльність медиків, громадськості, комунальних органів. Радянська влада, не маючи змоги інвестувати великі кошти в розвиток міської інфраструктури й охорони здоров'я, вдалася до дешевих засобів у боротьбі з інфекціями — масово вакцинувала населення й використовувала безплатну працю харків'ян. Залучення громадськості охоплювало широке коло напрямів: від масових мобілізацій усіх харків'ян, щоб сезонно прибирати місто, до створення активу громадських санінспекторів, які допомагали лікарям у профілактиці. Як наслідок, швидко ліквідували епідемії в напівзруйнованому Харкові.

Водночас примітивність заходів санітарного очищення й невідповідність відновлених каналізації й водогону потребам міського населення засвідчили, що в Харкові в 1950–1960-ті рр.

все ще тривала модернізація, яка завершилася в західних країнах на початку ХХ ст. Отже, санітарне впорядкування Харкова демонструє особливості стадіального розвитку СРСР порівняно із Заходом. Для радянської влади набагато складніше було планово очистити велике місто в мирний час, ніж відбудувати його після війни. Водопостачання Харкова й відставання каналізації від розвитку міста були основними проблемами міської санітарії, які змогли розв'язати впродовж 1960-х — першої половини 1980-х рр. Коли поліпшили рівень життя (ліквідували безпритульність, частково розв'язали житлову проблему, створили доступну медичну допомогу), досягли деяких успіхів у радянській санітарії.

Негативними рисами санітарного розвитку Харкова впродовж досліджуваного періоду були неупорядковані промислові викиди в повітря й річки, які керівники підприємств сприймали як другорядну справу; нерозв'язана проблема утилізації сміття; запиленість міста; недбалість працівників СЕС щодо порушень у роботі харчових і дитячих установ; практика використовувати трудові колективи, щоб прибирати місто, коли ті безплатно виконували функцію комунальних органів.

Порівнюючи темпи зростання харківського населення зі стабільністю показників його забезпеченості лікарняними ліжками, бачимо, що проблему їхнього дефіциту в Харкові не лише не розв'язали в запланований термін, до початку 1960-х рр., але ще більше загострили по мірі розвитку міста. Як наслідок, розвиток стаціонарної мережі Харкова наздоганяв загальний розвиток міста. У дефіциті ліжок виявлено ширшу проблему нестачі лікарняних площ, особливо типових лікарень. Ця проблема, на відміну від формальної забезпеченості ліжками, свідчила про низьку якість стаціонарного обслуговування харків'ян.

Навіть попри інтенсивне будівництво типових лікарень наприкінці радянського періоду третина ліжок все ще була у пристосованих будівлях. Водночас акцент на збільшенні кількості ліжок та кадрів у лікарнях Харкова й ресурсно-орієнтованому фінансуванні свідчить про екстенсивний розвиток радянської

охорони здоров'я за умов безгосподарного використання наявних резервів.

Упродовж досліджуваного періоду охорона здоров'я в Харкові якісно змінила свої риси. У багатьох випадках формально об'єднуючи поліклініки й лікарні під час реформи 1947–1953 рр., водночас будували типові медичні заклади та збільшували їх впродовж 1960–1980-х рр. Розбудувавши міську медичну мережу, змогли перейти до наступних завдань: поглибити спеціалізацію медичної допомоги, спланувати на тривалий строк розвиток охорони здоров'я в Харкові, кардинально вдосконалити службу швидкої медичної допомоги. З 1960-х рр. у Харкові докорінно й відповідно до вимог часу змінили структуру ліжкового фонду, створивши низку вузькоспеціалізованих служб. У формуванні деяких із них Харкову належала першість в Україні та СРСР. Тут впровадили в медичну практику унікальні розробки: криогенні методи лікування й репродукції людини, етапність і комплексний принцип терапії кардіологічних хвороб, використання сапфірових імплантатів в ортопедії та стоматології, безмедикаментозні методи лікування алкоголізму. Харків утримав за собою значення республіканського центру у царині психіатрії, неврології й нейрохірургії, розширив спектр медичної допомоги, розбудувавши наркологічну мережу. Однак спеціалізацію на низовому рівні гальмували, бо передусім бракувало медапаратури й кадрів.

Після війни разом зі здоровпунктами на всіх великих харківських заводах виникла прогресивніша форма допомоги робітникам — медико-санітарні частини. Створивши їх, змогли піднести заводську медицину на якісно новий технологічний рівень. Дуже допомогли харківській охороні здоров'я в цьому технічні інститути, які спільно з медиками розробляли нову апаратуру, та промислові підприємства, що виготовляли медичне обладнання і зробили вирішальний внесок у розбудову медичних закладів.

Упродовж 1945–1991 рр. у Харкові зникли з переліку причин смертності інфекційні захворювання, а їхнє місце посіли «хвороби способу життя», з якими низькотехнологічна радянська медицина боролася менш ефективно.

До середини 1950-х рр. загальна смертність у Харкові була менша, ніж у провідних західних країн, чого не можна сказати про дитячу смертність. Водночас Харків мав ліпші показники дитячої смертності, ніж загалом в УРСР. Беззаперечним успіхом харківської охорони здоров'я впродовж досліджуваного періоду було постійне зменшення дитячої смертності. З 1960-х рр. поступово зростала смертність, що було загальносоюзним явищем. Його зумовлювали зменшена народжуваність; старіння населення за збільшеної тривалості життя; незадовільні умови праці багатьох осіб, особливо жінок; поширення шкідливих звичок. Упродовж 1950–1980-х рр. стала була структура смертності харків'ян. Більшість смертей спричиняли серцево-судинні захворювання, злоякісні новоутворення, гострі шлунково-кишкові захворювання, травматизм. Щоб зменшити захворюваність і смертність харків'ян, велике значення мала профілактична спрямованість радянської охорони здоров'я, зокрема кампанія загальної диспансеризації, розпочата в 1980-ті рр.

Як риси розвитку охорони здоров'я, спільні для СРСР і Харкова, визнаємо розташування медичних закладів у пристосованих будівлях; наголошування на збільшеній кількості ліжок у стаціонарах, яку часто досягали, ущільнюючи лікарняні площі; неприпустимо повільне будівництво медичних об'єктів, пояснюване низкою причин; забруднення довкілля промисловими викидами; шляхи реформування й механізм фінансування охорони здоров'я; дефіцит апаратури й ліків, хронічні проблеми із впровадженням новітніх вітчизняних технологій в медичну практику. Крім того, медичне районування Харкова порушили внаслідок воєнних руйнацій і надовго закріпили, швидко відновлюючи міське населення, тому харківська медична мережа не встигала за розвитком міста. Однак Харків став осередком низки унікальних спеціалізованих служб медичної допомоги та взірцем якісної медичної допомоги для робітників і службовців промисловості.



ДОДАТКИ

Таблиця 1

Розвиток охорони здоров'я в Харкові в 1945–1990 рр.¹

* — немає даних

Показники/роки	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1980	1985	1990
Усього лікарняних закладів	20	24	51	57	60	58	44	44	47
Ліжковий фонд усіх стаціонарів (одиниць)	3595	6975	10170	11090	14640	16660	19220	20200	21720
Надійшло хворих	*	*	164650	234656	266162	299278	334558	365774	363665
Кількість необ'єднаних амбулаторно-поліклінічних закладів	16	25	8	8	10	13	14	16	21
Територіальних лікарських дільниць									
терапевтичних	106	163	210	265	289	327	500	696	691
педіатричних	46	142	180	250	287	314	383	394	418
Кількість лікарських відвідувань (тис.)	*	*	5415,3	11476,7	13583,7	14849,6	19146,2	20145,1	17442,9
на амбулаторному прийомі вдома			893,4	1239	1597,3	1726,2	2231	2423,7	1964
Кількість диспансерів	3	3	11	13	14	16	21	23	23
Стоматологічних поліклінік і кабінетів у медичних закладах	*	*	67	122	149	132	76	70	76
Кількість відвідувань у них (тис.)	*	*	1070,4	1495,4	1912,9	2363,1	3106,4	3271,1	2874,4

¹ Уклали за: 11, арк. 29–54; 36, с. 29; 93, арк. 10–11; 102, арк. 42; 111, арк. 20–36; 114, арк. 20–35; 122, арк. 2–17; 123, арк. 7; 131, арк. 46–65; 169, с. 15; 177, с. 35.

Показники/роки	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1980	1985	1990
Посад лікарів (без зубних) штатних зайнятих	1599		3314,5 3293,5	4393,5 4352	5354 5317	6312 6052,5	7769 7736	8535 8341	10191 9626
Посад середнього медперсоналу штатних зайнятих	*	*	7802,5 7756	10498 10399,5	12326 12222,5	14770 14360	18060 17159	19551 18837	22189 20796
Кількість медико-санітарних частин	*	3	4	4	5	6	7	8	10
Ліжок у МСЧ	*	*	125	875	1285	1825	1935	2065	2460
Кількість здоровпунктів лікарських фельдшерських	43 53	^{1949 р.} 88 57	115 98	99 132	63 193	22 304	24 320	24 343	24 353
Кількість відвідувань у здоровпунктах без відвідувань зубних лікарів (у тис.)	*	*	2213,9 (із зубними)	2136	2882,8	3239,9	4896	5307,7	*
Кількість станцій швидкої медичної допомоги	1	1	2	2	2	1	1	1	1
Кількість санітарних автомобілів швидкої медичної допомоги	2	14 (1953)	23	63	67	75	112	137	187

Таблиця 2

Динаміка відновлення медичної мережі м. Харкова²

* — немає даних

	1940	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1950
Показники/роки								
Міських стаціонарів	38	15	16	20	23	*	24	*
Ліжок у них	5019	2265	2460	3595	3825		3550	
Усього ліжок у міських лікарнях та інститутах	8170	2295	3868	5650	6365	6355	*	6975
Міських поліклінік	27	15 (31.12.1942)	22	22	22	*	27	*
Усього амб.-пол. закладів	64	29 (31.12.1942)	*	44	53	*	*	*
Ясел	127 на 11332 місяця	43 на 2400 місяць	60 на 2990 ліжок	68 на 4425 ліжок	60 на 6615 місяць	*	76 на 5765 місяць	74 на 5641 *
Молочних кухонь	8	7	*	13	14	*	16	*
Здоровпунктів								
(разом лікарських і фельдшерських)	134	83	83	96	122	*	164	*
Кількість ліжок на 1 000 осіб	8,7	*	5,4	9,3	10,6	*	*	*

² Уклали за: 135, арк. 1 зв., 12; 136, арк. 1; 418, с. 5–6.

*Таблиця 3*Кількість населення Харкова 1911–1990 рр.³

Рік	Кількість населення
1911	236 342
1940	900 000
1945	533 000
1947	672 300
1951	751 800
1959	952 600
1962	1 000 000
1975	1 384 000
1979	1 444 000
1985	1 553 700
1990	1 600 000

³ Уклали за: 9, арк. 21; 118, арк. 3; 144, арк. 4; 227, с. 6, 452; 363, с. 8, 324–326, 352; 401, с. 164; 410, с. 69, 82.

Таблиця 4

Норми харчування в лікарнях і дитячих установах Харкова
на 31 грудня 1943 р.⁴

Назва продуктів	Денна норма (гр.)			
	Хворим		У дитячих будинках	У яслах
	Загальна	Посилена		
Хліб	400	400	400	300
Борошно	240	300	200	150
Жири	40	50	40	25
Цукор/мед	20	30	25	20
Цибуля	20	20	20	15
Помідори	50	50	30	20
Капуста	100	100	70	50
Буряк	80	80	50	40
Картопля	200	220	200	100
М'ясо/риба	120	150	150	80
Мол. вироби	500	600	500	400

⁴ Уклали за: 137, арк. 52.

Таблиця 5

Зменшення розбіжностей у діагнозах у відділеннях 1-ї міської клінічної лікарні⁵

Відділення/Роки	1947 г.	1948 г.
Терапевтичне	26,5 %	12,1 %
Хірургічне	9,9 %	6 %
Акушерсько-гінекологічне	5,6 %	3,7 %
Неврологічне	26 %	16 %

Таблиця 6

Витрати на охорону здоров'я (частка ВВП)
в СРСР та розвинених капіталістичних країнах⁶

Країни/роки	1980	1988
СРСР	3,1 %	3,3 %
США	9,1 %	10,4 %
Великобританія	5,6 %	5,9 %
Франція	8,4 %	8,7 %
ФРН	7,8 %	8,1 %
Японія	6,3 %	6,5 %

⁵ Уклали за: 140, арк. 8.

⁶ Уклали за: 315, с. 149.


Таблиця 7Бюджет харківського міського відділу охорони здоров'я⁷

Роки	За курсом реформи 1961 р.
1940	9,6 млн
1946	6 млн
1950	11 млн
1952	12 млн
1954	13 млн
1956	17 млн
1958	18 млн
1959	20 млн
1962	26 млн
1964	29 млн
1965	31,5 млн
1966	36,7 млн
1971	44 млн
1975	49,5 млн

⁷ Уклали за: 95, арк. 3, 4; 102, арк. 30, 65; 123, арк. 1; 132, арк. 11; 146, арк. 15; 152, арк. 3; 162, арк. 4; 164; 250, с. 92; 342, с. 98; 389, с. 81.

Таблиця 8

Порівняння забезпеченості лікарями в СРСР,
інших країнах та Харкові⁸

Країна	Рік	Кількість лікарів на 10 тис. осіб
СРСР	1987	43,3
ФРН	1985	30,1
Франція	1985	24
США	1987	23,3
Японія	1984	19,8
КНР	1986	13,6
м. Харків	1990	37,1

Таблиця 9

Динаміка чисельності медичних кадрів в СРСР у 1913–1980 рр.⁹

* — немає даних

Показники/роки	1913	1940	1950	1960	1970	1980
Кількість лікарів (тис.)	28,1	155,3	265	431,7	668,4	995,6
Забезпеченість населення лікарями (на 10 тис. осіб)	1,8	7,9	14,6	20	27,4	37,4
Кількість середнього мед- персоналу (тис.)	46	472	719,4	1 388,3	2 123	2 789
Забезпеченість населення середнім медперсоналом (на 10 тис. осіб)	*	24	39,6	64,2	87	104,8

⁸ Уклали за: 313.

⁹ Уклали за: 377, с. 58.

Таблиця 10

Забезпеченість населення республік Радянського Союзу
медициними кадрами¹⁰

Союзна республіка	Кількість лікарів, тис.		Кількість середнього медперсоналу, тис.		Забезпеченість ліка- рями на 10 тис. осіб		Забезпеченість се- реднім медперсона- лом на 10 тис. осіб	
	1980	1984	1980	1984	1980	1984	1980	1984
Грузинська РСР	24,3	27,2	56,5	60	48,1	52,5	111,9	115,9
Латвійська РСР	11,1	12,4	29,2	32,1	43,9	48	115,9	124,1
Естонська РСР	6,2	7	15,6	17,3	41,6	45,5	105	113
РРФСР	560,7	630,8	1585	1712,2	40,3	44,1	114	119,8
Литовська РСР	13,4	15,1	37,2	42,7	38,9	42,4	108,3	119,8
УРСР	182,7	205,3	515,6	553,9	36,5	40,5	103,1	109,3
Казахська РСР	47,8	57,5	150,2	175,5	31,8	36,3	99,8	110,8
СРСР	997,1	1136,4	2814,3	3096,4	37,5	41,2	105,7	112,2

¹⁰ Уклали за: 359, с. 173–174.

Таблиця 11

Динаміка чисельності медичних кадрів Харкова в 1940–1986 рр.¹¹

* — немає даних

Показники/роки	1940	1944	1945	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985
Фіз. осіб лікарів у Харкові	3478	1309	1599	*	5399 (1959)	6208	*	7348 (1976)	*	*
Посад лікарів зайнятих	*	*	*	3293,5	*	*	6052,5	*	7736	8341
Фіз. осіб лікарів МЗВ	1925	674	800	2322	5190	*	*	4807	4920	5547
Фізичних осіб СМП у Харкові	4981	1596	2200	*	8711 (1959)	10461	12000 (1971)	14030 (1976)	*	15000

¹¹ Уклали за: 4; 9, арк. 22; 11, арк. 29–54; 49; 84, арк. 100; 93, арк. 39–40; 111, арк. 20–36; 114, арк. 20–35; 121, арк. 6; 122, арк. 2–17; 128, арк. 13; 131, арк. 46–65; 132, арк. 10; 133, арк. 7; 135, арк. 116 зв.–118 зв.; 143, арк. 6; 158, арк. 6; 159, арк. 3; 206, с. 126–127; 392; 401, с. 163, 165; 418, с. 12; 430, арк. 15–18.

Таблиця 12

Структура розмірів зарплатні медичних працівників Харкова
в 1964 р.¹²

Розмір зарплатні / райвідділи охорони здоров'я	Дзержинський	Червонозаводський	Ленінський	Київський	Жовтневий	Орджонікідзевський	Комінтернівський
26–100 руб.	90,3 %	92,6 %	94,6 %	91,5 %	91,6 %	93,5 %	92,2 %
100–300 руб.	9,7 %	7,4 %	1,8 %	8,5 %	8,3 %	6,5 %	7,8 %

Таблиця 13

Середньомісячна зарплатна робітників і службовців України
впродовж 1950–1980-х рр.¹³

Показник/роки	1950	1960	1970	1980	1985
Розмір зарплатні (за курсом 1961 р.)	62,7	78,3	115,2	155,1	173,9

¹² Уклали за: 117, арк. 3–9.

¹³ Уклали за: 244, с. 85.

Таблиця 14

Зміни в мережі амбулаторних закладів
Харкова в 1940–1946 рр.¹⁴

	Усього в Харкову		У закладах					
			МЗВ		Інститутів		Обласного підпорядк.	
	1940	1946	1940	1946	1940	1946	1940	1946
Поліклінік і МСЧ	22	20	21	19	-	-	1	1
Дитячі поліклініки	1	1	1	1	-	-	-	-
Фізіотерапевтичні п-ки	1	-	1	-	-	-	-	-
Амбулаторії	19	15	14	10	5	5	-	-
Диспансери туб.	3	4	3	2	-	1	-	1
Шк.-вен. кабінети	3	3	2	1	1	1	-	1
Неврологічні каб.	3	3	2	1	1	1	-	1
Психо-невролог. кабінети	1	1	-	-	1	1	-	-
Онкологічні кабінети	-	2	-	-	-	1	-	1
Дитячі консультації	1	5	1	5	-	-	-	-
Гельмінтологічні пункти	1	-	1	-	-	-	-	-
Травматологічні пункти	2	2	1	1	1	1	-	-
Амбулаторії при закладах	10	-	10	-	-	-	-	-
УСЬОГО	67	56	57	40	9	11	1	5

¹⁴ Уклали за: 136, арк. 51, 62, 76.

Таблиця 15

Зміни в кількості та структурі територіальних лікарських дільниць Харкова в 1947–1957 рр.¹⁵

Рік	Терапевтичних	Педіатричних	Акушерсько-гінекологічних	Єдиних лікарських
1947	150	84	-	-
1948	173	104	-	-
1949	181	125	-	-
1950	163	142	46	-
1951	165	143	65	-
1952	171	149	70	-
1953	182	151	140	-
1954	196	156	160	-
1955	210	180	164	-
1956	-	-	-	228
1957	-	-	-	230
1958	-	-	-	235

Таблиця 16

Приріст кількості амбулаторно-поліклінічних закладів Харкова впродовж 1958–1965 рр.¹⁶

	1958 р.	1965 р.	Приріст
Поліклінічні відділення лікарень, зокрема МСЧ	18	22	+4
Необ'єднані поліклініки, зокрема МСЧ	3	4	+1
Диспансери спеціалізовані (усього):	5	6	+1
Стоматологічна поліклініка	1	1	-
Жіночі консультації при пологових будинках	10	11	+1
Лікарські здоровпункти	1	1	-
Загальна кількість закладів без здоровпунктів	7	8	+1
Разом із здоровпунктами	118	58	-60
	41	48	+7
	159	106	-53

¹⁵ Уклали за: 177, с. 35.

¹⁶ Уклали за: 121, арк. 4.

