

**Вінницький державний педагогічний університет  
імені Михайла Коцюбинського  
Міністерство освіти і науки України  
Інститут історії України НАН України**

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**ШКОЛЬНИКОВА ТЕТЯНА ЮРІВНА**

УДК 378(477)«1940/50»(043.3)

**ДИСЕРТАЦІЯ  
СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
НАСЕЛЕННЯ ВІННИЧЧИНИ І ХМЕЛЬНИЧЧИНИ У ПОВОЄННІ РОКИ  
(СЕРЕДИНА 1940-Х – СЕРЕДИНА 1950-Х РР.)**

Спеціальність 07.00.01 – Історія України

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата історичних наук.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

\_\_\_\_\_ Т.Ю.Школьнікова

Науковий керівник:  
**Романюк Іван Миронович**  
доктор історичних наук, професор

Вінниця – 2021

## АНОТАЦІЯ

**Школьнікова Т. Ю. Соціальні аспекти організації охорони здоров'я населення Вінниччини і Хмельниччини у повоєнні роки (середина 1940-х – середина 1950-х рр.) - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

*Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата історичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 07.00.01 – історія України. – Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, Вінниця, 2021.*

Дисертаційна робота присвячена дослідженню процесу організації охорони здоров'я на території Вінницької та Хмельницької областей у період середини 40-х – середини 50-х рр. ХХ ст.

Мета дослідження полягає у всебічному вивченні процесу розбудови охорони здоров'я на території цих областей у складних умовах післявоєнного часу та виявленні усіх його як позитивних, так і негативних сторін, що необхідно обов'язково враховувати під час проведення сучасної медичної реформи в Україні. При цьому, територія Вінницької та Хмельницької областей розглядається нами у роботі як єдиний історично сформований регіон, якому притаманна схожість перебігу післявоєнних подій та процесу відбудови країни, що мав свої регіональні особливості.

Актуальність теми дослідження зумовлена перш за все необхідністю комплексного й об'єктивного вивчення усіх аспектів процесу відновлення мережі закладів охорони здоров'я та медичного обслуговування населення, покращення санітарно-гігієнічного стану на території Вінницької та Хмельницької областей, охорони материнства та дитинства тощо. Актуальність досліджуваної нами теми ще й підсилюється тим чинником, що Подільський регіон став територією, на якій найбільш чітко прослідковуються усі суперечливі наслідки проведеної у 1947 р. в УРСР медичної реформи.

Політичні процеси, які розпочалися в Україні на початку 1990-х років та проголошення її незалежності, започаткували новий - пострадянський, або

сучасний історіографічний період. У його рамках відбувається перегляд радянських концепцій у дослідженні подій та явищ Другої світової та німецько-радянської воєн, формування нових підходів до вивчення історії України воєнного та повоєнного періодів, подолання партійно-ідеологічних стереотипів, втілення гуманістичних та цивілізаційних традицій, розширення проблематики досліджень пов'язаних з післявоєнним періодом.

Слід зазначити, що у радянський та пострадянський періоди було накопичено значний фактичний матеріал який стосувався організації системи охорони здоров'я післявоєнного періоду. Водночас, незважаючи на досягнуте, на сьогоднішній день в українській історіографії відсутнє цілісне системне дослідження, яке б стосувалося історії організації охорони здоров'я Вінницької та Хмельницької областей у повоєнні роки.

Значне місце у дисертаційному дослідженні присвячене характеристиці нацистської окупаційної політики у досліджуваному нами регіоні. За період німецької окупації Поділля відносилось до числа регіонів України, які найбільше постраждали від агресора. Величезної руйнації зазнала уся соціально-побутова сфера краю і особливо система охорони здоров'я. Все це негативно відобразилося як на загальному стані здоров'я населення, так і на демографічній ситуації Подільських областей. Аналіз опрацьованих нами джерел переконливо доводить, що населення Поділля фактично опинилося на той час у стані гуманітарної катастрофи, яка супроводжувалася голодом, епідеміями, інфекційними хворобами, значною кількістю померлих тощо.

Здійснена у перші повоєнні роки відбудова медико-санітарних закладів Подільського краю у деякій мірі дозволила наблизити рівень надання медичної допомоги до довоєнного. Враховуючи те, що відбудову було розпочато одразу після визволення українських земель, тобто в умовах ведення війни, її кількісні показники були досить високими. Але, незважаючи на ці досягнення, мали місце й ряд недоліків у її роботі. Так, найслабшим місцем у відновленні організації охорони здоров'я населення Поділля була гостра нестача

кваліфікованих медичних кадрів та недостатнє облаштування медико-санітарних закладів спеціальними технічними засобами, що негативно впливало на рівень діагностики в лікувальних закладах та не дозволяло надавати медичну допомогу населенню в повному обсязі.

Досліджуючи післявоєнний період розвитку системи охорони здоров'я на території Вінницької та Хмельницької областей значне місце у роботі приділено проведенню медичної реформи, розпочатої у 1947 році. Основною метою цієї реформи було наближення до сільського населення спеціалізованої лікарської допомоги та поліпшення роботи районних лікарень. У відповідності до медичної реформи запроваджувалась нова структура і введено у дію нове положення про районні лікарні. У цей період районна лікарня ставала центром спеціалізованої медичної допомоги сільському населенню. Значному розвитку якої сприяла реалізація комплексної програми розбудови усіх галузей медицини. У результаті медичної реформи на початок 50-х рр. ХХ ст. на території Вінниччини та Хмельниччини була створена трирівнева система організації охорони здоров'я, що включала у себе сільські лікарські дільниці, районні та міські лікарні, обласні лікарні.

У ході цієї реформи у краї здійснювались різноманітні цілеспрямовані заходи, які були направлені на подальшу відбудову та розвиток матеріальної бази мережі медичних закладів: ремонт та будівництво нових приміщень лікарень, поліклінік, амбулаторій, аптек, підприємств для виробництва медичного обладнання, інструментів та ліків, медичних навчальних закладів, забезпечення транспортними засобами тощо. Для реалізації цієї мети держава щорічно збільшувала асигнування.

Розпочата у 1947 р. медична реформа, сприяла не лише відновленню медичних закладів Поділля, а й значному підвищенню професійного рівня лікарів, що позитивно вплинуло й на рівень надання медико-профілактичної допомоги населенню та на процес ліквідації медико-санітарних наслідків війни. На середину 1950-х рр. ліжковий фонд медичних закладів регіону був в

основному відновлений. У поліклінічну службу активно впроваджувалась диспансеризація. У медичну практику запроваджувались нові лікувальні засоби й методи, розширювалась спеціалізована медична допомога населенню. Широко розгорнулось лікарняне будівництво. Для підвищення кваліфікації й правильного використання лікарських кадрів було введено систему атестації лікарів.

Надзвичайно позитивним результатом змін у післявоєнній медичній галузі Подільських областей стало й поширення спеціалізованої медичної допомоги у селі. Замість загального лікаря для лікування усіх захворювань, розпочинається вузька спеціалізація лікарів. Об'єднання лікарень та амбулаторій у сільських райцентрах дало змогу вже у 1947 р. розподілити лікарів на окремі спеціальності: хірург, терапевт, акушер-гінеколог, терапевт-фтизіатр, педіатр та ін. Фактично медична реформа, сприяла не лише відновленню медичних закладів Поділля, а й значному підвищенню професійного рівня лікарів, що позитивно вплинуло на рівень надання медико-профілактичної допомоги населенню. Однак, і ці досягнення, як показала подальша медична практика, не вирішували проблеми дефіциту кваліфікованих медичних кадрів. До того ж, гостро поставала проблема матеріальної забезпеченості лікарів, особливо тих, хто працював у сільській місцевості.

Розмірковуючи про основні форми та методи санітарно-гігієнічного виховання населення у Подільських областях досліджуваного періоду, слід зазначити, що складна ситуація з інфекційними захворюваннями та спалахами епідемій на визволених від ворога територіях, змусила як загальнореспубліканські, так і місцеві органи влади вживати більш рішучі заходи щодо організації та змісту протиепідемічної роботи та поширенню санітарно-гігієнічних знань у населених пунктах. Зокрема, була прийнята низка рішень, спрямованих на мобілізацію працівників радянських, партійних, профспілкових та комсомольських організацій щодо поширення санітарно-гігієнічних знань серед населення краю, а також чітко визначено головні напрями

діяльності закладів охорони здоров'я. На середину 50-х рр. XX ст. санітарно-гігієнічні знання серед населення регіону проводилися у контексті популяризації здорового способу життя. Також, у повоєнний період органи державної влади та виконавчі структури Подільського краю намагалися забезпечити необхідною допомогою інвалідів, як найбільш соціально незахищеної верстви населення. Неоціненну допомогу у справі реабілітації та забезпечення інвалідів війни надавали громадські організації, трудові колективи та пересічні громадяни.

Характерною особливістю досліджуваного періоду було керівництво всіма життєвими процесами Подільських областей Комуністичною партією. Наявні архівні документи засвідчують, що питання, пов'язані з відбудовою та роботою закладів охорони здоров'я були одними з найголовніших у переліку справ, які вирішували партійні структури всіх рівнів. У сфері подолання масових захворювань у краї тогочасним керівництвом було здійснено цілий ряд комплексних і ефективних протиепідемічних заходів. Проведення цих заходів також поєднувалося з цілеспрямованою організаційною роботою по налагодженню діяльності лікарень, амбулаторій, санітарно-епідеміологічних станцій. Однак, слід також зазначити, що мережа зазначених закладів у регіоні була обмеженою та не задовольняла усіх потреб післявоєнного періоду, а медична промисловість не встигала забезпечувати необхідними ліками лікарняно-аптечні мережі. Лише у 50-ті рр. XX ст. вдалося призупинити масове поширення у краї інфекційних хвороб.

До числа негативних сторін, також відносимо і те, що радянське керівництво, зробивши ставку на пріоритетний розвиток важкої промисловості, не приділяло належної уваги розвитку медичної сфери. Так, поза увагою залишалися питання якості медичної допомоги, взаємозв'язок між зростанням капіталовкладень у галузь і показниками здоров'я населення, вирішення проблеми забезпеченості медичними кадрами, особливо у віддалених районах Подільських областей. При цьому, як засвідчує аналіз опрацьованих нами

архівних джерел, не в останню чергу негативну роль відіграла безвідповідальність керівників області та окремих керівників районів, які не розуміли значення сфери охорони здоров'я для подальшого розвитку суспільства. Великою трагедією для населення Поділля, зокрема його сільської місцевості, став організований радянською владою третій голодомор періоду 1946-1947 рр. У цей період різко зросла смертність від недоїдання та кількість захворювань на дистрофію та рахіт, особливо серед сільського населення. Лихоліття голодомору найбільш вразило і дітей, хоча сфера охорони материнства і дитинства серед усіх галузей охорони здоров'я Подільського краю, у досліджуваній нами період, залишалася однією з найбільш пріоритетних та складних сфер.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, лікувально-профілактична допомога, інфекційна хвороба, голодомор, лікарня, медичний персонал, медична допомога.

## SUMMARY

**Shkolnikova T.Yu. «Social aspects of health care organization in Vinnytsia and Khmelnytsky regions in the post-war years (the mid-1940s – the mid-1950s)» – Manuscript.**

*Dissertation on the Candidate of Historical Sciences Degree in specialty 07.00.01 – History of Ukraine. – Vinnytsia, Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University, 2021.*

The dissertation is devoted to the study of the process of organization of health care in Vinnytsia and Khmelnytsky regions in the mid-40s - mid-50s of the twentieth century. The purpose of the study is to comprehensively study the process of development of health care in these areas in the difficult conditions of the postwar period and identify all its positive and negative aspects, which must be taken into account when carrying out modern medical reform in Ukraine. At the same time, the territory of Vinnytsia and Khmelnytsky regions is considered by us as the only

historically composed region, which is characterized by the similarity of the course of postwar events and the reconstruction process, which had its own regional features.

The urgency of the research topic is primarily due to the need for a comprehensive and objective study of all aspects of the process of restoring the network of health care and medical services, improving sanitation in Vinnytsia and Khmelnytsky regions, maternity and childhood protection and more. The urgency of the topic we are researching is further enhanced by the fact that the Podolsk region has become a territory where all the contradictory consequences of the medical reform carried out in 1947 in the USSR can be most clearly traced.

The new political processes that began in Ukraine in the early 1990s and the proclamation of its independence ushered in the post-Soviet, modern historiographical period. It reviews Soviet concepts in the study of events and phenomena of World War II and the German-Soviet wars, the formation of new approaches to studying the history of Ukraine during the war and postwar periods, overcoming party-ideological stereotypes, embodying humanistic and civilizational traditions, expanding research issues. with the postwar period.

It should be noted that in the Soviet and post-Soviet periods, a lot of factual material was accumulated concerning the organization of the post-war health care system. At the same time, despite what has been achieved, there is currently no comprehensive systematic study in Ukrainian historiography that concerned the history of the organization of health care in Vinnytsia and Khmelnytsky regions in the postwar years. A significant place in the dissertation research is given to the characteristics of the Nazi occupation policy in the region we are studying. During the German occupation, Podillya was one of the regions of Ukraine most affected by the aggressor. The whole social sphere of the region, and especially the health care system, was marked by great destruction. All this had a negative impact on both the general state of health and the demographic situation in the Podolsk regions. The analysis of the sources studied by us convincingly proves that in fact the population of Podillya was at that time in a state of humanitarian catastrophe, which was



accompanied by famine, epidemics of various infectious diseases, a significant number of deaths and more. Reconstruction of medical and sanitary facilities in the Podolsk region, carried out in the first postwar years, to some extent brought the level of medical care closer to the pre-war level. The weakest point in the organization of health care in Podillya at that time was the lack of equipment of medical and sanitary institutions with special technical care, which negatively affected the level of diagnosis in medical institutions, did not allow to provide medical care in full. Investigating the post-war period of development of the health care system in the territory of Vinnytsia and Kamyanyets-Podilsky regions, a significant place in the work is given to the medical reform, which began in 1947.

The main purpose of this reform was to bring specialized medical care closer to the rural population and to improve the operation of district hospitals. In accordance with this reform, a new structure was introduced and a new regulation on the district hospital was introduced. During this period, the district hospital became a center of specialized medical care for the rural population. Specialized medical care has also achieved significant development, in particular, at this time in the region began to implement a comprehensive program for the development of all branches of medicine. As a result of this reform in the 50's of the twentieth century. in the territory of Vinnytsia and Khmelnytsky regions a three-level system of health care organization was created, which included district, district, city and regional hospitals. During this reform, the region carried out various targeted measures aimed at further reconstruction and development of the material base of the network of medical institutions: repair and construction of new premises of hospitals, clinics, clinics, pharmacies, enterprises for the production of medical equipment, tools, medicines, medical training. institutions, provision of vehicles, etc. At the same time, the state annually increased allocations for this purpose.

However, these achievements, as further medical practice has shown, did not solve the problem of shortage of qualified medical personnel. At this time, the problem of financial security of doctors was also acute, especially for those who

worked in rural areas. An extremely positive result of changes in the post-war medical sphere of Podolsk oblasts was the spread of specialized medical care in rural areas. Instead of a general practitioner for the treatment of all diseases, the unification of hospitals and outpatient clinics in rural district centers made it possible in 1947 to divide physicians into separate specialties: surgeon, therapist, obstetrician-gynecologist, tuberculosis therapist, pediatrician, and others. In fact, the medical reform contributed not only to the restoration of medical institutions in Podillya, but also to a significant increase in the professional level of doctors, which had a positive effect on the level of medical and preventive care provided to its population.

Speaking about the main forms and methods of sanitary and hygienic education of the population in Podolsk oblasts of the studied period, it should be noted that the difficult situation with infectious diseases in the liberated areas of Podillya forced both national and local authorities to take more decisive measures. and dissemination of sanitary and hygienic knowledge in settlements. In particular, a number of decisions were made aimed at mobilizing employees of the Soviet, party, trade union and Komsomol bodies to disseminate sanitary and hygienic knowledge among the population of the region, as well as clearly defined the main activities of health care facilities. In the mid-50's of the twentieth century. sanitary and hygienic knowledge among the population of the region was conducted in the context of promoting a healthy lifestyle. In the postwar period, public authorities and executive structures of the Podolsk region tried to provide the necessary assistance to people with disabilities as the most vulnerable. Public organizations, labor collectives and ordinary citizens provided invaluable assistance in the rehabilitation and provision of war invalids.

A characteristic feature of that period was the leadership of all processes in the life of the Podolsk regions by the Communist Party. The available documents show that the issues related to the reconstruction and operation of health care facilities were one of the most important in the list of cases that were decided at the time by party structures at all levels. In the field of overcoming mass diseases in the region of the period under study, the then leadership took a number of comprehensive and effective

measures. Carrying out of anti-epidemic measures was also combined with purposeful organizational work on adjustment of activity of hospitals, out-patient clinics, sanitary-and-epidemiological stations. Although it should also be noted that the network of these institutions in the region was limited and did not meet all the needs of the postwar period. Only in the 50's of the twentieth century. managed to stop the widespread spread of infectious diseases in the region.

