

Ткаченко І.

САНИТАРНИЙ СТАН ТА БОРОТЬБА З ЕПІДЕМІЯМИ В РАДЯНСЬКІЙ УКРАЇНІ. 1920-ті рр.

На початку ХХ ст. Україна була відома в світі загрозливими епідеміями. Масове поширення інфекційних захворювань зумовлювалося несприятливою санітарною ситуацією, яку породжували скрутні матеріальні умови життя та санітарна некультурність населення, а також низький рівень медичної допомоги хворим та відсутність санітарно-профілактичних заходів щодо попередження захворюваності.

Санітарний стан. Санітарний побут населення визначався несприятливими матеріальними та культурними чинниками: високою житловою скупченістю, як в місті, так і на селі, санітарною непорядкованістю населених пунктів, браком коштів в бюджетах пересічних українців на санітарію, гігієну та на оздоровлення, а також шкідливими умовами праці та відсутністю гігієнічних навичок у населення.

Погані житлові умови мали як пересічні селяни, так і городяни. Більшість селянських будинків споруджувалася з неякісних недовговічних матеріалів – з того, що траплялося під рукою й коштувало найдешевше. У степовій частині – з глини, а в лісовій та лісостеповій – з дерева. Глиняні хати будувалися переважно у вигляді валькованих і глинолитних (29,9% хат), а також саманних будівель (7,6%) і плетених мазанок (9,4%). Стіни з саманної цегли, до складу якої поряд з соломою і непаленою глиною входив коров'ячий кіз'як, мали здатність гнити, а тонкі глинобитні – промерзати. Крім того, глиняні хати вкривалися дахом з соломи, який швидко псувався і протікав.

Селянські хати, як правило, не мали фундаменту і підлоги – їх долівка утоптувалася глиною. Через маленькій розмір вікон в мешканнях селян бракувало сонячного світла. Подвійні віконні рами, здатні утримувати тепло, зустрічалася як виняток. Рами, які звичайно не мали кватирок, наглухо вбивалися у вікна, тому приміщення не провітрювалися. Між тим, на одного проживальця селянської хати, де проживало 5-6 осіб, припадало лише 11 куб. м повітря – вдвічі менше встановленої санітарної норми. Оскільки хати склалися з однієї кімнати, де одночасно приходилося варити їжу, купати малих дітей та прати білизну, повітря в селянських хатах постійно забруднювалося й було вологим. Задушливість повітря посилювало використання джерел освітлення, які поглинали кисень. Більшість (55%) селянських осель освітлювалася каганцями, майже 14% – гасовими лампами без скла й лише 28,7% – електрикою.¹ Антисанітарні умови проживання

посилював звичай, запозичений деякими українськими селянами від німців колоністів, – будувати під однією покрівлею з хатою стайню і хлів².

Несприятливі житлові умови мали мешканці міст та робітничих селищ. Регіоном України, найменш благополучним щодо житлового забезпечення мешканців, був промисловий Донбас. Індустріальні центри цього регіону – Сталіно, Артемівськ та Луганськ, що до революції являли собою великі робітничі селища, почали бурхливо зростати у зв'язку з розвитком промисловості та перетворенням в адміністративні центри гірничопромислового району. Але рівень розвитку їх житлово-комунальної сфери різко відставав від пересічного по республіці, а тим більш від рівня великих міст – старих культурно-адміністративних центрів.

Під час обслідування житлових умов шахтарів Донбасу, проведеного в жовтні – листопаді 1925 р., було з'ясовано, що хоча майже всі робітники (на 90%) забезпечувалися житлом гірничорудними трестами, – три чверті з них розміщувалися в індивідуальних квартирах, 28% – в гуртожитках й лише дехто – в напівземлянках – їх житлові умови були незадовільними.

Мешкання, в яких проживали шахтарі – двох чи чотирьох квартирні будинки для сімейних робітників або кесарні для нежонатих – ані за якісними, ані за кількісними показниками не відповідали санітарним нормативам. Як і селянські хати, вони були холодними, вологими, темними та душними. Рівень житлової забезпеченості робітників наближувався до санітарної норми – 10,3 кв. м на особу – лише в 2 з 18 обслідуваних рудоуправлінь, в 10 рудоуправліннях він знижувався майже наполовину – до 5,1 – 5,8 кв. м й в 4 – доходив до мінімуму в 4,56 – 4,6 кв. м.

Як і селянські будинки, квартири шахтарів склалися з однієї кімнати та передньої. Вони споруджувалися без допоміжних нежилых приміщень (вбиральні, ванної, комори й т. ін.) й тому жила кімната використовувалася як кухня, ванна та комора. Через маленькі вікна в мешканнях бракувало світла, а через «глухі» рами без кватирок – свіжого повітря.

На відміну від селянських хат робітничі мешкання будувалися з більш довговічних матеріалів – у більшості з цегли та каменю, мали підлогу, а також дах, вкритий даховим залізом або черепицею, або толем й деінде деревом. Крім того, будинки для робітників звичайно споруджувалися на кам'яному фундаменті, але через брак ізоляції між фундаментом та підлогою в більшості будинків волога з ґрунту потрапляла до помешкань. Більш холодними були робітничі казарми, де підлога, як правило, покривалася бетоном, а іноді – цеглою, асфальтом та деревом. Відносно теплими, за рахунок переважно дерев'яної підлоги, були будинки для сімейних робітників.

Більшості мешканців робітничих селищ, як і селянам, не були доступні здобутки цивілізації, які почали впроваджуватися в побут городян – центральне

опалення, водогінне водопостачання, каналізація. Єдиним благом цивілізації, яке міцно увійшло у побут робітників, було електричне освітлення. Центральне опалення залишалося привілеєм обраних – ним користувалося лише 1,7- до 3,7% мешканців робітничих селищ³.

Існували серйозні проблеми з водопостачанням мешканців Донбасу, основним джерелом якого служила колодязна вода – переважно з шахтних колодязів. Водогоном користувалося лише 18% селищних домоволодінь, в яких проживало 14% населення – не набагато менше, ніж в містах України*. Малопотужні водогони Донбасу подавали не більше 100 куб м води на добу, й тому в 17 селищах, оснащених водогонами, вода додатково підвозилася діжками. Оскільки лише 7 із 38 водогонів було обладнано очисними спорудами недосконалої конструкції, водогінна вода не відповідала санітарним нормам і не була придатна для пиття. 16,6% мешканців Донбасу користувалися водою з відкритих водоймищ, що було ще більш небезпечним, зважаючи на відсутність очистки промислових викидів у водоймища.

Сільське водопостачання Донецького басейну також здійснювалося переважно за рахунок 51.722 шахтних колодязів. Крім них було пробурено 159 водних свердловин. Оскільки свердлових і шахтних колодязів не вистачало, вода вживалася і з 1.300 ставків, які часто пересихали і були бактеріологічно забрудненими, як і річки Донбасу.

Серйозні санітарні проблеми з водопостачанням існували і в місцевостях користування колодязною водою. Це зумовлювалося бідністю та низькою санітарною культурою населення.

Наприклад, в Родомисльському районі, більшість колодязів була мілководною, що стримувало водопостачання населення. Третина населених пунктів обслуговувалася виключно громадськими колодязями, які утримувалися в антисанітарному стані. Приватні колодязі малися навіть не у всіх родинях заможних селян. Влаштування колодязів в низинах задля економії на облицюванні за рахунок спорудження неглибоких колодязів, не гарантувало чистої води, оскільки вода в низинах звичайно була забрудненою. Крім того, в українських селах переважали дешеві, але проникливі для ґрунтових вод цямринні колодязі, стіни яких незадовільно облицювалися, наземна частина зрубу була низкою, а ґрунт навколо зрубу рідко вкривався цеглою або камінням. Незважаючи на це, підставки під відра мали лише 18% колодязів, а стічні канали – 2%. Будучі не захищеними з боків, колодязі не захищалися і зверху: менше 1% колодязів мали кришки. Забір води з колодязів звичайно проводився приватними відрами, чистота яких була

* Водогони були лише в Київ, Одеса, Харків, Київ. Водогінною водою користувалося до 15-20% городян УСРР.

сумнівною, оскільки громадські відра малися лише в 8% колодязів. Через санітарну некультурність населення громадські відра на колодязях, розташованих при шляхах, використовувалися для водопою худоби, оскільки лише 4,3% пришляхових колодязів оснащувалося жолобами, призначеними для цього. Забрудненість води в колодязях зумовлювалася не тільки неправильним облаштуванням та використанням, а й незадовільним доглядом, який зводився виключно до очистки колодязів⁴.

Поряд з проблемою водопостачання гостро стояла проблема видалення і обеззаражування нечистот і покидьків, яка не була розв'язана навіть у міських центрах України. Каналізація, що існувала в чотирьох містах республіки (Харків, Київ, Одеса, Дніпропетровськ), була виношеною, малопотужною й, до того ж, в двох містах (Дніпропетровськ і Київ) спускала стоки без очистки. Там, де каналізації не було, для збирання нечистот використовувалися непроникливі вигреби, яких катастрофічно не вистачало. Непроникливі вигреби малися лише в 30-40% домоволодінь великих міст та в 2-10% домоволодінь маленьких містечок.

Через брак асенізаційних обозів, кількість яких порівняно з 1912 р. скоротилася двічі, та недостатню ємність або відсутність приміських сміттєвих звалищ, влаштованих лише в двох третинах міських населених пунктів, сміття та помії в містах своєчасно не вивозилися⁵. Постійно перебували під загрозою спалаху інфекційних захворювань робітничі околиці, поблизу яких традиційно влаштовувалися санкціоновані та чисельні стихійні звалища сміття. Епідемічну небезпеку посилювала відсутність обеззаражування та переробки нечистот та покидьків на звалищах. Нечистоти звичайно збиралися в глибокі ями, які закидалися землею, а сміття, незважаючи на вимогу спалювання або переорювання, як правило, залишалася не переробленим. Внаслідок звалища перетворювалися на розплідники мух та пацюків, забруднювали підземні води та повітря⁶.