Таблиця 17

Відкриття й переведення до типових приміщень підстанцій швидкої медичної допомоги Харкова¹⁷

Назва підстанції швидкої допомоги	Рік відкриття	Рік переведення в типові приміщення
Орджонікідзевського (Індустріального) р-ну	1951 р.	1985 р.
Жовтневого (Новобаварського) р-ну	1962 р.	нема даних
Держинського (Шевченківського) р-ну	1962 р.	1970 р.
Комінтернівського (Слобідського) р-ну	1962 р.	1989 р.
Червонозаводського (Основ'янського) р-ну	1963 р.	1985 р.
Московського р-ну	1963 р.	1974 р.
Київського р-ну	1970 р.	1983 р.
Ленінського (Холодногірського) р-ну	1983 р.	1988 р.
Фрунзенського (Немишлянського) р-ну	1989 р.	1989 р.

¹⁷ Уклали за: 36, с. 34–35; 107, арк. 3–4; 119, арк. 2–4.

Таблиця 18

Надання швидкої й невідкладної медичної допомоги в Харкові
в 1975–1990 рр.¹⁸

Показники	1975 р.	1990 р.
1. Лікарські бригади	71	118
2. Фельдшерські бригади	75	137
3. Спеціалізовані бригади	27	36
4. Виконано виїздів (у тис.)	653,9	960,2
5. Кількість виїздів на 100 мешканців	21	30
6. Кількість осіб, яким надано медичну допомогу на 1000 населення	241	304
7. Кількість автомашин	98	187

¹⁸ Уклали за: 169, с. 14–15; 271, с. 154.

Таблиця 19

Розподіл ліжок харківських стаціонарів за спеціальностями¹⁹

* — немає даних

Спеціальність/ роки	1940 (Харків)	1940 (МЗВ)	1944 (Харків)	1953 (МЗВ)	1960 (МЗВ)	1971 (МЗВ)	1975 (МЗВ)
Терапевтичні	1017	586	370	820	1651	2195	2330
Хірургічні	1189	563	512	645	952	1080	1070
Пологові	664	610	170	695	834	875	940
Гінекологічні	666	517	190	255	635	690	730
Неврологічні	236	*	30	*	292	590	590
Дитячі:							
Неінфекційні	1611	175	570	755	1912	1980	2340
Інфекційні					1220	1340	1700
Очні	245	*	130	*	692	640	640
Отоларингологічні	210	*	140	*	225	30	150
Туберкульозні:					*	295	295
Дорослі	*	619	*		1115	1280	1105
Дитячі		*	150	710	950	*	*
Інфекц. дорослі	474	*	838	*	165	*	*
Шкір.-венеролог.	365	*	350	*	560	560	560
Стоматологічні	65	*	25	*	250	255	280
Травматологічні	220	*	216	*	52	40	*
Онкологічні	180	*	97	*	485	-	-
Малярійні	39	*	-	*	*	-	-
Урологічні	50	*	-	*	120	80	80
Ендокринологічні	26	-	30	-	*	40	60
Проктологічні	-	-	-	-	*	50	*
Нейрохірургічні	-	-	-	-	*	150	150
Опікові	-	-	-	-	*	75	*
Нефрологічні	-	-	-	-	*	45	50
Інфарктні	-	-	-	-	*	60	140
Психоневрологіч- на лікарня	*	*	*	*	1650	1880	2010
РАЗОМ**	*	*	*	*	10190	11930	13465

** До загальної кількості ліжок увійшли також ліжка категорії «Інші» (лепрозорні, медрадіології, гельмінтні, фізіотерапевтичні), а також ліжка госпіталів для інвалідів Великої Вітчизняної війни [114, арк. 23 зв.].

¹⁹ Уклали за: 102, арк. 54; 114, арк. 23 зв.-24; 135, арк. 3-3 зв.; 158, арк. 14; 162, арк. 10.

Таблиця 20

Народжуваність, смертність, природний приріст населення
в Україні та Харкові²⁰

* — немає даних

Показники/роки	1912	1956	1966	1970	1975	1980	1990
Народжуваність на 1 тис. осіб (Україна)	44 (1913)	20,1 (1955)	15,3 (1965)	15,2	15,1	14,8	12,7
Народжуваність на 1 тис. осіб (Харків)	*	*	13,2	14,5	14,9	13,8	11,2
Смертність дорослого населення на 1 тис. осіб (Україна)	25,2 (1913)	7,4 (1955)	7,6 (1965)	8,8	10	11,4	12,1
Смертність дорослого населення на 1 тис. осіб (Харків)	*	6,9	7,1	8,8	8,5	9,9	10,5
Природний приріст населення на 1 тис. осіб (Україна)	18,8 (1913)	12,6 (1955)	7,7 (1965)	6,4	5,1	3,4	0,6
Природний приріст населення на 1 тис. осіб (Харків)	*	9	6,1	6,2	-	3,9	2,2

²⁰ Уклали за: 9, арк. 20; 132, арк. 4; 142, арк. 19; 160, арк. 2; 169, с. 6; 297, с. 10; 298, с. 47.

Таблиця 21

Смертність серед дорослого та дитячого населення в СРСР, УРСР та провідних капіталістичних країнах²¹

Загальна смертність населення на 1 тис. осіб (%) в УРСР, СРСР, країнах Західної Європи та США				Дитяча смертність на 1 тис. новонароджених (‰)	
Країни / роки	1940	1950	1955	1950	1970
УРСР	14,3	8,5	7,4	73	17,3
СРСР	18	9,7	7,2 (1958 р.)	81	24,7
США	10,8	9,6	9,6	29,2	19,8
Англія	14,4	11,6	11,4	29,2	18,2
Франція	18,9	12,8	12,3	52	18,1
ФРН	12,3	10,3	10,8 (1958 р.)	55,5	23,6

²¹ Уклали за: 438, арк. 46–47; 439, арк. 75–76.

Таблиця 22

Дитяча смертність в СРСР, УРСР, Харкові та інших країнах
у 1980–1989 рр.²²

Країни, міста / роки	Дитяча смертність (на 1000 осіб)	
	1980	1989
СРСР	27,3	22,7
УРСР	16,6	12,8
Харків**	19,4	14,4
Великобританія	12	9
США	13	10
Франція	10	8
ФРН	13	9
Японія	7	5

** Показники щодо Харкова подаємо за 1990 р.

²² Уклали за: 299, с. 466.

Таблиця 23

Динаміка дитячої смертності на 1 тис. живонароджень
в Україні та Харкові²³
* — немає даних

	1912	1956	1966	1970	1975	1980	1990
Україна	215	38 (1958)	20 (1965)	17	*	16,6	12,8
Харків	250	*	20,3	21,4	23,4	19,4	14,4

Таблиця 24

Розвиток медико-санітарної мережі промислових підприємств
Харкова в 1940–1990 рр.²⁴
* — немає даних

Показники/ роки	1940	1944	1949	1955	1957	1960	1965	1970	1980	1985	1990
Лікар. з/п	91	35	88	115	125	99	64	22	24	24	24
Фельдш. з/п	60	45	57	98	127	132	199	304	320	343	353
Кількість МСЧ	*	*	2	4	4	4	5	6	7	8	10
Ліжок у МСЧ	*	*	*	125	125	875	1285	1825	1935	2065	2460
Цех. лік. Дільниць	*	*	*	*	37	37	113	171	247 (1979)	264	*

²³ Уклали за: 9, арк. 20; 132, арк. 4; 142, арк. 19; 160, арк. 2; 169, с. 6; 297, с. 10; 298, с. 47.

²⁴ Уклали за: 118, арк. 2; 121, арк. 5, 14; 132, арк. 18; 135, арк. 30 зв.; 136, арк. 52; 429, арк. 15; 430, арк. 171.

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК**А**

Агеєнко І. М. 52
Амеліна Л. М. 5
Арцибушев М. О. 115

Б

Бартон Кріс 22
Беликова І. Е. 54
Бердников В. О. 183
Брауде І. Р. 80
Брежнєв Л. І. 142

В

Вайнштейн С. Л. 100
Вальтер А. К. 163
Ващенко Г. І. 48
Веркін Б. І. 151
Володось М. Л. 182
Волосов Є. В. 177
Вороний Ю. 180
Восленський М. С. 197

Г

Гайсенюк Л. О. 164
Гальперін Б. Л. 81
Гейманович О. Й. 168
Гіршман Л. Л. 9
Горбачов М. С. 182
Гречаніна О. Я. 156
Григор'єв С. П. 9
Гришанін Г. 123, 133

Грищенко В. І. 151
Грищенко І. І. 156
Гурченко Л. 17

Д

Данилевський В. Я. 9
Даценко О. Б. 5
Дубинський А. А. 122

Є

Євтушенко Г. І. 194
Єгорова В. 90, 101

Ж

Жук М. І. 129

З

Зайцев В. Т. 113, 182
Зайцев О. О. 115, 118
Зеленський М. М. 52, 53
Зінов'єв Е. В. 5

К

Кабакова М. С. 16
Кара-Мурза С. Г. 196, 197
Катурова Г. Ф. 177
Кириченко О. І. 200
Кляшова І. І. 5
Коваленко Т. І. 167
Ковригіна М. Д. 88
Ковтун М. І. 5

Коган-Ясний В. М. 52, 159
Конєв Ф. А. 124
Корж О. О. 182, 183
Корнілова О. І. 154
Коробчанський В. О. 6
Кохманюк Ю. С. 108
Кошель Л. С. 6
Криворучко З. О. 201
Кричевський Ю. О. 80, 81

Л

Лимонов Е. 62, 169
Линник А. А. 5
Лисенко Є. І. 108
Литвинов Л. А. 134
Лісова Н. Д. 177

М

Мала Л. Т. 101, 108, 145, 159,
160
Марзєєв О. М. 71, 72
Марієнгоф 108
Матвєєва В. Ф. 153
Меркулов І. Й. 166
Мещанінова О. І. 112
Мирошникова Л. М. 166
Мірсагатова Р. С. 154
Молохов М. О. 105, 112

Н

Назаренко І. Д. 17
Небелєвич Л. М. 108
Нікітін В. О. 175

Ніколаєв Л. П. 10
Новаченко М. П. 183
Новаченко П. Я. 16

О

Ольхович М. М. 17

П

Парамонов В. М. 33
Перцев Ж. М. 5
Пилипенко М. І. 165
Платонов К. І. 123, 169
Плотічер А. Й. 168
Погібко М. І. 168
Полоз Д. Д. 115
Протопопов В. П. 169
Прохоров О. В. 6
Пушкар М. С. 151
П'янов П. П. 134

Р

Разумний І. В. 127
Реміняк В. І. 32

С

Самусенко С. О. 6
Селіванов О. Г. 15
Семашко Л. А. 5
Сечкин Н. В. 54
Скидан М. Н. 32
Сластіна 108
Смирнов Є. І. 18
Солженіцин О. 87, 197

Сосін І. К. 170
Судакова О. М. 6
Сурукчі С. Г. 9
Сухарев М. Я. 77, 78

Т

Татаренко Н. П. 168, 170
Толкачов В. В. 6
Томашевська О. К. 115
Топузов В. С. 153
Торський Г. 87

У

Угненко С. І. 115
Ульянова Р. 54
Усенко О. В. 6
Утевська С. Л. 175

Ф

Фабрикант М. Б. 9, 175
Фесенко Т. Ф. 16
Фоміна М. Г. 164
Фріденберг Д. 3

Х

Хвисюк М. І. 113, 183
Хименко Л. П. 113

Ц

Цейтлін О. З. 111, 180

Ч

Челяпин О. О. 177
Чередниченко В. М. 167
Черепов В. М. 115

Ш

Шалімов О. О. 48, 51, 111,
113, 181
Шаляпін Ф. І. 9
Шамов В. М. 181
Шаповал В. І. 180
Шапошникова Т. І. 54, 80
Шевченко М. І. 170

Я

Яковлева 108
Яковцов І. З. 113, 115
Ямпольський С. М. 9
Яхніс Б. Л. 10

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК**А**

- Аборт 9, 43, 141, 149, 150
- Абортні комісії 43
- Аварія на ЧАЕС 156, 164
- Автоматизована система управління водопостачанням міста (АСУВ) 68, 69
- Акушери-гінекологи 49, 98, 154
- Акушерські дільниці 102, 225
- Алкоголізм 8, 123, 142, 170, 171, 184
- Амбулаторії 9, 98, 173, 224
- Амбулаторно-поліклінічні заклади 20, 102, 103
- Антиалкогольна кампанія 1985–1990 рр. 171
- Антиревматичні кабінети дитячих поліклінік 154
- Аптеки 120, 121, 125, 130, 136, 154
- Артезіанський водогін 57, 59, 68
- Артема (селище) 83
- Асенізаційний транспорт 59, 62, 63, 71
- Асенізаційні поля 71, 72

Б

- Бактеріологічні лабораторії 14, 75, 78

- Балакірева вул. 91
- Безлюдівська очисна станція 70
- Белгородський промвузол 59
- Бригадна форма організації праці 27, 115, 168, 193, 207
- Бруцельоз 80
- Будинки дитини 9, 10, 91
- Будинок санітарної культури 75
- Бюджет охорони здоров'я 7, 30, 90, 219
- Бюджети облздороввідділів 198

В

- Вбиральні 61–63, 73, 78, 79
- ВДНГ СРСР 69, 133, 153, 176
- Венеричні захворювання 8, 65, 79, 138, 152
- Венерологічні диспансери 8, 86
- Верховна Рада СРСР 144
- Верховна Рада УРСР 52, 54, 134
- Виїзні реанімаційні акушерсько-гінекологічні бригади 112
- Виконавчий комітет Харківської міської ради депутатів 15, 16, 22, 36, 74, 90, 107, 108,
- Виконавчий комітет Харківської обласної ради депутатів 71, 72, 90

- Виконавчі комітети районних рад депутатів 15, 16, 20, 30, 71, 72, 107
- Виробнича фізкультура 188
- Висипний тиф 65, 78, 79
- Вібраційна хвороба 188
- Відділення профілактичних оглядів 141
- Відділи юридичної допомоги 9
- Війна в Афганістані (1979–1989 рр.) 172
- Військово-медична служба Червоної Армії 12
- Віспа 78
- Водогін 7, 17, 57–60, 63–65, 67–70, 78, 82, 208
- 8-а дитяча інфекційна клінічна лікарня 157
- 8-й пологовий будинок 149
- Всесвітня організація охорони здоров'я 29
- Всесоюзний науково-дослідний інститут хімії та технології лікарських засобів 124
- Всеукраїнська рентгенівська академія 9
- Всеукраїнський інститут невідкладної хірургії та переливання крові 181
- ВЦРПС 201
- Газопиловлонні прилади 75
- Генеральний план забудови Харкова 26
- Гепатит 67, 80
- Героїв Сталінграду просп. 80
- Герцена (селище) 58, 62
- Гідропарк на р. Харків 69
- Гіпнорепродукція 123
- Гоголя вул. 61
- Головна каналізаційна насосна станція (ГКНС) 70
- Голод 1946–1947 рр. 13
- Гонорея 66
- Гончарівська гребля 7
- Госпіталізація 19, 20, 39, 77, 79, 93, 152
- Госпіталь 17, 18, 53
- Госпрозрахункові зубопротезні майстерні 174
- Госпрозрахункові поліклініки 25
- Госпрозрахунок 38, 47, 133, 136, 205
- Грип 67, 81
- Громадські огляди 121
- Громадські фонди споживання 206
- Громадянська війна 7
- Грошова реформа в СРСР 1961 р. 29, 30, 46, 219, 223

Г

Гагаріна просп. 91

Д

Дарвіна вул. 67, 103

- 20-та студентська лікарня 31, 91, 92, 103, 127, 128, 164
- 28-а лікарня 89, 181
- 22-а інфекційна лікарня 54, 80, 87, 90, 112, 172
- 25-та лікарня 25, 133, 139
- 27-а клінічна лікарня 107, 108, 111, 159, 160
- 23-я дитяча клінічна лікарня 143, 202
- 24-та міська дитяча лікарня 49
- 26-та лікарня 89, 91
- 12-та дитяча поліклініка 27, 38
- 12-та лікарня 89, 107
- Дволанкова система медобслуговування 19, 21
- 19-та дитяча клінічна лікарня 157
- Дезінфекційні станції 8, 75, 78
- Дезінфекція 8, 78
- Денні стаціонари 91, 141, 170
- Держава загального добробуту 22
- Державна премія України 175
- Державна премія СРСР 183
- Державна санітарна інспекція 75, 78
- Держбуд УРСР 167
- Держплан 85, 134
- 10-та дитяча лікарня 91
- Дефіцит ліжок 82, 84, 177, 209
- Дзержинський (нині Шевченківський) район 11, 43, 62, 89, 91, 141, 223, 226
- Дзержинського (нині Свободи) майдан 8, 49, 73
- Дизентерія 65, 66, 67, 78, 79, 154
- Диканівська очисна станція 69, 70
- Диспансери, диспансеризація 8, 9, 19, 21, 25, 39, 75, 89, 97, 102, 103, 137, 138, 139, 140, 141, 161, 186, 213, 224, 225
- Дитяча інфекційна лікарня 81, 91, 156
- Дитяча смертність 79, 157, 230, 231
- Дитячий гематологічний центр 152
- Дитячі консультації 8, 9, 224
- Дитячі лікарні, стаціонари 89, 90, 91, 92, 107, 152, 157
- Дитячі поліклініки 32, 154, 224
- Дифтерія 65, 67, 78, 79, 80
- Дієт'дальні 138, 187, 194
- Дільничне обслуговування, дільничність 19, 21, 23, 49, 99, 100–102, 204
- Дільничні лікарі 39, 43–45, 75, 97, 98, 100, 104, 191
- Дніпро-Донбас (канал) 59, 68, 69
- Домашній стаціонар 88
- Донорство 118, 135, 136, 172

Допологова психопрофілактика 123
Дослідний завод Харківського хіміко-фармацевтичного інституту 122, 123
2-а міська клінічна лікарня 80, 88, 111, 138, 174, 181, 184
2-а поліклініка 101
Друга світова війна 3, 18, 22, 28, 52, 57, 65, 137
2-й пологовий будинок 149

Е

Евакогоспіталь 120
Експрес-протезування 183
«Електроважмаш» (завод) 189
Електросвітлолікарня 11
Ендокринологічна клініка Українського органотерапевтичного інституту 52
Ендокринологічний диспансер 123, 133
Ендокринологічний стаціонар 9
Епідемії 7, 57, 65, 66, 77, 79, 180, 204, 208

Є

Єдині лікарські дільниці 21, 98, 225
Єдині медичні райони 24

Ж

Жіночі кабінети 151, 154
Жіночі консультації 148, 149, 152, 172, 225
Жовтневий (нині Новобаварський) район 17, 105, 141, 223, 226
Жовтневої революції орден 54
Журавлівка 73, 83

З

Завод тракторних самохідних шасі 187, 191
Завод транспортного машинобудування 53, 185, 192
Залютине (селище) 25, 62
Звалища 16, 61, 64, 71, 73, 74
Здоровпункти 10, 184, 185, 186, 189–192, 210, 214, 215, 225
«Здоровье трудящимся» (завод) 120, 122, 124
«Здоров'я» (завод) 122, 124
«Здоров'я» (програма) 26, 205
Зливні станції 60, 69, 71
Зубні лікарі 41, 173, 174, 214
Зуболікарські кабінети 138
Зубопротезна лабораторія 173

І

Інженерно-лікарські бригади 186, 195
Інститут проблем ендокринної патології

- ім. В. Я. Данилевського
НАМН України 9
- Інститут проблем кріобіології
та кріомедицини АН
УРСР 128, 151, 167
- Інститут радіофізики та
електроніки АН УРСР
128
- Інститут робітничої медицини 8
- Інститут ядерних досліджень
НАН України 162
- Інститутські клініки 86, 103
- Інсулін 10, 52, 123, 131
- Інфекційні захворювання 78,
79, 158, 168, 210
- К**
- Кабінет лікування безпліддя
150
- Кабінет лікування косоокості
153
- Кабінет отруєння
наркотичними
речовинами 172
- Кабінет патології клімаксу
150
- Кабінети долікарського
прийому 102
- Кабінети мануальної терапії
104, 239
- Кабінети психотерапії 104
- Кабінети рефлексотерапії 104
- Кабінети функціональної
діагностики 102, 127
- Кагановичський (нині
Київський) район 62,
105, 202, 223, 226
- Каналізація 7, 17, 57, 59,
60–62, 64, 67–71, 79, 82,
208, 209
- Каналтрест 60
- Кардіоревматологічний
диспансер 99, 143, 159,
160
- Кардіоревматологічні кабінети
159
- Київський медичний інститут
122
- Київський НДІ гематології та
переливання крові 128
- Київський НДІ кардіології
ім. академіка
М. Д. Стражеска 160
- Кишкові кабінети 75, 78
- Кір 67, 80
- Кістково-туберкульозний
санаторій 152
- Коксохімзавод 64
- Колгоспи 17, 30, 43, 71
- Комінтернівський (нині
Слобідський) район 11,
62, 89, 176, 223, 226
- Комітет з охорони
атмосферного повітря
при Харківському
виконкомі 74
- Компартійно-радянська
номенклатура 196–198,
200, 202