Along with this, the paper discusses the negative aspects, including the fact that the Soviet leadership, relying on the priority development of heavy industry, did not pay due attention to the development of the medical sphere. Thus, the issues of the quality of medical care, the relationship between the growth of investment in the industry and public health indicators, solving the problem of providing medical staff, especially in remote areas of Podolsk regions, were left out of consideration. At the same time, according to the analysis of our archival sources, not least the negative role was played by the irresponsibility of regional leaders and individual district leaders who did not understand the importance of health care for the further development of society. The great tragedy for the population of Podillya, in particular its rural area, was the third artificial famine organized by the Soviet authorities in the period 1946-1947. During this period, the number of cases of dystrophy increased sharply, especially among the rural population. The hardships of the Holodomor affected children the most, and the protection of motherhood and childhood among all branches of health care in the Podolsk region, the sphere of protection of motherhood and childhood in the period under study remained one of the most difficult areas.

**Key words:** health care, medical and preventive care, infectious diseases, famine, hospital, medical staff, medical care.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### Публікації у наукових фахових виданнях та виданнях, що включені до міжнародних наукометричних баз:

1. Школьнікова Т.Ю. Стан системи охорони здоров'я України в перші повоєнні роки. // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми: зб. наук. пр. Київ-Вінниця: ТОВ фірма «Планер», 2018. Вип. 51. С. 119–123.

2. Школьнікова Т.Ю. Основні проблеми відбудови медичних закладів Вінниччини в другій половині 1940-х – початку 1950-х рр. // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Історія: зб. наук. пр. / За заг. ред. проф. О.А. Мельничука. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. Вип. 30. С. 49–53.

3. Школьнікова Т.Ю. Робота медичних установ Вінниччини в сфері охорони материнства і дитинства в першій повоєнні роки // Наукові записки з української історії: збірник наукових статей. Переяслав-Хмельницький, 2019. Вип. 46. С. 182–187.

4. Школьнікова Т.Ю., Романюк І.М. Основні заходи щодо відновлення та розвитку повоєнної медичної галузі // Гілея: науковий вісник. Київ: «Видавництво «Гілея» 2019. Вип. 142 (№ 3). Ч. 1. Історичні науки. С. 198–202.

5. Школьнікова Т.Ю. Формування медичного персоналу Подільського регіону в період другої половини 40-х початку 50-х рр. ХХ ст. // Проблеми гуманітарних наук: збірник наукових праць Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. Серія: Історія / ред. кол. Василь Ільницький (головний редактор) та ін. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ ДДПУ імені Івана Франка. Дрогобич, 2020. Вип. 3/45. С. 155–172.

### Публікації у закордонних виданнях:

6. Школьнікова Т.Ю., Романюк І.М. Медико-санітарні наслідки війни та заходи щодо їх ліквідації. // Science and society. Proceedings of the 5<sup>th</sup> International conference. Accent Graphics Communications & Publishing. Hamilton, Canada. 2018. 1528 p. – 1482–1492 p.

7. Школьнікова Т.Ю. Медичне обслуговування жінок в повоєнний період. // Zbior artykulow naukowych recenzowanych. (27.02.2019-28.02.2019). Warszawa: Wydawca: Sp. z o.o. «Diamond trading tour», 2019. С. 50–57.

8. Школьнікова Т.Ю. Личность врача: от гуманности к профессиональному «выгоранию». // Общественные и гуманитарные науки: материалы 84-й науч.-техн. Конференции профессорско-преподавательского состава, научных сотрудников и аспирантов (с международным участием), Минск, 3-14 февраля 2020 г. [Электронный ресурс]/ отв. за издание И. В. Войтов; УО БГТУ. Минск: БГТУ, 2020. С.123–127.

### Публікації, які додатково відображають наукові результати дисертації:

9. Школьнікова Т.Ю. Відновлення матеріально-технічної бази Вінницького медичного інституту в перші повоєнні роки // Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень: зб. наук. пр. / редкол.: Р. С. Гуревич (голова) [та ін.]; Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Вінниця: ТОВ фірма «Планер», 2017. Вип. 8(11). С. 198–200.

10. Школьнікова Т.Ю. Соціальні проблеми охорони здоров'я населення у повоєнний період // Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень: зб. наук. пр. / редкол.: Р. С. Гуревич (голова) [та ін.]; Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Вінниця: ТОВ фірма «Планер», 2019. Вип. 11(14). С. 204–206.

11. *Школьнікова Т.Ю.* Етико-моральні проблеми лікаря: від навчання до професіоналізму та повного зникнення // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Суспільні науки: сучасні тенденції та фактори розвитку». Одеса, 17-18 січня 2020. С. 35–40.

12. *Школьнікова Т.Ю.* Лікувально-санітарна допомога в повоєнній системі охорони здоров'я Подільського краю // Суспільні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 3-4 липня 2020 року). Львів: ГО «Львівська фундація суспільних наук», 2020. С.60–65.

13. *Школьнікова Т.Ю.* Підготовка висококваліфікованих кадрів медичних працівників вінницької області у післявоєнний період // Вінниччина: минуле та сьогодення. Краєзнавчі дослідження: матеріали XXXI Вінницької всеукраїнської наукової історико-краєзнавчої конференції, присвяченої 30-річчю з дня проголошення Декларації про державний суверенітет України, Вінниця, 24-25 вересня. 2020. С. 221–223.

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ .....</b>	<b>17</b>
<b>ВСТУП .....</b>	<b>18</b>
<b>РОЗДІЛ I. ІСТОРИОГРАФІЯ, ДЖЕРЕЛЬНА БАЗА ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....</b>	<b>27</b>
1.1.Історіографія .....	27
1.2.Джерельна база .....	44
1.3.Методологічні засади роботи .....	50
<i>Висновки до розділу I .....</i>	<i>56</i>
<b>РОЗДІЛ II. СОЦІАЛЬНА СФЕРА ПОДІЛЛЯ У ПЕРШІ ПІСЛЯВОЄННІ РОКИ .....</b>	<b>60</b>
2.1.Матеріальні збитки і людські втрати за час німецької окупації. Рівень життя і побут населення .....	60
2.2.Відновлення мережі закладів охорони здоров'я та забезпеченість населення медичною допомогою .....	73
2.3.Поновлення роботи медичних навчальних закладів .....	88
<i>Висновки до розділу II .....</i>	<i>97</i>
<b>РОЗДІЛ III. РОЗВИТОК МЕРЕЖІ ТА ФОРМУВАННЯ МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОЇ БАЗИ ЛІКУВАЛЬНИХ ТА ДОПОМІЖНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ КРАЮ У ПІСЛЯВОЄННИЙ ПЕРІОД .....</b>	<b>99</b>
3.1.Поширення мережі і матеріально-технічна забезпеченість лікувальних закладів .....	99
3.2.Забезпеченість регіону медичним персоналом .....	115
3.3.Заходи з подолання масової захворюваності та летальності від інфекційних недуг .....	124
<i>Висновки до розділу III .....</i>	<i>142</i>
<b>РОЗДІЛ IV. МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ РЕГІОНУ.....</b>	<b>143</b>

4.1.Поширення санітарно-гігієнічних знань, вмінь і навичок серед населення краю .....	143
4.2.Лікувально-профілактична допомога інвалідам війни та лікарняно-аптечна справа .....	154
4.3.Охорона дитинства та материнства .....	173
<i>Висновки до розділу IV</i> .....	182
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	184
<b>СПИСОК ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ</b> .....	195



## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АМН СРСР - Академія медичних наук СРСР
- ВО – Вінницька область
- ГСУ ЧА – Головне Санітарне управління Червоної Армії
- ДАВО – Державний архів Вінницької області
- ДАХМО – Державний архів Хмельницької області
- ЗСЖ – Здоровий спосіб життя
- К-П.О – Кам’янець – Подільська область
- ЛПД – Лікувально-профілактична допомога
- МОЗ УРСР – Міністерство охорони здоров’я УРСР
- МПД – Медико-профілактична допомога
- МСБ МОЗ УРСР – Медико-статистичне бюро Міністерства охорони здоров’я УРСР
- НДК – Надзвичайна Державна Комісія
- НКВС – Народний комісаріат внутрішніх справ
- НКОЗ УРСР – Народний комісаріат охорони здоров’я УРСР
- ОВОЗ – Обласний відділ охорони здоров’я
- РВОЗ – Районний відділ охорони здоров’я
- РНК СРСР – Рада Народних Комісарів СРСР
- УРСР – Українська Радянська Соціалістична Республіка
- СЗОЗ – Система закладів охорони здоров’я
- СРСР – Союз Радянських Соціалістичних Республік
- ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт
- ЦДАВО України – Центральний державний архів вищих органів влади та управління України
- ЦДАГО України – Центральний державний архів громадських об’єднань України
- ЦК КП(б)У – Центральний Комітет Комуністичної партії (більшовиків) України

## ВСТУП

**Актуальність теми** нашого дослідження полягає у тому, що на сьогоднішній день в Україні, поряд з іншими складними соціальними проблемами спостерігається значне погіршення загального стану здоров'я нації. Це погіршення більшість дослідників пов'язують із недоліками сучасної системи охорони здоров'я, зокрема застарілою матеріально-технічною базою і недостатньою ефективністю використання обмежених ресурсів, 95 % яких досі витрачаються на лікування та реабілітацію і спрямовуються на попередження загострення хвороби. У нинішній час в Україні назріла нагальна потреба у проведенні ефективної медичної реформи, яка б забезпечила усім громадянам нашої країни доступ до якісних медичних послуг та здійснити реформування систему охорони здоров'я так, щоб у її центрі був пацієнт. Необхідність проведення саме такої медичної реформи ще раз довела коронавірусна пандемія COVID - 19, яка як для усього українського суспільства загалом, так і для медичної системи України зокрема, стала справжнім випробуванням.

Виходячи із вищезазначеного, перед сучасною історичною наукою постала гостра потреба у переосмисленні всього історичного досвіду існування медичної системи України, з метою розробки найбільш оптимальної моделі проведення медичної реформи. Поряд з цим, це дозволило б нам критично переосмислити і сучасне ставлення суспільства до медичної сфери, адже на сьогодні чинник здоров'я нації стає чи не найбільш переважаючим чинником.

У цьому відношенні важливе місце займають історичні події, пов'язані з радянсько-німецькою війною, нацистською окупацією, їх соціальними та медико-демографічними наслідками для українського народу. Війна завдала значних руйнувань та втрат економіці й соціальній сфері усіх регіонів України, забрала мільйони життів її громадян, принесла неймовірні страждання та горе у кожному сім'ю. У цих умовах територія Подільського краю виявилася у числі регіонів України, які найбільше постраждали від війни і соціальні наслідки якої були тут особливо важкими.

Тому тематика, яка пов'язана з медико-санітарними наслідками війни для населення Подільського краю та заходами щодо їх ліквідації у середині 40 – 50-х рр. ХХ ст. на сьогоднішній день залишається малодослідженою. Радянська історична наука, у силу того, що була жорстко обмежена рамками офіційної марксистсько-ленінської ідеології та методологічного догматизму, не змогла достатньо об'єктивно і всесторонньо висвітлити цю проблему. Невеликі за обсягом дослідження, які стосуються теми, мали здебільшого дотичний характер й не відображали усіх труднощів процесу повоєнної відбудови системи охорони здоров'я. Увага у них акцентувалася лише на позитивних моментах, пов'язаних перш за все, з діяльністю радянських компартійних органів. При цьому зовсім не досліджувалися негативні явища та факти, що мали місце у сфері охорони здоров'я Подільського регіону у повоєнний період, справжні причини їх появи та існування, при тому, що цей регіон найбільше постраждав від нацистської окупації й відповідно процес відбудови системи охорони здоров'я та ліквідації санітарно-медичних наслідків війни тут проходив досить складно.

З огляду на вищезазначене, вивчення теми організації охорони здоров'я у повоєнний період на Поділлі є досить актуальним питанням для сучасної історичної науки. Воно зумовлюється не лише необхідністю встановлення реальних, спричинених війною й окупацією демографічних втрат і змін, шкоди, заподіяної системі медичних закладів, здоров'ю та умовам проживання населення, а й необхідністю комплексного й об'єктивного вивчення усіх аспектів процесу відновлення мережі закладів охорони здоров'я та медичного обслуговування населення, покращення санітарно-гігієнічного стану на території Вінницької та Кам'янець-Подільської областей, охорони материнства та дитинства тощо.

Актуальність досліджуваної нами теми ще й підсилюється тим чинником, що Подільський регіон став територією, на якій найбільш чітко прослідковуються як позитивні, так і негативні наслідки проведеної у 1947 р. в

УРСР медичної реформи. Все це в комплексі необхідно враховувати і у сучасних нелегких умовах українського державотворення.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами**

Дисертаційна робота пов'язана з розробкою держбюджетної теми кафедри історії України Вінницького «Історія української державності» (номер державної реєстрації 0103U0003693).

Дисертацію виконано відповідно до тематичного напрямку та наукових досліджень кафедри історії та культури України Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського «Поділля у контексті української історії».

**Об'єктом дослідження** є процес відновлення та реформування діяльності системи охорони здоров'я населення Подільського краю у післявоєнний період.

**Предметом дослідження** є процес відновлення та подальшого реформування діяльності медичних установ Вінниччини та Хмельниччини та його соціальні наслідки для населення краю.

**Хронологічні рамки дослідження** охоплюють 1944 – 1954 рр. ХХ ст. Вибір нижньої межі визначається початком відновлення на визволеній від нацистських загарбників території краю зруйнованої у ході війни системи охорони здоров'я, верхньої межі – періоду, коли в основному було відбудовано медичну систему краю та запроваджено нову систему організації медичної сфери, що у результаті позитивно вплинуло на загальний стан здоров'я населення краю. У середині цього періоду ми умовно виділяємо два етапи, межею яких є 1947 р.

**Територіальні межі** дослідження обмежені територією Поділля, куди географічно входять нинішні Вінницька та Хмельницька (до 1954 р. Кам'янець-Подільська) області, що зумовлено певною історичною та територіальною цілісністю цих областей, які загалом становлять єдиний регіон під назвою Східне Поділля, і яким притаманна схожість перебігу повоєнних подій та процесу відбудови, який мав свої регіональні особливості.

**Мета роботи** полягає у тому, щоб з урахуванням наукової новизни та практичної значимості теми, а також спираючись на здобутки історіографії та залучення у науковий обіг нових джерел, комплексно й системно проаналізувати процес розбудови системи охорони здоров'я регіону в складних умовах післявоєнного часу та виявити всі його як позитивні, так і негативні сторони.

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення таких **дослідницьких завдань:**

- дослідити ступінь висвітлення теми в історіографії;
- проаналізувати джерельну базу, а також методологію дослідження;
- з'ясувати соціальні та демографічні наслідки Другої світової війни та нацистської окупації для населення Подільського регіону;
- охарактеризувати збитки, заподіяні війною та окупацією системі медичних закладів Вінниччини і Хмельниччини;
- простежити процеси відновлення мережі закладів охорони здоров'я Поділля у повоєнний період відбудови;
- з'ясувати ступінь забезпеченості населення медичною допомогою;
- показати діяльність органів радянської влади у процесі відбудови сфери охорони здоров'я Вінниччини та Хмельниччини;
- проаналізувати заходи щодо подолання масових захворювань у краї;
- дати характеристику результатам медичної реформи 1947 р. для системи охорони здоров'я Поділля;
- дослідити діяльність центральних та місцевих органів влади, а також громадськості у вирішенні проблеми забезпеченості Подільського регіону медичними кадрами;
- охарактеризувати діяльність органів влади, охорони здоров'я та соціального забезпечення Подільського краю у справі медичної та соціальної реабілітації інвалідів війни;

- визначити демографічні медико-соціальні наслідки штучного голодомору 1947 р. для населення Східного Поділля;
- дати характеристику системі охорони материнства та дитинства Подільського краю післявоєнного періоду.

**Методи дослідження.** При вивченні процесу становлення та розвитку організації системи охорони здоров'я населення Поділля у післявоєнний період нами було застосовано різноплановий комплекс загальнонаукових та загальноісторичних принципів дослідження. У контексті зазначеної вище методологічної парадигми дослідження дисертант використовував і відповідну конкретну наукову методологію, яка є базою для розв'язання конкретної дослідницької проблеми.

Для здійснення аналізу подій і явищ, які вивчалися у процесі дослідження медико-санітарних наслідків окупації для Поділля, а також для оцінки результатів періоду відбудови у медико-санітарній галузі, використовувалися принципи об'єктивності, історизму та системності.

Предмет дисертаційного дослідження зумовив розгляд системи охорони здоров'я Вінниччини та Хмельниччини у різних аспектах та використання для цього низки загальнонаукових та спеціально-наукових методів. Серед них, перш за все, слід виділити: метод аналізу та синтезу, історико-хронологічний та проблемно-хронологічний методи, порівняльно-історичний, історико-типологічний, дедуктивний, індуктивний, системно-структурний, статистичний, ретроспективний методи тощо. Зазначені методи загалом становлять методологічну основу дослідження і лише за умови їх системного застосування є можливим для виконання поставлених у роботі завдань і тим самим досягнути поставленої мети.

При написанні наукового дослідження авторка також використовувала і діалектичний метод, який полягає у трактуванні історії організації системи охорони здоров'я на Поділлі як системи, що знаходиться у стані постійного розвитку, обумовленому її внутрішніми суперечностями. Крім того, використовувалися методи дедукції, індукції та історичної ретроспективи.