Особливо несприятлива ситуація з видаленням і обеззаражуванням нечистот і покидьків склалася в робітничих селища. Тільки в двох робітничих селищах Донбасу існувала каналізація, ще в чотирьох – нечистоти частково виводилися з каналізацією промислових підприємств. Там, де не було каналізації населення користувалося вуличними вбиральнями, які будувалися для спільного користування – по одній на декілька будинків. Нечистоти звичайно збиралися в проникливі вигреби, своєчасному вивезенню яких перешкоджав брак асенізаційних діжок. Половина робітничих селищ не мала помийниць, тому сміття нерідко скидалося мешканцями поблизу житлових будинків і гуртожитків⁷.

В 20-ті рр. залишалась нерозв'язаною проблема забезпечення населення комунальними банями. Незважаючи на повсюдне поширення бань в сусідній

Росії, в українських селах вони традиційно не будувались. До 1927 р. не мали лазень та пралень комунального користування і робітничі селища. Залишалось нерозвинутим лазневе господарство у містах: навіть в низці окружних центрів лазень не існувало.

Міські та селищні лазні почали активно будувати з другої половини 20-х рр. Лідером лазневого будівництва, зважаючи на необхідність залучення робітничих кадрів до індустріального виробництва, став Донбас. Перші комунальні лазні в Донецькому регіоні з'явилися в Сталіно, Луганському, Артемівську, Слав'янську, Алчевську та Червоному Проміні. До кінця 1920-х років можливість користування комунальними лазнями набула чверть мешканців робітничих селищ Донбасу. Крім комунальних лазень в донецьких селищах функціонували «закриті» лазні для обмеженого кола користувачів: в 35% селищах – «шахтні» для робітників тресту «Донвугілля» та в 25% – для контингенту закритих соціальних закладів (лікарень, дитячих будинків та ін.). Тобто для більшості мешканців Донбасу регулярне користування банями залишалось недоступним.

Низький рівень благоустрою населених пунктів та нерозвиненість сфери комунального обслуговування населення негативно впливали на санітарний стан українських сіл, селищ і міст. Несприятлива санітарна ситуація, що склалася в УСРР, також зумовлювалася низькою санітарною культурою населення.

Українські селяни не мали звички дотримуватися особистої гігієни: регулярно мити руки, купатися, користуватися милом та особистим рушником.

Складна процедура умивання без рукомийників, які малися лише в 2,3% селянських жител, змушувала селян запобігати до цієї процедури лише в крайніх випадках – зранку зі сну та вдень, коли руки надзвичайно забруднювалися. Щоденно вмивалися з милом лише 9% селян.

В 1920-х рр. мило фактично зникло зі споживання в селянських родинах, хоча до війни воно активно входило в селянський побут поряд з керосином, сірниками і склом. В першій половині 20-ті рр. мило як дефіцитний товар стало для селян малодоступним і майже не споживалося: в 1925 р. 2/3 селян України перестали умиватися з милом, а 45,8% – взагалі ним не користувалися.

В 1921-1922 р. мило в обмеженій кількості, отримували лише робітники та службовці, які знаходилися на державному пайковому постачанні. З 1923 р. мило почало з'являтися у продажу в торговельній мережі, переважно – в робітничих кооперативах. Однак робітники витрачали на його придбання лише 0,9% прибутків (ще 0,1% – на інші засоби гігієни), в той час як на покупку алкоголю – 4%⁸.

Незважаючи на повсюдне поширення бань в сусідній Росії, в українських селах вони традиційно не будувались, й тому українські селяни не могли

призвичаїтися до регулярного миття. Користуючись коритами та обрізами (низькими діжками), милися два рази на тиждень лише 1,6% селян, щотижнево – 17,1%, один раз на місяць – 18,4%, а інші – ще рідше. Під час купання вони звичайно не користувалися мочалкою та милом⁹.

Банна справа була нерозвинена і в містах України. За даними статистичних обстежень, в 1923/24 р. пересічно кожен городянин мився в бані не частіше одного разу на рік (1,1 рази), в 1924/25 р. кількість відвідувань бань городянами зросла до 1,5 разів, а в 1926/27 р. досягла максимальної цифри – 2,3 відвідування. Але в наступному році через різке зростання населення міст внаслідок урбанізації ця цифра знизилася до 1,8 відвідувань. Причому кількість випадків користування банями комунального призначення була наполовину меншою й відповідно складала 0,5 рази в 1923/24 р., 0,8 – 1924/25 р., 1,2 – 1925/26 р. та 1,1 рази на рік в 1925/26 р.

По окремих містах ситуація була ще гіршою. Наприклад, жителі Могиліва відвідували баню раз на п'ять років, а Сталіно і Луганська – раз на два з половиною роки. В Кривому Розі вони милися в бані раз в два роки, а в Артемівську – 0,9 рази на рік. Найчастіше відвідували бані мешканці Дніпропетровську – 4,8 рази на рік. Столичні ж мешканці милися в бані 3,8 рази на рік.¹⁰

Зважаючи на тяжку житлову кризу, високу захворюваність населення коростою, широке поширення відхідництва й наявність великого контингенту сезонних робітників, а також на існування чисельних декласованих груп населення (безпритульні, жебраки), які проживали в антисанітарних умовах і являли постійну загрозу виникнення паразитарних тифів, – необхідність підтримки чистоти тіла з заходу особистої гігієни переросла в серйозну соціальну проблему, пов'язану зі здійсненням системи заходів по оздоровленню міст.

Поширенню інфекційних хвороб, особливо паразитарних тифів та корости, сприяла «білизнева криза» через яку мешканці міст і сіл України не мали можливості вчасно змінювати брудну білизну. У селян звичайно було по одній – дві пари нижньої білизни, а робітники, хоча й мали по три пари, через надзвичайну зношеність білизни також користувалися лише однією парою. Як і селяни, вони змінювали білизну раз на тиждень¹¹.

Селяни не були призвичаєні до користування особистим рушником: лише в 1,8% сільських родин малися рушники для кожного члена родини, інші ж користувалися спільним родинним, який використовувався і для гостей. Відсутність особистих рушників пояснювалася не тільки тим, що селяни не розуміли їх гігієнічного значення, а й тим, що дешеві фабричні рушники були доступними лише для городян й тому увійшли в побут як предмет індивідуального користування виключно в містах¹².

Лише третина селян мала постільні принадлежности. Решта ж вкривалася брудною верхньою одежею та ганчір'ям. Подушки в селянських оселях використовувалися для прикраси, тому наволочки з них рідко знімалися та пралися. Замість простирадл, особливо для спання на лаві, підлозі та печі, звичайно використовувалося рядно, яке також рідко пралося. Селяни не мали індивідуальних ліжок. Індивідуальне місце для спання (люлька) виокремлювалося лише для немовлят. Спільне спання дорослих сприяло розповсюдженню хронічних хвороб на заразних стадіях. Не випадково в українських селах досить поширеними були домашні вогнища корости, трахоми та інших інфекційних захворювань. Особливо негігієнічним було спання на полу та на печі, а між тим в такий спосіб спало до 40% сільського населення. Через житлову кризу й низькі прибутки аналогічні звички мали мешканці міст, серед яких було чимало вихідців з села.

Антисанітарія в приміщеннях, крайня скупченість пожильців, їх некультурність і нечистоплотність призводили до повсюдного поширення в оселях комах паразитів. Під час санітарного обстеження побуту селян, проведеного в 1924 р., в 4/5 селянських осель було виявлено тарганів, клопів, блох і вошей. Влітку селянські хати кишіли мухами і комарами. Кількість осель, вражених паразитами, була найменшою у заможних селян (2/3), які мали більш просторі хати і можливість користуватися милом.

Типовим явищем селянського побуту були блохи та воші. Перші були виявлені в 58% селянських осель, а інші – в 28,8%. Значне поширення в селянських оселях клопів (4,4% осель) і тарганів (7,8% осель) засвідчувало велику бідність їх господарів¹³.

Санітарний побут та гігієнічні звички пересічних городян не суттєво різнилися від селянського побуту, оскільки недавні переселенці з сіл привносили до міського середовища свої звички та культуру. Формуванню міської культури перешкоджали незавершеність процесу урбанізації, низький матеріальний рівень життя та загальна некультурність населення.

Спеціальні санітарні обстеження побуту міських мешкань на той час не проводилися, проте за наслідками обстеження житлових умов робітників Донбасу відомо, що вони досить часто, особливо в гуртожитках, позмінно користувалися місцем для спання. Робітники, які проживали в квартирах нерідко спали на підлозі (майже чверть сімейних робітників). Не мали постільних принадлежностей (подушок та матраців) та використовували замість них власний одяг від третини до половини робітників (33-47% – по різних трестах).

Робітники не дотримувалися чистоти в житлових приміщеннях, особливо комунального користування. Під час обстеження жител шахтарів Донбасу в половині гуртожитків та чверті квартир робітників було виявлено брудну

підлогу, а брудні стіни та вікна – в 42% гуртожитків та 20% квартир. Тільки в $\frac{3}{4}$ житлових приміщень проводилося щоденне замітання підлоги, причому в чверті випадків – в сухий спосіб. Ніколи не милася підлога в 6,3% гуртожитків та 5% квартир.

Мешканці гуртожитків не мали звички провітрювати приміщення. Квартирки в вікнах, щоправда, там, де вони були, регулярно відкривалися для провітрювання повітря лише в третині гуртожитків.

За висновками комісії по обстеженню житлових умов робітників Донбасу, санітарний стан їхніх жител був незадовільним¹⁴.

Особливо несприятлива санітарна ситуація склалася в Україні в умовах післявоєнної розрухи і голоду 1921-1922 рр. Як згадував фундатор санітарної служби УСРР О.М. Марзєєв «сильно понизився матеріальний добробут населення, що доходив ... до зубожіння як в містах, так і на селі. Харчування населення, що спочатку почало погіршуватися (1916-1919 рр.), з часом перейшло в низці губерній в недоїдання (1919-1920 рр.) і нарешті вилилося в голод 1921-1922 рр.»

Війни і голод змушували людей залишати домівки й шукати більш хлібні і спокійні місцевості проживання. Ще в період Першої світової війни виникло, а потім посилилося і, врешті-решт, досягло нечуваних розмірів пересування людських мас. Йшли біженці і полонені; в громадянську війну багатократно в різних напрямках по території України пересувалися армії, що воювали, евакуювалося й просто бігло громадське населення, по всіх напрямках роз'їжджали в пошуках хлібу численні торбарі, кочували осиротілі безпритульні діти, зі заходу рухалися військовополонені, на захід – репатріанти. Залізниці і вокзали перетворилися на розплідники епідемічних хвороб.