Компартія України 48, 54,
136, 196, 200
Комунальні лазні 77
«Комунар» (завод) 193
Конверсія 127, 129
Консультативно-діагностичні
центри 25, 113
Кооперативна швидка медична
допомога 37
Корупція 49, 94, 95, 203, 207
Кочеток-Харків (водовід) 68,
69
Кочетоцька водогінна станція
68
КПРС 25, 36, 51, 52, 140, 200,
201, 202
«Красная звезда» (завод) 122,
124
«Красное Знамя» (газета) 72
Кріолікування 128, 167, 171,
175, 176, 184, 193, 210

Л

Лабораторія контактних лінз
127, 143
Лабораторія медичної генетики
156
Лабораторія репродукції
людини 151
Леніна орден 54
Леніна (нині Науки) проспект
177
Ленінський (нині
Холодногірський) район

105, 141, 177, 226
Лібкнехта (нині Сумська) вул.
61
Лікарня ХЕМЗ 25
Лікарсько-консультативні
комісії 43
Лікувально-трудоий
профілакторій МВС
УРСР 172
Лопань (річка) 7, 59, 69
Лугопарк на р. Лопань 69

М

МАГАТЕ 165
Магазин матері й дитини 120
Малишева завод 31, 60, 61, 89,
91, 139, 170, 188, 192, 195
Малярійні загони 76
Малярійні пункти 75, 76
Малярійні станції 76
Малярія 65, 66, 76, 79
Материнська смертність 112,
158, 159
Маяковського парк 74
Медико-генетичні центри 156,
157
Медико-санітарні частини
137, 139, 141, 184, 185,
186, 189, 190, 192, 193–
196
Медичний паспорт 25
Медичні кооперативи 37, 38,
177

- Медичні об'єднання 21, 97,
101, 114, 186
- Медичні райони 36
- «Медтехніка» (організація)
133
- Миру вул. 74
- Міжвоєнний період 7, 9, 120
- Міністерство медичної
промисловості СРСР
130, 132, 136
- Міністерство охорони здоров'я
СРСР 19, 21, 31, 50, 80,
87, 101, 113, 126, 128,
131, 132, 133, 136, 137,
139, 140, 185, 190
- Міністерство охорони здоров'я
України 119
- Міністерство охорони здоров'я
УРСР 34, 78, 85, 100,
101, 112, 120, 130, 136,
139, 155, 177, 198, 199
- Міністерство
приладобудування СРСР
131, 132
- Міністерство фінансів УРСР
34
- Міська стоматологічна
поліклініка 127, 176
- Міське аптечне управління
120
- Міське житлове управління
16
- Міське управління
громадського харчування
73
- Міський кардіоревма-
тологічний диспансер
99, 143, 159
- Міський онкологічний
диспансер 32, 147, 163
- Міський організаційно-
методичний кабінет 5,
49
- Міський психоневрологічний
диспансер 97, 103, 169,
170
- «Міськрембуд» (трест) 32
- Місячники чистоти 71, 72
- Модель Семашка 30, 204, 205
- Молочні кухні 9, 10, 17, 125,
215
- Москалівка 83
- Московський просп. 25, 74
- Московський район 92, 100,
105, 153
- М'який інвентар 10, 34, 45, 94,
125, 126
- Н**
- Надзвичайні протиепідемічні
комісії 76, 77
- Наркологічні відділення,
кабінети 170, 171, 195
- Наркоманія 81, 125, 142, 171,
172
- Народжуваність 40, 146, 150,
158, 211, 229
- Науково-дослідний центр
«Штучна нирка» 143

- Науково-дослідні інститути 5, 9, 10, 91, 136
- Нацистська окупація 10, 30, 61, 65, 105, 120, 151, 179
- НВО «Здоров'я» 124
- НВО «Електроприлад» 167, 192
- НВО «Монокристалреактив» 134, 177, 183
- НВО «Хірургія» 113, 182
- НДІ мікробіології
вакцин і сироваток
ім. І. І. Мечникова 122
- НДІ охорони здоров'я
дітей та підлітків
ім. Н. К. Крупської 31, 152, 154, 155
- Невідкладна медична допомога 106, 108, 110–113, 159, 173, 181, 182
- Недільники 15, 16, 71
- Немишля (річка) 60
- Новий господарський механізм 26, 27, 38, 39
- Нові Будинки 63, 98, 99
- Ново-Західне селище 58
- О**
- Об'єднані лікарні 22, 79, 185, 204
- Обласна станція переливання крові 45, 127, 128, 130, 152, 172, 173
- Обласне аптечне управління 120, 125, 130
- Обласний наркологічний диспансер 170
- Обласний онкологічний диспансер 89
- Обласний туберкульозний диспансер 177, 178
- Обласні лікувально-санітарні управління 198, 199, 200, 201
- 11-та дитяча лікарня 89, 91, 107, 172
- Олексіївка 91, 103, 177
- Онкологічний диспансер 32, 89, 97, 143, 147, 162–164
- Онкологічні захворювання 20, 28, 138, 142, 164, 165
- Онкологічні кабінети 162, 164, 224
- Органотерапевтичний інститут 9, 10
- Орджонікідзевський (нині Індустріальний) район 30, 64, 73, 74, 78, 83, 89, 91, 92, 99, 107, 176, 223, 226
- Основ'янське озеро 60, 61
- Офтальмологічні кабінети 104
- Охматдит 9, 151
- Очисні споруди 59, 60, 61, 70
- «Очистка» (трест) 62
- П**
- Павлове Поле 63, 91, 98

- Палати інтенсивної терапії 112, 159
- Паротит 67
- Педикульоз 67
- Педіатричні дільниці 102, 213, 225
- Період «відлиги» 198, 200
- Період «застою» 109, 142
- Період «перебудови» 127, 177, 200
- 1-а міська клінічна лікарня ім. Леніна 5, 19, 25, 43, 52, 54, 89, 107, 111, 112, 125, 151, 153, 178, 218
- 1-а міська поліклініка 19
- 1-а обласна лікарня 165, 201
- Перша світова війна 13
- 1-а стоматологічна поліклініка 37
- 1-й туберкульозний санаторій 115
- Перший Український державний інститут охорони матері та дитини 8, 9
- Печенізьке водосховище 69
- Підсобні господарства 11, 13, 73
- Підстанції швидкої медичної допомоги 24, 25, 33, 107–109, 113–116, 118, 119, 226
- Планово-подвірне очищення 71, 73
- Плеханівська вул. 174
- Повоєнна відбудова 4, 7, 12, 24, 43, 63, 67, 76, 154, 204
- Поворотний тиф 66, 78
- Подвірні обходи 15, 75, 76
- Поліклініка заводу ім. Малишева 31
- Поліклініка заводу ім. Шевченка 31
- Поліомієліт 67, 80
- Пологові будинки 25, 89, 91, 98, 111, 112, 148, 149, 150, 152, 154, 157, 225
- Полтавський Шлях 58
- Поля асенізації 71, 72
- Поля компостування 71, 73
- Помірки 10, 58, 152
- Променева хвороба 162, 163
- Природний приріст населення 146, 229
- «Прискорення» (політика) 26
- Пристосовані приміщення 14, 82, 84, 89, 92, 95, 96, 105, 107, 108, 127, 147–149, 190, 195, 211
- Проблемна лабораторія низькотемпературної консервації кісткового мозку УІУЛ 163
- Проказа 79
- Протизаплідні засоби 9, 150
- Профілактичні огляди 43, 138–141, 148, 151–153, 164, 166, 178, 179, 186, 191, 193, 198
- Профілакторії 25, 115, 192

- Психоневрологічний диспансер 169, 170
- Психоневрологічні кабінети 169, 224
- Психотерапевтичні кабінети 104
- 5-та лікарня 25
- 5-й пологовий будинок 82
- 5-й шкірно-венерологічний диспансер 86
- 15-та міська клінічна психіатрична лікарня 91, 168, 170, 172
- 15-та поліклініка 92
- П'ятихатки 33
- Р**
- Рада Міністрів СРСР 25, 36, 51, 71, 201
- Рада Міністрів УРСР 30, 31, 34, 48, 70, 156, 198
- Рада сприяння науково-технічному прогресу 128
- «Радіореле» (завод) 186, 192, 193
- «Рай-Оленівка» (санаторій) 160
- Райкоми партії 11, 16
- Районні відділи охорони здоров'я 33, 46, 54
- Районні ради депутатів 15, 16, 71, 72, 107
- Рахіт 154
- Рашкіна дача 99
- Реанімаційно-хірургічні палати 111
- Ревматизм 122, 139, 153, 154, 193
- «Революція на граніті» 201
- Рентген-апарати, кабінети 10, 13, 95, 99, 125, 126, 178, 192
- Республіканський кардіологічний диспансер 91, 160
- Республіканський науково-методичний центр охорони здоров'я школярів і підлітків 156
- Республіканський центр наркологічної допомоги 171
- Республіканський центр психотерапії 169
- Республіканський центр стоматологічної імплантації 134, 177
- Реформа охорони здоров'я 1947–1953 рр. 18–22, 27, 86, 96, 181, 184, 185, 189, 210
- Робітничі санітарні пости 185–186
- «Робмед» (система) 8, 184
- Роганський житловий масив 92
- Рух за комуністичну працю 54

С

- Сабурова дача (лікарня) 53,
148, 168, 170
- Салтівський житловий масив,
селище (Салтівка) 58,
62, 68, 83, 91, 92, 98, 99
- Салтівський медкомплекс 25,
31, 32, 155
- Санаторії 9, 10, 31, 91, 145,
151, 152, 154, 160, 177,
198, 200
- Санітарна інспекція 78
- Санітарне очищення 57, 61,
63, 64, 66, 71–73, 208
- Санітарна просвіта 8, 75
- Санітарна служба 8, 57, 67
- Санітарний актив 73, 75, 76,
97, 203
- Санітарний стан 8, 15, 17, 57,
59, 65–67, 73, 149, 187
- Санітарний транспорт 105–
107, 114
- Санітарні валки 62, 72
- Санітарні інспектори 61, 76,
203
- Санітарні лікарі 8, 76, 78
- Санітарні магазини 120
- Санітарно-епідеміологічна
служба (СЕС) 71, 79,
173, 188, 209
- Санітарно-епідеміологічні
станції 75, 189
- Санітарно-захисні зони 64, 74
- Санпропускники 65, 75
- Сапфірові імплантати 134,
177, 183, 184, 210
- «Світло шахтаря» (завод) 89,
195
- Сексологічні кабінети 171
- Селекційна станція 63
- «Серп і Молот» (завод) 60,
64, 90, 185, 189, 192, 195
- Серцево-судинні захворювання
28, 142, 150, 155, 156,
159, 161, 162, 194, 211
- Силікоз 188
- Сифіліс 66, 80
- Сіверський Донець 58
- Сіверсько-Донецький водогін
57, 68
- Сімейні лікарі 25, 44
- 17-а лікарня заводу ім.
Малишева 89, 91, 111
- Скарлатина 79, 80
- Смертність населення 7, 28,
40, 66, 142, 145, 146, 149,
153, 165, 171, 179, 180,
183, 211, 229, 230
- Сміттєзбиральні будинки 73
- Сміттєспалювальний завод 63,
74
- СНІД 67, 81, 123, 172, 173
- 40-річчя ВЛКСМ парк (нині
«Зелений гай») 74
- 40-а лікарня заводу «Серп і
Молот» 90
- Соціалістичні змагання 14, 15,
54, 71
- Спелеокабінети 104
- Спеціалізовані бригади

- швидкої допомоги 108,
109, 111, 112, 119, 145,
160, 205, 227
- Спеціалізовані відділення
22–24, 89, 143, 145, 150,
160, 163, 180, 181, 192
- «Справа лікарів» 52, 53
- Станції швидкої медичної
допомоги 10, 32, 35, 42,
46, 105–107, 109, 110,
112, 114–117, 160, 214
- «Стомадент» (радянсько-
американське
підприємство) 177
- Стоматологічні кабінети
173–175
- Стоматологічні поліклініки
37, 102, 127, 134, 153,
174, 176, 177, 213, 225
- Страхова медицина 184
- Суботники 30, 31, 155, 202
- Суїцидологічний кабінет 171
- Східне селище 58
- 7-а спеціалізована дитяча
лікарня 83, 91, 153, 157
- 7-а спеціалізована
стоматологічна
поліклініка 176, 177
- Т**
- Територіальні лікарські
дільниці 19, 21, 49,
97–100, 102, 185, 186,
191, 213, 225
- Територіальні медичні
об'єднання (ТМО) 27
- ТЕЦ-3 64
- «Точмедприлад» 128
- Травматизм 166, 186, 211
- Третя битва за Харків 57
- 3-я лікарня 107
- 3-я поліклініка 16, 17
- Тривалість життя 142, 211
- Триланкова система
медобслуговування 21
- 30-та отоларингологічна
лікарня 143
- 32-а лікарня ХТЗ 89, 111
- 31-а хірургічна лікарня 83,
163
- 35-та міська дитяча клінічна
лікарня 89
- 37-а лікарня 31
- 33-я лікарня 89
- 34-та лікарня 89
- 36-та міська клінічна
психіатрична лікарня 89,
90, 144, 148, 168
- 13-та лікарня 89, 91
- Трінклера вул. 174
- Трудова повинність 15, 16
- Трудового Червоного Прапора
орден 53
- Туберкульоз 8, 67, 79, 138,
143, 145, 150, 177–180
- Туберкульозна лікарня 22, 178
- Туберкульозні диспансери 8,
16, 25, 31, 76, 97, 98, 177,
178

Туберкульозні кабінети 177
 Туберкульозні санаторії 115
 Туляремія 80
 Турбінний завод 64, 139, 185,
 195
 Тюринка (район) 99

У

Уди (річка) 69
 Українська психоневрологічна
 академія (УПНА) 9
 Український державний
 інститут клінічної
 психіатрії та соціальної
 психогігієни 9
 Український інститут
 експериментальної
 ендокринології 183
 Український інститут
 удосконалення лікарів
 (зараз ХМАПО) 113,
 119, 128, 155, 163, 166–
 168, 170, 171, 175–177,
 181, 193
 Український науково-
 дослідний
 психоневрологічний
 інститут 52, 168
 Український НДІ ортопедії
 та травматології 9, 128,
 181–183
 Український НДІ
 очних хвороб ім.
 проф. Л. Л. Гіршмана 9,

127, 143, 166
 Український НДІ туберкульозу
 9, 53
 Український НДІ хвороб вуха,
 горла та носа 9, 143
 Український
 органотерапевтичний
 інститут 9, 52
 Український рентгено-
 радологічний інститут
 143
 Український центральний
 науково-дослідний
 рентгенорадіологічний
 та онкологічний інститут
 162
 «Укрмедпостачання» 125, 126
 Університет для батьків 153
 Університетська вулиця 17,
 18, 62
 Ущільнення лікарняних площ
 87, 89, 92, 149, 211

Ф

Фабрично-заводські лікарі 8
 «ФЕД» (завод) 167
 Фельдшерські дільниці 120
 Фізіотерапевтична лікарня 22
 Фізіотерапевтичні кабінети
 95, 99, 126, 138
 Флюорографія 160, 178

Х

«Харків» (готель) 73

- Харків (річка) 60
«Харківпроект» (інститут) 36
Харківська міська рада депутатів 72, 108, 136
Харківська обласна клінічна лікарня 91, 92, 111, 172
Харківська обласна клінічна стоматологічна лікарня 143, 175, 176
Харківська обласна поліклініка 45
Харківська обласна рада депутатів 71, 90, 201
Харківська область 5, 12, 13, 15, 23, 35, 36, 38, 40, 43, 47, 48, 65, 66, 80, 85, 111, 112, 121, 126, 130, 140, 144, 153, 157, 163–165, 170, 176, 179, 195
Харківська психоневрологічна лікарня 168, 169
Харківська центральна клінічна лікарня 10
Харківський авіаційний завод 195
Харківський авіаційний інститут 128
Харківський диспансерно-поліклінічний інститут 8
Харківський електромеханічний завод (ХЕМЗ) 16, 60, 138, 170, 185, 195
Харківський завод металопластмас та стоматологічних матеріалів 125
Харківський завод транспортного машинобудування 53, 185, 192
Харківський інститут експериментальної ендокринології 122
Харківський інститут радіоелектроніки 129
Харківський клінічний інститут для удосконалення лікарів (зараз ХМАПО) 9, 50, 151, 195
Харківський медичний інститут 53, 63, 80, 111, 113, 122, 149, 153, 156, 159, 164, 167–169, 176, 180, 182, 195
Харківський метрополітен 195
Харківський міжвузівський центр авіації та космонавтики «Вектор» 128
Харківський науково-дослідний хіміко-фармацевтичний інститут 122, 123
Харківський НДІ гігієни праці й професійних захворювань 83, 194
Харківський НДІ загальної та невідкладної хірургії 48,

- 51, 91, 111, 113, 144, 181, 182
- Харківський НДІ медичної радіології 9, 128, 162, 164, 176
- Харківський НДІ неврології та психіатрії 171
- Харківський НДІ охорони материнства та дитинства 143, 149, 151, 154
- Харківський НДІ терапії АМН України 159–161
- Харківський обком КП(б)У (КПУ) 14, 16, 17, 26, 32, 33, 48, 71, 201
- Харківський обласний відділ охорони здоров'я 23, 30, 36, 47, 48, 55, 98, 134, 198
- Харківський обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В. І. Шаповала 180
- Харківський обласний онкологічний диспансер 89
- Харківський політехнічний інститут 71, 89, 128, 129
- Харківський стоматологічний інститут 63, 175
- Харківський тракторний завод (ХТЗ) 8, 15, 25, 60, 64, 66, 89, 138, 139, 141, 170, 185, 188, 192, 193, 195
- Харківський фармацевтичний інститут 9
- Харківський фізико-технічний інститут низьких температур 151, 175
- Хінізатори 76
- Хірургічний магазин 120
- Холера 65, 67, 78
- Холодна гора (район) 37, 58
- ## Ц
- Центр дитячої реанімації 144
- Центральна психоневрологічна лікарня міністерства шляхів сполучення 91
- Центральна ремонтна комісія 197, 198
- Центральна республіканська лабораторія індивідуальної дозиметрії та радіаційної безпеки 164
- Цехові дільниці 49, 184–186, 190, 193
- Цехові лікарі 75, 185, 186, 191
- Цехові поліклініки 193
- Цукровий діабет 28, 133, 137, 140, 144, 146, 150, 155, 183
- ## Ч
- Червоний Хрест 76, 88, 136
- Червоножовтнева (нині Конторська) вулиця 107
- Червонозаводський (нині Основ'янський) район

89, 91, 176, 223, 226
Червоної Зірки орден 53
Черевний тиф 65, 66, 76, 78,
79
4-та міська клінічна лікарня
швидкої та невідкладної
допомоги 91, 112–116,
119, 129, 136, 182, 191,
205, 207
4-та поліклініка 176
4-й пологовий будинок 91
«Чорний ринок» 135
14-та аптека 120
14-та міська офтальмологічна
клінічна лікарня
ім. Л. Л. Гіршмана 92,
166, 167, 169
Чума 65

Ш

Швидка медична допомога
181, 205, 210, 214, 226,
227
Шебелинське газове родовище
74
Шебелинський промвузол 59
Шевченка завод 31, 128, 182,
186, 193
16-та дитяча клінічна лікарня
90, 157
Школа-інтернат для дітей зі
сколіозами 152
Школи передового досвіду 54,
121

Шлунково-кишкові
захворювання 61, 68, 73,
145, 153, 161, 211
Шлунково-кишкові інфекції
57, 60, 65–67, 78, 80
6-й пологовий будинок 149
Шота Руставелі пров. 89

Щ

Щеплення, вакцинація 8, 67,
78, 178, 204

Я

Ясла дитячі 9, 10, 150–153,
177, 215, 217

ДЖЕРЕЛА І ЛІТЕРАТУРА

1. Адамович Т. Мы нужны людям, и это — главное [Электронный ресурс] / Т. Адамович // Харьковские известия : инф.-аналит. портал. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://izvestia.kharkov.ua/on-line/20/1117216.html>, свободный (дата обращения: 25.11.2017). — Дата публ.: 18.06.2012. — Загл. с экрана.
2. Академик Александр Шалимов в Харькове / под общ. ред. Н. Л. Битчук (Павловой), В. И. Трояна, Н. К. Голобородько. — Харьков : НТМТ, 2013. — 382 с.
3. Аникееенко В. ЧП больничного масштаба / В. Аникееенко, А. Безброш // Ориентир. — 1990. — № 3.
4. Аркатов В. Твое здоров'я — громадське багатство : медичне обслуговування населення Харкова / В. Аркатов // Вечірній Харків. — 1974. — 16 червня.
5. Артамонова Н. О. До історії розвитку Харківського науково-дослідного інституту медичної радіології Міністерства охорони здоров'я України (1920–1995) / Н. О. Артамонова, А. К. Арнаутов, Н. О. Бусигіна // Український радіологічний журнал. — 1995. — № 3. — С. 185–199.
6. Архів Комунального закладу охорони здоров'я «Харківська міська поліклініка № 24».
Оп. 21.
Спр. 3. Приказы по 1-й Городской Клинической больнице имени В. И. Ленина с № 1-165 за 1945 год, 201 арк.
7. Архівний відділ Харківської міської ради.
Ф. Р-2. Міський відділ охорони здоров'я.
Оп. 7.
Спр. 7. Справки о работе лечебно-профилактических учреждений по превращению Харькова в город высокой эффективности производства, высокой культуры и образцового общественного порядка, 17 арк.