**Наукова новизна** одержаних результатів зумовлена, з одного боку, сукупністю поставлених завдань, з іншого – засобами їх розв’язання. Вона полягає у комплексному та системному дослідженні розвитку системи охорони здоров’я досліджуваних областей періоду середини 40-х та середини 50-х рр. ХХ ст. з позицій тогочасних процесів післявоєнної відбудови та подальшого її розвитку, на основі аналізу та систематизації наукових фактів, що дають найбільш повне уявлення про особливості цього процесу.

У дисертаційному дослідженні *вперше*:

- дано розгорнутий аналіз історіографії досліджуваної теми;
- введено до наукового обігу нові джерела;
- дана комплексна характеристика медико-санітарних наслідків Другої світової війни та штучного голодомору 1947 р. для населення Вінницької та Хмельницької областей;
- критично проаналізовано й охарактеризовано умови й особливості, за яких проходила відбудова та функціонування закладів охорони здоров’я у досліджуваний період;
- дана розгорнута характеристика рівню забезпеченості населення краю медичною допомогою;
- переглянуто усталені в радянській історіографії догми та стереотипи стосовно кількісних і якісних оцінок результатів відбудови мережі закладів охорони здоров’я, стану здоров’я громадян та санітарно-гігієнічної ситуації у цьому регіоні у післявоєнний період;
- доведено, що складна ситуація у сфері охорони здоров’я мешканців Поділля у післявоєнний період зумовлювалося як наслідками війни та окупації, так і політикою радянської держави;
- з’ясовані основні причини захворюваності та смертності мешканців Поділля у досліджуваний нами період;
- досліджено процес поширення санітарно-гігієнічних знань, вмінь та навичок серед населення краю у післявоєнний період.

*Уточнено:*

- тезу про гуманітарну катастрофу для населення Вінниччини та Хмельниччини у період окупації, основні напрямки та тенденції розвитку системи охорони здоров'я Подільського краю післявоєнного періоду;
- основні етапи розвитку системи охорони здоров'я у досліджуваний період;
- перелік основних чинників, які впливали на систему охорони дитинства та материнства краю;
- окремі напрямки діяльності органів республіканських та місцевих органів влади у організації системи охорони здоров'я на Поділлі;

*Набули подальшого розвитку положення про:*

- необхідність подальшого вивчення історії розвитку системи охорони здоров'я України післявоєнного періоду у регіональному розрізі;
- максимальне урахування набутого історичного досвіду функціонування системи охорони здоров'я післявоєнного періоду по розробці проєктів проведення сучасної медичної реформи в Україні;
- недостатню увагу з боку держави щодо фінансового та матеріального забезпечення медичної реформи, розпочатої у 1947 р.;
- негативний вплив на розвиток соціально-медичної системи Подільського краю таких чинників, як ідеологічна заангажованість та забюрократизованість радянської державної системи, гоніння за кількісними показниками, відсутність ініціативи на місцях, налаштованість на виключне виконання вказівок «зверху» тощо.

**Практичне значення** одержаних результатів полягає у тому, що накопичений у дослідженні матеріал, а також зроблені на основі його аналізу висновки та узагальнення поглиблюють сучасні знання з медико-демографічних аспектів періоду повоєнної відбудови. Матеріали дослідження можуть бути використані для подальшої розробки наукових проблем, пов'язаних з ліквідацією наслідків війни та нацистської окупації у післявоєнний



період, підготовки спеціальних робіт з історії України означеного періоду, використання окремих частин роботи у навчальних програмах з фахових дисциплін у профільних навчальних закладах (медичних). Результати пропонованого дослідження також можуть бути використані при проведенні просвітницько-виховних заходів у вищих та загальноосвітніх навчальних закладах, а також у діяльності засобів масової інформації, центральними та місцевими органами державної влади у їхній повсякденній роботі при розробці перспективних планів на випадок стихій та інших надзвичайних ситуацій, а також проєктів проведення медичної реформи в Україні.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення та висновки дисертаційної роботи оприлюднено автором на V Всеукраїнській конференції молодих учених і студентів «Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень» (м. Вінниця, 22-23 жовтня 2017 р.), Science and society. Proceedings of the 5<sup>th</sup> International conference. Accent Graphics Communications & Publishing (Canada, 2018), VII Всеукраїнській конференції молодих учених і студентів «Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень» (м. Вінниця, 22-23 жовтня 2019 р.), Zbior artykulow naukowych z Konferencji Miedzynarodowej Naukowo-Praktycznej (on-Line) zorganizowanej dla pracownikow naukowych uczelni, jednostek naukowo-badawczych oraz badawczych z panstw obszaru bylego Zwiazku Radzieckiego oraz bylej Jugoslawii (Warszawa, 27.02.2019-28.02.2019), матеріалах 84-ї науково-технічної конференції професорсько-викладацького складу, наукових співробітників та аспірантів (з міжнародною участю) (м. Мінськ, 3-14 лютого 2020 р.), матеріалах міжнародної науково-практичної конференції «Суспільні науки: сучасні тенденції та фактори розвитку» (Одеса, 17-18 січня 2020 р.), міжнародній науково-практичній конференції (м. Львів, 3-4 липня 2020 р.), матеріалах XXXI Вінницької всеукраїнської наукової історико-краєзнавчої конференції, присвяченої 30-річчю з дня проголошення Декларації про державний суверенітет України (м. Вінниця, 24-25 вересня 2020 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є самостійною, завершеною науковою працею. Усі результати та положення, що виносяться на захист і складають наукову новизну роботи, отримані здобувачем особисто.

**Публікації.** З теми дослідження здійснено 13 публікацій. Серед них – 5 статей опубліковано у наукових фахових виданнях, визначених ДАК МОН України, 3 статті вміщено у виданнях іноземних держав, або у виданнях України, які включені до міжнародних наукометричних баз, і 5 публікації, які додатково відображають результати дисертаційної роботи.

**Структура дисертації** зумовлена метою, завданнями та проблемно-хронологічним принципом дослідження. Робота складається зі вступу, чотирьох розділів, поділених на 12 підрозділів, висновків, списку використаних джерел та літератури. Загальний обсяг дисертації становить 244 сторінки, у тому числі основний текст – 186 сторінок. Список джерел та літератури охоплює 468 позицій.

## РОЗДІЛ І. ІСТОРИОГРАФІЯ, ДЖЕРЕЛЬНА БАЗА ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 1.1. Історіографія проблеми

Історіографію проблеми організації охорони здоров'я на Поділлі у післявоєнний період умовно можна поділити на два періоди, які як за своєю внутрішньою сутністю, так і за теоретико-концептуальною та методологічною направленістю принципово відрізнялися один від одного. Перший період – радянський, який хронологічно охоплює період з середини 1940-х рр. по 1991 р. Другий період нами названий як сучасний, або пострадянський, який розпочався з моменту розпаду СРСР і проголошення Незалежності України у 1991 р. і триває до сьогоднішнього дня.

Окрім того, зважаючи на особливості досліджуваної теми, радянську історіографію ми поділяємо на три етапи.

Перший етап – початковий, який охоплює період з середини 40-х до середини 50-х рр. ХХ ст. Цей період характеризувався фрагментарним вивченням окремих аспектів сфери охорони здоров'я досліджуваного періоду. У цей період досліджувана нами тема ще не стала об'єктом вивчення історичної науки, нею займалися зазвичай фахівці з медичної сфери.

У цьому контексті слід зазначити, що проблеми охорони здоров'я на території сучасного Поділля почали досліджуватися відразу у повоєнний період. Це пояснюється, перш за все тим, що у тогочасній медичній науці, як справедливо зазначає І.В.Перехрест, виникла необхідність систематизації та теоретичного переосмислення набутого досвіду по подоланню негативних медико-санітарних наслідків Другої світової війни [235, с.8]. При цьому, досвід Поділля був найбільш актуальним, адже саме населення цього регіону найбільше постраждало від німецько-фашистської окупації. Тому не дивно, що першими, хто почав вивчати цю наукову проблему, були фахівці у сфері охорони здоров'я, перед якими постало завдання вивчення загального стану здоров'я населення на

визволених від німецько-фашистських загарбників землях. Зокрема, особлива увага приділялась масштабам та характеру руйнувань, санітарно-гігієнічному стану населення, понесеним жертвам тощо.

Залучені до цієї роботи медики-науковці та практичні фахівці стали авторами перших досліджень з даної проблематики. До цих досліджень нами відносяться наукові праці А.Б.Александровського [2], І.П.Барченко [8], М.А.Виноградова [31; 32; 33], М.А.Габриловича [41], С.С.Кагана [107; 108; 109; 110; 111], С.А.Колеснікова [134; 135; 136], І.Ф.Кононенко [139; 140], О.З.Лазарева [157], Л.Г.Лекарева [165; 166; 167], О.О.Рикмана [268], І.І.Рогозіна [269], М.О.Семашка [280; 281], Є.І.Смирнова [285; 286], А.Ф.Третьякова [308] та інших.

Автори вищезазначених праць фактично здійснили першу спробу аналізу завданих німецькою окупацією збитків у медико-санітарній сфері та здоров'ю населення. Поряд з цим, у працях ми також знаходимо цікавий фактичний матеріал, що стосується заходів, які були спрямовані на відбудову та відновлення на визволеній території системи охорони здоров'я.

Так, питаннями вивчення організації сфери охорони здоров'я у післявоєнний період займався М.А.Виноградов, який у своїх працях значну увагу приділяв організації системи повноцінного медичного забезпечення сільської місцевості, яка, на думку автора, була найбільш проблемною сферою. Також, під редакцією М.А.Виноградова був видан збірник наказів та постанов уряду щодо медичних кадрів та їх забезпечення [39].

Основним проблемам роботи міських лікарень та організації спеціалізованого лікування для інвалідів, присвятив своє дослідження С.А.Колесніков [134; 135; 136]. Зазначений дослідник звертав увагу не тільки на процеси, що відбувались у сфері соціальної допомоги інвалідам війни на Україні у період повоєнної відбудови, а також на питання недостатньої кількості забезпечення лікарень медичними працівниками. Автор, у своїх працях, акцентував окрему увагу на удосконаленні системи

медичного документообігу. Цим питанням також присвячували свої дослідження А.Б.Александровський [2], М.О.Семашко [280; 281] та Є.І.Смірнов [285; 286].

Окремі аспекти медичного забезпечення Подільського регіону також висвітлювалися у зазначених працях, хоча синтетичної наукової праці по дослідженню сфери охорони здоров'я на Поділлі у повоєнний період не було.

Таким чином, позитивним моментом історіографічної дискусії вищезазначених авторів було те, що вони мали прикладну спрямованість, у їх працях ми знаходимо конкретні рекомендації щодо проведення ефективної лікувально-профілактичної роботи серед населення визволених районів України, у тому числі і досліджуваного нами регіону.

Характеризуючи вищезазначені наукові праці, слід зауважити, що в них лише фрагментарно й дотично розглядалися окремі складові медико-санітарних наслідків війни та давалася поверхнева оцінка першочерговим заходам щодо їх ліквідації, які, до того ж, розглядалися у відповідних дозволених ідеологічних рамках і були зумовлені тогочасною сталінською тоталітарною системою.

Стосовно історичної науки, то у цей період цілим рядом професійних істориків і архівістів було започатковано формування джерельної бази нашого дослідження, у результаті чого згодом були видані збірники документів і матеріалів, які стосувалися медико-санітарних наслідків війни та їх ліквідації у початковий період повоєнної відбудови [8; 41; 45; 46; 47; 85; 86; 106; 107; 110; 184; 185; 194; 195; 226; 296].

У контексті досліджуваного нами регіону особливу увагу до себе привертає збірник документів «Вінниччина в роки Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр.» [30]. У цьому виданні містяться важливі для нашого дослідження матеріали про масові знущання та вбивства нацистами військовослужбовців і мирного населення, знищення та руйнацію медичних

установ, житлової та комунально-побутової інфраструктури населених пунктів Подільського краю, а також шкода, яка була заподіяна окупантами здоров'ю громадян. У збірнику вміщено величезний фактичний матеріал, який було зібрано членами Надзвичайної державної комісії по розслідуванню злочинів німецько-фашистських загарбників та спеціальних комісій по збору документів і матеріалів з історії війни, які діяли практично у кожному населеному пункті краю.

Слід також зазначити, що упродовж початкового періоду повоєнного відновлення вийшло чимало публікацій, присвячених відбудові зруйнованих на Поділлі під час війни та окупації закладів охорони здоров'я та об'єктів соціально-побутової сфери, організації медичного обслуговування населення, допомоги найбільш постраждалим верствам населення, до яких відносяться інваліди, діти, люди похилого віку, сім'ї загиблих тощо [34; 35; 36; 83; 85; 197; 254; 256]. У публікаціях як республіканських, так обласних та районних газет і журналів висвітлювалась участь населення регіону у відбудові закладів охорони здоров'я та проявлені ними зусилля й ініціатива у цій справі. І хоча газетні публікації мали здебільшого інформаційний характер, проте цінність їх полягала у тому, що вони містили досить обширний для дослідження фактологічний матеріал [1; 11; 12; 13; 24; 70; 79; 91; 108; 134; 135; 136; 139; 150; 165; 168; 200; 209; 244].

Таким чином, осмислення медико-санітарних наслідків війни та початкових етапів розвитку сфери охорони здоров'я у повоєнний період для жителів Поділля розпочалось під час самої війни, проте спеціальним предметом історичного дослідження ця тема не стала. Не став окремим предметом дослідження й процес ліквідації медико-санітарних наслідків війни для населення Поділля, адже у той період він лише розпочинався. Тогочасні публікації показували особливості бачення і розуміння авторами цієї дослідницької теми у рамках тогочасної концепції історії Другої світової війни. Її об'єктивне й всебічне дослідження стримувалось як обмеженістю

джерельної бази, так і тим ідеологічним тиском, якого зазнавала українська історична наука у той період. При цьому, значна кількість джерел, у силу їх специфічного характеру (про людські втрати та демографічні зміни у складі населення у роки війни, поширення інфекційних хвороб та епідемій серед населення, стан матеріального забезпечення закладів охорони здоров'я у повоєнний період тощо), виявилась просто недоступною для дослідників. Заборонено було також використовувати будь-які факти, які показували тогочасну радянську тоталітарну систему у негативному світлі.

Вивчення питань, пов'язаних з відбудовою системи охорони здоров'я, значно активізувалось у повоєнний період. Як і під час війни, цією справою активніше займалися фахівці медичної галузі, увага яких зосереджувалась, насамперед, на дослідженні медичних та санітарних аспектів теми, зокрема збитків, заподіяних медичним закладам, здоров'ю та умовам проживання населення [194, с.56-57]. Одночасно вони робили спроби аналізувати та надавати наукову оцінку процесу ліквідації санітарних наслідків війни з метою надання органам охорони здоров'я рекомендацій та допомоги у реалізації цього завдання. У більшості публікацій вагоме місце займали практичні рекомендації, які стосувалися організації роботи лікувальних та санітарно-епідемічних закладів.

Особливо активно розпочали вивчати медико-санітарні наслідки війни в Україні, починаючи з грудня 1946 р., коли вченими-медиками, а також фахівцями-практиками було опубліковано 223 наукові роботи з цієї тематики, включаючи й клінічний аспект проблеми. Зокрема, медико-статистичним бюро Міністерства охорони здоров'я УРСР та відділенням статистики Академії медичних наук СРСР було підготовлено п'ять томів з вивчення медико-санітарних наслідків війни та початкових заходів щодо їх ліквідації у збірнику праць «Медико-санітарні наслідки війни і заходи по їх ліквідації». Матеріалам, які стосувались Поділля, було відведено відповідне місце [110, с.13-24], [185, с.87-134]. Водночас зазначимо, що чимало

матеріалів, які відображали стан справ у сфері охорони здоров'я у післявоєнні роки, не було опубліковано. Причиною цього була правдива інформація, яка стосувалася суттєвих недоліків у роботі партійних і радянських органів влади у медико-соціальной сфері й тим самим суперечила офіційній пропаганді.

Питання про відродження системи охорони здоров'я у повоєнний період знайшли своє відлуння на першій (квітень 1946 р.) та другій (грудень 1946 р.) всесоюзних наукових конференціях медичних працівників. У доповідях та промовах, проголошених провідними радянськими науковцями та працівниками медичних установ, всебічно аналізувалися головні практичні проблеми у сфері охорони здоров'я повоєнного періоду, особливо ті, які стосувалися ліквідації спалахів інфекційних хвороб, санітарного стану населених пунктів, негативних впливів війни та окупації на фізичний і психічний стан населення, демографічних змін у результаті війни, відновлювально-реабілітаційного лікування інвалідів війни тощо. Результати роботи зазначених наукових конференцій були опубліковані у спеціальних збірниках [73; 110; 140; 185; 192; 194; 195; 277; 281]. Значна частина піднятих на цих конференціях проблем стосувалася і території Подільського краю.