В умовах тотальної руйни і голоду, коли катастрофічно не вистачило мила, одягу, білизни і продуктів харчування, населення не мало можливості дотримуватися елементарних правил гігієни. У багатьох містах і будинках були порушені водогони і каналізація, а нечисленні комунальні об'єкти, що збереглися, не працювали через припинення енергопостачання. Через брак палива та неможливість його підвезення не опалювалося багато жител, закладів і навіть лікарень. Екстремальна санітарна ситуація, що загрожувала життю людей, поєднувалася з руйнацією закладів охорони здоров'я, відсутністю санітарної організації¹⁵.

Епідемічні хвороби в Україні. Загрозливий підйом інфекційних хвороб, що розпочався з 1919 р., вилився в 1921-1922 р. в небачену пандемію паразитарних тифів, катастрофічні епідемії кишкових інфекцій і віспи (див. табл. 1).

Офіційна статиста, далека від дійсності, зареєструвала 2,4 млн. осіб, що перехворіли паразитарними тифами під час чотирьохрічної пандемії 1919-

1922 рр. За наслідками вибіркового подвірного обстеження санітарно-гігієнічного стану українського села, проведеного в 1924 р. в 9 губерніях УСРР, ці дані були уточнені. На підставі поправочного коефіцієнту, обрахованого в розмірі 4,2, за висновками О.М. Марзєєва в 1919-1922 рр. в Україні перехворіло висипним тифом не менше 5 млн. осіб і стільки ж – зворотнім тифом. Померло від паразитарних тифів близько 750 тис. осіб (див. табл. 2)¹⁶.

Піком захворюваності на тиф був 1920 р., коли на кожні 10 тис. населення різними формами тифу перехворіло 1 тис. 106 осіб. Наступна активізація епідемії, проте меншої інтенсивності, спостерігалася в 1922 р., під час якої було зареєстровано на кожні 10 тис. населення 396 тифозних хворих. В цьому ж році досягла кульмінації епідемія холери, що виникла в Україні в 1920 р., а в попередньому 1921 р. – епідемія віспи, спричинена скороченням віспощеплення з 1914 р. та його повним припиненням в 1918-1921 рр. Якщо в 1921 р. захворюваність на віспу складала 14,2 випадки на 10 тис. населення, то в 1922 р. внаслідок обмеженого поновлення віспощеплення – лише 4,6 випадки.

В 1923 р. епідемії холери, віспи і тифів «затухли». Захворюваність на ці хвороби впала до відносно «благополучного» довоєнного рівня. За визначенням Наркомздраву УСРР покращання епідемічної ситуації відбулося «само собою» – завдяки поліпшенню продовольчого і санітарного становища в країні. В 1923 р. на висипний тиф перехворіло 4,5% населення, на поворотній – 1,9%, на черевний – 16,8%. Нез'ясовані форми тифів перенесло ще 1,8% населення. Захворюваність на віспу складала 1,5 хворих на 10 тис. населення. В наступному 1924 р. вона впала в три рази, а захворюваність на тифи – в два рази¹⁷.

За даними реєстрації інфекційних захворювань, що в 1924 р. вперше охопила 20 хвороб, найбільш поширеними стали малярія, кишкові та дитячі інфекції (кір, кашлюк, скарлатина), грип, трахома, сибірка і сап¹⁸.

Вогнище епідемії малярії виникло наприкінці 1922 р. в заболочених місцевостях Півдня України, де існували сприятливі кліматичні умови для розмноження комах. Спалаху епідемії сприяло підвищення середньої літньої температури впродовж низки років, а її розповсюдженню – пересування з півдня на північ демобілізованих військовослужбовців та біженців голоду, які занесли з Середньої Азії та Закавказзя тяжкі тропічні форми хвороби.

До кінця року в республіці було вражено малярією близько 907,5 тис. осіб (див. таблицю 3). Захворюваність на малярію в 2,5 рази перевищила довоєнний рівень – 142 хворих на 10 тис. населення і досягла 317,8 хворих на 10 тис. населення¹⁹.

Малярія найбільше вразила промисловий і хліботорговельний підрайони Степу (Одеський, Миколаївський, Херсонський, Мелітопольський, Маріу-

польський, Сталінський округи), де були малярійні вогнища, а потім почала поширюватися на північ, охоплюючи Лівобережжя і Правобережжя з великими річковими масивами Дніпра і Бугу, та далі – на Полісся з його масивними заплавами. Якщо в Поліссі в 1925 р. захворюваність на малярію була найнижчою – 6,7 хворих на 10 тис. населення, то в найбільш неблагополучному Маріупольському окрузі вона сягала 1126,5 хворих на 10 тис. населення.

В наступному році завдяки активним протималярійним заходам рівень захворюваності на малярію знизився до довоєнного рівня, а 1927 р. – ще на 9%, але, незважаючи на це, малярія продовжувала посідати друге місце за ступенем поширеності серед інфекційних хвороб²⁰.

В 1925 р. Україну вразила епідемія корі, а в наступному – скарлатини, причому захворюваність на ці хвороби значно перевищила довоєнний рівень. В той же час коефіцієнт захворюваності на дорослі інфекції скоротився в декілька разів (від 21,6% до 38,4%), причому на віспу внаслідок вакцинації населення – в десятки разів (зі 100% до 1,5%) (див. тал. 4).

На 1927 р. динаміка інфекційних хвороб мала таку регіональну специфіку: дорослі хвороби були найбільше поширені в Промисловому Степу, а дитячі – на Лівобережжі. По окремих хворобах захворюваність у регіональному розрізі мала таку специфіку: найвищий коефіцієнт захворюваності на зворотній і висипний тиф та кір був зареєстрований на Лівобережжі, на скарлатину – в Хліборобському Степу, на черевний тиф – на Поліссі, на обклади та кашлюк – на Правобережжі, на різачку і віспу – в Промисловому Степу та на віспу також в Поліссі (див. табл. 5)²¹.

В 1927 р. лідером захворюваності на черевний тиф став Сталінський округ Донбасу, де кількість тифозних хворих зросла на третину, вдвічі перевищивши пересічний для України рівень – 12,3 хворих на 10 тис. населення. В наступному році захворюваність на черевний тиф зросла майже на половину – з 25,1 до 34,5 хворих на 10 тисяч населення. Через санітарну невпорядкованість залюднених місцевостей черевний тиф поширювався переважно в містах та робітничих селищах (83,2% хворих), найбільше вражаючи робітників (76,2% хворих), які мали найгірші житлові умови, й, насамперед, – робітничу молодь, яка проживала в робітничих кесарнях. Зокрема, робітники у віці від 15 до 39 років склали 76,9% хворих на черевний тиф робітників. За статевою диференціацією дві третини хворих були чоловіками, що пояснювалося переважанням чоловічого населення в Донбасі, а також високою комунікативністю чоловіків порівняно з жінками, зайнятими домашнім господарством.

Наркомздрав вважав, що захворюваність на черевний тиф мала «водну природу», оскільки всі джерела водопостачання в регіоні живилися

забрудненими поверховими ґрунтовими водами, а нечисленні водонапірні вежі утримувалися в неохайному стані. Причому навіть такої недоброякісної води не вистачало і мешканці донецьких міст споживали лише по піввідра води на добу на особу, а в робітничих селищах – по півтора відра. Дефіцитна вода, що витрачалася переважно на приготування їжа та задля пиття, економилася не тільки за рахунок недотримання особистої гігієни й, навіть, миття рук, а й на шкоду ретельному обмивання садовини і городини.

Серед чинників, що ускладнювали епідемічну ситуацію в регіоні, поряд з високою скупченістю населення та дефіцитом доброякісної води, Нарком-здоровом виокремлювалися також невіпорядкованість торгівлі харчовими продуктами та недотримання гігієни при приготуванні їжі. Робітники звичайно купували харчі, й, насамперед, м'ясо і молочні вироби, садовину та городину на «диких ринках», де їх якість та умови зберігання не контролювалася, та самі продукти нерідко продавалися з полу. Оскільки більшість робітників харчувалася їжею, приготованою вдома, санітарні органи не мали змоги визначити якою мірою харчування спричинило вибух пощесті черевного тифу. З 859 обслідуваних робітників, хворих на черевний тиф, 88,5% – харчувалися вдома, в їдальнях – 6,1% та готували їжу «артільно» – 5,4% осіб²².

Серед так званих дорослих інфекційних хвороб, які не реєструвалися до 1927 р., але залишалися досить поширеними серед всіх вікових груп населення, була короста. Через сполох більш небезпечних інфекцій, насамперед паразитарних тифів, які призводила до масової смертності, влада не звертала увагу на цю менш загрозливу шкіряну паразитарну хворобу.

Ще з довоєнного часу українські губернії займали одне з перших місць по поширенню корости на території колишньої Російської імперії (Харківська, Катеринославська, Полтавська і Чернігівська губернії). До початку Першої світової війни кількість зареєстрованих хворих на коросту сягала 1 млн. 400 тис. осіб, що складало від 1 до 7% населення по окремих губерніях. Впродовж десятків років зменшення корости не спостерігалось, оскільки заходи щодо її попередження не проводилися. Облік корости, що було поновлено в 1927 р., виявив в УСРР 297.963 випадки захворюваності (1% населення) – в декілька разів менше, ніж у довоєнні часи. За оцінкою завідувача санітарно-епідеміологічним відділом Наркомату охорони здоров'я УСРР О.М. Марзеєва, ці статистичні дані не відбивали справжній стан захворюваності коростою, оскільки лікарі на місцях не звикли розглядати коросту як інфекційне захворювання та не реєстрували в епідемічних бюлетенях всіх випадків захворюваності на цю хворобу. Те, що реальний показник захворюваності на коросту в Україні перевищував 101,4 хворих на 10 тис. мешканців, він доводив, спираючись на наслідки вибіркового медичного огляду школярів, проведених в 1924 р., за якими коефіцієнт їх захворюваності на цю шкіряну

хворобу виявився рівним 380,7 на 10 тис. Користуючись цим коефіцієнтом, Марзєєв обраховував, що в Україні мався 1 млн. хворих на коросту тобто коростою було вражено 3-4% населення. На підставі цих даних і навіть неповних даних обліку 1927 р., головний епідемічний лікар республіки зробив висновок, що короста на Україні була масовою, народною, соціально-побутовою хворобою.