8. Архівний відділ Харківської міської ради.
Ф. Р-2. Міський відділ охорони здоров'я.
Оп. 7.
Спр. 92. Информации о работе горздравотдела по улучшению медицинского обслуживания за 1978 год, 37 арк.
9. Архівний відділ Харківської міської ради.
Ф. Р-2. Міський відділ охорони здоров'я.
Оп. 7.
Спр. 268. Справки об итогах работы лечебно-профилактических учреждений за 1976–1980 годы, 29 арк.
10. Архівний відділ Харківської міської ради.
Ф. Р-2. Міський відділ охорони здоров'я.
Оп. 7.
Спр. 269. Справки и информации о готовности лечебно-профилактических учреждений к медицинскому обслуживанию гостей и участников «Олимпиады-80», 100 арк.
11. Архівний відділ Харківської міської ради.
Ф. Р-2. Міський відділ охорони здоров'я.
Оп. 7.
Спр. 298. Сводные отчеты ГЗО о сети, деятельности и кадрах лечебно-профилактических учреждений города за 1980 год, 146 арк.
12. Барабаш Ю. В. Розвиток інфраструктури охорони здоров'я в Донбасі у 20-х рр. ХХ ст.: історичний аспект : дис. ... канд. іст. наук : 07.00.01 / Ю. В. Барабаш ; Східноукр. нац. ун-т ім. В. Даля. – Луганськ, 2008. – 179 с.
13. Бартон К. Всеохватная помощь при сталинизме? Советское здравоохранение и дух государства благоденствия, 1945–1953 / К. Бартон // Советская социальная политика: сцены и действующие лица, 1940–1985 / под ред. Е. Р. Ярской-Смирновой, П. В. Романова. – Москва, 2008. – С. 174–193.

14. Бежина Н. Первая в мире операция на позвоночнике... / Н. Бежина // Панорама. — 1994. — № 9.
15. Белей О. Курс — на спеціалізацію / О. Белей // Вечірній Харків. — 1973. — 16 квітня.
16. Бельський Я. В. З історії медицини Павлограда у ХХ столітті : іст.-док. нарис / Я. В. Бельський. — Дніпропетровськ : Пороги, 2002. — 215 с.
17. Березовский В. А. Итоги и перспективы развития медицинского приборостроения в учреждениях МЗ УССР АН УССР / В. А. Березовский // Приборы и устройства для теоретической и практической медицины : сб. науч. тр. — Киев, 1985. — С. 3–6.
18. Білостоцький М. О. Справа «КР» та ідеологічні кампанії у Харкові (1947 р.) / М. О. Білостоцький // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Сер.: Історія України. — 2010. — Вип. 13. — С. 136–140.
19. Бобров О. Е. Система Семашко. Пережиток прошлого или система нереализованных возможностей? [Электронный ресурс] / О. Е. Бобров // Новости медицины и фармации : специализир. портал для медработников. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/5101>, ограниченный (27.03.2015 р.). — Загл. с экрана.
20. Болотова З. Н. Организация наркологической помощи населению г. Харькова и Харьковской области (1959–1994 гг.) / З. Н. Болотова, В. Я. Самойленко // История украинской психиатрии : сб. науч. работ Укр. НИИ клин. и эксперимент. неврологии и психиатрии и Харьк. гор. клин. психиатр. больницы № 15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1994. — Т. 1. — С. 17–18.
21. Большой разговор о здравоохранении // Красное знамя. — 1963. — 22 декабря.
22. Бондаренко В. Без компромісів / В. Бондаренко // Вечірній Харків. — 1986. — 29 серпня.

23. Боян А. М. 20-летний опыт работы Республиканского центра стоматологической имплантации (РЦСИ) [Электронный ресурс] / А. М. Боян. // МедНавигатор Харькова : каталог. — Электрон. дан. — Режим доступа: http://www.med-navigator.kharkov.ua/implant_rcsi, свободный (дата обращения: 25.11.2017). — Загл. с экрана.
24. Братусь В. Д. 30 лет восстановления и развития здравоохранения Украинской ССР после изгнания фашистских оккупантов / В. Д. Братусь // Врачебное дело. — 1974. — № 11. — С. 1–10.
25. Бридун Л. «Політ» — це здорово / Л. Бридун // Вечірній Харків. — 1985. — 25 червня.
26. Быховский В. Сессия Харьковского горсовета / В. Быховский // Красное знамя. — 1989. — 14 марта.
27. В ім'я радянської людини : цифри і факти про розвиток охорони здоров'я у м. Харкові // Вечірній Харків. — 1980. — 9 серпня.
28. В Министерстве здравоохранения УССР // Врачебное дело. — 1953. — № 3. — С. 286.
29. В Украине констатируют эпидемию туберкулеза [Электронный ресурс] // Корреспондент.net : [сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://korrespondent.net/ukraine/3494820-v-ukrayne-konstatuyuit-epudemyui-tuberkuleza>, свободный (дата обращения: 26.11.2017).— Дата публ.: 24.03.2015. — Загл. с экрана.
30. В якому стані ваш будинок? // Соціалістична Харківщина. — 1944. — 23 квітня.
31. Вадімов Б. За зразковий порядок у місті! / Б. Вадімов // Соціалістична Харківщина. — 1944. — 7 травня.
32. Валеня І. Становище трагічне, але впадати в розпач не слід / І. Валеня // Панорама. — 1991. — 29 квітня.
33. Васнецова А. А. Состояние стоматологической помощи и болезни зубов и полости рта у жителей г. Харькова / А. А. Васнецова // Сборник диссертационных работ сотрудников Украинского института усовершенствования врачей. — Харьков, 1963. — Вып. 3. — С. 243–247.

34. Веремеев Ю. Нормы питания военнослужащих Вермахта / Ю. Веремеев [Электронный ресурс] // *Анатомия армии : [сайт]* / Ю. Веремеев [и др.]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://army.armor.kiev.ua/hist/paek-wermaxt.shtml>, свободный (дата обращения: 26.11.2017). — Загл. с экрана.
35. Верхратський С. А. Історія медицини / С. А. Верхратський. — Київ : Здоров'я, 2011. — 352 с.
36. Вехи развития и становления Харьковской станции скорой медицинской помощи / А. Е. Зайцев, В. Ф. Москаленко, М. Д. Пилипчук [и др.]. — Харьков, 2000. — 56 с. : ил.
37. Видатні вихованці Харківської вищої медичної школи : бібліогр. довід. / Харків. нац. мед. ун-т ; [ред. В. М. Лісовий]. — Харків : ХНМУ, 2010. — 207 с. : іл.
38. Викторова Н. Николай Хвисяк: ученый мирового уровня [Электронный ресурс] / Н. Викторова // *Харьковские известия : инф.-аналит. портал.* — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://izvestia.kharkov.ua/on-line/20/1154527.html>, свободный (дата обращения: 26.11.2017). — Дата публ.: 22.01.2014. — Загл. с экрана.
39. Вишневская С. М. Санитарно-гельминтологическое состояние рек Харькова / С. М. Вишневская, Р. И. Зак-Лепская, М. П. Дейнеко // *Врачебное дело.* — 1956. — № 11. — С. 1191–1194.
40. Відбудова лікувальної мережі // *Соціалістична Харківщина.* — 1944. — 13 серпня.
41. Відбудуймо рідне місто! // *Соціалістична Харківщина.* — 1944. — 1 травня.
42. Відновлено ще один медичний заклад // *Соціалістична Харківщина.* — 1944. — 14 травня.
43. Вознесенский Н. Военная экономика СССР в период Отечественной войны [Электронный ресурс] / Н. Вознесенский // *Военная литература : [сайт].* — Электрон. дан. — Режим доступа: http://militera.lib.ru/h/voznensensky_n/10.html, свободный (дата обращения: 26.11.2017) — Загл. с экрана.

44. Воловник О. П. Почетные граждане города Харькова / О. П. Воловник, П. В. Воловник. — Харьков : Изд. Дом ЖЗЛ : Глобус, 2011. — 464 с. — (Современная ЖЗЛ Харьковщины ; кн. 6).
45. Волошин В. Под вывеской «скорой помощи» / В. Волошин, А. Данилова // Красное знамя. — 1991. — 24 июля.
46. Волынский р. А. Опыт работы специализированной бригады станции скорой медицинской помощи / Р. А. Волынский, Ю. С. Кохманюк, И. П. Плужник // Советское здравоохранение. — 1968. — № 6. — С. 18–20.
47. Волынский р. Харьковской «скорой» — 60 лет / Р. Волынский // Красное знамя. — 1970. — 28 апреля.
48. Восленский М. С. Номенклатура. Господствующий класс Советского Союза / М. С. Восленский. — Москва : Советская Россия : Октябрь, 1991. — 624 с.
49. Все для здоровья человека : состоялась VII сессия городского Совета депутатов трудящихся IX созыва // Красное знамя. — 1964. — 24 сентября.
50. Гавриленко С. Чи хочуть медики війни? / С. Гавриленко // Вечірній Харків. — 1992. — 13 лютого.
51. Гайдар Е. Гибель империи. Уроки для современной России / Е. Гайдар. — Москва : РОССПЭН, 2006. — 250 с.
52. Гаценко А. 20 лет Украине: как изменились цены и зарплаты за годы независимости [Электронный ресурс] / А. Гаценко // Комсомольская правда в Украине : [сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://kr.ua/economics/294264-20-let-ukrayne-kak-izmenylys-tseny-y-zarplaty-za-hody-nezavysymosty>, свободный (дата обращения: 26.11.2017). — Дата публ.: 5.08.2011. — Загл. с экрана.
53. Генкин А. Оснований для тревоги нет, но... / А. Генкин // Красное знамя. — 1991. — 31 августа.
54. Генкин А. Рак пятится вперед / А. Генкин // Красное знамя. — 1991. — 15 мая.

55. Гершберг Л. р. Очерк истории завода «Поршень» / Л. Р. Гершберг, Е. И. Пальчик, А. Н. Чепурной. — Харьков : Прапор, 1991. — 92 с. : ил.
56. Гичка О. І. Боротьба з гострими інфекційними хворобами в Україні (1943–1950 рр.) [Електронний ресурс] / О. І. Гичка // Int-konf.org. Наукові конференції : [сайт міжнар. інтернет-конф.]. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://int-konf.org/konf122013/657-gichka-o-borotba-z-gostrimi-nfekcynimi-hvorobami-v-ukrayin-19431950-rr.html>, вільний (дата звернення: 26.11.2017). — Назва з екрана.
57. Гичка О. І. Роль громадськості в процесі відбудови системи охорони здоров'я на селі в повоєнні роки в Україні [Електронний ресурс] / О. І. Гичка // Int-konf.org. Наукові конференції : [сайт міжнар. інтернет-конф.]. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://int-konf.org/konf112013/578-gichka-o-rol-gromadskost-v-proces-vdbudovi-sistemi-ohoroni-zdorovya-na-sel-v-povoyenn-roki-v-ukrayin.html>, вільний (дата звернення: 26.11.2017). — Назва з екрана.
58. Глушнев В. Д. Производство медицинской техники, состояние, перспективы / В. Д. Глушнев // Медицинская техника. — 1988. — № 4. — С. 3–5.
59. Годы трудовых свершений : очерк истории Харьк. мотостроит. завода «Серп и молот» / [авт. кол.: И. К. Печкуров (рук.) и др.]. — Харьков : Прапор, 1975. — 263 с.
60. Голубничий В. Коммунисты — детям / В. Голубничий // Красное знамя. — 1991. — 17 августа.
61. Гольдис Л. С. Некоторые актуальные проблемы поликлинической службы / Л. С. Гольдис // Материалы научно-практической конференции врачей Харьковской области 1967 г. — Харьков, 1968. — С. 31–36.
62. Голяченко О. Історія медицини / О. Голяченко, Я. Ганіткевич. — Тернопіль : Лілея, 2004. — 248 с. : 72 іл.

63. Горбунова К. Держбюджет–2017: система охорони здоров'я в цифрах [Електронний ресурс] / К. Горбунова // Аптека.ua : [онлайн-газета]. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://www.apтека.ua/article/397685>, вільний (дата звернення: 27.11.2017). — Назва з екрану.
64. Горфінкель Г. Й. Про господарський розрахунок в аптеках / Г. Й. Горфінкель // Фармацевтичний журнал. — 1967. — № 1. — С. 70–71.
65. Государственное учреждение «Институт медицинской радиологии им. С. П. Григорьева Национальной академии медицинских наук Украины»: история [Электронный ресурс] : [офиц. сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://medradiologia.kharkov.ua/index.php?id=2>, свободный (дата обращения: 24.11.2017). — Загл. с экрана.
66. Грандо А. А. Участковый врач / А. А. Грандо. — Киев : Здоров'я, 1977. — 215 с.
67. Гурченко Л. М. Моё взрослое детство [Электронный ресурс] : [мемуары] / Л. М. Гурченко // Военная литература : [сайт]. — Режим доступа: http://militera.lib.ru/memo/russian/gurchenko_lm01/text.html#t27, свободный (дата обращения: 24.11.2017). — Загл. с экрана.
68. Давыдова Т. В. Реформирование советского здравоохранения в послевоенные годы / Т. В. Давыдова // Вестник Тамбовского университета. Сер.: Гуманитарные науки. — 2015. — Вып. 8. — С. 164–170.
69. Демочко А. Л. Научное наследие В. С. Топузова / А. Л. Демочко // Наука и здравоохранение. — 2014. — № 1. — С. 29–33.
70. Демочко Г. Л. Формування і розвиток української радянської системи охорони здоров'я в Харкові (1919–1934 рр.) : дис. ... канд. іст. наук : 07.00.01 : захищена 25.11.2011 : затв. 19.02.2011 / Г. Л. Демочко. — Харків, 2011. — 349 с.
71. Демченко И. Санитарный актив действует / И. Демченко // Красное знамя. — 1960. — 4 января.

72. Державна установа «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського Національної академії медичних наук України» [Електронний ресурс] : [офіц. сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://www.iper.com.ua>, вільний (дата звернення: 24.11.2017). — Назва з екрану.
73. Державна установа «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України» [Електронний ресурс] : історія інституту : [офіц. сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://therapy.org.ua/istoriya>, вільний (дата звернення: 24.11.2017). — Назва з екрану.
74. Державний архів Харківської області.
Ф. П-2. Партийний архів Харьковского обкома Компартии Украины.
Оп. 2.
Спр. 58. Переписка обкома КП(б)У с райкомами партії, промисловими підприємствами, областними і районними організаціями о востановленні промисловості, комунального господарства, средств зв'язи, електростанцій, медичинських і других учреждений, 46 арк.
75. Державний архів Харківської області.
Ф. П-2. Партийний архів Харьковского обкома Компартии Украины.
Оп. 2.
Спр. 281. Стенограмма совещания с секретарями райкомов партії о деятельности районных отделов здравоохранения, 38 арк.
76. Державний архів Харківської області.
Ф. П-2. Партийний архів Харьковского обкома Компартии Украины.
Оп. 183.
Спр. 93. Справки и информации о выполнении постановления бюро обкома Компартии Украины № Б-12/4-г, 176 арк.
77. Державний архів Харківської області.

- Ф. П-2. Партийный архив Харьковского обкома Компартии Украины.
Оп. 183.
Спр. 157. Переписка с министерствами, Госпланом, Госнабом СССР и другими организациями о развитии базы стройиндустрии, строительстве агрохимкомплексов, ТЭЦ-5, метрополитена, театра оперы и балета, медицинских учреждений, школ, жилья, реконструкции предприятий и по другим вопросам культурного и хозяйственного строительства, 228 арк.
78. Державний архів Харківської області.
Ф. П-2. Партийный архив Харьковского обкома Компартии Украины.
Оп. 207.
Спр. 140. Коллективные письма, заявления и жалобы должностных лиц о создании литературного музея, улучшении медобслуживания и др., 206 арк.
79. Державний архів Харківської області.
Ф. П-69. Партийный архив Харьковского горкома КП Украины.
Оп. 24.
Спр. 4. Протоколы и стенограммы 8, 9, 10 пленумов горкома Компартии Украины, 173 арк.
80. Державний архів Харківської області.
Ф. П-69. Партийный архив Харьковского горкома КП Украины.
Оп. 32.
Спр. 1. Стенограмма XX Харьковской городской партийной конференции, 302 арк.
81. Державний архів Харківської області.
82. Ф. П-69. Партийный архив Харьковского горкома КП Украины.
83. Оп. 40.
84. Спр. 2. Стенограмма 22-й Харьковской городской партийной конференции и материалы к ней, 185 арк.

85. Державний архів Харківської області.
Ф. П-69. Партийний архив Харьковского горкома КП Украины.
Оп. 42.
Спр. 132. Стенограмма XXIV Харьковской городской партийной конференции, 220 арк.
86. Державний архів Харківської області.
Ф. П-69. Партийний архив Харьковского горкома КП Украины.
Оп. 54.
Спр. 1. Протокол XXVIII городской партийной конференции, 176 арк.
87. Державний архів Харківської області.
Ф. П-69. Партийний архив Харьковского горкома КП Украины.
Оп. 65.
Спр. 1. Протокол XXX конференции Харьковской городской партийной организации, 260 арк.
88. Державний архів Харківської області.
Ф. П-69. Партийний архив Харьковского горкома КП Украины.
Оп. 67.
Спр. 58. Справки, информации райкомов партии по вопросу улучшения здравоохранения в г. Харькове, 171 арк.
89. Державний архів Харківської області.
Ф. П-69. Партийний архив Харьковского горкома КП Украины.
Оп. 72.
Спр. 1. Протокол XXXI конференции городской партийной организации, 292 арк.
90. Державний архів Харківської області.
Ф. П-69. Партийний архив Харьковского горкома КП Украины.
Оп. 72.
Спр. 59. Протоколы № 4, 5 пленумов горкома Компартии Украины, 116 арк.

91. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 2.
Спр. 5. Доклад заведующего горздравом о санитарно-противоэпидемических мероприятиях по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями, 12 арк.
92. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 2.
Спр. 11. Документы об улучшении медикосанитарного обслуживания населения города (план, справки, штатные расписания). 1943–44 гг., 16 арк.
93. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 2.
Спр. 23. Справки о состоянии здравоохранения за 1944 год. Т. 1, 38 арк.
94. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 2.
Спр. 46. Комплексный план по предупреждению и борьбе с паразитарными тифами на 1944–45 г.г., 25 арк.
95. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 3.

- Спр. 13. Штатное расписание и сметы расходов горздравотдела за 1945 год, 21 арк.
96. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 3.
Спр. 14. Годовые медицинские статистические отчеты медицинских учреждений гор. Харькова по врачебным и фельдшерским здравпунктам за 1945 год, 48 арк.
97. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 3.
Спр. 32. Комплексные планы работ по борьбе с инфекционными заболеваниями за 1946 год, 29 арк.
98. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 3.
Спр. 42. Бюджет лечебных учреждений г. Харькова на 1946 год, 76 арк.
99. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 3.
Спр. 46. Комплексный по предупреждению и борьбе с паразитарными тифами на 1944–45 г.г., 25 арк.
100. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 3.