Особливу увагу заслуговують публікації, у яких розглядаються окремі аспекти соціальних та медико-демографічних наслідків війни й заходів щодо їх ліквідації. Так, академік М.О.Семашко, аналізуючи стан і роботу у перші повоєнні роки лікарень та амбулаторно-поліклінічної мережі загалом, значну увагу приділяв питанням відновлення та роботи цих лікувальних закладів на території Вінницької та тогочасної Кам'янець-Подільської областей, як таких, що найбільше постраждали від німецько-нацистської окупації [280, с.14-15]. Говорячи про значні успіхи у справі відновлення мережі лікарень, амбулаторій та поліклінік у УРСР загалом та Подільському регіоні зокрема, М.О.Семашко зацентрував увагу на цілому ряді невирішених проблем, які негативно позначались на якісному рівні медичного обслуговування



населення, а саме: на недостатній забезпеченості лікувальних закладів кваліфікованими лікарями, середнім медичним персоналом та лабораторно-діагностичним обладнанням; значному відставанні вітчизняної медицини у справі надання спеціалізованої медичної допомоги; нерівномірності розвитку лікарняної мережі як територіально (у містах та сільських місцевостях), так і по спеціальностях; недостатній зайнятості лікарняних ліжок у сільських лікарнях, при наявності великої кількості хворих, які б потребували лікування у стаціонарах; незадовільній роботі санітарно-епідемічних станцій через відсутність у них лабораторій для проведення санітарних та епідеміологічних досліджень тощо. Наприкінці, академік звертає увагу на необхідність суттєвого покращення якісного рівня роботи медичних закладів [281, с.7].

Вагомим внеском у справу наукового дослідження теми можна вважати опубліковану у збірнику матеріалів другої конференції медичних працівників працю завідувача кафедри організації охорони здоров'я Київського медичного інституту професора С.С.Кагана [110, с.13-18]. Автор, використовуючи результати попередніх власних досліджень [107-109] та залучивши широке коло нових матеріалів, не лише аналізує завданої загарбниками шкоди та збитків системі охорони здоров'я та здоров'ю населення в Україні, а й зосереджує увагу на аналізі процесу ліквідації їх наслідків та шляхів його прискорення. При цьому С.С.Каган, поряд з використанням джерел звітного характеру, широко звертається до планових матеріалів четвертої п'ятирічки, які за своїм змістом якраз і були направлені на ліквідацію наслідків війни і фашистської окупації.

Аналізуючи демографічну ситуацію в Україні, зазначений науковець звертає увагу на позитивні результати, які стосуються загального стану здоров'я населення регіонів України, а також покращення медичного обслуговування та зменшення захворюваності й смертності впродовж перших років відбудови [115, с.34-35]. Водночас С.С.Каган зазначає, що у справі подолання негативних

наслідків війни й окупації для тогочасної медико-оздоровчої сфери все ще залишалося багато складних проблем, до яких зокрема, відносилась поширеність серед населення таких хвороб, як паразитарний тиф, віспа, кишкові та інші інфекції, якими хворіли переважно діти, а також високий відсоток хворих на туберкульоз, венеричні і серцево-судинні захворювання. За висновком автора, боротьба з цими хворобами здійснювалася недостатньо ефективно, а повна їх ліквідація потребувала більш тривалого часу [110, с.15]. Аналізуючи процес відновлення у перші повоєнні роки мережі медичних закладів, С.С.Каган робить висновок, що її розгортання залежало не лише від наявності приміщень, а й від наявності професійних медичних кадрів, головним чином лікарських. Технічне ж оснащення лікувальних закладів у той час було найслабкішою ланкою у організації охорони здоров'я населення.

Значним доробком у справі вивчення санітарних наслідків війни й окупації стала стаття академіка О.Н.Марзеєва [185], у якій були узагальнені результати обстеження 140 зруйнованих українських міст. У роботі досить ґрунтовно показані масштаби та характер руйнувань у містах України, встановлено шкоду і збитки, заподіяні їхньому санітарному стану, а також життю і здоров'ю міського населення. Певне місце у своєму фундаментальному дослідженні автор відводить містам Подільського регіону, зокрема Вінниці, Кам'янцю-Подільському, Проскурову (з 1954 р. м.Хмельницький – авт.) тощо.

Серед інших публікацій цього періоду слід виділити збірки матеріалів всесоюзних конференцій медичних працівників. Тут слід зазначити, що автори цієї збірки не розглядають у прямій постановці питання, пов'язані з медико-санітарними наслідками війни для Подільського регіону, але показані в них проблеми мають безпосереднє відношення до санітарної ситуації на Поділлі. Це зокрема публікації Ю.Ф.Домбровської [73], Є.С.Медведовського [192], О.О.Рікмана [268], у яких досліджуються питання змін у організмі дитини після перенесених захворювань в умовах війни, фізичного розвитку

підлітків-робітників у воєнні й повоєнні роки, поширення дитячих інфекцій за роки війни, завдань державних санітарних інспекцій у справі подолання санітарних наслідків війни тощо.

У межах означеного історіографічного періоду окремі аспекти розвитку медичної сфери Поділля у післявоєнний період, зокрема функціонування системи охорони здоров'я, форми боротьби з хворобами, набутий досвід у медицині за час війни, фрагментарно, або дотично розглядалися у роботах вчених-науковців Ю.Ю.Біркового [11; 12], Н.А.Васютинського та В.С.Стаховича [26], А.Г.Натрадзе і С.Ф.Качалова [214], О.Ю.Лур'є [175], В.Н.Добронравова [71], Ю.Ф.Домбровської [73], К.Ф.Дупленко [79], М.Я.Суєтіна [295] та Г.М.Суєтіна [296]. Абсолютна більшість перерахованих авторів – вчені-медики, або практикуючі медичні працівники, тому проблеми охорони здоров'я й надалі залишалися поза увагою історичної науки.

Сама ж робота істориків у цій сфері і надалі обмежувалася лише накопиченням джерельної бази. У цьому відношенні слід зазначити, що багато документів, що стосувалися різних аспектів медико-санітарних наслідків війни, були зібрані саме істориками-науковцями, які працювали у період з 1946 по 1949 рр. у складі Комісії з історії Вітчизняної війни при АН УРСР [194; 195].

Значну інформацію про матеріальні збитки, завдані німецько-фашистськими окупантами закладам охорони здоров'я та здоров'ю населення, житловому фонду міст і сіл, комунальному господарству та іншим сферам, які забезпечували життєдіяльність населення, містять опубліковані у післявоєнний період повідомлення Надзвичайної державної комісії про злочини окупантів [255].

Наступний, другий етап історіографії по досліджуваній темі припадає на другу половину 50-х рр. – середину 80-х рр. ХХ століття. У цей період, у зв'язку з процесом «десталінізації», відбувається перегляд сталінських підходів щодо оцінки Другої світової війни та її наслідків. Для науковців

були створені умови для більш повного та всебічного дослідження теми організації охорони здоров'я у післявоєнний період. Слід зазначити, що саме в цей період науковцями був накопичений певний досвід, який стосувався проблем відновлення системи медичних закладів Вінницької та Кам'янець-Подільської областей. Цей досвід, у свою чергу, вимагав ретельного вивчення та узагальнення. У цей період почала виходити ціла низка узагальнюючих праць з історії медицини та охорони здоров'я, підготовлених дослідниками медичної галузі СРСР та України, де в певній мірі знайшли своє відображення і проблеми охорони здоров'я Подільського регіону. До таких робіт зокрема ми відносимо наступні збірки та довідники: «Здравоохранение в УССР. Статистический справочник» [89], «Достижения советской медицинской науки за 30 лет» [77], «Очерки истории советской военной медицины» [233], «Очерки истории здравоохранения СССР» [232], «Очерки истории медицинской науки и здравоохранения на Украине» [231].

Стосовно систематизації досвіду боротьби з інфекційними захворюваннями окрему увагу на себе привертають роботи «Заболеваемость сельского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи» за загальною редакцією проф. І.Д.Богатирьова [82], а також «Материалы к истории гигиены и санитарного дела в УССР» за редакцією П.Д.Лещенко, Д.Н.Калюжного та А.А.Грандо [190].

У цей період також побачили світ фундаментальні видання видатного історика медицини М.К.Кузьміна [152-154]. У контексті досліджуваної нами проблеми особливу цінність представляє його робота «История медицины и здравоохранения в Украинской ССР», яка була видана у 1982 р. [99] і у якій міститься узагальнюючий підсумок розвитку охорони здоров'я повоєнного періоду. Дотично автор також зачіпає окремі питання розвитку медичної сфери Подільського краю.

Стосовно соціального аспекту досліджуваної нами проблеми певний науковий інтерес також викликає робота демографа Л.Є.Полякова «Цена

войны. Демографический аспект» [251], яка вийшла у 1985 р. В цій роботі автор, залучивши широке коло різних джерел та статистичних даних, розкрив демографічні наслідки Другої світової війни, звернувши особливу увагу і на проблеми збереження українського національного генофонду та демографічного відтворення. Цінність з точки зору досліджуваної теми представляє праця Н.І.Грищенкова та Ю.П.Лісіцина [63] «Здравоохранение в СССР и достижения советской медицины», яка вийшла в 1958 р., а також узагальнююча робота одного із керівників радянської медицини у післявоєнні роки Г.А.Мітерєва «В дни войны и мира» [202].

Більш широко означені вище питання, із залученням матеріалів, що стосуються стану справ в Україні загалом і Подільському регіоні зокрема, досліджуються у працях М.Г.Іванова, О.С.Георгієвського та О.С.Лобастова [92]. Соціально-гігієнічні проблеми у контексті Другої світової війни та повоєнної відбудови розглядаються у монографії О.С.Георгієвського та О.К.Гаврилова [44], питання відбудови та функціонування у повоєнний період аптечно-фармацевтичної справи на Поділлі дотично висвітлюються у монографії А.Г.Натрадзе [215] та збірнику «Аптечное дело в Украинской ССР» [81, с.5-9]. Стан аптечної справи у післявоєнний період та хід відбудови і розвиток аптечного господарства у повоєнні роки проаналізовано також у монографії І.М.Губського [65] та його статті у співавторстві з В.А.Ткачуком [66].

Питання санітарних наслідків війни у галузі комунальної гігієни, а також відновлення діяльності санітарної організації досліджувалися у працях О.М.Марзєєва [183-187]. Дотично питання ліквідації санітарних наслідків війни та організації санітарно-епідемічного обслуговування населення висвітлюються у монографіях А.М.Касьяненка [114], О.А.Грандо [58], О.А.Грандо та Л.С.Межирова [57], статті Н.А.Заривайської [84].

Оцінюючи загалом позитивно доробок фахівців медичної галузі у справі дослідження теми в межах даного історіографічного етапу, водночас

зазначимо, що автори опублікованих праць, будучи фахівцями - медиками, розглядали питання медико-санітарних наслідків війни та їх ліквідації в основному крізь призму медичної науки, не приділяючи достатньої уваги їх соціальним аспектам та науково-історичному осмисленню тогочасних проблем у сфері охорони здоров'я.

Окрім того, Подільський регіон ними розглядався досить поверхнево, лише у контексті загальносоюзних та загальноукраїнських процесів. У цьому відношенні окремо слід виділити наукову розвідку Л.Г.Лекарева «Розвиток охорони здоров'я у Подільській губернії – Вінницькій області», яка була опублікована у 1959 р. [166] і яка фактично стала першою спробою наукового осмислення проблем охорони здоров'я Подільського регіону. Щоправда, автор зробив акцент на розкритті питань розвитку медичної сфери Вінниччини. Цей же науковець, після війни, очолив кафедру соціальної гігієни Вінницького медичного інституту і фактично створив першу наукову школу по вивченню медико-санітарної сфери Подільського регіону.

Науковий напрямок кафедри у перші післявоєнні роки охоплював вивчення медико-демографічних втрат, яких зазнало населення Подільського краю після окупації. В результаті наукової роботи були складені детальні статистичні огляди з питань охорони здоров'я населення Вінницької області за 1945-1947 рр [165].

У цьому відношенні слід виділити статтю професора Л.Г.Лекарева «Некоторые итоги изучения заболеваемости сельского населения Винницкой области», видання 1951р. [167]. Питаннями лікарняної допомоги сільському населенню, окрім Л.Г.Лекарева займались О.М.Голяченко та А.Т.Обухов [56].

Починаючи з 60-х рр. ХХ ст., проблематика охорони здоров'я повоєнного періоду стає об'єктом і предметом наукового вивчення історичної науки. Досліджені істориками різні аспекти досліджуваної теми знайшли певне висвітлення у виданих у цей період тритомниках «Українська РСР у Великій Вітчизняній війні Радянського Союзу 1941 – 1945 рр.» [313],

«Украинская ССР в Великой Отечественной войне Советского Союза. 1941 – 1945 гг.» [314; 315].

Поряд із цим, теми охорони здоров'я також торкалися у своїх дослідженнях М.В.Коваль [121-128], М.М.Губергріц [64], Н.В.Маковська [178-181], А.Ф.Ларін [158-161], Т.Т.Гриценко [62] тощо. Зазначені науковці внаслідок залучення у науковий обіг нових документів і матеріалів, намагалися досліджувати проблему охорони здоров'я більш широко, наголошуючи на її історико-соціальний аспект та зв'язок з іншими сферами суспільного життя України та Поділля. Загалом, це позитивно вплинуло на рівень та глибину досліджуваної теми й виводило її на більш високі горизонти наукового осмислення.

У цьому відношенні слід особливо відзначити наукову працю Н.В.Маковської [180], у якій досліджувався процес організації відбудови системи охорони здоров'я у визволених районах УРСР у 1943 – 1945 рр. Незважаючи на певну заідеологізованість цього дослідження, адже авторка у тогочасних умовах була змушена робити акцент на визначенні провідної і спрямовуючої ролі КПРС у відбудові системи охорони здоров'я, в ньому міститься досить цікавий систематизований матеріал по досліджуваній нами темі. Цей матеріал ми також використовуємо і у нашому дослідженні.

Невелика за обсягом інформація стосовно деяких аспектів післявоєнного розвитку медико-санітарної сфери Подільського регіону та відбудови народного господарства України міститься у дослідженнях М.О.Буцька та М.І.Лавриновича [22], І.М.Сахарчука [278], В.І.Юрчука [343] та ін. Зазначені науковці робили у своїх працях акцент на дослідженні процесу відбудови зруйнованих війною економіки, соціальної сфери та культури України.

Стосовно Подільського регіону, досить цікавий фактологічний матеріал, який стосується сфери охорони здоров'я післявоєнного періоду, ми знаходимо у багатотомному виданні з історії міст і сіл України. Зокрема

особливий інтерес викликає «Історія міст і сіл Української РСР: 26 т. Вінницька область», який вийшов у 1972 р. [100] та «Історія міст і сіл Української РСР: В 26 т. Хмельницька область», який вийшов у 1971 р. [101].

Слід також відзначити, що завдяки зусиллям вітчизняних істориків у 1950 – 1980 рр. значно розширилася джерельна база для вивчення медико-санітарної сфери повоєнного періоду. У цей час українськими археографами було видано понад 40 збірників документів і матеріалів, які віддзеркалювали історію усіх областей УРСР в 1941 – 1945 рр., тематичного документального збірника «Німецько-фашистський окупаційний режим на Україні» [218] й особливо тритомника документів і матеріалів «Советская Украина в годы Великой Отечественной войны. 1941–1945» [287-289]. Публікації документів і матеріалів значно розширювали дослідницькі можливості вчених та збагачували підґрунтя наукових розвідок. У період десталінізації дещо розширилися можливості використання дослідниками й архівних документів. Щоправда, частина архівних фондів так і залишилась закритою (засекреченою), обмежувалось також і використання окремих справ. Чимало цінних документів публікувалися у виправленому вигляді, з них вилучались невігідні для радянської тоталітарної системи сюжети і факти.

Після певної лібералізації, з приходом до влади Л. Брежнєва, в архівах знов розпочалась практика «засекречування» документів, в яких містилися недоліки і негативні явища у роботі партійних і радянських органів влади повоєнного періоду.

Таким чином, зазначений етап загалом був плідним у дослідженні теми. У цей період значно збільшилося коло науковців, які досліджували окремі її аспекти, зросла кількість наукових публікацій [16; 17; 18; 20; 60; 68; 74; 129; 130; 275; 276]. Однак, як і раніше, проблема організації охорони здоров'я на Поділлі у повоєнні роки й надалі залишалась недослідженою. Чимало питань були недостатньо розкриті, особливо соціально-демографічні аспекти, проблеми матеріального забезпечення населення краю, його фізичний та



морально-психологічний стан та ін. Для багатьох досліджень також були притаманні стереотипи у дусі домінуючої тоді ідеології: акцентування уваги лише на позитивних моментах, замовчування негативу, висвітлення та прославлення діяльності компартійних органів.

Третій етап радянської історіографії досліджуваної теми припадає на середину 1980-х рр. і тривав до 1991 р. Цей етап пов'язаний із започаткованим М. С. Горбачовим процесом «перебудови» та політики «гласності». І хоча, на його початку значна кількість наукових праць несла на собі залишки стереотипів, у подальшому, методологічна трансформація історичної науки призвела до позитивних зрушень у дослідженні багатьох проблем історії України у повоєнний період. Зокрема, історики-науковці звернули більше уваги на питання, пов'язані з реальними наслідками Другої світової війни, у тому числі й на медико-санітарний аспект. Значну увагу почали приділяти соціальним аспектам повоєнного періоду та рівню життя населення республіки й регіонів.

У цей період історична наука починає формувати менш політизований погляд на низку суспільних та соціальних питань, що базувався на критичному використанні більш широкої, порівняно з попередніми десятиліттями, джерельної бази. Зазначений погляд притаманний, перш за все, працям відомих дослідників названого періоду, зокрема М.В.Ковалю та Ф.А.Петляка [128], Т.В.Вронської [40], Л.Я.Лук'янчука та Н.В.Маковської [174] тощо.