Коростою було вражено переважно сільське населення. Але і в низці міст захворюваність на коросту була великою – в середньому 0,5% городян. Особливо несприятлива епідемічна ситуація по захворюваності на коросту склалася в низці округів Полісся (Коростенський, Волинський, Шепетівський округи), в Промисловому підрайоні Степу (Донбас, Криворіжжя, Дніпропетровський, Маріупольський і Запорізький округи) і декількох округах Лівобережжя (Сумський, Харківський, Куп'янський та Ізюмський округи). Рекорд на захворюваність коростою в Україні побив Коростенський округ Полісся, який виправдовував свою назву.

Головною причиною захворюваності на коросту, як і на паразитарні тифи, були низька санітарна культура населення та антигігієнічні умови побуту. Насамперед, – відсутність звички регулярно мити руки і вживати мило, а також скупченість в житлах, відсутність бань, брак гігієнічних засобів у продажу, недостатнє водопостачання.

В промислових центрах широкому розповсюдженню корости сприяв постійний приток прибулих робітників²³, які не проходили обов'язковий санітарний огляд з метою виявлення підозрілих або хворих на інфекційні захворювання. Незважаючи на велику скупченість в робітничих казармах, їм не робили попереджувальні щеплення проти віспи та інших епідемічних захворювань, вогнища яких періодично виникали. Нові робітники не проходили санітарну обробку в банях, яка мала передувати їх розселенню в робітничих казармах і сімейних будинках промислових підприємств, а їх білизна, одяг та постільні принадлежності не піддавались дезінфекції²⁴.

Дотриманню санітарно-профілактичних заходів при прийомі новоприбульців на роботу перешкоджала неналагодженість санітарної служби на промислових підприємствах, й, зокрема, відсутність бань, дезінфекційних камер та ізоляційних приміщень для огляду робітників при санітарних пунктах промислових підприємств²⁵.

Порівняно з країнами Західної Європи в радянській Україні впродовж 20-х рр. зберігалася несприятлива інфекційна ситуація. Якщо для більшості європейських країн паразитарні тифи та віспа загубили будь-яке значення, то в УСРР зберігалися їх вогнища, що загрожували сполохом епідемії.

Організація та діяльність санітарних закладів. Організація санітарної служби в Україні розпочалася «згори» – зі створення в березні 1920 р.

санітарно-епідеміологічного відділу Наркомздраву УСРР у складі п'ятьох підвідділів: епідеміологічного, санітарно-технічного, санітарного, залізничного та соціальних хвороб²⁶. Оскільки система медичних закладів в республіці розпалася, для допомоги органам охорони здоров'я було сформовано систему міжвідомчих санітарних органів республіканського і губерньського рівня, наділених надзвичайними повноваженнями – так званих «саннадзвичкомів»²⁷. Завдяки їх діяльності в умовах розрухи і голоду вирішувалися такі складні на той час питання, як забезпечення нечисленних лікарень, що збереглися, паливом та продовольством, а також організація санітарних протиепідемічних заходів²⁸.

Створення санітарної організації в УРСР започаткував III Всеукраїнський з'їзд бактеріологів, епідеміологів, санітарних лікарів, скликаний в квітні 1922 р. в Харкові, на який прибуло 169 делегатів від всіх губерній України. Два попередні з'їзди, що відбулися в 1920 та 1921 рр., через незначну кількість делегатів не набули необхідної чинності. З'їзд затвердив «Положення про санітарну службу України», яке встановило принципи, організаційні форми та методи побудови й діяльності санітарних органів республіки²⁹. Законодавче підтвердження положення отримало в 1923 р. – після ухвалення ВУЦВК постанови уряду «Про санітарні органи республіки»³⁰.

Організація санітарної служби розпочалася з розв'язання кадрового питання. III Всеукраїнський з'їзд бактеріологів, епідеміологів і санітарних лікарів обрав завідувача санітарно-епідеміологічним відділом Наркомздраву УСРР, який в умовах масового поширення інфекційних хвороб став провідним підрозділом наркомату. Відділ очолив активний земський діяч, відомий санітарний лікар О.М. Марзеєв. Для співпраці у відділі він запросив відомих санітарних лікарів, з якими тривалий час пропрацював у земствах. Відділ санітарної освіти очолив лікар, пізніше професор гігієни І.Я. Штрум. З Нікополя було запрошено санітарного лікаря А.І. Пижова, який мав багатий досвід протиепідемічної роботи. З Луганську – санітарного лікаря, знавця Донбасу і промислової санітарії М.Ю. Бродського. Організацію санітарної статистики було покладено на санітарного лікаря, пізніше професора, фахівця з соціальної гігієни і демографії С.А. Томіліна.

Пізніше штат працівників санітарного відділу наркомату поповнили колишній завідувач Катеринославським губерньським статистичним бюро, лікар Н.Д. Степанов, який змінив на цій посаді А.Л. Смідовича, та санітарний лікар з Олешків на Херсонщині Л.Д. Ульянов, який в свій час працював в Таврійській губернії разом з наркомом охорони здоров'я РСФРР С.П. Соловйовим. Скоро штат санітарно-епідеміологічного відділу поповнили ще 15 співробітників – кваліфіковані і досвідчені санітарні лікарі, активні прихильники радянської влади³¹.

За спогадами О.М. Марзеєва, перед Наркомздравом стояли невідкладні питання – «покращення матеріального і правового становища санітарних лікарів, повернення на санітарну роботу санітарних лікарів, які від неї відійшли; перегляд санітарних кадрів, очистка їх від чужих елементів, висунення не керівну роботу чесних, відданих справі людей, словом проведення радянської санітарної організації; надання санітарній організації сучасних чітких організаційних форм; підняття серед санітарних працівників настроїв, тону, ... мобілізації їх на вирішення великих санітарних завдань тієї епохи»³².

За дорученням III Всеукраїнського з'їзду бактеріологів, епідеміологів і санітарних лікарів колегія Наркомздорову УСРР звернулася із закликом «До санітарних лікарів» повернутися на роботу за фахом. Одночасно було вжито заходів щодо їх матеріального заохочення. По-перше, всі санітарні заклади було переведено на централізоване державне забезпечення, в той час як лікувальні – залишалися на місцевому бюджеті; а, по-друге, – в півтора – два рази підвищено оплату праці санітарних лікарів, порівняно з лікарями «лікувальниками».

За короткий строк губернські санітарні організації очолили такі знані громадські санітарні лікарі, як С.П. Розанов в Київській губернії, Матульський – в Одеській, В.К. Крюков – в Полтавській, Н.С. Єрмолинський – в Донецькій, І.О. Вінаров – в Катеринославській, Н.М. Євменєв – в Волинській, Шлегель – Чернігівській. Харківську організацію ще з часів земств очолював відомий громадський діяч, впливовий член Харківської медичного товариства, талановитий журналіст, популярний в медичних колах, санітарний лікар С.Н. Ігумнов³³.

В серпні 1922 р. відбулося засідання вищого керівного органу санітарної організації – Першої Всеукраїнської санітарної ради, яка розв'язала питання організації санітарної справи в Україні. Рада ухвалила резолюції про створення транспортних та низових санітарних органів (по доповідям А.І. Єфімова «Про санітарну організацію на шляхах сполучення» та О.М. Марзеєва «Положення про санітарні комісії»); допоміжних лабораторних та наукових санітарних закладів (А.І. Пижова «Про санітарно-бактеріологічні лабораторії» та М.Ю. Бродського «Положення про бактеріологічного інституту і план їхньої роботи»), а також затвердила резолюцію про чергові завдання губернських санітарних організацій по доповіді О.М. Марзеєва³⁴.

Перші підсумки санітарної роботи підбила II Всеукраїнська санітарна рада (травень 1923 р.), що накреслила заходи переходу від епідемічної до санітарної роботи та встановлення санітарного нагляду у зв'язку з падінням спалаху епідемій.

Санітарна рада, скликана в Києві 1924 р., поставила питання про санітарно-профілактичну роботу на селі з метою санітарного оздоровлення сільських місцевостей, а також про участь санітарних організацій в житловому будівництві, організацію санітарно-житлової інспекції в Україні та про гігієну житлового будівництва в українському селі. З цього питання Санітарна рада висловила за: «а). законодавчу регламентацію прав санітарних органів в справі будівництва; б). активну участь санітарного нагляду у всіх заходах в галузі житлового будівництва; в). широку організацію у всіх губерніях конкурсів на покращену «гігієнічну хату»; г). обслідування й вивчення житлових умов на селі.³⁵

В цьому ж році було налагоджено постійний зв'язок санітарно-епідеміологічних органів Української РСР з відповідними органами інших радянських республік. За рішенням наради представників Наркоматів охорони здоров'я СРСР (Москва, березень 1924 р.) при Наркомздраві РСФРР впроваджувався інститут уповноважених санітарно-епідеміологічних відділів Наркоматів охорони здоров'я союзних республік³⁶.

VI Всеукраїнська санітарна нарада, скликана в жовтня 1927 р., затвердила нову, комплексну форму організації санітарної служби України – санітарні станції, які мали об'єднати роботу всіх санітарних закладів по окремих районах республіки. До складу «райсанстанцій» увійшли санітарно-бактеріологічні лабораторії, дезінфекційні загони, прищеплювальні і протималарійні пункти та інші санітарні заклади³⁷.