Спр. 49. Годовые медицинские статистические отчеты медицинских учреждений, разработочные таблицы г. Харькова за 1946 год, 62 арк.

101. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 3.

Спр. 61. Отчеты больниц: 4, 9, 11, 21 и малярной станции о работе за 1947 год, 184 арк.

102. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 3.

Спр. 202. Годовые медицинские статистические отчеты медицинских учреждений г. Харькова за 1950 год, 384 арк.

103. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 3.

Спр. 217. Медицинские отчеты медпунктов промышленных предприятий г. Харькова за 1951 год, 134 арк.

104. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 3.

Спр. 249. Медицинский отчет о работе 1-й городской больницы им. В.И. Ленина за 1952 год, 418 арк.

105. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 3.

- Спр. 288. Годовой отчёт о медицинском обслуживании населения г. Харькова, санитарно-эпидемиологическом состоянии города и состоянии коечной сети за 1953 год, 82 арк.
106. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 7. Справка от октября 1955 года о состоянии здравоохранения в Харькове, 45 арк.
107. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 10. Медицинский отчет о деятельности 1-ой городской больницы им. В.И. Ленина за 1955 год, 308 арк.
108. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 312. Проект материалов по здравоохранению для помещения в справочник для интуристов на 1960 год, 23 арк.
109. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 314. Доклад, задачи и мероприятия исполкома Харьковского городского Совета депутатов трудящихся «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР», 50 арк.
110. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

Спр. 506. Текстовый медицинский отчет городской станции скорой медицинской помощи, 24 арк.

111. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

Спр. 508. О результатах контрольной проверки правильности заполнения врачами врачебных свидетельств и фельдшерских справок о смерти. 21 июня 1962 г., 10 арк.

112. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

Спр. 703. Отчет о работе Харьковской городской станции скорой медицинской помощи, 42 арк.

113. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 5.

Спр. 6. Отчет о сети, деятельности и кадрах медицинских учреждений за 1943 год, 15 арк.

114. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 5.

Спр. 43. Отчет о сети, деятельности и кадрах медицинских учреждений за 1955 г., 68 арк.

115. Державний архів Харківської області.

- Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 5.
Спр. 62. Справка о состоянии здравоохранения в г. Харькове за 1957 год, 20 арк.
116. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 5.
Спр. 63. Справка о состоянии здравоохранения за 1958 год, 6 арк.
117. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 5.
Спр. 87. Годовой отчет за 1960 год о сети, деятельности и кадрах медицинских учреждений по Харьковскому Горздравотделу, 81 арк.
118. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 5.
Спр. 137. Акт от 25 апреля — 6 июня 1962 года документальной и финансовой ревизии горздравотдела, произведенной контрольно-ревизионным управлением Министерства финансов Украинской ССР по Харьковской области, 17 арк.
119. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 5.

- Спр. 141. Материалы о состоянии заболеваемости острыми кишечными инфекциями в городском доме ребенка № 1 гор. Харькова за 1963 год, 11 арк.
120. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 5.
Спр. 155. Единовременный отчет о распределении численности работников по размерам заработной платы за март 1964 года и продолжительность установленных отпусков на 31 марта 1964 года, 63 арк.
121. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 5.
Спр. 162. Справка о ходе выполнения постановления ЦК КПСС и Совета Министров Союза ССР от 14 января 1964 года: «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания населения» по гор. Харькову, 11 арк.
122. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 5.
Спр. 176. Медицинский текстовый отчет Харьковской городской станции скорой медицинской помощи за 1964 год, 66 арк.
123. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.
Оп. 5.
Спр. 195. Справка о состоянии лечебного питания для больных в амбулаторных условиях по г. Харькову и Харьковской облас-

ти в свете выполнения приказа Министерства здравоохранения Украинской ССР № 135 от 13 марта 1965 года, 10 арк.

124. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 5.

Спр. 196. Справка о результатах изучения и проверки состояния амбулаторно-поликлинического обслуживания населения гор. Харькова и выполнения приказа Министерства здравоохранения СССР № 321 за 1960 год: «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению амбулаторно-поликлинического обслуживания городского населения» по гор. Харькову 1965 год, 34 арк.

125. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 5.

Спр. 205. Статистический отчет о сети, деятельности и кадрах медицинских учреждений за 1965 год, 115 арк.

126. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 5.

Спр. 258. Акт от 15 декабря 1965 года проверки разботы Харьковского Горздравотдела и 3-х райздравотделов по составлению и исполнению бюджета за 1965 год, 55 арк.

127. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 5.

Спр. 267. Решение областного медицинского Совета от 4 октября 1966 года «О подготовке и расстановке медицинских кадров

в лечебно-профилактических учреждениях города и области, 3 арк.

128. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 5.

Спр. 459. Решение № 532 Харьковского облисполкома от 30 сентября 1968 года и план мероприятий Харьковского горздра-вотдела по выполнению решения «О состоянии и мерах улучшения медицинского обслуживания населения области местными Советами депутатов трудящихся гор. Харькова», 12 арк.

129. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 6.

Спр. 184. Справка от 8 июня 1971 г. заместителю председателя горисполкома о мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и медицинской науки в Харьковской области, 4 арк.

130. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 6.

Спр. 245. Решения и распоряжения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся, 26 арк.

131. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 7.

Спр. 1. Характеристика медико-географических условий г. Харькова по состоянию на 6 июня 1955 год, 14 арк.

132. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 7.

Спр. 25. Медицинский отчет о работе городской санэпидстанции г. Харькова за 1965 год, 210 арк.

133. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 7.

Спр. 226. Медицинский отчет о работе 1-й ордена «Знак почета» городской клинической больницы им. В.И. Ленина г. Харькова за 1970 г., 170 арк.

134. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 7.

Спр. 259. Сводные статистические отчеты о сети, деятельности и кадрах лечебно-профилактических учреждений г. Харькова за 1970 год, 88 арк.

135. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 7.

Спр. 338. Доклад на заседании коллегии Министерства здравоохранения СССР по вопросу «Оказания медицинской помощи населению г. Харькова», прочитанный заведующей горздравотделом тов. Егоровой В.Г. в сентябре 1971 года, 36 арк.

136. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-1962. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

Оп. 7.

- Спр. 795. Документы о работе по улучшению медицинского обслуживания населения г. Харькова за 1975 год, 152 арк.
137. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 1.
Спр. 12. Сметы и штатные расписания лечучреждений Харьковского облздравотдела на 1943 год, 56 арк.
138. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 1.
Спр. 26. Обзор о состоянии здравоохранения Харьковской области в 1944 году, 127 арк.
139. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 1.
Спр. 65. Здравоохранение в Харьковской области в 1946 году, 329 арк.
140. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 1.
Спр. 101. Постановления Харьковского облисполкома депутатов трудящихся за 1948 год, 243 арк.
141. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 1.

- Спр. 172. Здравоохранение в Харьковской области. Анализ сети и деятельности медико-санитарных учреждений области за 1950 год, 281 арк.
142. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 2.
Спр. 10. Медицинский отчет I-Городской клинической больницы им. В.И. Ленина за 1947 г., 228 арк.
143. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 2.
Спр. 18. Медицинский отчет I-Областной клинической больницы им. В.И. Ленина за 1948 г., 372 арк.
144. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 2.
Спр. 306. Отчет о командировке в Харьковскую область старшего научного сотрудника Министерства здравоохранения УССР Лиманского по проведению противоэпидемических мероприятий с 26 июня по 4 июля 1953 г., 15 арк.
145. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 2.
Спр. 851. Доклад «40 лет Великой Октябрьской социалистической революции и здравоохранение», ноябрь 1957 года, 30 арк.
146. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.

Оп. 2.

Спр. 888. Справка о состоянии здравоохранения по Харьковской области, выписанная в Министерство госконтроля УССР в октябре 1957 года, 24 арк.

147. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

Спр. 188. Справка министерства здравоохранения СССР от 25 февраля 1962 года о стационарном обслуживании населения г. Харькова, 90 арк.

148. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

Спр. 203. Отчеты о состоянии акушерско-гинекологической помощи родильных домов г. Харькова за 1962 год, 216 арк.

149. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

Спр. 209. Бюджет здравоохранения г. Харькова на 1962 год, 29 арк.

150. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

Спр. 331. Отчет харьковской городской станции скорой помощи о работе за 1964 год, 15 арк.

151. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 341. Справка облздравотдела от 12 февраля 1964 года о заболеваемости с временной утратой трудоспособности медицинских работников г. Харькова за 1963 год, 31 арк.
152. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 470. Сведения о структуре и деятельности больниц г. Харькова за 1966 год, 46 арк.
153. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 472. Переписка с министерством здравоохранения УССР и лечебными учреждениями г. Харькова о выполнении плана основных организационных мероприятий по здравоохранению за 1966 год, 37 арк.
154. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 486. Документы о состоянии инфекционной заболеваемости и противоэпидемических мероприятий в г. Харькове и Харьковской области за 1966 год, 131 арк.
155. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.

- Оп. 4.
Спр. 489. Бюджеты здравоохранения г. Харькова за 1966 год, 19 арк.
156. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 513. Отчет о состоянии медицинской помощи рабочим промышленных предприятий г. Харькова за 1967 год, 74 арк.
157. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 572. Справки о состоянии заболеваемости и условий труда на заводах, о работе здравпунктов, аптечных учреждений и др. за 1968 год, 86 арк.
158. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 627. Справки обкому партии, министерству здравоохранения УССР, облисполкому о состоянии медицинского обслуживания за 1969 год, 80 арк.
159. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 676. Справки о проведении общественного смотра аптечных учреждений в честь 100-летия со дня рождения В.И. Ленина, 127 арк.
160. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

Спр. 736. Сводный конъюнктурный обзор деятельности акушерско-гинекологических учреждений г. Харькова за 1971 год, 122 арк.

161. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

Спр. 749. Бюджет отдела здравоохранения Харьковского горисполкома на 1971 год, 14 арк.

162. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

Спр. 766. Отчет начальника сектора кадров облздравотдела о работе, укомплектованности кадрами медучреждений области, их качественном составе и текучести за 1969–1971 годы, 14 арк.

163. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

Спр. 797. Справка от 13 июня 1972 года и сведения облздравотдела о состоянии здравоохранения в области за 1950–1971 годы, 18 арк.

164. Державний архів Харківської області.

Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.

Оп. 4.

- Спр. 870. Характеристика профессиональной заболеваемости рабочих машиностроительных заводов г. Харькова за 1960–1971 гг., представленная на областное совещание профпатологов 27 февраля 1973 г., 10 арк.
165. Державний архів Харківської області.
Ф. Р-5125. Отдел здравоохранения исполнительного комитета Харьковского областного Совета депутатов трудящихся.
Оп. 4.
Спр. 1062. Сводный бюджет отдела здравоохранения Харьковского горисполкома на 1975 год, 22 арк.
166. Диденко И. Здравсьте, это я... / И. Диденко // Слобода. — 1991. — № 22.
167. Для нужд здравоохранения // Медицинский работник. — 1958. — 17 июня.
168. Днепровская вода придёт в Северский Донец // Красное знамя. — 1970. — 7 июля.
169. Доманська Е. Історія та сучасна гуманітаристика: дослідження з теорії знання про минуле / Е. Доманська ; пер. з пол. та англ. В. Склокіна ; наук. ред.: В. Склокін, С. Троян. — Київ : Ніка-Центр, 2012. — 264 с.
170. Допомогу надає «швидка» // Вечірній Харків. — 1978. — 29 травня.
171. Дорошко М. С. Компарти́но-державна номенклатура УСРР у 20–30-ті роки ХХ століття: соціоісторичний аналіз : монографія / М. С. Дорошко ; Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. — Київ : Київ. ун-т, 2004. — 154 с.
172. Досвід реформування галузі охорони здоров'я Харківської області в 1975–1999 роки : інформ. лист / В. С. Яворський, В. Ф. Москаленко, О. І. Сердюк та ін. — Харків, 1999. — 43 с.
173. Достроково відбудовано лікувальні заклади // Соціалістична Харківщина. — 1944. — 3 жовтня.

174. Друга столиця України відроджується. Півроку вільного радянського життя // Соціалістична Харківщина. — 1944. — 27 лютого.
175. Дубинский Г. П. Перспективы улучшения природной среды в пределах большого города (на примере г. Харькова) / Г. П. Дубинский, К. Т. Филоненко // Человек в окружающей среде / Моск. фил. Геогр. о-ва СССР. — Москва, 1978. — С. 40–45.
176. Дынник А. А. Очерки истории клинического протезирования в Украине / А. А. Дынник. — Харьков : Игвини, 2013. — 240 с. : ил.
177. Евтушенко Г. И. Становление и развитие Харьковского института гигиены труда и профзаболеваний / Г. И. Евтушенко, Я. М. Станиславский // Вопросы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. — Киев, 1970. — Вып. 4. — С. 235–241.
178. Егорова В. Г. Во имя человека / В. Г. Егорова. — Харьков : Прапор, 1968. — 43 с.
179. Егорова В. Здоровье народа — общественное богатство / В. Егорова // Красное знамя. — 1970. — 21 апреля.
180. Егурнова Т. К. Об улучшении территориально-участкового лечебно-профилактического обслуживания населения в Харькове / Т. К. Егурнова, И. Д. Хорош // Советское здравоохранение. — 1959. — № 10. — С. 34–38.
181. Едель Ю. Лікар як фактор ризику / Ю. Едель, В. Моїсєєв // Березіль. — 1991. — № 11. — С. 134–142.
182. Екимова Н. А. Диагностическому отделению — 50 лет / Н. А. Екимова // Актуальні питання розвитку стаціонарної допомоги інфекційним хворим : зб. матеріалів наук.-практ. конф. / Обл. клін. інфекц. лікарня [та ін.]. — Харків, 2002. — С. 35–37.
183. Енергійніше відбудувувати житловий фонд Харкова // Соціалістична Харківщина. — 1944. — 27 травня.
184. Єфимчук Н. Л. Рівень медичного обслуговування сільського населення Житомирської області в 1943–1950 рр. / Н. Л. Єфимчук // Наукові праці історичного факультету Запорізького

- національного університету. — Запоріжжя, 2014. — Вип. 40. — С. 154–158.
185. Жарська А. П. Дітям нашу турботу / А. П. Жарська // Вечірній Харків. — 1979. — 7 квітня.
186. Журавльов Я. Тематика звернень громадян до ЦК КП України періоду «застою»: загальний огляд (за матеріалами Центрального державного архіву громадських об'єднань України) / Я. Журавльов // Україна ХХ ст.: культура, ідеологія, політика : зб. ст. / [відп. ред. В.М. Даниленко]. — Київ, 2016. — Вип. 21. — С. 116–135.
187. За зразковий будинок і двір // Соціалістична Харківщина. — 1944. — 13 травня.
188. За порядок и чистоту в учреждениях, общежитиях, столовых // Красное знамя. — 1946. — 26 января.
189. Забашта В. Ф. Швидка допомога Харківщини: кроки історії та сьогодення / Б. С. Федак, В. Ф. Забашта // Екстрена медицина: від науки до практики. — 2013. — № 3. — С. 129–134.
190. Задорожний П. В. Этапы становления Харьковского областного наркологического диспансера / П. В. Задорожний, И. К. Сосин // История украинской психиатрии : сб. науч. работ Укр. НИИ клин. и эксперимент. неврологии и психиатрии и Харьк. гор. клин. психиатр. больницы № 15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1994. — Т. 1. — С. 52–56.
191. Закон «О кооперации в СССР» [Электронный ресурс] // Сборник статей по экономике Игоря Аверина : [сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://www.economics.kiev.ua/index.php?id=635&view=article>, свободный (дата обращения: 24.11.2017). — Загл. с экрана.
192. Закон СССР от 19.12.1969 г. «Об утверждении основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» [Электронный ресурс] // Сборник статей по экономике Игоря Аверина : [сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://>

- www.economics.kiev.ua/download/ZakonySSSR/data03/tex15084.htm, свободный (дата обращения: 24.11.2017). — Загл. с экрана.
193. Закон СССР от 30 июня 1987 г. «О государственном предприятии (объединении)» [Электронный ресурс] // Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации : [сайт] / консорциум «Кодекс». — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/9049736>, свободный (дата обращения: 24.11.2017). — Загл. с экрана.
194. Закон УРСР від 15.07.1971 № 27 «Про охорону здоров'я» [Електронний ресурс] // Ліга Закон : [правовий портал]. — Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T710027.html, вільний (дата звернення: 24.11.2017) . — Назва з екрану.
195. Захаревич В. Працювати на випередження / В. Захаревич // Медичний університет. — 2017. — № 15/16. — С. 3.
196. Захаров Ф. Г. Организация медицинской помощи промышленным рабочим России и СССР / Ф. Г. Захаров. — Москва : Медицина, 1969. — 280 с.
197. Захаров Ф. Г. Очерк истории организации медицинского обслуживания промышленных рабочих России и СССР (1860–1962 гг.). Ч. 2 : дисс. ... д-ра мед. наук / Ф. Г. Захаров. — Москва, 1964. — 677 с.
198. Збори медичних працівників Харкова // Соціалістична Харківщина. — 1944. — 7 березня.
199. Здравоохранение в СССР : стат. сб. — Москва : Госстатиздат ЦСУ СССР, 1960. — 272 с.
200. Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР. В 3 т. Т. 1. Здравоохранение в Украинской ССР. Пути и итоги развития / под ред. А. Е. Романенко. — Киев : Здоров'я, 1987. — 480 с.
201. Знаковский В. Дифтерия наступает. Контратака только готовится / В. Знаковский // Слобода. — 1991. — 17 августа.
202. Знаковский В. Кровь людская — не водица / В. Знаковский // Слобода. — 1991. — 30 ноября.