Зазначені автори з позицій нового мислення торкаються не тільки загальних, а й окремих аспектів досліджуваної проблеми. У цьому відношенні на особливу увагу заслуговують публікації А.Ф.Ларіна та Н.В.Маковської [160], А.Л.Перковського та С.І.Пирожкова [238], які мають пряме відношення до проблеми медико-санітарних наслідків війни. Зокрема, А.Л.Перковський та С.І.Пирожков наводять статистичні дані, які певною мірою узагальнюють демографічну ситуацію у повоєнній Україні [238, с.15-

25]. Значну цінність має простежена ними динаміка народжуваності під час війни та у перші повоєнні роки.

В означений період не зникає інтерес до вивчення медико-санітарних наслідків війни та їх подолання й з боку науковців медичних спеціальностей. У працях дослідників А.Е.Романенка [271], О.П.Ромоданова та П.О.Пронзельова [273], І.І.Слепушкіної й Р.Д.Камишова [297], Є.Ф.Чернушенка та Г.Є.Аронова [335] розглядаються не тільки процеси та явища у медико-санітарній сфері повоєнного періоду, а також шукаються шляхи для розвитку сфери охорони здоров'я країни.

Підсумовуючи доробок радянської історіографії по досліджуваній нами проблемі, зазначимо, що хоча вона і не була безпосереднім об'єктом та предметом спеціального дослідження, однак досягнуті напрацювання створили певну базу для її подальшого вивчення.

Нові політичні процеси, які розпочались в Україні на початку 1990-х років та проголошення її Незалежності, започаткували другий період – сучасний, або пострадянський історіографічний період. Цей період характеризується переглядом радянських концепцій щодо висвітлення наслідків Другої світової війни, формування нових підходів до вивчення історії України воєнного та повоєнного періодів, подолання попередніх кліше та стереотипів, втілення гуманістичних та цивілізаційних традицій, розширення проблематики досліджень пов'язаних з повоєнним періодом.

Визначну роль в утвердженні нових методологічних засад у вивченні історії Другої світової війни та повоєнної відбудови відіграли історіософські та конкретно-історичні праці відомих українських дослідників В.І.Кучера та П.М.Чернеги [156], О.Є.Лисенка [169-170], В.Ю.Короля [142-144], В.В.Стецкевича [291-293] та інші.

Окремі проблеми медико-санітарних наслідків війни та нацистської окупації, відродження системи охорони здоров'я та вирішення низки соціальних проблем у повоєнний період містяться у 4-му томі «Політичної

історії України. XX століття» – «Україна у Другій світовій війні 1939 – 1945» [316-319], а також у працях В.М.Литвина [172], В.Косика [145], Т.В.Вронської [40], С.Д.Гальчака [42; 43], Г.М.Голиша [48-51], М.Л.Головка [52; 53], О.Ю.Клименко [118], В.І.Кравченка [148], О. Г.Перехрест [236-237], І.В.Рибака [263-267], Т.В.Терещенко [304-305].

Так, Т.В.Вронська у своєму дисертаційному дослідженні [40] відзначала значну роль молодіжних організацій у відновленні медичної сфери України, зокрема, дослідниця акцентувала увагу на факторі тогочасного молодіжного ентузіазму. У свою чергу інший дослідник С.Д.Гальчак, досліджував основні проблеми «остарбайтерів» Подільського краю [43] та нацистський геноцид на Вінниччині [43]. У своїй дисертаційній роботі відзначав ступінь важких соціальних наслідків для всього регіону, які завдало примусове вивезення подолян [43].

У контексті дослідження даної теми не можна оминати й питання надзвичайно негативних наслідків для здоров'я населення регіону від голоду 1946-1947 років, які розглядаються у публікаціях О.М.Веселової [28], В.С.Карпенка [113], С.І.Пирожкова [245], І.М.Романюка [272] та ін. Зазначені дослідники, до важких соціальних наслідків голодомору 1946-1947 рр. відносять загибель величезної кількості людей, сирітство, факти канібалізму, масові захворювання на черевний тиф, холеру, дистрофію та інші хвороби.

Повсякденне життя українських селян у повоєнний період досліджував сучасний науковець В.М.Даниленко [67]. Питання соціально-гігієнічного стану загальноосвітніх закладів повоєнного періоду розкриваються у дослідженні Вінницьких науковців Л.М.Романець та І.М.Романюка «Повсякденне життя та соціальний статус вчительства України повоєнного періоду (1944 – друга половина 1950-х рр.)» [270].

Таким чином, аналіз історіографічного доробку науковців попереднього періоду засвідчує, що в радянський та пострадянський період було накопичено значний фактичний матеріал, який стосувався організації

системи охорони здоров'я післявоєнного періоду. Водночас, незважаючи на досягнуте, на сьогоднішній день в українській історіографії відсутнє цілісне системне дослідження, яке стосувалося історії організації охорони здоров'я Поділля у повоєнні роки. Дану прогалину ми намагатимемося ліквідувати у нашому дослідженні.

## **1.2. Джерельна база**

Відсутність комплексних історіографічних праць по досліджуваній нами проблемі значною мірою компенсується обширною джерельною базою, яку ми використали при написанні нашого дисертаційного дослідження. Ця база охоплює різноманітні за змістом та характером джерела, які у переважній своїй більшості колективного походження. У першу чергу це стосується значного комплексу документів, які зберігаються у державних архівах, а також збірниках документів і матеріалів, присвячених подіям і наслідкам Другої світової війни.

При підготовці роботи нами було використано документи і матеріали 118 справ, які зберігаються у 22 фондах 2-х центральних та 2-х обласних архівів. Значна частина документів залучається у науковий обіг вперше.

Зазначені архівні джерела можна умовно поділити на 3 групи. Першу групу становлять документи центральних партійних органів, які стосувалися соціальної сфери загалом та сфери охорони здоров'я зокрема. До другої групи архівних джерел відносимо документи та матеріали, які пов'язані з нормативною регламентацією, а також розпорядницькою діяльністю республіканських органів влади. Третя група джерел охоплює документи, які стосуються практичної роботи місцевих органи виконавчої влади Вінницької та Кам'янець-Подільської областей у медико-оздоровчій сфері.

Так, у Центральному державному архіві вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України) нами в дослідженні використовуються матеріали з фонду Р-4620 «Колекція документів з історії Великої Вітчизняної

війни» [423], у яких знаходиться цікава інформація, яка стосується політики окупаційної влади в різних регіонах України, в тому числі і на Поділлі, руйнування та нищення нацистами закладів охорони здоров'я, житлово-комунального господарства, про нелюдське поводження нацистів з місцевим населенням краю.

У фонді Р-2 «Управління справами Ради Народних Комісарів» нами опрацьовані документи, з яких можна прослідкувати процес відновлення медико-санітарних закладів (оп. 7, спр. 2803, 2808, 2809, 5610) [355; 356; 357; 361], діяльність органів охорони здоров'я у справі ліквідації епідемічних захворювань на території Подільського регіону (оп 7, спр.1553, 1554, 2809, 4003, 5615, 7311) [353; 354; 357; 360; 362; 364], діяльність республіканських Повноважних надзвичайних протиепідемічних комісій (оп. 7, спр.2803) [356], відбудову житлового та комунального господарства (оп. 7, спр. 1449, 1450, 1451, 2652, 3833) [351; 352; 353; 359; 360], відновлення та діяльність Головного аптечного управління та забезпечення ліками й препаратами (оп. 7, спр. 5618) [363].

Найбільшу кількість документів, використаних у дисертації, нами знайдено у фонді 342 «Наркомат охорони здоров'я УРСР» [365-415]. Документи фонду є надзвичайно важливими при вивченні медико-санітарної проблематики як воєнного періоду, так і періоду відбудови на Поділлі. Ці документи містять обширну інформацію про роботу обласних, районних та міських відділів охорони здоров'я в сфері відновлення та функціонування лікувально-оздоровчих закладів, їх роботу з надання медичної допомоги населенню. У фонді зосереджена значна кількість спеціальних матеріалів, зокрема довідок про санітарний та епідемічний стан населених Поділля, ступені розповсюдження гострих інфекційних хвороб на його території, статистичні відомості, які характеризують загальний стан здоров'я населення, тощо.

Необхідно також відзначити, що документи фонду відображають реальну ситуацію в республіці щодо розповсюдження в післяокупаційний та післявоєнний періоди на Поділлі, зокрема значне поширення в сільській місцевості важких інфекційних захворювань. При вивченні документів фонду, нам вдалося віднайти розбіжності між оприлюдненими офіційною радянською історіографією статистичними даними та реальними показниками, які свідчили про довготривалу епідемічну кризу на Поділлі в період 1943 – 1950 рр.

Широко використані матеріали підрозділів Міністерства соціального забезпечення (Ф. 348, оп.3, спр. 138, 149, 210, 241, 419) [416-421], які дозволили простежити процес організації медичної та соціальної реабілітації інвалідів війни у повоєнний період.

Архівні матеріали щодо збитків на території Вінницької області у 1944 р., які зберігаються у фонді Р-4620 (оп.3, спр.321) [422] дозволили викрити масштаби окупаційної політики.

Тут також слід відзначити, що матеріали центральних архівів України містять велику кількість документів та матеріалів, які розкривають реальну ситуацію матеріальних, медичних, санітарних та соціальних наслідків війни для населення Поділля, а також показують основні дії тогочасного сталінського компартійного керівництва для подолання цієї групи наслідків, покращення умов життя та допомоги населенню республіки.

Значна група архівних джерел, віднесених до першої групи, зосереджена у фондах Центрального державного архіву громадських об'єднань України (ЦДАГО України). Так, документи фонду 1 «Центральний Комітет Компартії України. Відділ охорони здоров'я» містять інформацію про діяльність партійних структур, спрямовану на ліквідацію медико-санітарних наслідків та відновлення системи охорони здоров'я у воєнний та повоєнний періоди. Основу цих документів складають повідомлення про збитки, завдані лікувальним, санітарним та оздоровчим закладам

Подільського регіону, про стан матеріально-технічної бази сфери охорони здоров'я, жертви серед цивільного населення (оп. 23, спр. 1360) [424].

Досить цінними для дослідження є відомості про наявність та поширення на території Поділля епідемічних захворювань, загальна кількість медичного персоналу тощо (оп. 23, спр. 1840, 1841) [425; 426]. Велике значення при написанні нашого дослідження мали документи, які розкривають основні напрями роботи партійних та радянських органів у справі відбудови сфери охорони здоров'я на території тогочасних Вінницької та Кам'янець-Подільської областей, різноманітні аспекти функціонування медичних закладів у повоєнні роки (оп. 23, спр. 2198, 3987, 5487, 5885, 5996, 6253) [427; 428; 429; 430; 432; 433].

Надзвичайно важливими є також документи, що містять інформацію про довоєнний стан системи охорони здоров'я, комунального господарства та житлової сфери в регіоні напередодні війни, планові завдання на четверту п'ятирічку в цих галузях та результати їх виконання (оп. 23, спр. 2198) [427]. При цьому, слід зазначити, що показники, які містяться в документах вказаних справ, у ряді випадків відрізняються від показників, які подавались у офіційних статистичних виданнях радянських партійних органів.

Основні показники щодо працевлаштування інвалідів війни та демобілізованих із лав армії (оп. 23, спр. 5992) [431].

Матеріали центральних архівів доповнюють документи регіональних архівних сховищ державних обласних архівів Вінницької та Хмельницької областей. Так, у Ф. 43 Державного архіву Вінницької області (далі - ДАВО) «Акты и сведения по установлению нанесенного ущерба народному хозяйству района немецко-фашистскими захватчиками за период временной оккупации. – 22.05.-10.10.1944 р.» [443] висвітлюються збитки та масштаби руйнувань Вороновицького району Вінницької області. Продовжують цю тему Ф.Р 1357с «О конфискации имущества немецкой армией у населения Украины. Винницкая управа. – 1942 год» [449] та Ф.Р.4422 «Хронологічні

довідки про тимчасову окупацію німецько-фашистськими загарбниками населених пунктів Джуринського району і визволення їх Червоною Армією. – 1945-1949 рр.» [455].

У дослідженні вперше використовуються раніше засекречені архівні матеріали Ф.Р.2700 «Статистическое и экономическое описание Винницкой области. – 1948 рік» [453]. Так, у Ф. 136 «Листування обкому КП(б)У з ЦК КП(б)У, РНК УРСР, облвиконкома, РК, МК КП(б)У й іншими обласними організаціями з питань охорони здоров'я і боротьби з інфекційними захворюваннями. – 24.01.-10.12.1945 р.» [442], містяться цікаві матеріали, які розкривають діяльність місцевих керівних партійних органів у сфері охорони здоров'я та боротьби з інфекційним захворюваннями у Вінницькій області в період 1944-1945 рр.

Матеріали фонду Р-151 (оп.9, од.зб. 5, 25, 246, 352, 9686) [444; 445; 446; 447; 448] слушно доповнюють відомості та протоколи засідань Вінницької обласної та міської рад, виконавчих комітетів тощо.

У фондах цього ж архіву Ф.Р. 5053 «Виконавчий комітет Могилів – Подільської міської Ради народних депутатів 1937-1993 рр.» [457] та Ф.Р. 5073 «Виконавчий комітет Бершадської районної Ради депутатів трудящих 1930-1991 рр.» [460] знаходяться цікаві для нашого дослідження дані про розвиток медичної сфери в районах Вінниччини, зокрема це стосується сільської місцевості. На наш погляд, у цих матеріалах важливим є те, що в них знайшли своє відображення основні проблеми, з якими зіштовхнулося місцеве населення і керівні органи в сфері організації системи охорони здоров'я. У названих архівах досліджено джерела різного походження, змісту та характеру, у яких відображена ситуація із сферою охорони здоров'я на місцях, і зокрема, в сільській місцевості.

Серед архівних джерел Державного архіву Хмельницької області (далі – ДАХМО) особливий інтерес для нас представляють матеріали фонду Ф.Р. 863 «Кам'янець-Подільська обласна комісія сприяння Надзвичайній Державній



комісії по встановленню та розслідуванню злочинів німецько-фашистських загарбників та їх пособників і нанесених ними збитків громадянам, колгоспам, громадським організаціям, державним підприємствам та установам СРСР» [464]. У цьому фонді міститься систематизований матеріал про збитки, які були заподіяні соціальній та медичній сфері тогочасної Кам'янець-Подільської області нацистською окупацією. В іншому фонді Ф.Р. 919 «Відділ охорони здоров'я виконкому Кам'янець-Подільської міської ради» [466] розкриваються основні етапи становлення та подальшого розвитку системи охорони здоров'я Хмельниччини у повоєнний період, зокрема тут знаходиться цікавий матеріал про реабілітацію інвалідів війни.

Загалом, опрацьовані авторкою архівні матеріали складають основну частину джерельної бази дослідження, значна кількість яких залучається до наукового обігу вперше.

Наступною групою джерел є документи, що містяться у відповідних збірниках матеріалів. Ці документи розкривають події воєнного і повоєнного часу у регіоні, у них також зосереджена певна інформація з досліджуваної теми. Зазначені документи ми умовно класифікуємо на декілька груп. Першу групу становлять документи й матеріали, які знаходяться у документальних збірниках комплексного характеру, які об'єднують матеріали в масштабах усієї України. У другу групу входять опубліковані документи, зібрані у тематичних збірниках з питань охорони здоров'я. Третя група охоплює документи і матеріали, які зосереджені у регіональних документальних збірниках, підготовлених працівниками обласних архівів та місцевих органів влади. Четверта група – це матеріали статистичних збірників, які опубліковані упродовж 1940-х – 1980-х рр. П'яту групу становлять матеріали періодичних видань воєнних та повоєнних років.

Отже, джерельна база обраного дослідження є достатньо обширною. Саме її використання дозволило нам більш об'єктивно підійти до вивчення досліджуваної проблеми, побачити всі позитивні та негативні сторони

діяльності радянських органів влади у сфері організації охорони здоров'я на Поділлі, розкрити соціальні аспекти життя населення краю, висвітлити труднощі, з якими стикались у процесі відбудови медичної галузі та зробити відповідні висновки.

### **1.3. Методологічні засади роботи**

При вивченні процесу становлення та розвитку організації системи охорони здоров'я населення Поділля у повоєнний період нами було застосовано цілий комплекс загальнонаукових та загальноісторичних принципів дослідження. Серед них, перш за все, ми виділяємо загальнофілософський методологічний принцип.

У відповідності до цього принципу структура нашого дисертаційного дослідження базується не на популярній на сьогодні у наукових колах теорії модернізації, а на світ-системному аналізі І. Валлерстайна. У контексті дослідження однією із важливих складових світ-системного підходу є міждисциплінарність, яка пропонує розгляд історичних і суспільних процесів не з точки зору окремих дисциплін, а з погляду світ-системного аналізу. При цьому, дана теорія сприяє вивченню історичних процесів саме з позицій історичної науки, яка за своєю сутністю здатна у історичній ретроспективі поєднувати у собі як природничий, так і суспільно-гуманітарний аспекти досліджуваної проблеми. У нашому випадку при написанні дисертації ми поєднуємо досягнення фахівців у сфері медицини з досягненнями професійних істориків, що дозволило більш повно відобразити основні проблеми соціально-медичної сфери Подільського регіону повоєнного періоду, зокрема, зацентрувавши увагу на соціально-демографічному аспекті досліджуваної нами проблеми.

У контексті вищезазначеної методологічної парадигми дослідження дисертантка використовувала і відповідну конкретну наукову методологію, яка

є базою для розв'язання конкретної дослідницької проблеми. Тобто, це наукові принципи та методи, на які власне і опирається дослідник.