Підготовка кадрів санітарних працівників розпочалася в УСРР в жовтні 1922 р. з відкриттям в столиці курсів вдосконалення санітарних лікарів, розрахованих на підготовку 50 слухачів впродовж півроку³⁸. Курси мали забезпечити підготовку фахівці широкого профілю та вузької спеціалізації. До програми курсового навчання входили різноманітні дисципліни: бактеріологія з практичними заняттями, методика санітарно-хімічних дослідів; загальна гігієна; гігієна виховання й школи; професійна гігієна; соціальна гігієна; загальна епідеміологія; приватна епідеміологія; організація заходів боротьби з епідеміями; дезінфекція і дезінсекція; практика загального санітарного нагляду; санітарна експертиза; санітарна статистика; санітарна техніка; санітарна освіта; охорона материнства й дитинства; санітарне законодавство; організація медико-санітарної справи в Росії й Україні; громадська медицина; житлова санітарія; комунальне господарство.

Заняття на курсах проводили висококваліфіковані викладачі – керівники санепіду Наркомздорову (О.М. Марзеєв, Л.Д. Ульянов, А.І. Пижов, С.А. Томілін, М.Ю. Бродський та ін.); наукові працівники Харківського бактеріологічного інституту і кваліфіковані санітарні лікарів столиці (Р.С. Кобрі, Б.В. Фавр, Н.Г. Нікольський); провідні санітарні інженери Харкова (Д.С. Черкес,

Н.Г. Малишевський, М.Г. Панін), видатні науковці з інших міст республіки (в тому числі Д.К. Заболотний, Л.В. Громашевський)³⁹.

Завдяки діяльності курсів чисельність санітарних лікарів постійно зростала. Якщо в 1922 р. ядро санітарної організації України складала 187 санітарних лікарів (у 1913 р. на території, де пізніше виникла УСРР, їх було лише 77), то в 1927 р. їх кількість досягла 600. Було підготовано й 300 лікарів бактеріологів.

За кількісними показниками санітарними лікарями порівняно задовільно забезпечувалися окружні міста – 1 лікар на 18 тис. мешканців при нормі 1 лікар на 25 тис. населення. Однак за якісними показниками ситуація була незадовільною: за штатним розкладом не вистачало більше третини (37%) лікарів епідеміологів, яких замінювали працівники санітарної освіти.

Більше, ніж на чверть (27%) залишалася кадрово не укомплектованою санітарна мережа села, що пояснювалося низькою питомою вагою «санепіду» в загальному бюджеті охорони здоров'я й особливо в районному бюджеті. Й це при тому, що більше половини округів (54,4%) не мали сільської санітарної мережі за нормами Наркомздраву. Більш того, в трьох сільсько-господарських округах УСРР один санітарний лікар обслуговував по 10-16 районів, тобто в цих округах санітарної мережі фактично не існувало. Бракувало санітарних лікарів і в сільській санітарній мережі Донбасу і Криворіжжя, де по чотирьох промислових округах штатний розклад – один районний санітарний лікар на 1,4 район не дотримувався, оскільки пересічно санітарний лікар призначався для обслуговування двох районів. Це було зумовлено небажанням лікарів працювати в промислових районах, де умови праці і побуту були особливо тяжкими⁴⁰.

Найбільше бракувало фахівців зі спеціальних галузей санітарної справи. В санітарних закладах республіки працювало лише 25 епідеміологів, 75 санітарно-промислових лікарів, 17 житлово-санітарних інспекторів, 23 санітарно-харчових лікарів. Тому спеціалізовану санітарну допомогу вдалося налагодити лише в 20% окружних центрах УСРР⁴¹.

Проблему підготовки санітарних лікарів мали розв'язати санітарно-гігієнічні факультети, організовані наприкінці 20-х років при трьох медичних інститутах республіки⁴².

Низьким залишався кваліфікаційний рівень санітарних лікарів. Зважаючи на нерегулярне надходження наукової літератури до окружних бібліотек, Наркомздоров УСРР намагався забезпечити санітарних лікарів фаховими періодичними виданнями. До 1928 р. йому вдалося впоратися з цією проблемою: 85% санітарних лікарів як в місті, так і на селі, передплачували фахові журнали. Проте через переважаність на роботі, не всі передплатники

бажали витратити вільний час на ознайомлення з досягненнями санітарної науки⁴³.

Незадовільною залишалася науково-технічна база санітарної роботи. Санітарні лікарі не забезпечувалися не тільки необхідною науково-довідковою та санітарно-освітньою літературою, а й бактеріологічним обладнанням, санітарним та дезінфекційним знаряддям, а також спецодягом та засобами пересування.

Наркомату охорони здоров'я вдалося задовольнити попит санітарних організацій лише на дезінфекційну апаратуру (у містах – на 100%, а у районах – на 92%), щоправда, ця апаратура була малопотужною і застарілою.

Гірше вирішувалася справа із влаштуванням бактеріологічних лабораторій, особливо на периферії. Якщо стаціонарні лабораторії були організовані у всіх окружних центрах, то районні – лише в 60% округів УСРР. В решті округів їх замінювали примітивні похідні лабораторії, але в 11% округах не було й таких. Профільній роботі нечисленних санітарно-бактеріологічних лабораторій заважала їх завантаженість клінічними аналізами, оскільки клінічні лабораторії при поліклініках тільки почали організовуватися.

Не вистачало навіть такого примітивного санітарного знаряддя, як термометри та сантиметри. Більше половини (55%) санітарних лікарів, як у місті, так і на селі, не мали санітарної апаратури, а 4% – отримали її в неповному комплекті.

Роз'їзній діяльності санітарних лікарів перешкоджав дефіцит транспортних засобів та спецодягу. У містах транспортом забезпечувалося менше половини (40%) санітарних лікарів, а спецодягом – половина. В селах забезпеченість спецодягом, який отримувало 2/3 районних санлікарів, була ліпшею, проте переважна частка (82,5%) районних санітарних працівників не мала змоги користуватися транспортом.

За спогадами одного з керівників санітарної служби України В.К. Крюкова, «районний санітарний лікар був наділений лише добре підвішеним язиком, а апаратурою для дослідів йому служили власні органи почуттів, а транспортом – власні ноги». З приводу таких «методів дослідження» він іронізував: «подивився, понюхав, покоштував іноді і на основі цього дав «авторитетний науковий висновок на око»⁴⁴.

Ефективність праці санітарних лікарів залежала не тільки від володіння новітніми методами діагностики та лікування, забезпеченості спеціальним обладнанням, реактивами, транспортом і спецодягом, а й від можливості використовувати робочий час для професійної діяльності завдяки допомозі підсобного персоналу.

За нормативами Наркомздорову до кожного санлікаря загальної спеціалізації мав прикріплюватися допоміжний медичний персонал: в закладах

окружного рівня – по одному помічнику, дезінфектору і, як тоді казали, віспощеплювачу (санітарному працівнику, який проводив щеплення проти віспи), а в районних – в такій само пропорції працівники перших двох категорій, а ось віспощеплювачі – по одному на цілий район.

Фактичний рівень забезпеченості санлікарів допоміжним персоналом суттєво відставав від норми. По окружних містах не вистачало 74% помічників санлікарів, 62% віспощеплювачів та 7% дезінфекторів. В той же час в 12,5% окружних міст УСРР санітарних лікарів замінювали помічники. На периферії дефіцит допоміжного санітарного персоналу відчувався ще гостріше. 70% сільських санлікарів працювали без помічників, а 80% – без дезінфекторів. Близькою до норми була забезпеченість районних санітарних лікарів допоміжними працівниками, на яких покладалося завдання віспощеплення. В 70% районах санітарним лікарям допомагали віспощеплювачі.

Кадрова неукомплектованість санітарних закладів не дозволяла розгорнути санітарну допомогу населенню, обмежуючи діяльність санітарним наглядом.

Кадрова проблема безпосередньо залежала від матеріальної зацікавленості медичних працівників працювати за фахом. Хоча мінімальні ставки санлікарів, так званий «державний мінімум», встановлювалися в розмірі на 10-15% більшому, ніж ставки «лікувальників», їх реальні прибутки були меншими, ніж у лікарів, які працювали в лікувальних закладах. По-перше, санітарним лікарям не дозволяли займатися за сумісництвом лікувальною практикою в приватних медичних закладах, де праця оплачувалася ліпше, ніж в державних. По-друге, досвідчені кваліфіковані лікарі-лікувальники отримували більшу платню, ніж їхні колеги з відповідним робочим стажем і кваліфікацією, що займалися санітарною справою. Й, по-третє, що було головним, але не афішувалося, санітарних лікарів не віддячували за надану допомогу подарунками, як лікарів, що займалися лікарською справою. В той же час, санлікарям приходилося витратити більше грошей на житло, яке вони нерідко винаймали, оскільки при розподілі квартир з комунальними послугами перевага надавалася фахівцям лікувального профілю. В результаті прибутки санітарних працівників були меншими, ніж у колег, які займалися лікувальною практикою.

Лише в третині окружних центрів України праця районних санітарних лікарів оплачувалася відносно задовільно, решта ж отримувала мінімальну зарплату. В 22,5% округах становище сільських санпрацівників покращувала виплата «квартирних і комунальних» компенсацій. В місті зарплату вище середнього рівня отримували лікарі 37,5% округів України, нижче середнього – в половині округів, а в решті (12,5%) округів – по мінімуму. Найменші мінімальні ставки (для початківців) призначалися тим, хто працював в

апараті. За даними В.К. Крюкова саму низьку зарплату отримували 5,5% апаратників – керівників нижчої ланки управління.

Низькі зарплати змушували санітарних лікарів працювати на декількох роботах. Сумісництвом займалося 15% санлікарів, причому майже половина (6% санлікарів) – працювала в лікувальних закладах, порушуючи заборону займатися лікувальною практикою. Частіше працювали за сумісництвом апаратники (23%), які, використовуючи посадове становище, легше працевлаштувалися. Серед лікарів практиків частіше запобігали до сумісництва городяни (17,3% міських санлікарів). Міські сумісники частіше (у третині випадків) працевлаштовувалися за фахом, займаючи посади різних фахівців в багатoproфільних санітарних закладах, які організовувалися у містах, що негативно позначалося на рівні санітарної допомоги.

Санітарних лікарів, які працювали у різних санітарних закладах, було найменше на периферії (11,3%), однак саме серед сільських санітарних лікарів процвітало сумісництво «по лікувальній лінії»: дві третини сумісників на периферії працювала в лікувальних закладах. Це пояснювалося наявністю вільних лікарських посад в сільських амбулаторіях через незацікавленість лікарів працювати на селі.