-
203. Знаковський В. Турки улыбаються, мы шутим. Правда, невесело / В. Знаковський // Слобода. — 1991. — 30 ноября.
204. Зозуля І. Харківська урологія обязана сыну «врага народа» / І. Зозуля // Вечерний Харків. — 2012. — 25 февраля.
205. Золотой юбилей городской клинической больницы № 27 / [отв. за вып. О. Тацький]. — Харьков, 2001. — 20 с.
206. Золотых Г. В городе — дифтерия / Г. Золотых // Вечерний Харків. — 1991. — 27 февраля.
207. Иванисенко В. Служба переливания крови / В. Иванисенко // Красное знамя. — 1989. — 11 апреля.
208. Иванов В. Вот они — наши рубежи / В. Иванов // Охрана труда и социальное страхование. — 1959. — № 6. — С. 11–16.
209. История городов и сёл Украинской ССР. В 26 т. [Т.] Харьковская область / редкол. тома: Сероштан Н. А. (пред.) [и др.]. — Киев : Гл. ред. Укр. совет. энцикл., 1976. — 722 с.
210. История института : воспоминания о людях, судьбах, времени ... : [сборник] / Ин-т патологии позвоночника и суставов им. М. И. Ситенко АМН Украины ; под ред. Н. А. Коржа. — Харьков : Прапор, 2007. — 203 с.: ил.
211. История Института проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины [Электронный ресурс] // Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины : [официальный сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: http://www.cryo.org.ua/ipk_rus/history.html, свободный (дата обращения: 24.11.2017). — Загл. с экрана.
212. История советского рабочего класса. В 6 т. Т. 4. Рабочий класс СССР в годы упрочения и развития социалистического общества, 1945–1960 гг. / [В. Б. Тельпуховский и др.] ; редкол.: В. Б. Тельпуховский (отв. ред.) [и др.]. — Москва : Наука, 1987. — 519 с.
213. История советского рабочего класса. В 6 т. Т. 5. Рабочий класс СССР на новом этапе развития социалистического общества,

- 1961–1970 гг. / [Л. Д. Алексеева и др.] ; редкол.: В. Е. Полетаев (отв. ред.) [и др.]. — Москва : Наука, 1988. — 432 с.
214. Іваненко Л. Сапфіри на замовлення... / Л. Іваненко // Вечірній Харків. — 1987. — 18 квітня.
215. Ільїн В. Г. Амбулаторно-поліклінічна допомога в Харкові в повоєнні радянські часи (1945–1991) в ракурсі історико-медичного краєзнавства / В. Г. Ільїн // Краєзнавство. — 2015. — № 1. — С. 217–223.
216. Ільїн В. Г. Боротьба з інфекційними хворобами в Харкові у перші повоєнні роки (1943–1947) / В. Г. Ільїн // Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. «Історія та географія» / Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. — Харків, 2013. — Вип. 47. — С. 156–163.
217. Ільїн В. Г. Відбудова охорони здоров'я у Харкові (1943–1947 рр.) / В. Г. Ільїн // Сторінки історії : зб. наук. пр. / Нац. техн. ун-т України «Київ. політехн. ін-т». — Київ, 2016. — Вип. 42. — С. 118–129.
218. Ільїн В. Г. Деякі риси медичного обслуговування робітників промислових підприємств Харкова у 50–60-ті рр. ХХ ст. / В. Г. Ільїн // Молодь, освіта, наука, культура і національна самосвідомість в умовах європейської інтеграції : зб. матеріалів ХVІІ Всеукр. наук.-практ. конф., Київ, 25 квітня 2014 р. У 2 т. / [редкол. : І. І. Тимошенко (відп. ред.) та ін.]. — Київ, 2014. — Т. 1. — С. 276–280.
219. Ільїн В. Г. Особливості розвитку Першої міської клінічної лікарні Харкова у 1950–60-х рр. / В. Г. Ільїн // Гуржіївські історичні читання : зб. наук. пр. / [редкол.: В. А. Смолій, О. І. Гуржій, А. Г. Морозов та ін.]. — Черкаси, 2014. — Вип. 7. — С. 321–324.
220. Ільїн В. Г. Особливості санітарної політики радянської влади у великому промисловому місті: на прикладі Харкова (1943–1991) / В. Г. Ільїн // Наукові записки з української історії :

- зб. наук. ст. — Переяслав-Хмельницький, 2016. — Вип. 38. — С. 123–130.
221. Ільїн В. Г. Привілеї радянської номенклатури в сфері охорони здоров'я / В. Г. Ільїн, І. Ю. Робак // Актуальні проблеми розвитку освіти і науки в умовах глобалізації : матеріали Всеукр. наук. конф., 4–5 груд. 2015 р., м. Дніпропетровськ / [наук. ред. О. Ю. Висоцький]. — Дніпропетровськ, 2016. — Ч. 2. — С. 156–158.
222. Ільїн В. Г. Радянський досвід реформування охорони здоров'я в м. Харкові у 1970–80-ті рр. / В. Г. Ільїн // Всеукраїнська наукова конференція «Історичні регіони України: минуле та сучасність», 28–29 листопада 2013 р. / Харків. нац. автомоб.-дорож. ун-т [та ін.]. — Харків, 2013. — С. 204–208.
223. Ільїн В. Г. Стаціонарне медичне обслуговування населення Харкова у 1950-х — на початку 1960-х років / В. Г. Ільїн // Гілея: наук. вісн. / [голов. ред. В. М. Вашкевич]. — Київ, 2013. — Вип. 76 (№ 9). — С. 29–32.
224. Ільїна Н. В їх справах — любов до воїнів / Н. Ільїна // Соціалістична Харківщина. — 1944. — 27 травня.
225. Історія в історіях : Харків. вища мед. шк. у спогадах, документах і фотографіях / редкол. : В. М. Лісовий (голов. ред.) [та ін.] ; за заг. ред. В. М. Лісового та Ж. М. Перцевої. — Харків : ХНМУ, 2015. — 552 с. : фото.
226. Історія кафедри інфекційних хвороб Харківського державного медичного університету / В. М. Козько, Н. О. Нікітіна, Н. Ф. Меркулова, Г. І. Граділь // Актуальні питання розвитку стаціонарної допомоги інфекційним хворим : зб. матеріалів наук.-практ. конф. / Обл. клін. інфекц. лікарня [та ін.]. — Харків, 2002. — С. 55–63.
227. Історія Львова. У 3 т. Т. 3. Листопад 1918 — поч. ХХІ ст. / [редкол.: Я. Ісаєвич та ін.]. — Львів : Центр Європи, 2007. — 575 с.
228. Історія медицини та фармації : навч. посіб. для студентів вищ. фармацевт. навч. закл. та фармацевт. ф-тів ВНЗ МОЗ України

- / А. А. Котвіцька, В. В. Горбаньов, Н. Б. Гавриш та ін. — Харків : НФаУ : Золоті сторінки, 2016. — 168 с.
229. Історія міст і сіл Української РСР. В 26 т. [Т.] Харківська область / редкол. тому: Сіроштан М. А. (голова) [та ін.]. — Київ : Голов. ред. УРЕ АН УРСР, 1967. — 1086 с.
230. Історія міста Харкова ХХ століття / О. Н. Ярмиш, С. І. Посохов, А. І. Епштейн та ін. — Харків : Фолю : Золоті сторінки, 2004. — 686 с.
231. Історія Української РСР. В 8 т., 10 кн. Т. 8. Радянська Україна в період зміцнення соціалізму і поступового переходу до комунізму (1945–70-ті роки). Кн. 2. Українська РСР в період розвинутого соціалізму і будівництва комунізму (кінець 50-х — 70-і роки). — Київ : Наукова думка, 1979 р. — 699 с.
232. К 90-летию Ф. А. Конева : НФаУ вспоминает этапы жизненного пути своего выпускника [Электронный ресурс] // Аптека. ua : [онлайн-газета]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/281142>, свободный (дата обращения: 28.11.2017). — Загл. с экрана.
233. Казачков Л. И. Гигиеническая оценка канализования города Харькова / Л. И. Казачков, П. Н. Маликов // Итоговая годичная научная сессия [Укр. университета усовершенствования врачей], 5–7 сентября 1956 г. — Харьков, 1956. — С. 12–16.
234. Калюжный В. А. Отделение нейроинфекции / В. А. Калюжный // Актуальні питання розвитку стаціонарної допомоги інфекційним хворим : зб. матеріалів наук.-практ. конф. / Обл. клін. інфекц. лікарня [та ін.]. — Харків, 2002. — С. 40–41.
235. Камінська М. Служба здоров'я міста : (Харківська санепідемстанція) / М. Камінська // Вечірній Харків. — 1987. — 2 листопада.
236. Каналізація міста Харкова : (до 100-річчя від дня заснування) : бібліогр. покажч. / Б-ка Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова ; [керівники проекту: В. М. Бабаєв, І. В. Ко-

- рінько ; уклад.: Т. С. Лиса, Н. Б. Давидова, Н. П. Тріпутіна ; наук. ред. О. М. Коваленко]. — Харків : ХНУМГ, 2014. — 90 с.
237. Кара-Мурза С. Г. Советская цивилизация. Кн. 2. От Великой Победы до наших дней / С. Г. Кара-Мурза. — Москва : ЭКСМО-Пресс, 2002. — 768 с.
238. Каракаш Д. Ф. Достижения советского здравоохранения Харьковской области : (к сорокалетию Совет. власти) : в помощь лектору / Д. Ф. Каракаш ; Харьк. науч. мед. о-во, Харьк. гор. дом санитар. просвещения. — Харьков, 1958. — 29 с.
239. Карпенко Ю. Поліпшувати медичне обслуговування трудящих / Ю. Карпенко // Соціалістична Харківщина. — 1980. — 27 червня.
240. Кирик Ю. В. Эволюционные процессы здравоохранения в современной России [Электронный ресурс] : (обзор литературы) / Ю. В. Кирик, Н. А. Капитоненко // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России : [электрон. журн.]. — 2014. — № 2. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://www.fesmu.ru/voz/20142/2014207.aspx>, свободный (дата обращения: 28.11.2017). — Загл. с экрана.
241. Кислород против алкоголя // Красное знамя. — 1985. — 24 января.
242. Киш С. Харьковчанин Владлен Гиржанов знал, как вывести Украину из кризиса / С. Киш // Вечерний Харьков. — 2013. — 22 янв.
243. Кобзан М. Насмішка над милосердям чи вимушена передишка? / М. Кобзан // Ленінська зміна. — 1988. — 17 вересня.
244. Кобзан М. СНІД: чи для всіх «тяжкі часи»? / М. Кобзан // Ленінська зміна. — 1988. — 22 жовтня.
245. Коваленко Н. На рак в Україні хворіють частіше, але смертність від нього зменшується — МОЗ [Електронний ресурс] / Н. Коваленко // Радіо Свобода : [сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://www.radiosvoboda.org/content/article/2297337.html>, вільний (дата звернення: 28.11.2017). — Назва з екрану.

246. Ковальченко И. Д. Методы исторического исследования / И. Д. Ковальченко ; [Рос. акад. наук, отд-ние ист.-филол. наук]. — 2-е изд., доп. — Москва : Наука, 2003. — 486 с.
247. Ковпак Л. В. Соціально-побутові умови життя населення України в другій половині ХХ ст. (1945–2000 рр.) / Л. В. Ковпак. — Київ : Ін-т історії України НАНУ, 2003. — 250 с.
248. Колесникова О. Когда бастуют врачи / О. Колесникова // Слобода. — 1991. — 15 июня.
249. Колодій М. А. До 50-річчя з дня заснування Харківської обласної клінічної інфекційної лікарні / М. А. Колодій, А. А. Линник // Актуальні питання розвитку стаціонарної допомоги інфекційним хворим : зб. матеріалів наук.-практ. конф. / Обл. клін. інфекц. лікарня [та ін.]. — Харків, 2002. — С. 6–17.
250. Коляструк О. А. Історія повсякденності як об'єкт історичного дослідження: історіографічний і методологічний аспекти / О. А. Коляструк. — Харків : Курсор, 2008. — 122 с.
251. Комплекс биологической очистки «Диканевский» [Электронный ресурс] : городские очистные сооружения №1 // Харьковводоканал : [официальный сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: http://www.vodokanal.kharkov.ua/content/kompleks_dikanevskiy, свободный (дата обращения: 24.11.2017). — Загл. с экрана.
252. Комсомольці обладнали госпіталь // Соціалістична Харківщина. — 1943. — 23 листопада.
253. Кондратьев Н. Ф. Харьков в семилетке / Н. Ф. Кондратьев, А. Ф. Михайлик. — Харьков : Харьк. кн. изд-во, 1961. — 114 с.
254. Корж А. А. Флагману украинской ортопедии и травматологии института им. М. И. Ситенко — 100 лет / А. А. Корж // Международный медицинский журнал. — 2007. — Т. 13, № 1. — С. 132–135.
255. Корниенко Б. Партапарат — за привилегии / Б. Корниенко // Панорама. — 1991. — 4–11 февраля.
256. Короп А. Ф. Организация неотложной хирургической помощи населению Харькова и пути ее улучшения : автореф. дисс. ...

- канд. мед. наук / А. Ф. Короп ; Укр. ин-т усовершенствования врачей. — Харьков, 1967. — 19 с.
257. Корсунский В. Геннадий Гришанин: «Я избавлю вас от зубной боли» / В. Корсунский // Время. — 1991. — 18 декабря.
258. Корсунский В. Пломба будет служить 10 лет / В. Корсунский // Красное знамя. — 1990. — 12 декабря.
259. Костромін Л. Диспансеризація — основа профілактики / Л. Костромін // Вечірній Харків. — 1985. — 8 червня.
260. Кричагин В. И. Народное здравие: время решений / В. И. Кричагин // В человеческом измерении : [сб. ст. / под ред. и с предисл. А. Г. Вишневецкого]. — Москва, 1989. — С. 247–267.
261. «Куди подінешся з підводного човна...» // Слобода. — 1991. — 24 квітня.
262. Кузнецова Н. В. Снижение розничных цен и материальный уровень жизни населения СССР в 1947–1952 годах / Н. В. Кузнецова // Вестник Волгоградского государственного университета. Сер. 4, История. Регионоведение. Международные отношения. — 2008. — Вып. 1. — С. 32–42.
263. Кузьменко Ю. В. Партійно-радянська номенклатура в умовах суверенізації УРСР (березень 1990 — серпень 1991 рр.) / Ю. В. Кузьменко // Український історичний журнал. — 2013. — № 4. — С. 26–39.
264. Кузьмина И. Ю. Профессор В. Ф. Матвеева : (к 110-летию со дня рождения) / И. Ю. Кузьмина // Експериментальна і клінічна медицина. — 2014. — № 4. — С. 228–229.
265. Курохта Л. СНІД: часу гаяти не можна / Л. Курохта // Ленінська зміна. — 1987. — 27 жовтня.
266. Куцевляк В. Ф. Дорога длиною в 50 лет : (к 50-летию открытия Харьк. обл. стоматол. поликлиники) / В. Ф. Куцевляк // Стоматолог. — 2011. — № 9. — С. 36–38.
267. Лавріненко Л. І. Охорона здоров'я на Чернігівщині (1960–1980-ті роки) : автореф. дис. ... канд. іст. наук : 07.00.01 / Л. І. Лаврі-

- ненко ; Чернігів. нац. пед. ун-т ім. Т. Г. Шевченка. — Чернігів, 2012. — 20 с.
268. Лавріненко Л. І. Проблема кадрового забезпечення медичних закладів Чернігівщини: історичний аспект (1960–1980 рр.) / Л. І. Лавріненко // Гілея : наук. вісн. / [голов. ред. В. М. Вашкевич]. — Київ, — 2011. — Вип. 49 (№ 7). — С. 142–146.
269. Ларьков Н. С. Все остается людям / Н. С. Ларьков. — Харьков : Консул, 2004. — 178 с.
270. Лесовой В. М. Судьба профессора Виктора Моисеевича Когана-Ясного — создателя отечественного инсулина / В. М. Лесовой, Ж. Н. Перцева // Медицинская профессура СССР : материалы междунар. конф. / Федер. агентство науч. орг., Нац. науч.-исслед. ин-т обществ. здоровья им. Н. А. Семашко. — Москва, 2010. — С. 141–144.
271. Лимонов Э. Молодой негодяй / Э. Лимонов. — Париж : Синтаксис, 1986. — 270 с.
272. Лимонов Э. Подросток Савенко : роман / Э. Лимонов. — Санкт-Петербург : Амфора, 2002. — 310 с.
273. Лібуркіна Л. Кризь павутиння / Л. Лібуркіна // Ленінська зміна. — 1990. — 13 жовтня.
274. Лісовий В. М. Історія охорони здоров'я в Харкові : навч. посіб. / В. М. Лісовий, І. Ю. Робак. — Харків : ХНМУ, 2008. — 178 с.
275. Лук'янченко А. Рости поверхами здоров'я / А. Лук'янченко // Соціалістична Харківщина. — 1976. — 6 січня.
276. Любавський р. Повсякденне життя робітників Харкова в 1920-ті — на початку 1930-х років / Р. Любавський. — Харків : Раритети України, 2016. — 226 с.
277. Мазница А. Бинты есть, прав мало / А. Мазница // Слобода. — 1991. — 30 ноября.
278. Майоров М. Чому запізнюється швидка / М. Майоров // Вечірній Харків. — 1970. — 26 жовтня.

279. Малярчук О. М. Соціально-економічні процеси в західному регіоні Української РСР (1964–1991) / О. М. Малярчук. — Івано-Франківськ : Симфонія форте, 2015. — 548 с.
280. Марзеев А. Н. Санитарная очистка городов и утилизация мусора / А. Н. Марзеев. — Киев : Киев. обл. тип., 1946. — 12 с.
281. Маслов Є. «Швидка»: проблеми внутрішні і зовнішні / Є. Маслов // Вечірній Харків. — 1990. — 9 квітня.
282. Матвеев А. Малыш из пробирки / А. Матвеев // Красное знамя. — 1990. — 27 июня.
283. Медики в пикетах // Время. — 1991. — 30 ноября.
284. Медики попереджають // Слобідський край. — 1991. — 16 лютого.
285. Медицина Запорізької області : іст. нариси / за ред. В. Г. Цисс. — Запоріжжя : Дике Поле, 2001. — 412 с., 16 с. іл.
286. Медяная Е. Д. Анализ заболеваемости по Харьковскому тракторному заводу / Медяная Е. Д. // Научно-практическая конференция врачей кафедр Украинского института усовершенствования врачей и лечебных учреждений Орджоникидзево района г. Харькова, посвященная 100-летию со дня рождения В. И. Ленина. — Харьков, 1970. — С. 8–9.
287. Методические материалы по переводу учреждений здравоохранения на экономические методы управления в условиях перехода отрасли на принципы медицинского страхования. В 5 т. Т. 2. Общие организационные вопросы. — Москва : Министерство здравоохранения СССР, 1991. — 110 с.
288. Методические материалы по переводу учреждений здравоохранения на экономические методы управления в условиях перехода отрасли на принципы медицинского страхования. В 5 т. Т. 3. Методические материалы по расчёту нормативов бюджетного финансирования и цен на медицинскую помощь (услуги). — Москва : Министерство здравоохранения СССР, 1991. — 320 с.
289. Методические материалы по переводу учреждений здравоохранения на экономические методы управления в условиях

- перехода отрасли на принципы медицинского страхования. В 5 т. Т. 4. Планирование, нормативы формирования фондов экономического стимулирования, организация и оплата труда, бухгалтерский учёт и отчётность. — Москва : Министерство здравоохранения СССР, 1991. — 83 с.
290. Методические рекомендации по статистическому анализу показателей здоровья и деятельности организаций здравоохранения [Электронный ресурс] / Администрация Новгород. области [и др.]. — Великий Новгород, 2005. — 65 с. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://www.zdrav-novgorod.ru/nr-includes/upload/2010/11/18/5.pdf>, свободный (дата обращения: 24.11.2017). — Загл. с экрана.
291. Мировая статистика здравоохранения. 2010 год [Электронный ресурс] / Всемир. орг. здравоохранения, [Департамент статистики здравоохранения и информатики Группы по информации, факт. данным и науч. исслед.] — Электрон. дан. — [Б. м. : б. и., 2010] — 177 с. — Режим доступа: http://www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf, свободный (дата обращения: 24.11.2017). — Загл. с экрана.
292. Міронова М. Для рідного міста / М. Міронова // Соціалістична Харківщина. — 1943. — 22 жовтня.
293. Митасов И. Г. Моя жизнь : (биограф. очерк) / И. Г. Митасов. — Харьков : ХГМУ, 2005. — 500 с.
294. Можейко И. Доктор Платонов / И. Можейко // Неизвестный Харьков : видеоканал «Первая столица» представляет / [О. Ю. Адам, А. А. Винтрович, Н. В. Катрунова и др.]. — Харьков, 2006. — С. 179–182.
295. Моргун В. Ласкаво просимо в «Дубовий гай» / В. Моргун // Вечірній Харків. — 1986. — 6 травня.
296. Морський В. Риси одужання / В. Морський // Соціалістична Харківщина. — 1944. — 23 квітня.
297. Мурзін О. «Швидка» просить допомоги / О. Мурзін // Вечірній Харків. — 1987. — 2 листопада.

298. «Наперекор стихии» : (уроки ликвидации аварии на Главной канализационной насосной станции г. Харькова) / [редкол.: Е. Пирятенец (гл. ред.) и др.]. — Харьков : Дуэт, 2005. — 464 с.
299. Народне господарство Української РСР у 1960 році : стат. щорічник / Центр. стат. упр. при Раді міністрів УРСР. — Київ. : Держ. стат. вид-во, 1961. — 556 с.
300. Народне господарство Української РСР у 1970 році : стат. щорічник / Центр. стат. упр. при Раді Міністрів УРСР. — Київ : Статистика, 1971. — 565 с.
301. Народне господарство Української РСР у 1980 році : стат. щорічник / Центр. стат. упр. при Раді міністрів УРСР. — Київ : Техніка, 1981. — 384 с.
302. Народне господарство Української РСР у 1990 році : стат. щорічник / Міністерство статистики УРСР. — Київ : Техніка, 1991. — 496 с.
303. Не только для заводчан // Красное знамя. — 1991. — 22 марта.
304. Негуманное решение // Вечерний Харьков. — 1991. — 21 января.
305. Никонов В. В. Кафедре медицины неотложных состояний и медицины катастроф ХМАПО 35 лет [Электронный ресурс] / В. В. Никонов // Кафедра медицини невідкладних станів та медицини катастроф ХМАПО : [сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://www.emergencymed.org.ua/pdf/35.pdf>, вільний (дата звернення: 28.11.2017). — Назва з екрану.
306. Нові медичні заклади // Соціалістична Харківщина. — 1944. — 8 березня.
307. Олександрівська — Перша міська клінічна лікарня Харкова: півтора століття історії / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко, В. Г. Льїн ; за заг. ред. д-ра іст. наук, проф. І. Ю. Робака. — Харків : Колегіум, 2016. — 296 с.
308. Онищенко О. М. Фельдшерська школа: історія становлення та розвитку (1845–2000 роки) / О. М. Онищенко, О. О. Діденко, С. П. Шкляр. — Харків : Контраст, 2001. — 281 с.: ил.