Для здійснення аналізу подій і явищ, які вивчалися у процесі дослідження медико-санітарних наслідків окупації для Поділля, а також для оцінки результатів періоду відбудови у медико-санітарній галузі, використовувався принцип об'єктивності. Під принципом об'єктивності розуміємо неупередженість та незалежність власних суджень від суспільно-політичної думки як радянської доби, враховуючи хронологію дослідження, так і сучасності. Принцип об'єктивності передбачає всебічність та багатогранність дослідження, що має бути нормою всіх етапів пізнання: пошуку, відбору, вивчення джерел і літератури та їх послідовного відображення у дослідженні. Об'єктивність, як науковий принцип, вимагає всебічного аналізу різних видів джерел та одержання на їх основі достовірних фактів, які складають основу історичного знання. Відповідно до цього принципу у дослідженні було зосереджено увагу на тих аспектах санітарних наслідків окупації, які раніше знаходилися поза увагою науковців.

Згідно з вищезгаданим принципом, методологічну основу дисертаційного дослідження також складають принципи історизму та системності. Використання принципу історизму при аналізі процесу історичного розвитку системи охорони здоров'я на Поділлі дозволило сформуванню неупередженого та об'єктивного погляду на всю сукупність історичних і політичних процесів та явищ, які впливали на тогочасне становлення і розвиток зазначеної сфери. Використання зазначеного принципу допомогло нам також розглянути розвиток основних установ медичної сфери регіону у їх історичному розвитку. При цьому, одним із важливих завдань у роботі була необхідність зрозуміти внутрішню історичну логіку процесу становлення системи охорони здоров'я на Поділлі.

Поряд з цим, принцип історизму орієнтував дисертантку на необхідність ґрунтовно з'ясувати, що саме входить у поняття медико-

санітарних наслідків окупаційного режиму, у яких умовах було розпочато процес подолання даної групи наслідків на Україні, як функціонувала система охорони здоров'я у період повоєнної відбудови 1946-1955 рр., звернути увагу на основні форми допомоги групам населення, що найбільш постраждали від окупації, тощо. Даний принцип передбачає дослідження конкретних явищ у контексті подій того часу, у яких вони відбуваються.

Принцип системності надав нам можливість здійснити наукове дослідження за чітким планом, що зумовило цілісний характер нашої роботи та взаємопов'язаність усіх її ключових частин.

Предмет дисертаційного дослідження зумовив вивчення системи охорони здоров'я Поділля у різних її аспектах, з обов'язковим використанням низки загальнонаукових та спеціально-наукових методів. Серед них слід вивчити методи аналізу та синтезу, історико-хронологічний, проблемно-хронологічний, порівняльно-історичний, історико-типологічний, діалектичний, дедуктивний, індуктивний, системно-структурний, статистичний, ретроспективний методи тощо. Зазначені методи використовувались здебільшого у взаємодії, оскільки лише за умови їх системного застосування було можливо виконати завдання дисертаційної роботи та досягти її мети.

Методи аналізу та синтезу авторка використовує на всіх етапах дослідження становлення і розвитку основних складових системи охорони здоров'я на Поділлі, оскільки він забезпечив органічний взаємозв'язок цілого та його частин. Цей метод дав змогу поєднати різноманітну інформацію на основі широкого використання історичних джерел, а також сформулювати цілісне бачення досліджуваних нами історичних процесів. Метод аналізу та синтезу має істотне значення для розуміння основних форм, напрямів, головних тенденцій розвитку медично-оздоровчої сфери Поділля, виявлення основних її проблемних моментів.

Використання історико-хронологічного методу дало змогу розглянути історичні явища та події у хронологічній послідовності, динаміці їх розвитку та з'ясувати їх сутність й основні причини.

Проблемно-хронологічний метод дозволив розділити тему дослідження на ряд більш вузьких та більш конкретних питань та розглянути кожне з них у хронологічній послідовності. У відповідності до цього методу було вибудовано загальну структуру дисертаційного дослідження та змістовну частину кожного окремого його розділу. Зокрема, завдяки зазначеному методу було здійснено аналіз історіографії та джерельної бази дослідження з поділом на групи.

Застосування порівняльно-історичного методу сприяло формуванню розуміння цілісності, взаємопов'язаності, а місцями і суперечливості розвитку медично-оздоровчої сфери Поділля у досліджуваній нами період, а також порівняти її із сучасним станом медицини як у регіональному, так і у загальноукраїнському масштабі.

Історико-типологічний метод забезпечив групування історіографії та джерельної бази дослідження, а також з'ясування його основних напрямів та пріоритетів. Також, використання нами у роботі цього методу дозволило впорядкувати та узагальнити історичні події та факти, здійснити їх типологізацію та визначення основних характеристик.

При написанні дисертаційного досліджування авторка використовувала також і діалектичний методом. Застосування цього методу дозволило трактувати історію організації системи охорони здоров'я на Поділлі як динамічну систему, що знаходиться у стані постійного розвитку, обумовленому як її рушійними силами, так внутрішніми суперечностями.

Важливе значення дослідження сфери охорони здоров'я Поділля у досліджуваній нами період мали методи пізнання – дедукція та індукція. Дедуктивний метод дозволив з'ясувати загальні закономірності розвитку медичної сфери Поділля, підкріплюючи справедливість низки загальних

положень конкретними фактами. Метод індукції сприяв тому, щоб у ряді випадків перейти від знання окремих фактів до концептуальних узагальнень.

У нашому дослідженні було використано також системно-структурний та статистичний методи. Системно-структурний метод дозволив встановити причинно-наслідкові зв'язки між подіями та фактами й сприяв більш чіткому усвідомленню змісту взаємодії між медичною галуззю та сферою соціального забезпечення регіону загалом. Цей метод дозволив нам дослідити широке коло проведених заходів та подолання проблем оздоровчої сфери Поділля, які виникали у повоєнний період. Це було досягнуто шляхом виділення із великого обсягу існуючих документів саме тих, які чітко вказували на необхідність тих чи інших заходів, з огляду на ситуацію, що склалася, та на основні недоліки при проведенні відновлювальних робіт.

Статистичний метод забезпечує встановлення різноманітних аспектів діяльності медичних установ Поділля завдяки використанню статистичних даних, зокрема добору й аналізу статистичної інформації, наведення кількісних показників їх діяльності, з'ясування окремих періодів, напрямів та форм роботи. Аналіз статистичних даних дав змогу зробити узагальнюючі висновки.

Поряд із вищезазначеним, у дослідженні нами також використовується конкретно-історичний підхід, який ми застосуємо при розгляді основних кроків радянської влади по налагодженню санітарного стану визволених районів Поділля з огляду на основні тенденції відбудовчого процесу.

Так, метод науковості застерігає дослідника від описовості, фактографічності, заідеологізованості та вимагає безапеляційного ставлення до реальних подій минулого і сучасності.

Використання комплексного методу для вирішення досліджуваної проблеми дозволило встановлювати зв'язки та залежності між явищами різного роду. Вивчення будь-якого аспекту цієї проблеми вимагало від дослідниці вивчення та ознайомлення значної кількості матеріалу стосовно теми дослідження. З огляду на це, у контексті дослідження було використано значну

кількість матеріалів та джерел присвячених історії Другої світової війни, як радянського періоду, так і матеріалів, які були опубліковані за період Незалежності України.

Як на складовий елемент теоретичної основи дослідження, слід звернути нашу увагу і на соціокультурний метод, який передбачає пояснення політики геноциду, яку проводили нацисти на території України, яка саме й спричинила надзвичайно великі обсяги руйнування в медико-санітарній сфері та значні людські жертви. Сюди також слід віднести і катастрофічні для Подільського регіону наслідки голодомору 1947 р.

У процесі дослідження даної проблеми використовувалися також методи пізнання, основою яких є перехід від теоретичних принципів у площину реальності, у результаті чого принцип пізнання стає працюючою теорією. До методів пізнання варто також віднести такі наукові методи вивчення певної теми, як: метод наукового аналізу і синтезу, який сприяє більш чіткому відтворенню подій у різній площині дослідження; ретроспективний та порівняльний методи, які допомагають працювати з літературою різних авторів та періодів і виводити свою думку стосовно певного питання; статистичний метод, в його основі лежить порівняння певних підрахунків, що дозволяє чітко представити цифрові дані стосовно дослідження; метод комплексного підходу та логічно-аналітичний метод дозволяє досліднику працювати над кількома аспектами досліджуваної теми і здійснювати порівняльний аналіз.

Оскільки проблема розвитку медичної сфери Поділля сама по собі є багатогранною, а також входить до складу такої масштабної теми, як історія Другої світової війни, це зумовило застосування загальнонаукових та міждисциплінарних методів, оскільки сама тема виходить за рамки суто історичної і вивчає її значна частина соціальних та інших наук, з огляду на її специфіку. Саме тому для подання даної теми у завершеному вигляді

необхідно вивчити всі наукові підходи і поєднати їх у єдиному контексті, який застосовується у нашому дослідженні.

Для більш всебічного розуміння історичного процесу, який відбувався більш як півстоліття тому, при дослідженні проблеми був використаний ретроспективний метод, який передбачає вивчення праць дослідників різних періодів. Вузкоспеціальний характер більшості публікацій та окремий розгляд кожного окремо взятого аспекту розвитку медичної галузі у ряді наукових праць дає змогу чітко визначити коло проблем, а також встановити хронологічні межі дослідження, що є необхідним, з огляду на довготривалість самого процесу подолання наслідків війни у післявоєнний період на Поділлі.

Керуючись названими принципами та методами наукового дослідження, дисертантка намагалася викласти матеріал у послідовній та логічно завершеній формі, а також найбільш повно та об'єктивно показати процес відбудови медичної мережі в середині 40-х – середині 50-х рр. ХХ ст. Поєднання вище означених принципів і методів дало можливість уникнути суб'єктивних оцінок стосовно досліджуваної теми та дозволило зосередитися на об'єктивно-наукових позиціях, що забезпечило отримання достовірних результатів дослідження.

## **Висновки до розділу I**

Таким чином, характеризуючи розвиток історіографії по досліджуваній нами темі, ми можемо її хронологічно поділити на чотири етапи. При цьому перших три етапи припадають на радянський період.

Перший етап - початковий, який охоплює період з середини 40-х до середини 50-х рр. ХХ ст.. На цьому етапі досліджувана нами тема ще не стала об'єктом вивчення історичної науки, нею займалися зазвичай фахівці з медичної сфери. Це пояснюється перш за все тим, що у тогочасній медичній науці виникла необхідність систематизації та теоретичного переосмислення



набутого досвіду по подоланню негативних медико-санітарних наслідків Другої світової війни. У цьому контексті слід зазначити, що проблеми охорони здоров'я на території сучасного Поділля почали досліджуватися відразу після звільнення територій від окупантів. При цьому, досвід Поділля був найбільш актуальним, адже саме населення цього регіону найбільше постраждало від німецько-фашистської окупації.

Другий етап історіографії по досліджуваній темі припадає на другу половину 50-х рр. – середину 80-х рр. ХХ століття. У цей період, у зв'язку з процесами «десталінізації» в СРСР, який супроводжувався переглядом сталінських підходів щодо оцінки Другої світової війни та її наслідків, для науковців були створені умови для більш повного і всестороннього дослідження теми організації охорони здоров'я у післявоєнний період. Слід зазначити, що у цей період науковцями був накопичений певний досвід, який стосувався відновлення системи медичних закладів Вінницької та Кам'янець-Подільської областей, який, у свою чергу, вимагав свого вивчення та узагальнення. На цьому етапі проблематика охорони здоров'я повоєнного періоду стає об'єктом і предметом наукового вивчення історичної науки, зокрема побачили світ перші фундаментальні видання з історії медицини.

Третій етап радянської історіографії досліджуваної теми припадає на середину 1980-х рр. і тривав до 1991 р. Цей етап пов'язаний із започаткованим М. С. Горбачовим процесом «перебудови» та політики «гласності». У цей період історики-науковці звернули більше уваги на питання, пов'язані з реальними наслідками Другої світової війни, у тому числі й на медико-санітарний аспект. Значну увагу почали приділяти соціальній сфері повоєнної України та рівню життя населення республіки. У цей період в історичній науці починає формуватися оновлений, менш політизований і більш критичний погляд на політику керівництва радянської держави у сфері охорони здоров'я повоєнного періоду. Зокрема, вперше у

радянській історіографії починають досліджувати згубні наслідки голодомору 1947 р. для населення регіонів України, зокрема Поділля.

У зв'язку з проголошенням Незалежності України був започаткований новий, четвертий за своїм рахунком етап, який входить до другого періоду історіографії – сучасного, або пострадянського. У його рамках відбувається перегляд радянських концепцій у дослідженні подій та явищ Другої світової війни, формування нових підходів до вивчення історії України воєнного та повоєнного періодів, подолання партійно-ідеологічних стереотипів, втілення гуманістичних та цивілізаційних традицій, розширення проблематики досліджень, пов'язаних з повоєнним періодом. Однак, саме дослідження проблем охорони здоров'я населення України у регіональному вимірі не проводилося.

Відсутність комплексних історіографічних праць по досліджуваній нами проблемі значною мірою компенсується обширною джерельною базою, яку ми використали при написанні цього дисертаційного дослідження. Вивчені та використані архівні джерела можна умовно розділити на 3 групи. Першу групу становлять документи центральних партійних органів, які стосувалися соціальної сфери загалом та сфери охорони здоров'я зокрема. До другої групи архівних джерел відносимо документи і матеріали, які пов'язані як із нормативною регламентацією, так і розпорядницькою діяльністю республіканських органів влади. Третя група джерел охоплює документи, які стосуються практичної роботи місцевих органи виконавчої влади Вінницької та Кам'янець-Подільської (з 1954 р.- Хмельницької-авт.) областей у медично-оздоровчій сфері.

При дослідженні теми дисертації нами був використаний широкий арсенал наукових методів, які базуються на основоположних принципах гуманізму, історизму, об'єктивності та ідейно-політичної незаангажованості. Керуючись названими принципами та методами наукового дослідження, дисертантка намагалася викласти матеріал у послідовній і логічно завершеній

формі та найбільш об'єктивно відобразити картину медико-санітарних наслідків нацистської окупації на Поділлі та процес відбудови медичної мережі в середині 40-х – середині 50-х рр. ХХ ст..

## РОЗДІЛ II. СОЦІАЛЬНА СФЕРА ПОДІЛЛЯ У ПЕРШІ ПІСЛЯВОЄННІ РОКИ

### 2.1. Матеріальні збитки і людські втрати за час німецької окупації. Рівень життя і побут населення.

З перших днів радянсько-німецької війни територія Поділля опинилася у зоні військових подій та впродовж літнього періоду 1941 р. була повністю окупована нацистськими загарбниками.

Унаслідок бойових дій, жорстоких умов окупації, розкрадання та вивезення окупантами до Німеччини промислового устаткування, запасів сировини, матеріалів, готової продукції та напівфабрикатів, знищення всього того, що неможливо було вивезти під час відступу в рамках здійснюваної радянською стороною у перший період війни та німецькою на її завершальному етапі тактики «випаленої землі», було виведено з ладу. Перетворено на руїни 2700 промислових підприємств, на яких у передвоєнні роки працювало близько 300 тис. осіб [130, с.36-38].

Величезної шкоди було завдано й тим галузям промисловості регіону, які безпосередньо забезпечували життєво необхідні потреби населення. Були зруйновані 6 трикотажно-текстильних фабрик, понад 47 прядильно-джутових, велику кількість підприємств шкіряно-взуттєвої, харчової промисловості тощо [6, с.167].

Значних збитків було завдано сільському господарству регіону. За роки війни й окупації майже повністю була знищена його матеріально-технічна база та цілі галузі. У 1944 р. валова продукція сільського господарства Поділля становила лише 16 відсотків довоєнного рівня [144, с.101]. Загалом, збитки нанесені окупантами у Вінницькій області склали 24 104 661 тис.крб. [450, арк.31].

Спричинений війною та злочинною аграрною політикою окупантів занепад продуктивних сил подільського села призвів до надзвичайно низького

рівня забезпечення населення продуктами харчування, голоду та масових епідемій, і як результат – загибелі сотень тисяч українців. Як на нашу думку, це стало однією з головних причин тяжких наслідків війни у медико-санітарній сфері.

На час визволення території регіону у 1944 рр. від загарбників його міста і села перебували в стані неймовірного спустошення, занепаду та зuboжіння. Величезні втрати Поділля були результатом багатьох руйнівних явищ і наслідків війни. Беззаперечно, головна провина за втрати, завдані мешканцям Поділля, економіці, соціальній та культурній сферам, лежить на нацистській Німеччині як країні, що здійснила агресію і вчинила небачені в історії людства злочини, руйнування та пограбування.

Друга світова війна та тимчасова окупація регіону призвели до суттєвих змін у демографічному складі населення. Слід зазначити, що війна та окупація не лише призупинили нормальний приріст населення краю, а й різко, катастрофічно скоротили його кількість. За період від 1 січня 1941 р. до 1 січня 1945 р. населення Поділля зменшилося майже вдвічі [106, с.266]. Демографічні зміни такого характеру відбулися внаслідок цілого ряду факторів, зокрема: мобілізації значної частини населення чоловічої статі до лав збройних сил та їх масової загибелі; масового знищення окупантами значної кількості цивільного населення та військовополонених; евакуації у тиллові регіони СРСР на початку війни; депортації працездатного населення на примусові роботи до Німеччини; високої смертності під час окупації від виснаження та хвороб; значного зменшення народжуваності та ін. Тож для відтворення причин демографічної трагедії населення Подільського краю розглянемо всі вищеназвані фактори окремо.