Низька оплата праці не зацікавлювала лікарів займатися санітарною роботою і зумовлювала «плинність» санітарних кадрів, які в пошуках сумісництва переїжджали з округу в округ. Це заважало організації санітарної служби на периферії.⁴⁵

Боротьба з епідемічними захворюваннями. Поширеність інфекційних хвороб, етіологія яких зумовлювалася недотриманням елементарних правил гігієни, вимагала подолання санітарної некультурності населення, роз'яснення профілактично-гігієнічних заходів попередження інфекційних хвороб.

Через санітарну неграмотність лише близько чверті сільського населення України (27,7%) мало елементарні уявлення про причини інфекційних хвороб. Заможність сама по собі не впливала на санітарну грамотність, проте письменність її підвищувала до 48,6% (серед неписьменних санітарна неграмотність спускалася до 14,4%). Оскільки більшість неписьменних було серед жінок, їх санітарна грамотність, порівняно з чоловіками, падала в вдвічі. Чоловіки були найбільше обізнані щодо пранців – 41,5% опитаних, про причини висипного тифу знали 38,8% чоловічого населення, про туберкульоз – 36,7% і про холеру – 32,3%⁴⁶.

Причини одних хвороб були селянам зрозумілі, інші – незбагнені й тому вважалися результатом дії нечистої сили. Відповідно народні методи профілактики захворювань, що обумовлювалися поглядами на походження хвороб, поєднували раціональні дії з ірраціональними. Деякі з них відповідали вимогам гігієни, хоча пояснення таких звичаїв в народі було наївним:

зокрема, звичаї закривати на ніч посуд з їжею чи відро з водою, щоб туди не потрапив чорт; не їсти кільком однієї ложкою, щоб не посваритися; не мити посуд після заходу сонця та інші.

У переважній більшості профілактичні засоби ґрунтувалися на анімістичних поглядах населення на причини хвороб. Це, зокрема, стосувалося пошесних недуг, які народ уявляв персоніфіковано. Оскільки ці хвороби масово косили людність, засоби їх профілактики носили громадський характер і, як правило, зводились до магічних дій: оборювання сіл, обходження їх з процесією, виставлення на околицях чотирьох осикових хрестів, влаштування обіду біля церкви та деяких інших⁴⁷.

Зважаючи на широку популярність заходів народної медицини, що уособлювала емпіричні знання про цілительські засоби матеріального характеру (зілля, гігієнічні навички), радянські керівники оголосили непримиренну боротьбу зі знахарством, що базувалося на ідеалістичних поглядах про надприродне походження хвороб. Нажаль, поступово ця боротьба переросла в тотальну боротьбу з народною медициною й, зокрема, гомеопатією⁴⁸.

Ще I Всеукраїнська санітарна рада, скликана в Харкові в серпні 1922 р. у резолюцію по доповіді Л.І. Гінцтова «Про санітарно-освітню роботу в умовах нового часу» запропонувала спрямувати роботу санітарних органів на популяризацію правил особистої та соціальної гігієни. Незважаючи на гучні гасла про боротьбу з санітарною некультурністю населення, організація санітарної освіти розпочалася тільки в другій половині 20-х рр.

Згідно з рішенням IV Всеукраїнської санітарної ради, що відбулася в Харкові в березні 1925 р., розв'язання проблеми розпочалося з кадрового питання. До штату районних і окружних інспекцій охорони здоров'я у обов'язковому порядку мали вводитися санітарні лікарі – фахівці з санітарної освіти, на яких покладалося завдання організації санітарної освіти в амбулаторних медичних закладах, школах, сільбудинках, хатах-читальнях, робітничих клубах і «червоних кутках». В допомогу санітарним лікарям створювалися санітарні комісії при громадських організаціях – профспілках, комнезамах та будинкових комітетах. Цим комісіям доручалася справа залучення громадськості до санітарної освіти через участь в «гуртках оздоровлення праці й побуту», які влаштовувалися на підприємствах, клубах і в навчальних закладах.

Роль координаційних центрів, що мали об'єднувати зусилля медичних працівників, громадського активу та державних закладів у справі організації санітарної освіти покладалася на так звані «саносвітбюро» районного і окружного рівня, які формувалися за участю представників профілактичних медичних закладів, зокрема, «Робмеду» (закладів страхової медицини для промислових робітників) і «Військсанмеду» (військових санітарно-медичних

закладів), а також делегатів профспілки «Медсанпраця» (профспілки працівників медико-санітарної праці), політосвіти Наркомосу і культвідділів профспілок.

Створювалися й спеціальні санітарно-освітні заклади – губернські «Будинки санітарної освіти» та периферійні районні бази саносвіти, які мали надавати методологічну та інструкторську допомогу в організації санітарної освіти.

Організація санітарної освіти, що розпочалася з другої половини 1920-х рр., потребувала збільшення асигнувань. Однак, враховуючи обмеженість коштів, за рахунок яких здійснювалося фінансування заходів охорони здоров'я, суму витрат на санітарну освіту було встановлено в розмірі 1% асигнувань, що призначалися на охорону здоров'я в місцевих бюджетах⁴⁹.

Як засвідчують звітні матеріали Наркомату охорони здоров'я, санітарним органам республіки не вдалося виконати рішення санітарної ради. Незважаючи на зростання фінансування санітарної освіти, її частка в витратах на охорону здоров'я не відповідала встановленим нормам. З 1923/24 р. до 1924/25 р. вона зросла в місцевому бюджеті з 0,33% до 0,48%, а в абсолютних цифрах – з 53.513 руб. до 193.882 руб⁵⁰. Однак у 1928 р. питома вага витрат на санітарну освіту знизилася до 0,25%. Причому навіть така мізерна сума часто-густо витрачалася не за призначенням – на інші потреби медичних закладів (передплату медичної літератури, відрядження й т. ін.).

До кінця 20-х років не було розв'язано кадрову проблему: серед 544 санітарних лікарів республіки налічувалося лише 5,3% лікарів по санітарній освіті (44 фахівця)⁵¹. Нечисленні фахівці з санітарної освіти, що призначалися до окружних та обласних інспекцій з охорони здоров'я, не могли налагодити зв'язок з чисельними периферійними медичними та шкільними закладами та залучити до організації санітарної освіти політосвітні органи та громадські організації міста і села.

До 1928 р. кабінети санітарної освіти були засновані лише в трьох десятках поліклінік і амбулаторій України. Тільки зачиналася організація санітарної освіти в клубах. З 25 окружних «Будинків санітарної освіти» розгорнули роботу лише п'ять. Одеський і харківський – організували розгалужену мережу санітарних курсів та міських санітарних гуртків, дніпропетровський – проводив активну лекційну роботу, зінов'єський – налагодив санітарне обслуговування шкіл, а київський та дніпропетровський – займалися вивченням проблем методики санітарної освіти.⁵²

Через незабезпеченість наочними посібниками та науково-популярною літературою районних санітарно-освітніх баз, створених в 80-ти районних УСРР, не діяли перші сільські «Будинки санітарної освіти», створені в Вінницькому окрузі, Ржищевському районі Київського округу і Березовському Одеського округу.

«Цілиною» для органів санітарної освіти залишались найбільш неблагополучні щодо санітарного становища промислові регіони України – Донбас та Криворіжжя. Через систематичний брак коштів на санітарну освіту в промислових округах, які або взагалі не виокремлювалися з місцевого бюджету або виокремлювалися в мізерному розмірі, організація закладів санітарної освіти гальмувалася. Бази для проведення санітарної освіти було створено лише в 17 з 52 промислових районів України, «Будинки санітарної освіти» – в 2 з 6 промислових округів, а кабінети – в 3 округах.

Зменшення асигнувань на охорону здоров'я наприкінці 20-х рр. призвело до згорання діяльності санітарних закладів УСРР, організація яких не була завершеною. Це підтверджують факти закриття «Будинку саносвіти» в Могилів-Подільському окрузі, згорання саносвітної роботи в Криворізькому і Артемівському округах, бездіяльність «Будинків саносвіти» в Маріуполі, Конотопі, Білоцерківському, Уманському, Старбельському та низці інших округів.

Дані санітарної статистики підтверджують висновок завідувача відділом санітарної освіти Наркомздраву УСРР Я.І. Лівшиця про те, що система санітарно-освітніх закладів і санітарного обслуговування населення України «була створена в самій маленькій частині» і «продовжувала відставати від завдань, запитів і потреб культурної революції»⁵³.

Через слабку організацію, кадрову і матеріально-технічну незабезпеченість, органи санітарної освіти не зуміли розгорнути широку просвітницьку роботу та не впоралися із завданням подолання санітарної некультурності населення. Їм навіть не вдалось привчити селян мити руки, а «між тим реалізація цього гасла, – за визнанням Наркомздраву УСРР, – означала б таку революцію в селянському побуті і була б пов'язана з таким оздоровчим ефектом населення, перед яким блідніє значення специфічних медичних закладів – лікарень, поліклінік й т. ін.»⁵⁴

Основні зусилля санітарних органів спрямовувалися не на попередження хвороб, спричинених низькою санітарною культурою населення, а на контроль за санітарно-епідеміологічним становищем в республіці.

Не існувало спеціалізованих медичних закладів для надання стаціонарної допомоги інфекційним хворим. Бракувало інфекційних відділень в лікарнях. Надзвичайна ситуація склалася на початку 20-х років.

В умовах післявоєнної розрухи і голоду діяльність органів охорони здоров'я будувалася на принципі «санітарної диктатури», спрямованої на екстрену мобілізацію обмежених державних ресурсів і зусиль громадськості на боротьбу з епідеміями. Згідно з політикою військового комунізму «санітарна диктатура» базувалася на методах адміністративного примусу – трудовій повинності медичного персоналу, транспортних працівників та цивільного

населення щодо виконання медичних та санітарних заходів; а також на застосуванні карантинної системи щодо мешканців епідемічних районів. Крім того, «санітарна диктатура» передбачала залучення трудової армії, війська та міліції до цивільних санітарних робіт. Зокрема, військовий транспорт мав використовуватися для вивозу нечистот, а спеціально організована санітарна міліція – для супроводження санітарних лікарів та фельдшерів при санітарних обстеженнях та для санітарного нагляду за вулицями⁵⁵.