309. «Опытный завод “ГНЦЛС”» [Электронный ресурс] : о предприятии : [офиц. сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://gncls.com/about.html>, свободный (дата обращения: 25.11.2017). — Загл. с экрана.
310. Орлова Л. Помогут ли штрейкбрехеры? / Л. Орлова // Слобода. — 1991. — 25 декабря.
311. Оселедчик Е. Пізно ввечері — до стоматолога / Е. Оселедчик // Вечірній Харків. — 1988. — 7 березня.
312. Основні етапи життя та діяльності завідувачів кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї ВДНЗУ «УМСА» полтавського періоду / О. В. Рибалов, І. В. Яценко, Д. С. Аветіков та ін. // Вісник проблем біології і медицини. — 2014. — Вип. 2, т. 1 (107). — С. 14–19.
313. Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 г. // Советское здравоохранение. — 1988. — № 3. — С. 3–27.
314. Основные права и обязанности граждан [Электронный ресурс] // Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик. — Электрон. дан. — Режим доступа: <https://goo.gl/Ncxioy>, свободный (дата обращения: 28.11.2017). — Загл. с экрана.
315. Особистий архів І.Ю. Робака. Обеспеченность населения врачами всех специальностей, 13 арк.
316. Особистий архів І.Ю. Робака. Справка о развитии здравоохранения г. Харькова 1986–1990 г.г., 30 арк.
317. Открыта стоматологическая поликлиника // Красное знамя. — 1979. — 3 июня.
318. Охрана здоровья в СССР : стат. сб. / Гос. ком. СССР по статистике. — Москва : Финансы и статистика, 1990. — 240 с.
319. Очерк истории Харьковского тракторного завода имени Орджоникидзе. 1931–1961 / [В. Г. Лысенко, А. И. Эпштейн, Н. П. Чир-

- ков и др.]. — Харьков : Харьк. кн. изд-во, 1962. — 299 с., [4] л. ил.
320. Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.) / под ред. проф. М. И. Барсукова. — Москва : Медгиз, 1957. — 394 с.
321. Паливо місту! // Соціалістична Харківщина. — 1944. — 19 вересня.
322. Панов А. Партизанские действия вокруг бывшей «обкомовской» / А. Панов // Событие. — 1991. — 2 марта.
323. Парамонов А. Оккупация города Харькова, 1941–1943 [Электронный ресурс] / А. Парамонов // Корреспондент.net : [сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://blogs.korrespondent.net/blog/events/3395269>, свободный (дата обращения: 28.11.2017). — Загл. с экрана.
324. Пам'яті академіка Володимира Терентійовича Зайцева // Экспериментальная и клиническая медицина. — 2000. — № 2. — С. 177–178.
325. Пациентів приймає ЕОМ // Соціалістична Харківщина. — 1982. — 23 листопада.
326. Первая студенческая [Электронный ресурс] : [фильм] / Нар. киностудия ХПИ им. В. И. Ленина // YouTube. — Электрон. видеоданные (1 файл: 9:41 мин.). — [Харьков, 1982]. — Режим доступа: <https://www.youtube.com/watch?v=-9SRVouTP6M&t=8s>, свободный (дата обращения: 25.11.2017) — Загл. с экрана.
327. Перехрест І. В. Медико-санітарні наслідки Великої Вітчизняної війни для населення України та їх ліквідація у період відбудови (1943–1950 рр.) : автореф. дис. ... канд. іст. наук : 07.00.01 / І. В. Перехрест ; Донец. нац. ун-т. — Донецьк, 2007. — 20 с.
328. Перехрест І. В. Медико-санітарні наслідки війни та окупації для Черкас та їх подолання (1943–1945 рр.) / І. В. Перехрест // Черкащина в контексті історії України : матеріали Другої наук.-краєзнав. конф. Черкащини. — Черкаси, 2005. — С. 327–330.
329. Петрова К. И. Состояние стоматологической помощи в Харьковской области / К. И. Петрова, К. В. Яковлев // Профилактика-

- ка и лечение стоматологических заболеваний : тез. и реф. докл. Харьк. обл. конф. стоматологов / [отв. ред. М. А. Нападов ; редкол.: С. З. Гуткин и др.]. — Киев, 1967. — С. 3-4.
330. Пилипенко Микола Іванович [Електронний ресурс] // Науковці України — еліта держави / [редкол.: В. Г. Бар'яхтар, А. Ф. Булат, Е. М. Лібанов та ін.]. — Електрон. дані. — Київ, 2015. — [Т.] 4. — Режим доступу: <http://logos-ukraine.com.ua/project/index.php?project=nued4&id=1611>, вільний (дата звернення: 28.11.2017). — Назва з екрану. — Електрон. версія друк. публ.
331. Пищевые отходы — ценный корм. Как они используются? // Красное знамя. — 1970. — 4 апреля.
332. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова / К. И. Платонов. — Изд. 3-е, с некоторыми доп. и изм. — Москва : Медгиз, 1962. — 532 с.
333. Платонов К. К. Мои личные встречи на великой дороге жизни : (воспоминания старого психолога) / К. К. Платонов ; под ред. А. Д. Глоточкина [и др.]. — Москва : Ин-т психологии РАН, 2005. — 310 с.
334. Повоєнна Україна: нариси соціальної історії (друга половина 1940-х — середина 1950-х рр.) : колект. монографія. У 3 ч. Ч. 1, 2 / [П. М. Бондарчук, Т. В. Вронська, О. А. Коляструк та ін.] ; Нац. акад. наук України, Ін-т історії України. — Київ : Ін-т історії України, 2010. — 351 с.
335. Посохов С. Зайцев Володимир Терентійович / С. Посохов // Харківщина : енцикл. слов. / Харків. обл. рада ; Харків. облдержадмін. ; [редкол.: С. І. Посохов (голова), К. В. Астахова, С. М. Куделко та ін.]. — Харків, 2014. — С. 133.
336. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 листопада 2003 р. № 1783 «Про заходи щодо поліпшення пенсійного забезпечення громадян» [Електронний ресурс] // Верховна Рада України : [офіц. сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://zakon3>.

- rada.gov.ua/laws/show/1783-2003-%D0%BF, вільний (дата звернення: 25.11.2017). — Назва з екрану.
337. Постановление Совмина СССР от 31 мая 1973 г. № 361 «О государственном санитарном надзоре в СССР» [Электронный ресурс] // Сборник статей по экономике Игоря Аверина : [сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://www.economics.kiev.ua/download/ZakonySSSR/data03/tex14663.htm>, свободный (дата обращения: 25.11.2017). — Загл. с экрана.
338. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 1000 от 23 сентября 1981 г. «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений» [Электронный ресурс] // Островок здоровья : [сайт] / Маркун Т. А. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://bono-esse.ru/blizzard/Socprom/Stat/P1000MZSSSR.html>, свободный (дата обращения: 25.11.2017). — Загл. с экрана.
339. Приказ Минздрава СССР № 188 от 04.05.1990 г. «Об утверждении Положения о лечебно-профилактическом учреждении, работающем в условиях нового хозяйственного механизма, и Инструкции по составлению Устава лечебно-профилактического учреждения (объединения)» [Электронный ресурс] // Верховна Рада України : [офіц. сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/v0188400-90>, вільний (дата звернення: 25.11.2017). — Назва з екрану.
340. Приказ Минздрава СССР № 870 от 21.11.1949 «О номенклатуре учреждений здравоохранения и утверждении инструкции по ее применению» [Электронный ресурс] // Kaznachey : законодательство РБ : [сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://www.kaznachey.com/doc/aCIDRL2PXEM/text/1>, свободный (дата обращения: 25.11.2017). — Загл. с экрана.
341. Професія милосердя // Вечірній Харків. — 1984. — 25 квітня.
342. Прохоров Б. Б. Организация здравоохранения в России в XX веке [Электронный ресурс] / Б. Б. Прохоров // Россия в окружающем мире : анализ. ежегодник. — Электрон. дан. — Москва,

2001. — С. 100–143. — Режим доступа: <http://www.rus-stat.ru/stat/1302001-4.pdf>, свободный (26.07.2013 р.). — Загл. с экрана.
343. Прудивус Н. Пылесос для нервов // Вечерний Харьков. — 1991. — 12 декабря.
344. Пусть хорошеют города и поселки // Красное знамя. — 1970. — 20 мая.
345. Пушкарь Н. С. Достижения здравоохранения в Харьковской области // Н. С. Пушкарь, В. А. Сохранич // Вопросы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины : респ. межведомств. сб. — 1969. — Вып. 3. — С. 89–102.
346. Рахмаїл С. Харкову — чисте небо / С. Рахмаїл, І. Шевченко // Вечірній Харків. — 1970. — 11 липня.
347. Реміняк В. Удосконалюється служба здоров'я / В. Реміняк // Вечірній Харків. — 1986. — 14 червня.
348. Робак І. Грищенко Валентин Іванович / І. Робак // Харківщина : енцикл. слов. / Харків. обл. рада ; Харків. облдержадмін. ; [редкол.: С. І. Посохов (голова), К. В. Астахова, С. М. Куделко та ін.]. — Харків, 2014. — С. 95–96.
349. Робак І. Загальної та невідкладної хірургії інститут / І. Робак // Харківщина : енцикл. слов. / Харків. обл. рада ; Харків. облдержадмін. ; [редкол.: С. І. Посохов (голова), К. В. Астахова, С. М. Куделко та ін.]. — Харків, 2014. — С. 137.
350. Робак І. Шалімов Олександр Олексійович / І. Робак // Харківщина : енцикл. слов. / Харків. обл. рада ; Харків. облдержадмін. ; [редкол.: С. І. Посохов (голова), К. В. Астахова, С. М. Куделко та ін.]. — Харків, 2014. — С. 133.
351. Робак І. Ю. Досвід розв'язання міських екологічних проблем у Харкові в 50–80-ті роки ХХ сторіччя / І. Ю. Робак // Казантип-Еко-2012. Экология, энерго- и ресурсосбережение, охрана окружающей среды и здоровье человека, утилизация отходов : XVIII Междунар. науч.-практ. конф., 7–11 июня 2010 г., г. Щёлкино, АР Крым : сб. тр. В 2 т. / УкрГНТУ «Энергосталь». — Харьков, 2010. — Т. 1. — С. 277–280.

352. Робак І. Ю. Історичні умови організації та специфіка розвитку охорони здоров'я в Харкові (XVIII – початок XX ст.) : автореф. дис. ... д-ра іст. наук : 07.00.01 / І. Ю. Робак ; Нац. акад. наук України, Ін-т історії України. — Київ, 2009. — 40 с.
353. Робак І. Ю. Організація охорони здоров'я в Харкові за імперської доби (початок XVIII ст. — 1916 р.) / І. Ю. Робак. — Харків : ХДМУ, 2007. — 346 с., 24 с. іл.
354. Робак І. Ю. Охорона здоров'я в першій столиці радянської України (1919–1934 рр.). / І. Ю. Робак, Г. Л. Демочко. — Харків : Колегіум, 2012. — 260 с., 14 с. іл.
355. Ровський Л. За життя людини / Л. Ровський // Соціалістична Харківщина. — 1961. — 14 березня.
356. Ройтман Н. «Скорая»... платная медицинская помощь? / Н. Ройтман // Красное знамя. — 1991. — 13 июля.
357. Руденко С. Змеиный яд переполнил чашу / С. Руденко // Событие. — 1991. — 14 декабря.
358. Рузанова О. Н. О состоянии и задачах дальнейшего развития здравоохранения в Орджоникидзевском районе города Харькова / О. Н. Рузанова // Научно-практическая конференция врачей кафедр Украинского института усовершенствования врачей и лечебных учреждений Орджоникидзевского района г. Харькова, посвященная 100-летию со дня рождения В. И. Ленина. — Харьков, 1970. — С. 7–8.
359. Рухленко Н. Здравствуй, СПИД / Н. Рухленко // Ориентир. — 1990. — № 17.
360. Рященко Б. «Швидкій» — допомогу / Б. Рященко // Вечірній Харків. — 1978. — 19 грудня.
361. Салімонович Л. Націоналізація? / Л. Салімонович // Ленінська зміна. — 1990. — 25 серпня.
362. 70 лет советского здравоохранения / под ред. Е. И. Чазова. — Москва : Медицина, 1987. — 512 с.: ил.
363. Сербин С. Закону — десять лет / С. Сербин // Красное знамя. — 1970. — 8 июля.

364. Сивовол С. И. Из истории харьковской стоматологии [Электронный ресурс] / С. И. Сивовол // Стоматолог. — 2004. — № 7. — Электрон. дан. — Режим доступа: http://www.provisor.com.ua/100matolog/archive/2004/7/art_42.htm, свободный (дата обращения: 28.11.2017). — Загл. с экрана — Электрон. версия печ. публ.
365. «Скорая» для малыша // Медицинская газета. — 1991. — 15 февраля.
366. Скоробогатов А. В. Харків у часи німецької окупації (1941–1943) / А. В. Скоробогатов. — Харків : Прапор, 2006. — 376 с.
367. Скрипник О. Бюджет медицини в рік червоної Мавпи [Електронний ресурс] / О. Скрипник // Дзеркало тижня. — 2016. — 15 січ. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://gazeta.dt.ua/HEALTH/byudzheth-medicipini-v-rik-chervonoyi-mavpi-.html>, вільний (дата звернення: 28.11.2017). — Назва з екрану. — Електрон. версія друк. публ.
368. Слінін С. Звітувати — не лікувати / С. Слінін // Соціалістична Харківщина. — 1989. — 22 серпня.
369. Слінін С. Таємниці «обкомівської» лікарні / С. Слінін // Ленінська зміна. — 1990. — 29 вересня.
370. Слободенко К. Вшивые среди нас / К. Слободенко // Слобода. — 1991. — 31 мая.
371. Слободянюк П. Я. Медицина Поділля : монографія / П. Я. Слободянюк, А. С. Флексемберг, П. Ю. Івахов. — Кам'янець-Подільський, 2008. — 704 с.
372. Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947–1953) / Е. И. Смирнов. — Москва : Медицина, 1989. — 429 с.
373. Смирнова С. Н. Очерки истории Сабуровой дачи / С. Н. Смирнова. — Харьков : Ранок, 2007. — 291 с.: ил.
374. Соколовський С. М. Служба здоров'я: перспективи розвитку / С. М. Соколовський // Вечірній Харків. — 1989. — 7 березня.

-
375. Солдатенко А. Новий час — нові можливості / А. Солдатенко // Вечірній Харків. — 1990. — 5 листопада.
376. Солдатенко А. Проблеми нові і старі / А. Солдатенко // Вечірній Харків. — 1987. — 2 червня.
377. Солдатенко А. СНІД: знати, щоб боротися / А. Солдатенко // Вечірній Харків. — 1987. — 21 липня.
378. Солженицын А. Раковый корпус / А. Солженицын. — Москва : ИНКОМ НВ, 1991. — 416 с.
379. Сосин И. Лечит труд / И. Сосин // Красное знамя. — 1986. — 4 мая.
380. Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. — 2-е изд. — Москва : Медицина, 1984. — 640 с.: ил.
381. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. — Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. — 680 с.
382. СПИД не спит... // Время. — 1991. — 30 октября.
383. Станиславская Н. Г. Организация онкологической помощи в Харьковской области / Н. Г. Станиславская // Третья областная научно-практическая конференция по вопросам онкологии, 4–5 сентября 1967 г. : тез. докл. — Харьков, 1967. — С. 5–6.
384. Стешенко О. Романтик / О. Стешенко // Вести. — 2004. — 23 сентября.
385. Сто двадцать лет истории Дома 90 на Сумской улице Харькова : монография / А. И. Сердюк, Б. А. Рогожин, С. К. Бондаренко, В. В. Правдин ; под ред. А. И. Сердюка, Б. А. Рогожина. — Харьков : Фактор, 2016. — 432 с. : ил.
386. 100 років. Офтальмологічна клініка імені професора Л. Л. Гіршмана : ювіл. вид. / [М. І. Ковтун, О. В. Недзвецька, Ю. А. Дьомін та ін.]. — Харків, 2008. — 87 с.

387. Ступак Ф. Я. Розвиток охорони здоров'я в Україні у другій половині ХХ століття / Ф. Я. Ступак // Грані. — 2015. — Т. 18, № 2 (118). — С. 158–162.
388. Тараненко Н. Здоров'я дороже / Н. Тараненко // Вечерний Харьков. — 1991. — 28 декабря.
389. Тарасова Л. К врачу... в рабочее время / Л. Тарасова // Вечерний Харьков. — 1991. — 21 сентября.
390. Тарасова Л. Разом за здоров'ям / Л. Тарасова // Вечірній Харків. — 1988. — 9 квітня.
391. Таршис В. Б. Две жизни — одна судьба / В. Б. Таршис // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1998. — № 4. — С. 111–116.
392. Титов В. Н. Харьковщина накануне сорокалетия Великого Октября : материалы в помощь пропагандистам и агитаторам / В. Н. Титов. — Харьков : Харьк. обл. изд-во, 1957. — 92 с.
393. Тихонова І. Дайте ліки діабетику / І. Тихонова // Вечірній Харків. — 1988. — 19 листопада.
394. Ткаченко І. В. Охорона здоров'я в Україні в роки нової економічної політики: соціально-історичний аспект : дис. ... канд. іст. наук : 07.00.01 / І. В. Ткаченко ; Черкас. нац. ун-т ім. Б. Хмельницького. — Черкаси, 2009. — 231 с.
395. Троян А. Для здоров'я людини : медичне обслуговування трудящих / А. Троян // Вечірній Харків. — 1979. — 6 лютого.
396. У заводській поліклініці // Слобідський край. — 1991. — 24 травня.
397. Українське радянське суспільство 30-х рр. ХХ ст. : нариси повсякденного життя : колект. монографія / Нац. акад. наук України, Ін-т історії України ; [відп. ред. Кульчицький С. В.]. — Київ : Ін-т історії України, 2012. — 786 с.
398. Улучшать медицинское обслуживание трудящихся // Красное знамя. — 1957. — 3 октября.

399. Управління каналу Дніпро–Донбас [Електронний ресурс] : історична довідка : [офіц. сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://ukdd.dp.ua/history>, вільний (дата звернення: 25.11.2017). — Назва з екрану.
400. Ушаков Н. Харьковское эхо кремлевской интриги [Электронный ресурс] / Н. Ушаков // Заметки по еврейской истории : сетевой портал / ред. Е. Беркович. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://www.berkovich-zametki.com/Nomer25/Ushakov1.htm>, свободный (дата обращения: 28.11.2017). — Загл. с экрана.
401. Федорова С. Аптека в тупике? / С. Федорова // Красное знамя. — 1990. — 8 мая.
402. Фомина М. Г. Мы все подопытные кролики / М. Г. Фомина // Слобода. — 1991. — 16 октября.
403. Фомина М. Наболело... / М. Фомина // Красное знамя. — 1990. — 30 августа.
404. Харків у цифрах і фактах : довідник. — Харків : Прапор, 1967. — 200 с.
405. Харків фармацевтичний : альбом / [Укр. фармацевт акад. ; уклад.: В. П. Черних, Д. І. Дмитрієвський, С. В. Хіменко та ін.]. — Харків : Золоті сторінки, 1999. — 240 с.
406. Харківська медична академія післядипломної освіти [Електронний ресурс] : кафедра дитячої фтизіатрії та пульмонології : [офіц. сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: http://med.edu.ua/ukr/structure/view_fakultet/30, вільний (дата звернення: 25.11.2017). — Назва з екрану.
407. Харківська медична академія післядипломної освіти [Електронний ресурс] : кафедра медицини невідкладних станів та медицини катастроф : [офіц. сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: http://med.edu.ua/ukr/structure/view_fakultet/74, вільний (дата звернення: 25.11.2017).
408. Харківська медична академія післядипломної освіти [Електронний ресурс] : наша історія : [офіц. сайт]. — Електрон. дані. —

- Режим доступу: <http://med.edu.ua/ukr/category/history.html>, вільний (дата звернення: 25.11.2017). — Назва з екрану.
409. Харківський національний медичний університет [Електронний ресурс] : кафедра терапевтичної стоматології : [офіц. сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: http://www.knmu.kharkov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=235%3A2011-05-19-08-28-49&catid=7%3A2011-05-05-09-09-08&Itemid=27&lang=uk, вільний (дата звернення: 25.11.2017). — Назва з екрана.
410. Харківський національний медичний університет [Електронний ресурс] : кафедра урології, нефрології та андрології : [офіц. сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: http://www.knmu.kharkov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=238%3A2011-05-19-09-38-04&catid=7%3A2011-05-05-09-09-08&Itemid=27&lang=uk, вільний (дата звернення: 25.11.2017). — Назва з екрана.
411. Харківський національний медичний університет [Електронний ресурс] : кафедра хірургії № 2 : [офіц. сайт]. — Електрон. дані. — Режим доступу: http://www.knmu.kharkov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=244%3A-2&catid=7%3A2011-05-05-09-09-08&Itemid=27&lang=uk, вільний (дата звернення: 25.11.2017). — Назва з екрана.
412. Харківський обласний центр урології відзначив 50-річчя [Електронний ресурс] // Харків : офіц. сайт Харків. міськ. ради, міск. голови. — Електрон. дані. — Режим доступу: <http://www.city.kharkov.ua/uk/news/kharkivskiy-oblasniy-tsentr-urologii-vidznachiv-50-richchya-36874.html>, вільний (дата звернення: 28.11.2014). — Дата публ.: 6.10.2017. — Назва з екрану.
413. Харьков вчера, сегодня, завтра / Ю. М. Шкодовский, И. Н. Лаврентьев, А. Ю. Лейбфрейд, Ю. Ю. Полякова. — Харьков : Фолио, 2004. — 206 с.
414. Харьков : крат. справ. / [А. П. Голиков, Г. К. Андреева, И. А. Алферов и др.]. — 2-е изд., доп. — Харьков : Прапор, 1978. — 334 с.