Тут слід мати на увазі, що німецько-радянська війна, виходячи з її масштабів, характеру та виду, призвела до мобілізації значної частини населення. Щодо цього, слід зазначити, саме від розмірів мобілізації населення у період війни в прямій залежності знаходяться всі без винятку елементи руху населення, його соціальна мобільність, міграційні процеси. Значні масштаби

мобілізації, насамперед чоловіків, призвели до суттєвих змін в усій статеві-віковій структурі населення, яка негативно вплинула на народжуваність і тим самим завдала непоправних збитків відтворенню населення [310, с.167-170].

З перших днів війни значна, найбільш активна чоловіча частина населення Поділля була мобілізована у збройні сили Червоної Армії. З цього приводу українські дослідники І.Т.Муковський та О.Є.Лисенко зазначають, що до Червоної Армії та Військово-Морського флоту протягом перших місяців війни було направлено 3 184 726 осіб українців та громадян України інших національностей [306, с. 37], серед них значний відсоток становили і жителі досліджуваного нами регіону.

З початком вигнання окупантів з території Поділля Червона армія почала поповнюватися контингентом із визволених територій республіки. Це були юнаки призовного віку, учасники партизанського та підпільного рухів, військовополонені, виявлені дезертири, кримінальний елемент тощо. Особливою категорією призовників були жінки, мобілізовані для допоміжних військових служб (медслужба, служба зв'язку тощо). Згідно з підрахунками, зробленими на основі виявлених нових даних, у період 1943-1945 рр. червоноармійцями стали близько 4 млн громадян України [208]. Отже, загальна кількість українських громадян, які протягом війни воювали у лавах Червоної армії та ВМФ, складає понад 7 млн чоловік [306, с. 400-401]. Значна частина мешканців Подільського краю теж підпадала під цю категорію. Значна їх частина згодом загинула.

Особливо великими були втрати на фронтах на початковому етапі війни, коли неспроможне реально оцінити ситуацію на фронті Верховне командування СРСР категорично вимагало від військ будь-якою ціною зупинити противника та перейти у наступ. Жертвою військової некомпетентності та волюнтаризму ставали цілі армії, які гинули в оточенні. Негативні наслідки мало й те, що на початку війни більшість мобілізованих у військовому відношенні були недостатньо підготовлені. Як приклад, 40 % мобілізованих з Вінницької та Кам'янець-Подільської областей не були навчені військовій справі, що призводило до величезних втрат [33, с. 35].

Незаперечним фактом було й те, що на різних етапах війни військові прорахунки радянського командування, їх некомпетентність, а часом і недбалість в управлінні військами, низька виконавська дисципліна – здебільшого компенсувалися нарощуванням кількості діючих частин і прагненням створити кількісну перевагу над противником. Таким чином, фактично за рахунок людського фактору та кількісної переваги домогалися успіху.

Значна частина воїнів, що призивалася до Червоної Армії з території Поділля, потрапляла у полон. Як і всі радянські військовополонені, вони піддавалися витонченим знущанням: їх морили голодом і холодом, непосильною працею, масово знищували. За останніми підрахунками, кількість загиблих військовополонених громадян України оцінюється щонайменше в 500 тис. осіб [100, с. 159], значна частина з них припадала і на Поділля.

Але основна причина демографічної трагедії Поділля все ж була пов'язана з окупаційною політикою нацистів щодо місцевого населення. Передусім звернемо увагу на те, що у геостратегічних планах гітлерівського керівництва важливе місце відводилося німецькій колонізації українських земель, до яких відносилось й Поділля. Про це свідчать і неодноразові заяви Гітлера й інших нацистських керівників та офіційні документи рейху. Так, 17 жовтня 1941 р. Гітлер заявив, що він розраховує поселити на окупованому Сході через 10 років 4 млн, а через 20 років – принаймні 10 млн німців. Але оскільки для освоєння цих величезних територій німців з рейху не вистачало, тому пропонувалося поселити тут також німців із Америки, зі Скандинавських країн, із Голландії і Фландрії [151, с. 537]. Загальна кількість місцевого населення, яка підлягала депортації, або знищенню дорівнювала від 40 млн до 45 млн осіб [181, с.236]. Серед них значну частину мали складати мешканці Подільського краю. У другому, більш радикальному варіанті плану «Ост», кількість українського населення, яку планувалося знищити або переселити, зросла до 46 – 51 млн, а залишити передбачалося лише 14 млн [300, с.111].

Таким чином, доля населення Подільського краю, так само, як і вся територія України, була вирішена нацистськими керівниками. Віднесений до расово неповноцінних, український народ був приречений нацистами більшою частиною на винищення, меншою – на слугування німецьким колонізаторам. Расистські ідеї Гітлера та Гімmlера стали основоположними для каральних органів СС, СД, гестапо, польових командирів вермахту тощо. Перед ними стояли конкретні демографічні завдання. Так, командувач групи німецьких армій в Україні «Південь», генерал - фельдмаршал Г. Рундштедт твердив: «Ми маємо знищити принаймні третину населення приєднаних територій». В цьому відношенні лише зазначимо, що за найбільш скромними підрахунками прями й непрямі демографічні втрати, яких зазнало населення Поділля, становили саме третину його населення [11, с.183-192].

Чітке уявлення про гітлерівський окупаційний режим та його ставлення до цивільного населення в Україні дають і заяви Е. Коха, який очолював рейхкомісаріат в Україні. Він відверто сформулював власну політику, яка, на його думку, полягала в тому, щоб вивезти з України все, до чого дійдуть ...руки, і в цьому не звертати жодної уваги на українців чи на їхні права власності [163, с. 77].

В результаті такої політики, всьому народному господарству регіону було завдано великих збитків. Так, лише у Вінницькій області було спалено 14 сіл, зруйновано 25909 будинків, 1586 шкіл, 22 технікуми, 148 клубів, театрів і музеїв, 236 бібліотек, 236 лікарень і амбулаторій, 41 дитячий заклад, зруйновано або знищено 1939 колгоспів, 376 промислових підприємств, знищено або вивезено до Німеччини 101367 сільськогосподарських машин. До того ж, на примусові роботи було вивезено 74344 мирних громадян [460, арк.9]. У Кам'янець-Подільській області зруйновано було 1070 шкіл, 24 клуби, 207 лікарень, 189 промислових підприємств [464, арк. 26-28].

Жертвами нацистського терору на території Поділля стали тисячі дітей, жінок та людей похилого віку. Їх розстрілювали, спалювали, закопували в



землю разом з батьками та самих, а також знищували особливими методами, які супроводжувалися виявами витонченого садизму. Так, зокрема, нацисти систематично вдавалися до «безкровного умертвіння» дітей: їх вбивали прикладами гвинтівок, спалювали, вішали, топили, отруювали, знекровлювали, розривали навпіл, кидали в ями-могили ще живими тощо. Широко практикувалося отруєння дітей шляхом змащування їхніх вуст сильнодіючою отрутою, або задушення газами у спеціально пристосованих до цього автомашин, «пригощання» цукерками з отрутою [456, арк.8,12]. Акт Вороновицької районної комісії КП(б)У Вінницької області від 10 жовтня 1944 року вказує на жахливі факти злочинів проти мирних місцевих жителів. Так, у районі було розстріляно та повішано 1956 чоловік, у тому числі: 1840 людей похилого віку, жінок та дітей (здебільшого єврейського походження); 98 військовополонених, які опухли з голоду у німецьких лагерьх та були розстріляні під час конвоювання по дорозі Степанівський Сахзавод – Вороновиця; 6 колхозників повішані на роздоріжжі до Вороновиці. У акті також описується як відбувався розстріл: людей відводили по 10-20 чол, роздягали до гола та клали слоями у ями, потім розстрілювали з автоматів, незважаючи на крики людей; дітей живими закопували у землю [443, арк.15].

Жорстокі насильства окупантів, система затримання і знищення полонених, доповнена каральними акціями, а також голод і хвороби призвели до значних втрат міського населення. Обезлюдніли не лише провідні промислові та культурні центри регіону, а й сотні інших міст. Обстеження 109 міст України, проведене Інститутом комунальної гігієни, показало, що у містах Вінницької та Кам'янець-Подільської областей після їх визволення від німецько-фашистських загарбників залишилося менше половини жителів [381, арк.45], лише у Вінниці кількість жителів із 100 тисяч скоротилась до 27 тис. [461, арк.21]. Фізичне знищення нацистами мільйонів жителів Поділля кардинальним чином вплинуло на загальний генофонд не лише регіону, а й усієї України. Так, у Вінницькій області було знищено 204,8 тис. осіб [356, с.34-37]. Для

порівняння зазначимо, що у Ворошиловградській області було німецькими загарбниками знищено 19,7 тис. осіб, Дніпропетровській – 78,1 тис., Житомирській – 220,4 тис., Запорізькій – 86,7 тис., Київській – 269,3 тис., Кіровоградській – 71,0 тис., Полтавській – 112,8 тис., Сумській – 43,8 тис., Сталінській – 240,0 тис., Харківській – 270,3 тис., Чернігівській – 127,8 [330, с.280-288]. А загальні втрати цивільного населення на окупованій території України оцінюються в 4,5 млн осіб (вбитих і зниклих безвісти) [333, с.345-348].

Серйозним демографічним ударом по населенню Поділля стала примусова депортація працездатних людей на рабську працю до Німеччини, яка торкнулася майже кожної української сім'ї [259, с.201]. Наприклад, із Вінниці було вивезено на примусові роботи 13 400 осіб [381, арк.14-17], а з Кам'янця-Подільського – 5900 осіб [464, арк.38.].

Значний вплив на зменшення кількості населення викликало й систематичне викачування з Подільського краю продовольства й всього, що мало хоч найменшу цінність [302, с.88]. Поділля відносилось до числа українських земель, які найбільше постраждали від цієї політики. Так, у містах краю норми споживання хліба були близькими до межі голодної смерті: на одного їдця виділялося в місяць 2,6 кг хліба, тобто 53 г на день. [255, с.20-21]. Щоб врятуватися від голоду, тисячі міських жителів краю, наражаючись на велику небезпеку, вимушені були мандрувати в пошуках хоч якихось харчів [175, с.15-18]. Відсутність продуктів харчування стала причиною смерті сотень тисяч мешканців Поділля [252, с.170]. Так, у 1946 р. Вінницька область пережила великі труднощі, пов'язані з небувалою посухою, що звісно вплинуло на забезпечення населення хлібом та виконання плану хлібозаготівель [453, с.5].

Поширення голоду та цілковите зруйнування системи охорони здоров'я сприяло поширенню у містах Поділля смертельних інфекційних хвороб, зокрема висипного та черевного тифу, дизентерії, туберкульозу тощо. Особливо згубно позначилося незадовільне харчування на хвороби у дітей та підлітків, які хворіли на дистрофію та рахіт. При дистрофії всі органи втрачають у вазі і

при розтинах виявляють так звану спланхомікрію (зменшення внутрішніх органів). Але хворі практично не одержували ніякої медичної допомоги. У той же час інтенсивні міграційні процеси в період 1943-1944 рр. на територіях із різною санітарно-епідемічною обстановкою спричинили збільшення контактів людей, що викликало масове поширення в краї епідемічних хвороб [258, с.53]. Епідемії та голод забирали десятки тисяч людських життів. Лише на території Бершадського району Вінницької області померло 12,5 тис. [457, арк. 27].

Важливим фактором, який вплинув на демографічну ситуацію на Поділлі, стали міграції населення в умовах війни [355, с.29]. Війна примусила мільйони людей евакуюватися з рідних місць у східні райони СРСР. У цьому відношенні слід зазначити, що переміщення людей у безпечні райони СРСР було одним із найважливіших завдань радянської держави в перший період війни. Однак, через труднощі об'єктивного характеру, а саме швидке просування військ агресорів, бомбардування й артилерійські обстріли залізниць і шосейних доріг, відсутність мобілізаційних планів, нездатність керівництва на місцях оперативно в повній мірі розв'язати проблему евакуації людей, і, головне, через швидке просування німецьких військ територією України, в результаті якого на кінець липня 1941 р. основна частина території Кам'янець-Подільської та Вінницької областей була зайнята німецькими загарбниками, а значна частина населення краю опинилася на окупованій території [330, с.123].

У першу чергу евакуювались переважно представники інженерно-технічних та робітничих спеціальностей, однак, оскільки Поділля було переважно аграрним краєм, то відсоток евакуйованих у загальноукраїнському масштабі був незначним. Тому, у порівнянні з робітниками, селян виїхало набагато менше, адже евакуація, за винятком МТС й окремих колгоспів з технікою і частиною фахівців сільського господарства, у селі не проводилася. Можна стверджувати, що і саме селянство не виявляло особливого бажання утікати, покидаючи власне майно й господарство. Крім того, як свідчать новітні дослідження, подекуди українські селяни навіть протидіяли реалізації проголошеної Сталінінм на початку війни тактики «випаленої

землі», зриваючи спроби нищення колгоспного майна, виробничих приміщень, продовольства, дозріваючого урожаю тощо [259, с.356].

Однак, незважаючи на всі ці недоліки, евакуація врятувала життя значної частини населення Поділля, зокрема, представників єврейської національності та зберегла науково-технічний, духовний і культурний потенціал краю, в тому числі представників медичної галузі.

Справжня війна велася окупантами і проти сільського населення краю, при цьому методи були ще жахливішими, ніж у містах. Нерідко гітлерівці спалювали цілі села, а працездатних жителів гнали до Німеччини, решту населення знищували (так, наприклад, було вчинено майже зі всіма селами північної Вінниччини) [392, арк.48]. Архіви свідчать, що у селах Вінницької області німецько-фашистськими окупантами було спалено і зруйновано понад 19,7 тис. житлових будинків [365, арк. 4-7].

Прямим продовженням злочинних дій окупантів стала примусова евакуація населення міст і сіл краю під час відступу нацистських військ. Ці заходи були складовою частиною гітлерівських планів, з одного боку – про перетворення української землі у «випалений простір», з другого – про поповнення контингенту робочої сили. Згідно з директивою німецького командування в Україні «Про відхід і евакуацію» у вересні 1943 р. військові коменданти видавали такі накази: «В інтересах ведення війни та в інтересах населення, жителі даного населеного пункту негайно евакуюються... Евакуація проходить під контролем німецьких окупаційних сил та місцевої поліції. Населення зобов'язане підкорятися розпорядженням поліції» [226, с.12-14].

Людей, зібраних у колони по 1000 осіб, пішки тижнями гнали за сотні кілометрів від лінії фронту у так звані приймальні табори. По дорозі, а також вже «на місці» по приїзду, люди не отримували майже ніякого харчування; жінки з дітьми, навіть у морозний період, змушені були жити просто неба, і лише небагатьом щастило знайти «притулок» у земляних норах, або куренях. При спробі залишити маршову колону або втекти з переселенських таборів

розстрілювали на місці. З Вінницької області до Німеччини було депортовано 64 167 осіб [229, с.53].

Депортація не тільки забезпечувала німецьку військову економіку необхідною робочою силою, а й переслідувала мету послаблення опору окупантам, а разом з тим і життєвої сили українського народу [229, с.46]. Масова насильницька депортація населення була віднесена Міжнародним війсьним трибуналом у Нюрнберзі до військових злочинів і злочинів проти людства.

В ході німецько-радянської війни зазнали великих втрат економічний потенціал та соціально-медична сфера Поділля. Так, у Вінниці із 50 промислових підприємств вціліли лише 10, повністю було зруйновано 1880 житлових будинків [456, арк. 12] Величезних збитків від воєнних дій та окупації було завдано також і економічно-господарській структурі краю: пограбовані і виведені з ладу промислові підприємства, було вщент розорене сільське господарство.

За попередніми підрахунками Надзвичайної державної комісії, загальна сума збитків складала 24.104.661 тис. крб. [456, арк.4]. Збитки, які були заподіяні Бершадському маслопереробному заводу Вінницького тресту маслоробної та сироробної промисловості Народного Комісаріату м'ясної та молочної промисловості, під виглядом пограбованого майна, і готової продукції, склали 123 077 руб. [458, арк.67]. У ході складання актів нанесених агресорами збитків у Вороновицькому районі Вінницької області станом на 20 червня 1944 г. було зареєстровано 108 актів на суму 101.591.203 крб., у тому числі по колгоспах на суму 87.069.902 крб. Всього надійшло 3342 заяв від громадян [459, арк.217]. Станом на 15 липня 1944 г. було зареєстровано ще 45 актів на суму 33.581.999 крб., у тому числі 7 по колгоспах на суму 2.426.170 крб. Всього надійшло 2 012 заяв від мешканців району [459, арк.225].

Згідно з показаннями складених актів про конфіскацію майна німецькою армією у населення України, з кожного району Вінниччини вилучалось особисте майно громадян. Так, від Писарівської земгромади на 5 січня 1943р.