Зіткнувшись з проблемою боротьби з пандемією тифу при нездійсненності профілактичних заходів й, насамперед, неможливості проведення санітарної обробки населення через відсутність бань і мила, Наркомздрав запобіг до використання антигуманного досвіду царського уряду – запровадження карантинної системи у вогнищах епідемій – заборони виїзду та виїзду з епідемічних районів. З часом цей факт, що за думкою компартійного керівництва дискредитував політику радянської влади, було «вилучено» з історії. Так, в праці істориків А.М. Сердюка і В.Л. Призера, присвяченій діяльності засновника санітарної служби України О.М. Марзеєва, стверджувалося, що «основним методом боротьби проти паразитарних тифів була практична госпіталізація». Насправді ж, через припинення фінансування медичних закладів госпіталізація забезпечувала лише догляд, а не лікування. До того ж, лікарняна допомога постійно скорочувалася.

Переведення лікарень з державного бюджету на місцеві кошти, здійснене взимку 1921 р., призвело до згортання лікарняної мережі. Оскільки місцеві бюджети не були сформовані, кількість лікарняних ліжок за півроку по окремих губерніях скоротилася на чверть чи на третину. Зокрема, в Миколаївській губернії з січня по серпень 1921 р. – з 4 тис. 489 до 3 тис. 530 ліжок, а у Запорізькій – з 2 тис. 950 до 1 тис. 859 ліжок. Найбільше лікарень було закрито в несприятливих за епідемічним становищем місцевостях. Наприклад, в Херсонському повіті Миколаївської губернії – 90% сільських лікарень. Скорочення лікарняних ліжок призводило до відмови хворим в стаціонарному лікуванні. Як згадував О.М. Марзеєв, госпіталізувалися лише холерні хворі у містах.

Через погане постачання лікарень продуктами харчування, паливом, медикаментами, білизною та предметами догляду медична допомога хворим практично не надавалася. Ще до голоду 1921-1923 рр. забезпечення лікарень та медичного персоналу Півдня України знаходилося в кризовому становищі. Зокрема, в Катеринославській губернії з травня по вересень 1921 р. продовольчі пайки медпрацівникам губернії фактично не видавалися. У вересні пайкове постачання в південних губерніях України вдалося налагодити в розмірі від 15-25% від запланованого⁵⁶.

В розпал голоду навесні 1922 р. смертність хворих в медичних стаціонарах голодуючих губерній (відомості по найбільш враженим голодом Миколаївській та Запорізькій губерніям) сягала 50-60%, причому саме від голоду вмирала більшість хворих – від 39 до 43 %. Нерегулярна видача й мізерна калорійність лікарняних пайків (від 900 до 1600 ккал), які поряд з хворими отримували медпрацівники, призводили до виснаження та смертності від голоду не тільки хворих, а й медичного персоналу. Взимку 1921-1922 р., коли голод ще не досяг кульмінації, у найбільш «голодуючому» Херсонському повіті від дистрофії померла чверть лікарів⁵⁷. Надалі смертність лікарського персоналу досягла рівня летальності хворих.

За даними загсів Одеської губернії, яка також була голодуючою, смертність серед медичного персоналу в 1922 р. пересічно складала 54,63 померлих на кожну тисячу медпрацівників, а серед лікарів – 74,35 померлих, причому коефіцієнт смертності серед лікарів був в три рази вищим, ніж у довоєнні часи (27,4 померлих)⁵⁸.

Голова санітарно-епідеміологічного відділу Наркомздорову УСРР О.М. Марзєєв з біллю згадував про ті складні часи: «Я ніколи не забуду, з яким тяжким, гнітючим почуттям я спрямовував на епідроботу лікарів, які не перехворіли сипняком. Я їх надсилав майже на вірну смерть, і дійсно майже половина їх гинула».

В умовах, коли українці вмирали від «медичного голоду», організацію медичної допомоги населенню взяли на себе закордонні благодійницькі організації, насамперед, – Американська Адміністрація Допомоги (АРА – англійська аббревіатура).

Згідно з пропозицією американського конгресмена, міністра торгівлі США, голови АРА Герберта Гувера для врятування українців було використано запаси медикаментів військового відомства США часів Першої світової війни на суму 4 млн. рублів золотом. Ще 2 тис. 696 руб золотом асигнував для боротьби з епідеміями в радянській Україні Німецький Червоний Хрест, 40 тис. руб золотом – єврейська благодійницька організація «Вереліф». Лікарню для студентів в столиці утримував «Європейський комітет допомоги студентам»⁵⁹.

Майже всі медичні відділи АРА, організовані в березні 1922 р. в головних транзитних пунктах України – Києві, Одесі і Харкові, спрямували свою роботу на допомогу біженцям голоду та на боротьбу з поширенням епідемій на території Лівобережної та Правобережної України. Й лише Олександрівський відділ, створений на місяць пізніше, розгорнув діяльність в одній із вражених голодом Запорізькій губернії.

Згідно з програмою медичного відділу АРА, очолюваного відомим американським лікарем, членом Американського Червоного Хреста Хенрі

Бьюіксом, в пунктах діяльності АРА відкривалися амбулаторії, де безкоштовно лікували, та аптеки, де хворим видавали безкоштовні ліки⁶⁰. Крім того, АРА брала участь в формуванні санітарних поїздів, які спрямовувалися в голодуючі місцевості.

Завдяки фінансовій підтримці АРА в пунктах її діяльності проводилися профілактичні санітарні заходи: налагоджувалася дезінфекція води, влаштовувалися бані і дезінфекційні станції на дезінфекційно-пропускних пунктах залізниць, встановлювався нагляд за складами і розподільниками харчових продуктів. Американці з відома місцевих властей наймали працездатних біженців голоду для прибирання вулиць і забезпечували їх пайками. На кошти АРА також проводилася вакцинація населення проти тифів, холери та віспи.

За даними Гуверовського архіву АРА, в червні 1922 р. українські відділи отримали 25% медичних коштів Російського відділу АРА⁶¹. Безперечно, АРА не відбудувала в повному обсязі ані медичну практику, ані систему охорони здоров'я в Україні навіть на рівні довоєнних стандартів, однак вона попередила їх загибель.

Після згортання діяльності АРА та загасання епідемій тифів, холери та віспи перед санітарними органами республіки повстало завдання попередження епідемії малярії, вогнище якої виникли в Маріупольському повіті, боротьба зі сказом, дифтерією, черевним тифом, скарлатиною та іншими дитячими інфекційними хворобами.

Питання про створення протималярійних закладів поставила Друга Всеукраїнська санітарна рада, що відбулася в травні 1923 р.⁶² Згідно з планом протималярійної кампанії, ухваленим в 1925 р., було засновано 10 малярійних станцій в місцевостях, охоплених малярією а також Український протозойний інститут і три спеціальні відділи при Санбакінститутах, що мали керувати їх роботою⁶³. На малярійні станції покладалися завдання з'ясування вогнищ малярії та динаміки захворюваності населення шляхом проведення санітарних обстежень в епідемічних районах; організації профілактичних антималярійних заходів (здійснення попереднього розгляду планів гідротехнічних робіт та контролю за їх реалізацію, забезпечення вчасного «нафтуванням»* водоймищ, проведення санітарно-освітньої роботи) та надання лікувальної допомоги хворим на малярію⁶⁴.

Оскільки для проведення радикальних профілактичних заходів (масового осушування заболочених місцевостей) коштів не вистачало, боротьба з малярією здійснювалася менш витратним, але екологічно небезпечним способом – шляхом «нафтування» водоймищ⁶⁵. Важливе значення мало й

* Покриття водоймищ нафтовою плівкою.

навчання селян гігієнічним навичкам, щодо попередження розмноження малярійних комарів (побілка хат, накривання кришками ємностей з водою, окурювання погребів, засипання калюж)⁶⁶.

Зважаючи на зростання захворюваності на сказ, розширювалася мережа пастерівських станцій. Якщо у довоєнні часи на території України існували пастерівські відділи при 4 бактеріологічних інститутах і одна пастерівська станція в Єлисаветграді (пізніше – Зінов'євськ), то в 1927 р. – 20 станцій та 51 пастерівський пункт, з них 21 – на периферії⁶⁷.

В другій половині 20-х рр. проваджувалася вакцинація населення проти дифтерії, корі та черевного тифу. До речі, саме вакцинація стала найбільш ефективним заходом боротьби з епідемічними захворюваннями, оскільки інші профілактичні заходи виявилися нездійсненими.

В тезах по доповіді Наркомздраву УСРР в ЦК КП(б)У про стан здоров'я населення УСРР, датованих 1928 р., зазначалося: «Зважаючи на необхідність надання медичної допомоги населенню, хоча б в формі вузького примітивного лікування, радянська охорона здоров'я була змушена основну масу коштів досі витратити на лікувальну справу, тобто на справу, яка є найменш ефективною з точки зору оздоровлення широких мас населення. Санітарно-технічна, санітарно-епідеміологічна і санітарно-освітня справа зовсім не отримала можливості для свого розвитку»⁶⁸.

¹ Ефремов Д.И. Сельский быт и кооперация // Путь к здоровью. – 1926. – № 1-2. – С. 23.

² Томілін С.А. Спроба санітарного опису України. – Харків, 1928. – С. 52-60.

³ Евменьев Н.В. Жилища рудничных рабочих Донбасса // Профилактическая медицина. – 1927. – Харьков. – № 1. – С. 74-87.

⁴ Симилейский Л.Н. Сельское водоснабжение и способы его улучшения в Радомысльском районе на Волыни // Профилактическая медицина. – 1927. – № 4. – С. 80-87.

⁵ Берзин А.Н. Благоустройство населенных мест Украины к 10 годовщине Октябрьской революции // Профилактическая медицина. – 1927. – № 10. – С. 92.

⁶ Там же. – С. 68-73.

⁷ ЩДАВО України. – Ф. 342. – Оп. 3. – Спр. 383. – Арк. 31-33.

⁸ Там же. – Арк. 129.

⁹ Марзеев А. Жилища и санитарный быт сельского населения Украины. – Харьков, 1927. – С. 129-158.