415. Харьковский научно-исследовательский химико-фармацевтический институт [Электронный ресурс] // Большая энциклопедия нефти и газа : [сайт] / НПЦ Знание. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://www.ngpedia.ru/id59742p1.html>, свободный (дата обращения: 25.11.2017). — Загл. с экрана.
416. Харьковский областной клинический онкологический центр [Электронный ресурс] : история : [офиц. сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://kharkovonco.com.ua/o-nas/istoriya> (20.04.2016 р.). — Загл. с экрана.
417. Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала [Электронный ресурс] : [офиц. сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://uro-nefro-center.com.ua/>, свободный (дата обращения: 25.11.2017). — Загл. с экрана.
418. Харьковщина в девятой пятилетке : сб. ст. — Харьков : Прапор, 1971. — 144 с.
419. Харьковщина в десятой пятилетке : соц.-эконом. очерк. — Изд. 2-е, испр. и доп. — Харьков : Прапор, 1977. — 151 с.
420. Ходирев О. Суспільне багатство / О. Ходирев // Вечірній Харків. — 1986. — 4 липня.
421. Хорош И. Д. Успехи здравоохранения в Харькове за 40 лет советской власти / И. Д. Хорош ; Харьк. науч. мед. о-во, Харьк. гор. дом санитар. просвещения. — Харьков, 1958 — 15 с.
422. Хрисанова С. Иглы против алкоголя // Красное Знамя. — 1986. — 22 апреля.
423. Хрисанова С. Программа «Здоровье»: реальность и перспективы / С. Хрисанова // Красное знамя. — 1986. — 24 августа.
424. Хрисанова С. Стоматолог просит помощи / С. Хрисанова // Красное знамя. — 1986. — 18 мая.
425. Худяков В. Наценка на милосердие / В. Худяков // Известия. — 1988. — 5 октября.
426. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України)

- Ф. 342.
Оп. 14.
Спр. 582. Листування в справі водопостачання міст та сел, 34 арк.
427. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України)
Ф. 342.
Оп. 14.
Спр. 585. Листування в справі каналізації, 29 арк.
428. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України)
Ф. 342.
Оп. 14.
Спр. 586. Листування в справі очистки населених міст, 130 арк.
429. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України)
Ф. 342.
Оп. 14.
Спр. 1574. Звіти облздороввідділів про стан охорони здоров'я: Харківської, Житомирської, Рівенської, Сумської, Полтавської, Вінницької, Ворошиловградської, Черкаської, Одеської областей, 229 арк.
430. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України)
Ф. 342.
Оп. 14.
Спр. 2140. Отчет о состоянии терапевтической помощи в Харьковской области в 1950 году, 53 арк.
431. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України)
Ф. 342.

Оп. 14.

Спр. 2177. Матеріали о выполнении приказа Минздрава СССР № 870 по Харьковской области за 1950 г., 77 арк.

432. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України)

Ф. 342.

Оп. 17.

Спр. 2101. Справки комиссий министерства о проверке состояния медицинской помощи рабочим машиностроительной промышленности г. Киева и Харькова, 173 арк.

433. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України)

Ф. 342.

Оп. 17.

Спр. 3811. Довідки комісії МОЗ УРСР про результати комплексної перевірки організації медичної допомоги населенню м. Харкова та області, том. 1, 260 арк.

434. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України)

Ф. 342.

Оп. 17.

Спр. 3812. Довідки про перевірку медичної допомоги населенню Харкова, 1985 р., том. 2, 294 арк.

435. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України)

Ф. 342.

Оп. 17.

Спр. 3835. Інформації, довідки, огляди про стан акушерсько-гінекологічної допомоги в областях УРСР, 86 арк.

436. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України)

Ф. 342.

Оп. 17.

Спр. 5345. Довідки комісії МОЗ УРСР/України, інформацій ВОЗ облвиконкомів про стан педіатричної служби та заходи щодо зниження смертності за 1991 рік. Області: Луганська — Чернігівська, 126 арк.

437. Центральний державний архів громадських об'єднань України.

Ф. 1.

Оп. 23.

Спр. 2352. Специальные сообщения о случаях желудочно-кишечных заболеваний на предприятиях и учреждениях гор. Харькова, 8 арк.

438. Центральний державний архів громадських об'єднань України.

Ф. 1.

Оп. 24.

Спр. 2773. Информации о реагировании населения по поводу сообщения ТАСС от 13.I.53 г. «Арест группы врачей-вредителей» и информации о реагировании населения по поводу сообщения МВД СССР от 4.IV.53 г. — О реабилитации группы врачей, ранее арестованных в Москве, 105 арк.

439. Центральний державний архів громадських об'єднань України.

Ф. 1.

Оп. 24.

Спр. 3060. Информации обкомов КП Украины о реагировании населения по поводу сообщения ТАСС от 13.I.1953 г. «Арест группы врачей-вредителей», 48 арк.

440. Центральний державний архів громадських об'єднань України.

Ф. 1.

Оп. 24.

Спр. 4304. Справки отделов ЦК КП Украины, письма обкомов КП Украины, Министерств и других организаций — по вопросу

здравоохранения (о медицинском обслуживании населения, о благоустройстве курортов, о пищевых отравлениях), 183 арк.

441. Центральний державний архів громадських об'єднань України.
Ф. 1.

Оп. 24.

Спр. 4359. Справки административного отдела ЦК КП Украины, письма СМ УССР, Министерства здравоохранения УССР, Статуправления УССР — о заболеваемости и смертности населения от рака, об увеличении рождаемости и дальнейшем снижении детской смертности и другим вопросам, 171 арк.

442. Центральний державний архів громадських об'єднань України.
Ф. 1.

Оп. 25.

Спр. 664. Информации в ЦК КПСС, обкомов партии о ходе выполнения постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О серьезных недостатках в работе по предупреждению острых кишечных инфекционных заболеваний и пищевых отравлений»; и инфекционных заболеваний в республике; справки и информации Совета Министров УССР об основных демографических показателях в республике, о снижении травматизма среди населения республики; о состоянии медицинского обслуживания работников морского транспорта Черноморско-Азовского бассейна, 91 арк.

443. Центральний державний архів громадських об'єднань України.
Ф. 1.

Оп. 25.

Спр. 1509. Информация в ЦК КПСС, справки отдела науки и учебных заведений ЦК Компартии Украины, Министерства здравоохранения Украинской ССР по вопросам здравоохранения и другим вопросам, 70 арк.

444. Центральний державний архів громадських об'єднань України.
Ф. 1.

- Оп. 25.
Спр. 1888. Докладные записки отдела науки и учебных заведений ЦК Компартии Украины и других организаций по вопросам здравоохранения, радиоактивности на территории УССР, 60 арк.
445. Центральний державний архів громадських об'єднань України.
Ф. 1.
Оп. 25.
Спр. 2861. Записка работников ЦК и Совмина УССР, переписка с Минздравом СССР по обеспечению населения и учреждений здравоохранения республики лекарственными средствами, оснащению роддомов и детских учреждений Украины. Переписка с Комиссией по установлению персональных пенсий при Совмине СССР. Записки отделов ЦК, информация Донецкого обкома партии о льготах и преимуществах участникам Великой Отечественной войны и семьям погибших, 60 арк.
446. Центральний державний архів громадських об'єднань України.
Ф. 1.
Оп. 32.
Спр. 813. Справка Совета Министров УССР, министерств и ведомств республики о материально-бытовом обеспечении и медицинском обслуживании одиноких матерей и воспитании их детей, 11 арк.
447. Центральний державний архів громадських об'єднань України.
Ф. 1.
Оп. 32.
Спр. 2181. Справки отделов ЦК Компартии Украины, информации Совета Министров УССР, Минздрава УССР, Минсобеса УССР, других органов по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, 97 арк.
448. Центральний державний архів громадських об'єднань України.
Ф. 1.

Оп. 32.

Спр. 2456. Записки, довідки, інформації відділів ЦК Компартії України, Ради Міністрів УРСР, Міністерств охорони здоров'я СРСР і УРСР, Держкомспорту УРСР, лікувально-курортних закладів, громадських об'єднань про стан і заходи щодо поліпшення охорони здоров'я, промислове виробництво нового протипухлинного препарату, захворювання грипом, незадовільний рівень лікувально-профілактичної допомоги дітям загиблих воїнів-афганців, боротьбу з пияцтвом і алкоголізмом у Київській області, роботу комісії по встановленню персональних пенсій, підготовку спортсменів України до XXIV олімпійських ігор, 122 арк.

449. Центральний державний архів громадських об'єднань України.

Ф. 1.

Оп. 32.

Спр. 2525. Записки, довідки, листи, телеграми секретарів ЦК Компартії України, Управління справами ЦК, обкомів і міськкомів партії, Ради міністрів УРСР, Четвертого Головного управління при Міністерстві охорони здоров'я України про будівництво приміщень партійних і державних органів, міністерств і відомств, лікувально-оздоровчих установ, передачу цих приміщень установам охорони здоров'я, про скорочення штатів парторганів і працевлаштування працівників та інші питання фінансово-господарської діяльності, 108 арк.

450. Центральний державний архів громадських об'єднань України.

Ф. 1.

Оп. 32.

Спр. 2795. Записки, довідки, інформації, листи відділів ЦК Компартії України, Ради Міністрів УРСР, партійних і радянських органів, Міністерства охорони здоров'я, громадських організацій, медичних установ про завершення епідемії грипу в УРСР, проведення благодійного телемарафону «Чорнобиль», передачу партійних лікувально-оздоровчих установ у загальне користування, організацію відпочинку молоді, поліпшення умов

- проживання ветеранів, скасування пільг та інші питання охорони здоров'я і соціального забезпечення, 103 арк.
451. Центральний державний архів громадських об'єднань України.
Ф. 1.
Оп. 32.
Спр. 2927. Записки, довідки, інформації, листи ЦК Компартії України, його відділу соціально-економічної політики, партійних і радянських органів, Міністерства охорони здоров'я УРСР, наукових, медичних установ, інших організацій про виділення коштів з партбюджету на поліпшення медичного обслуговування населення, яке постраждало від чорнобильської катастрофи, про отримання валюти для придбання ліків за кордоном, розвиток фармацевтичної промисловості, захист трудящих від безробіття, призначення персональних пенсій, інші питання охорони здоров'я і соціального забезпечення, 187 арк.
452. Цыганенко А. Я. 200 лет Харьковской хирургической школе и 20 лет кафедре хирургических болезней ХГМУ / Цыганенко А. Я. // Экспериментальная и клиническая медицина. — 2004. — № 3. — С. 8–10.
453. Чаклин А. Раннее выявление рака спасает жизнь / А. Чаклин // Красное знамя. — 1970. — 7 апреля.
454. Чепракова О. М. Харкову — чисте повітря / О. М. Чепракова // Вечірній Харків. — 1970. — 7 серпня.
455. Черкасов И. А. На страже здоровья трудящихся / И. А. Черкасов // Харьковщина в девятой пятилетке : сб. ст. — Харьков, 1971. — С. 135–142.
456. Что не доели Глеб Жеглов и Володя Шарапов? [Электронный ресурс] // Гастроном : [сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://www.gastronom.by/vibrat-prazdnik/chto-ne-doeli-bleb-jeglov-i-volodya-sharapov.html>, свободный (12.03.2016 р.). — Загл. с экрана.
457. Шаповалов И. Догоним ли мы Швейцарию? / И. Шаповалов // Ориентир. — 1990. — № 4.

458. Шахова С. Патології хребта та суглобів інститут ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України / С. Шахова // Харківщина : енцикл. слов. / Харків. обл. рада ; Харків. облдержадмін. ; [редкол.: С. І. Посохов (голова), К. В. Астахова, С. М. Куделко та ін.]. — Харків, 2014. — С. 266.
459. Шліхта Н. Історія радянського суспільства : навч. посіб. / Н. Шліхта. — Київ : ВД «Києво-Могилянська академія», 2010. — 218 с.
460. Шлях у 90 років — події та люди / М. М. Коренєв, О. І. Плехова, Л. Ф. Богмат та ін. — Харків : Контраст, 2012. — 224 с.
461. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / М-во охорони здоров'я України, ДУ «Укр. ін-т стратег. досліджень МОЗ України» ; [за ред. О. Квіташвілі]. — Київ, 2015. — 460 с.
462. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / М-во охорони здоров'я України, ДУ «Укр. ін-т стратег. досліджень МОЗ України» ; [за ред. В. В. Шафранського]. — Київ, 2016. — 452 с.
463. Электронная медицинская техника. Разработки кафедры «Промышленная и биомедицинская электроника» НТУ «ХПИ» / [Е. И. Сокол, А. В. Кипенский, Е. И. Король и др.]; Нац. техн. ун-т «Харьк. политехн. ин-т». — Харьков : Золотые страницы, 2015. — 264 с. : ил.
464. «Эра “Здоровья” 1907–2007» [Электронный ресурс] // «Здоровье» : фармацевт. компания : [офиц. сайт]. — Электрон. дан. — Режим доступа: <https://www.zt.com.ua/page.php?id=15>, свободный (дата обращения: 25.11.2017). — Загл. с экрана.
465. Яворский В. Здоровье — богатство общее / В. Яворский // Красное знамя. — 1981. — 7 февраля.

466. Ясинский В. Замороженные миллионы — это десятки недостроенных больниц, поликлиник, роддомов / В. Ясинский // Красное знамя. — 1989. — 10 января.
467. Davis С. Глава 2. Понимание наследия: системы финансирования здравоохранения в СССР и странах Центральной и Восточной Европы до переходного периода [Электронный ресурс] / С. Davis // Реформы финансирования здравоохранения: опыт стран с переходной экономикой / Европейс. обсерватория по системам и политике здравоохранения ; под ред. Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab. — [Б. м. : б. и.], 2011. — С. 29–70. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/151023/e94240R.pdf, свободный (дата обращения: 28.11.2017). — Загл. с экрана.
468. Disney Н. Weathering the Storm. Central and Eastern European Healthcare in Financial Crisis (Semashko System (1945–1990)) / Н. Disney, Р. Healy, М. Pugatch. — Stockholm : Stockholm Network, 2010. — 57 p.
469. Du L. U.S. Health-Care System Ranks as One of the Least-Efficient [Electronic resource] / Lisa Du, Wei Lu // Bloomberg : [site]. — Mode of access: <http://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient>, free (date of the application: 28/11/2017). — The title from the screen.
470. Eberstadt N. The health crisis in the USSR / N. Eberstadt // New York Review Books. — 1981. — February 19. — P. 23–31.
471. Filtzer D. The Hazards of Urban Life in Late Stalinist Russia: Health, Hygiene, and Living Standards, 1943–1953 / D. Filtzer. — Cambridge : Cambridge University Press, 2010. — 410 p.
472. Friedenberg S. David. Soviet Health Care System [Electronic resource] / David S. Friedenberg // The Western Journal of Medicine. — 1987. — Aug. — P. 214–217. — Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1025801>, free (date of the application: 28/11/2017). — The title from the screen.

-
473. Ilin V. G. Growth dynamics of the Kharkiv healthcare net-work for the period 1943–1990 / I. Yu. Robak, V. G. Ilin // Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я : матеріали Другої Міжнар. наук. інтернет-конф., присвяч. 210-річчю Харків. нац. мед. ун-ту, 4–11 листоп. 2014 р. / Харків. нац. мед. ун-т ; [редкол.: І. Ю. Робак та ін.]. — Харків, 2014. — С. 18–19.
474. Ryan M. Doctors and the State in the Soviet Union / M. Ryan. — Basingstoke : Palgrave Macmillan UK, 1990. — 205 p.
475. Ryan M. Health care insurance in the Soviet Union / M. Ryan // BMJ. — 1991. — 19 January. — P. 170–171.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВДНГ — Всесоюзна виставка досягнень народного господарства

ВНДІХТЛЗ — Всесоюзний науково-дослідний інститут хімії та технології лікарських засобів

МЗВ — міський відділ охорони здоров'я (міськздороввідділ)

МСЧ — медико-санітарна частина

НВО — науково-виробниче об'єднання

НГМ — новий господарський механізм

ОЗВ — обласний відділ охорони здоров'я (облздороввідділ)

ОКСЛ — обласна клінічна стоматологічна лікарня

ОЛСУ — обласні лікувально-санітарні управління

УІУЛ-ХІУЛ — Український (Харківський) інститут удосконалення лікарів

УНДПНІ-ХНДПНІ — Український (Харківський) науково-дослідний психоневрологічний інститут

ФТІНТ — Фізико-технічний інститут низьких температур

ХЕМЗ — Харківський електромеханічний завод

ХМІ-ХНМУ — Харківський медичний інститут / Харківський національний медичний університет

ХНДІЗНХ — Харківський науково-дослідний інститут загальної та невідкладної хірургії

ХНДІМР — Харківський НДІ медичної радіології

ХНДІТ — Харківський науково-дослідний інститут терапії

ХНДХФІ, ВНДІХТЛЗ — Харківський науково-дослідний хіміко-фармацевтичний інститут, Всесоюзний науково-дослідний інститут хімії та технології лікарських засобів

ХПІ — Харківський політехнічний інститут

ХТЗ — Харківський тракторний завод

ХФТІ — Харківський фізико-технічний інститут

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РАДЯНСЬКА ПОЛІТИКА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
Повоєнна відбудова охорони здоров'я м. Харкова.	7
Організаційні вдосконалення впродовж 1940–1980-х рр.	18
Планування та фінансування роботи охорони здоров'я	28
Кадрове забезпечення харківської охорони здоров'я.	40
ДІЯЛЬНІСТЬ САНІТАРНИХ СЛУЖБ	57
Санітарний стан Харкова.	57
Санітарне впорядкування Харкова.	68
МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ.	82
Організація лікувально-профілактичної допомоги.	82
Боротьба з найважливішими хворобами й діяльність спеціалізованих медичних закладів	142
Організація медичної допомоги робітникам і службовцям харківської промисловості.	184
Привілеї компартійно-радянської номенклатури у сфері охорони здоров'я	196
ВИСНОВКИ.	203
ДОДАТКИ	212
ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК	233

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК236
ДЖЕРЕЛА І ЛІТЕРАТУРА.....	.252
СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ316

Наукове видання

РОБАК
Ігор Юрійович

ІЛЬІН
Вадим Геннадійович

**ХАРКІВСЬКА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я
В ПІСЛЯВОЄННИЙ РАДЯНСЬКИЙ ПЕРІОД
(1945–1991 рр.).**

Монографія

*Редактор Євген Редько
Комп'ютерна верстка Віктор Тарасенко*

Підписано до друку 22.02.2018. Формат 60×84¹/₁₆.
Папір офсетний. Гарнітура Petersburg. Друк офсетний.
Умов. друк. арк. 19,99. Умов. вид. арк. 13,56.
Наклад 300 прим. Зам. № 1539.

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

Надруковано у друкарні
СПД ФО Тарасенко В. П.
Свідоцтво №24800170000043751 від 21.01.2002 р.
61124, м. Харків, вул. Зернова, 6/267.
Тел./факс: (0572) 52–82–11.