¹⁰ Суетин Г.Н. Организационные вопросы банного дела в городах Украины // Профилактическая медицина. – 1929. – № 1. – С. 128-140.

¹¹ Марзеев А. Жилища и санитарный быт сельского населения Украины. – С. 129-158.

¹² Струмилин С.Г. Рабочий быт в цифрах. – Харьков, 1926. – С. 159-167.

¹³ Марзеев А. Жилища и санитарный быт сельского населения Украины. – С. 130-135.

-
- ¹⁴ Евменьев Н.В. Жилища рудничных рабочих Донбасса. – С. 83.
- ¹⁵ Марзеев А. Н. Записки санитарно врача. – Киев, 1965. – С. 80-81.
- ¹⁶ Там же.
- ¹⁷ Мовчан О. Медичне обслуговування робітників УСРР. 1920-ті роки. – С. 33.
- ¹⁸ А.Д. Малярия и борьба с ней // Профилактическая медицина. – 1923. – № 5-6. – С. 116-117.
- ¹⁹ Ульянов Л.Д. Обзор эпидемических заболеваний на Украине за 1924 г. // Профилактическая медицина. – 1925. – Харьков. – № 4. – С. 36.
- ²⁰ Лейзерман Л.Й., Паулі С.Л. Остання епідемія малярії на Україні // Профілактична медицина. – 1929. – № 3-4. – С. 27-39.
- ²¹ Марзеев А.Н. Чесотка и сельское банное строительство на Украине // Профилактическая медицина. – 1928. – № 9-10. – С. 120-136.
- ²² Сукачев І. Черевнотифозна епідемія в Сталінській окрузі 1928 р. // Профілактична медицина. – 1929. – № 4. – С. 10-14.
- ²³ Марзеев А.Н. Чесотка и сельское банное строительство на Украине // Профилактическая медицина. – С. 120-136.
- ²⁴ ЦДАВО України, – Ф. 342. – Оп. 3. – Спр. 424. – Арк. 29.
- ²⁵ Там же. – Спр. 387. – Арк. 49.
- ²⁶ ЦДАВО України, – Ф. 342. – Оп. 1. – Спр. 182. – Арк. 1-2.
- ²⁷ Соловьев М.Н. Из прошлого по борьбе с эпидемиями на Украине // Профилактическая медицина. – 1928. – № 12. – С. 46-47.
- ²⁸ Марзеев А. Н. Записки санитарно врача. – С. 82.
- ²⁹ Там же. –76.
- ³⁰ Там же. – С. 90, 92.
- ³¹ Там же. – С. 70-71.
- ³² Там же. – С. 72.
- ³³ Там же. – С. 73-74.
- ³⁴ Там же. – С. 93-94.
- ³⁵ Там же. – С. 108, 111.
- ³⁶ ЦДАВО України, Ф. 342. – Оп. 1. – Спр. 677. – Арк. – 5.
- ³⁷ Марзеев А. Н. Записки санитарно врача. – С. 114-116.
- ³⁸ Там же. – С. 76.
- ³⁹ Там же. – С. 104-105.
- ⁴⁰ Крюков В.К. Санитарная организация Украины к X-летию Октября // Профилактическая медицина. – 1928. – № 12. – С. 21-33.
- ⁴¹ Марзеев А.Н. Санитарная организация на Украине // Профилактическая медицина. – 1928. – № 12. – С. 15.
- ⁴² Сердюк А.М. Прицкер А.М. Завещание врача профилактика. – К., 2003. – С. 65.
- ⁴³ Марзеев А.Н. Санитарная организация на Украине. – С 17-18.
- ⁴⁴ Марзеев А.Н. Санитарная организация на Украине // Профилактическая медицина. – 1928. – № 12. – С 17-18.
- ⁴⁵ Крюков В.К. Санитарная организация Украины к X-летию Октября // Профилактическая медицина. – 1928. – № 12. – С. 21-33.

- ⁴⁶ Томілін С.А. Спроба санітарного опису України. – С. 52.
- ⁴⁷ Боларович З. Народна медицина українців // Київська старовина. – 1993. – № 2. – С. 108,109.
- ⁴⁸ Томилин С.А. Народная медицина и знахарство // Путь к здоровью. – 1926. – № 11. – С. 18.
- ⁴⁹ IV Всеукраинский санитарный совет 10-15 марта 1925 г. // Профилактическая медицина, 1925. – № 4. – С. 135-143.
- ⁵⁰ Лифшиц Я.И. Завдання санітарної освіти і культурної революції // Профилактическая медицина. – 1928. – № 4. – С. 117.
- ⁵¹ Марзеев А.Н. Записки санитарно врача. – С. 132.
- ⁵² ЦДАВО України, Ф. 342. – Оп. 3. – Спр. 386. – Арк. 128.
- ⁵³ Крюков В.К. Санитарная организация Украины к X-летию Октября. – С. 118-119.
- ⁵⁴ ЦДАВО України, Ф. 342. – Оп. 3. – Спр. 386. – Арк. 127.
- ⁵⁵ Там же. – Оп. 1. – Спр. 613. – Арк. 2.
- ⁵⁶ Там же. – Спр. 608. – Арк. 3.
- ⁵⁷ Негробов А. Борьба с эпидемиями в Николаевской и Запорожской губерниях // Профилактическая медицина. – 1922. – № 2-3. – С. 172-173.
- ⁵⁸ Дайлис И.А., Розенблат А.П. Смертность медперсонала г. Одессы (за 15 лет – 1912-1926 гг. за данными ЗАГС) // Профилактическая медицина. – 1928. – С. 36, 39, 40.
- ⁵⁹ Голод 1921-1923 років в Україні. – Київ, 1993. – С. 191-193.
- ⁶⁰ ЦДАВО України, Ф. 342. – Оп. 1. – Спр. 110. – Арк. 135.
- ⁶¹ Цхелашвили Н.Ш. Американская помощь народам России в начале 20-х годов XX века. – Диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук. – М.: Российский государственный гуманитарный университет, 1998. – С. 146-148, 154-157.
- ⁶² Сердюк А.М. Прицкер А.М. Завещание врача профилактика. – К., 2003. – С. 65, 67.
- ⁶³ Мовчан О. Медичне обслуговування робітників УСРР. 1920-ті роки. – С. 34.
- ⁶⁴ ЦДАВО України, Ф. 342. – Оп. 3. – Спр. 441. – Арк. 45,46.
- ⁶⁵ Хорунженко П. Борьба с малярийным комаром – это борьба с малярией // Путь к здоровью. – 1922. – № 2. – С.20-21.
- ⁶⁶ Боларович З. Народна медицина українців. – С. 110.
- ⁶⁷ Там же. – С 17-18.
- ⁶⁸ ЦДАВО України, Ф. 342. – Оп. 3. – Спр. 386. – Арк. 127.

ДОДАТКИ.

Таблиця 1. Захворюваність населення УСРР на інфекційні хвороби в 1919-1922 рр.					
Назва хвороби	1919 р.	1920 р.	1921 р.	1922 р.	Всього за 4 роки
Висипний тиф	98.335	630.486	166.359	359.914	1.255.094
Зворотній тиф	11.897	321.216	326.753	504.877	1.164.740
Черевний тиф	16.537	127.133	174.830	102.593	421.740
Дизентерія	3.781	50.193	71.071	53.921	178.966
Холера	3.781	10.148	14.580	43.955	68.683
Віспа	7.099	35.171	36.392	41.725	90.387

Таблиця 2. Захворюваність населення УСРР на зворотній і висипний тифи у 1919-1922 рр. (за даними офіційної статистики тих років та вибіркового обстеження санітарно-епідемічного стану селянських господарств у 1924 р.)						
Назва хвороби	Цифри офіційної статистики	Попра- вочний коefficient	Нарахована кількість захворювань	% населення, що перехворіло	Середній відсоток летальності	Нарахована кількість помрлих
Висипний тиф	1.156.759	4,2	4.858.388	18	13,1	636.450
Зворотній тиф	1.152.846	4,2	4.841.953	18	2,1	101.682

Таблиця 3. Захворюваність населення УСРР на інфекційні хвороби В 1923-1924 рр. (за кількістю випадків).		
Назва хвороби.	1923 р.	1924 р.
Холера	10	–
Малярія	517.001	907.473
Зворотній тиф	59.021	4.785
Висипний тиф	33.040	14.213
Черевний тиф	33.746	37.329
Невизначена тифозна інфекція	7.771	3.178
Паратиф	–	3.143
Грип	–	140.902
Дизентерія	27.694	45.295
Епідемічний енцефаліт	292	685
Епідемічний менінгіт	–	570
Віспа	3.995	1.188
Кір	25.305	45.654
Скарлатина	20.643	37.704
Дифтерит	14.903	17.063
Коклюш	43.153	33.114
Трахома	–	49.592
Сап	21	70
Сибірська виразка	2.490	5.421
Проказа	–	–

Таблиця 4. Коефіцієнт захворюваності на інфекційні хвороби в Україні з 1901-1905 рр. по 1926 р.		
Назва хвороби	1901-1905 р.	1926 р.
Висипний тиф	100	21,6
Зворотний тиф	100	38,4
Нез'ясований тиф	100	24,5
Черевний тиф	100	23,2
Різачка (дизентерія)	100	34,0
Віспа	100	1,5
Скарлатина	100	124,1
Кір	100	99,6
Обклади (дифтерія)	100	34,5
Кашлюк	100	95,4

Таблиця 5.									
Захворюваність на основні інфекційні хвороби в УСРР на 10 тис. населення в 1926 р.									
Райони	Назва хворою								
	Висипний тиф	Зворотній тиф	Червний тиф	Різачка	Віспа	Скарлатина	Обкалдт	Кір	Кашлюк
Полісся	3,4	0,1	11,0	5,2	0,1	27,5	6,6	26,1	24,8
Правобережжя	2,3	0,3	8,4	5,2	0,06	35,1	10,1	26,3	32,4
Лівобережжя	5,1	0,9	7,2	8,0	0,1	40,6	7,3	35,4	30,6
Промисловий Степ	1,3	1,0	9,3	21,4	0,1	38,2	7,0	29,3	26,5
Хліборобський Степ	1,2	0,4	7,9	9,5	0,09	47,7	8,4	15,6	36,3