було здано – 272 одиниці одягу і взуття [455]. По селу Хутори-Мізяківські актом від 2 січня 1943 р. було зібрано теплого одягу та взуття в кількості 140 одиниць [460, арк.76]. Такі факти фіксувалися майже у кожному селі Вінниччини. Не кращою була ситуація і у Кам'янець-Подільській області. Люди не мали необхідної їжі, одягу, взуття, білизни. Злидні і поневіряння населення досягли межі.

Окупаційний режим не тільки позбавив українське населення можливості користуватися німецькою системою охорони здоров'я, але й зруйнував радянську. Це означало насамперед ліквідацію безоплатної, доступної й кваліфікованої медичної допомоги населенню (в даному випадку маються на увазі гарантовані й забезпечені державою в межах довоєнної можливості). Під час окупації Подільського краю усі відносини населення з медичним персоналом регулювалися як відносини приватні, на засадах плати за надані послуги. Так, первинний прийом пацієнта в амбулаторії коштував 5 крб., повторний прийом – 3 крб., перебування протягом доби в лікарні – 10 крб., відвідування хворого вдома лікарем або фельдшером у сільській місцевості – 15 крб., інші види обслуговування (рентген, лабораторний аналіз та ін. – 5 крб.). [33, с. 105]. Це було не під силу більшості населення у містах і селах й суттєво впливало на доступність медичних послуг.

Найбільш значним чинником, який спричинив недоступність медичної допомоги для переважної більшості населення, були масштабні нищення та руйнування окупантами медичних закладів. Про них свідчать матеріали Надзвичайних Державних Комісій по встановленню та розслідуванню злочинів фашистських загарбників та їхніх спільників, які працювали в усіх областях республіки.

Збитки, заподіяні окупантами системі охорони здоров'я, були величезними. Тільки за час окупації у місті Вінниці німецькі загарбники спалили, пограбували і зруйнували більшість медичних закладів. На Східному Поділлі були знищені найбільші лікарні майже в обох обласних центрах, а

також зруйновані й пограбовані медичні навчальні заклади країни. Наявна кількість ліжкового фонду не забезпечувала потреб населення, що не дозволяло здійснити повноцінної госпіталізацію хворих, які потребували стаціонарного лікування. Це значно ускладнювало умови роботи як дільничних лікарів, так і поліклінік.

Так, зокрема у медичній сфері Вінницької області, були зруйновані під час нацистської окупації 160 міських і сільських лікарень, 140 амбулаторій і поліклінік, 75 спеціалізованих диспансерів, 96 постійних дитячих ясел, 131 аптека, 647 аптечних пунктів [460, арк.34-37]. У цілому по Україні було знищено і зруйновано 40 тис. лікарень, поліклінік та інших медичних установ. За роки війни майже 58% медичних установ зазнали серйозних руйнувань і збитків [170, с.16-18].

Великих руйнацій у період гітлерівської окупації зазнала і житлово-комунальна сфера Поділля. Про обсяги руйнування житлових будинків у містах краю висновки можна зробити на підставі даних, зібраних вищеназваною комісією із 130 найбільш великих промислових і найбільш постраждалих міст. До обрахунків комісією бралися випадки, коли будинок був повністю зруйнований, або зовсім вибув із експлуатації; мешканці цих будинків залишилися повністю без даху. Так, якщо у цілому по містах України із загальної кількості 638 636 житлових будинків було зруйновано повністю 78 158 або 12,2 %, то у Вінницькій області цей відсоток становив – 27,0 %, а у Кам'янець-Подільській – 24,5% [229, с.34-35]. Відсоток частково зруйнованих житлових будинків у Вінницькій області становив – 29,7 %, Кам'янець-Подільській – 29 % [220, с.47]. Зокрема, у самій Вінниці з наявних 6002 житлових будинків було повністю зруйновано – 1881 [456, арк.18]. Також, за час війни, кількість населення Вінниці з 100 тисяч скоротилось до 27 тисяч чоловік, а з 50 промислових підприємств уціліло лише 10 [450, арк.79]

Надзвичайно негативні наслідки для здоров'я та умов проживання населення Поділля мало руйнування в системі комунального господарства. За

період окупації та внаслідок воєнних дій воюючих сторін на території краю було знищено більшу частину довоєнної кількості підприємств комунального господарства. Загалом втрати виробничих потужностей підприємств житлово-комунальної системи Поділля в порівнянні з довоєнними потужностями складала: по водогонах – 87,6 %, по каналізації – 88,6 %, по підприємствах очистки міст – 87,3 %, по електростанціях – 88,2 %, по газифікації – 80,0 %, по підприємствах зеленого господарства – 90,0 %, по банях – 79,8 % [329, с. 213-217].

Так, за період війни та окупації майже повністю була знищена водогінна система та система водовідведення. З особливим завзяттям загарбники, зокрема при відступі, руйнували насосні станції, водонапірні башти, внутрішньобудинкові водопровідні розвідні споруди, резервуари для води, очисні споруди тощо. І лише підземні водопровідні труби в більшості залишалися неушкодженими. Однак водогінна система у м. Вінниці була повністю знищена [349, с.66].

Масове руйнування у житлово-комунальній сфері спричинило надзвичайне погіршення умов проживання людей і тим самим значно вплинуло на підвищення загальної та дитячої захворюваності й смертності, різко послабило стійкість людського організму до зовнішніх факторів впливу, сприяло загостренню і поширенню туберкульозу, полегшувало контакт і заражуваність при багатьох гострих інфекційних захворюваннях.

Отже, на момент визволення території Подільського краю від німецьких загарбників значних збитків було завдано всій системі охорони здоров'я та заподіяно значної шкоди здоров'ю населення Подільського краю. Надзвичайно високі показники руйнувань мережі медичних закладів свідчать про цілеспрямоване знищення нацистами матеріальної бази системи охорони здоров'я регіону. Знищення більшої частини лікувально-профілактичних установ призвело до значного погіршення стану здоров'я населення, руйнування комунального господарства, істотно погіршило санітарний стан



населених пунктів та умови проживання людей. У цих умовах стало закономірним те, що більша частина Подільського краю була охоплена полум'ям інфекційних хвороб. Негативний вплив масштабних руйнувань у названих сферах був надзвичайно великим і різнобічним, а його наслідки були відчутними протягом багатьох років.

Таким чином, за період німецької окупації Поділля відносилось до числа регіонів України, які найбільше постраждали від агресора. Величезної руйнації зазнала уся соціально-побутова сфера краю і особливо система охорони здоров'я. Все це негативно відобразилося як на загальному стані здоров'я, так і демографічній ситуації Поділля. Аналіз опрацьованих нами джерел переконливо доводить, що фактично населення Поділля опинилось у той час на грані гуманітарної катастрофи, яка супроводжувалася голодом, епідеміями, різними інфекційними захворюваннями, значною кількістю померлих.

## **2.2. Відновлення мережі закладів охорони здоров'я та забезпеченість населення медичною допомогою.**

З огляду на ситуацію, що склалася на Поділлі після його визволення, перед органами республіканської та місцевої влади та жителями постало складне завдання – докласти максимум зусиль для найшвидшого подолання важких медико-санітарних наслідків, спричинених війною.

Здавалося, за таких умов господарське відродження – справа багатьох років. Однак тут спрацював, як зазначає С.Кульчицький, фактор «радянського патріотизму» [161, с.34]. Сповнений бажання якнайшвидше відродити свою країну український народ взявся за відбудову її народного господарства. Додаткових сил цьому також надавали сподівання на докорінні зміни в суспільстві, які були спрямовані на припинення масових репресій проти чесних трудівників і утвердження соціальної справедливості, на пристойне забезпечення лікування та реабілітації інвалідів війни та ветеранів праці. Особливо ж бажало населення від тодішньої радянської влади поліпшення умов

життя та охорони здоров'я дітей, матерів, інвалідів тощо, які б сприяли неухильному підвищенню рівня фізичного розвитку представників усіх верств населення України.

У період 1943-1945 рр., ведучи наступальні військові дії на фронтах, держава одночасно відновлювала зруйновані ворогом економіку та соціальну інфраструктуру. Після повного визволення від німецько-фашистських загарбників у 1944 р. території Поділля розпочалися на території краю відбудовні роботи.

Щодо медичної сфери Подільського краю, то у зв'язку з її важкими руйнаціями функції медичних закладів, де поряд з воєнними пораненими обслуговувалося також і місцеве населення, виконували т.зв. евакошпиталі. За офіційними статистичними даними, в Подільському краї всього діяло 20 евакошпиталів, з яких 13 розташовувалося на території Кам'янець-Подільської області і 7 на території Вінницької області. В евакошпиталях Кам'янець-Подільської області знаходилося 5825 ліжок, а Вінницької області – 3000 ліжок [390, арк.2-4]. З цих вищезазначених статистичних даних можна зробити висновок, що наявний ліжковий фонд не задовольняв потреб навіть діючої армії, санітарні втрати якої під час наступів швидко зростали, а про обслуговування місцевого цивільного населення мова не йшла.

Не ліквідувало проблеми і переведення евакошпиталів у підпорядкування Народного комісаріату охорони здоров'я у 1945 р., оскільки і надалі залишалося невирішеним питання повноцінного забезпечення їхньої діяльності, зокрема проблема фінансування. На той час держава асигнувала для евакошпиталів кошти в 5,5 раза менше, ніж необхідно було [385, арк. 4]. Тому досить часто евакошпиталі Подільського краю розташовувалися у непристосованих приміщеннях, без вікон, каналізації, водогону та опалювальної системи, оскільки у місцевих органів влади не було грошей на відновлення нормальних побутових умов. Найбільше занепокоєння у лікарів

викликав той факт, що евакошпиталі забезпечувалися м'яким і твердим інвентарем лише на 30-35 % [398, арк.25].

У листі до ЦК КП(б)У молодший лейтенант медичної служби П. В. Білошицький з евакошпиталю, який розташовувався у Вінницькій області, писав: «Прошу допомогти нашому шпиталю. У ньому на цей момент на 1 ліжко кладуть 3-х поранених. Немає взуття, до туалету бійці виходять босі, а потім лягають у ліжко. Відсутні ложки, офіцерів і солдатів примушують їсти пальцями. Мисок немає, тому їжу приносять у відрах, з яких миють підлогу. Білизна брудна, її не змінюють. Медичний персонал до поранених ставиться жахливо. Вночі світла немає, і у приміщенні холодно» [386, арк. 68].

Однією із найбільш гострих проблем діяльності евакошпиталів стала їх забезпеченість продуктами харчування. Ведучи жорстоку боротьбу з фашистським загарбниками, держава в першу чергу всі зусилля спрямовувала на постачання їжею діючої армії, а для вирішення проблеми забезпеченості евакошпиталів провіантом вживала нетрадиційні методи. Так, евакошпиталям, які знаходилися на території Вінницької і Кам'янець-Подільської областей, надавалися присадибні ділянки розміром від 3 до 10 гектарів, в залежності від кількості пацієнтів та мінімального запасу насіння.

Таким чином, лікарі та медичні сестри, крім прямих своїх обов'язків, займалися сільгоспроботами, щоб забезпечити хворих та себе продуктами харчування. Загальна площа усіх шпитальних господарств складала у краї 134 гектари землі. Однак, як видно із опрацьованих нами джерел, продуктів харчування все одно катастрофічно не вистачало. Тому місцеве цивільне населення краю часто приходило евакошпиталям на допомогу. Так, лише за неповними даними Комітетів Червоного Хреста, жителі Поділля надали евакошпиталям 10 456 індивідуальних подарунків, 2 464 кг хліба, 511 кг муки, 4201 кг крупи, 102 кг цукру, 876 кг масла, 472 кг сала, 331 кг м'яса, 34 000 кг картоплі, 680 кг овочів і 34 982 л молока [388, арк. 16].

У відповідь евакошпиталі надавали активну допомогу своїм шефам. Одужуючі створювали бригади ковалів та слюсарів, які займалися ремонтом сільськогосподарського реманенту [411, арк.18]. При цьому держава постачала лише життєво необхідне харчування через спеціалізовані бази. Військові шпиталі, що знаходились на значних відстанях від продовольчих баз, несвоєчасно отримували продукцію, яка досить часто псувалася [413, арк. 33]. Тому, за наказом Головного Санітарного управління Червоної Армії № 613/425 від 30 листопада 1944 р. серед евакошпиталів одного округу обирався один, на який покладалися функції розподільника, він і займався отриманням продукції. З бази, як правило, харчування надходило до шпиталю-розподільника, а з його складів сусідні медичні установи отримували продукцію вже самостійно.

Така система дозволила заощаджувати значну кількість палива і не відволікала надовго медперсонал від їх безпосередніх обов'язків, крім того, зменшились втрати харчів [411, арк.5].

Поряд з проблемою продовольчого забезпечення через нестачу фінансування евакошпиталі не могли вирішити і проблеми транспортного забезпечення своєї діяльності. Досить складною була ситуація з опаленням евакошпиталів. Вугілля, що видавала держава, ледь вистачало для приготування їжі, а на додаткове придбання медичні установи не мали коштів. Хворі та поранені пацієнти перебували у холодних приміщеннях, що при відсутності теплих ковдр негативно впливало на їх здоров'я, збільшуючи термін одужання. У листі до ЦК КП(б)У пацієнти одного з місцевих евакошпиталів писали: «Коли, нарешті, з великими труднощами ми прибули до Вінниці, то нас довго не бажали приймати. Увечері нас загнали, як стадо баранів, у холодне приміщення, а тих, хто не міг рухатися, принесли і залишили напризволяще. У результаті один тяжко поранений відморозив собі обидві ноги. Весь вечір і всю ніч ми провели у холодному приміщенні голодні. Лише на другий день, після бані і перев'язки, о другій годині нам, нарешті, дали поїсти» [443, арк.58].

До вищезазначених проблем, з якими зіштовхнулися евакошпиталі у своїй роботі, слід також віднести і відсутність електроенергії та водогонів, через що медичні установи забезпечувалися водою нерегулярно, а тому не виконувалися елементарні санітарні норми – поранені по декілька днів не умивалися, білизна не змінювалася і не пралася, посуд мився дуже погано тощо [443, арк.36].

Об'єктивними причинами такого становища були чинники військового часу: німці, відступаючи, руйнували комунікації, електростанції, житлові приміщення, всіляко намагалися зіпсувати налагоджену інфраструктуру. До суб'єктивних відносимо, перш за все, байдуже ставлення відповідальних осіб до проблем органів охорони здоров'я. Ця байдужість пояснюється основною установкою тогочасної політики радянської держави і сталінського керівництва, згідно з якою основні сили і кошти держава направляла, перш за все, на фронт, щоб прискорити Перемогу, а проблеми тилу вважалися проблемами другого плану.

Тому, проблеми відбудови зруйнованого війною Подільського краю падали передусім на плечі місцевих жителів, а також республіканських та місцевих органів влади УРСР. Зважаючи на це, у процесі визволення від окупантів перед органами охорони здоров'я відразу ж поставало надзвичайно важливе завдання: здійснити термінові комплексні заходи, спрямовані на ліквідацію санітарних наслідків окупації та організацію повноцінної медичної допомоги цивільному населенню регіону.

Основні напрямки реалізації цього важливого завдання були визначені в постанові РНК СРСР та ЦК ВКП(б) від 21 серпня 1943 р. «Про невідкладні заходи по відновленню господарства районів, визволених від німецької окупації» [360, с.2-3] та конкретизовані у прийнятих республіканськими органами влади і відомчими органами указах, постановах й розпорядженнях, зокрема: «Про заходи по відновленню охорони здоров'я у визволених від німецьких загарбників областях і районах УРСР» (21.10.1943 р.), «Про

відновлення мережі медико-санітарних закладів у визволених від німецьких загарбників районах УРСР» (3.12.1943 р.), «Про заходи щодо поліпшення підготовки лікарів» (1.12.1944 р.), «Про роботу з кадрами в умовах мирного часу» (24.07. 1945 р.) тощо [248, 249].

У цьому контексті слід зазначити, що сама складність завдань вимагала чіткого визначення змісту діяльності органів охорони здоров'я краю, розробки ними конкретних заходів, спрямованих на відбудову матеріально-технічної бази, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних закладів, з'ясування кількісних і якісних потреб у медичних кадрах та відновлення системи їхньої підготовки, добору й розстановки, укомплектування кадрами сільських лікарських дільниць, налагодження роботи лікарень, поліклінік, амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів та інших медичних структур тощо. На вирішення цих завдань була спрямована діяльність насамперед Наркомату охорони здоров'я УРСР, який відновив свою роботу у квітні 1943 р. У його чотирьох головках (комітетах) із затвердженим штатом 157 працівників до кінця 1943 р. було заміщено лише 50 посад, тобто менше 30 % [443, арк. 4,6].

По мірі визволення території Вінницької та Кам'янець-Подільської областей від окупантів, у короткі терміни утворювались відповідні відомчі відділи охорони здоров'я, керівники яких підбиралися партійними органами ще до їх визволення і прибували туди разом з передовими частинами Червоної армії. Новоутворені подільські місцеві відділи охорони здоров'я на перших порах теж не були повністю укомплектовані кваліфікованими кадрами. Оскільки такий стан з кадровим забезпеченням місцевих відділів негативно позначався на їхній роботі по вирішенню першочергових завдань подолання медико-санітарних наслідків війни та організації медичного обслуговування населення Поділля, керівними республіканськими органами влади та відомствами були вжиті конкретні заходи для заміщення вакантних посад кваліфікованими фахівцями.

На них призначалися фахівці, реєвакуйовані із східних областей Радянського Союзу та демобілізовані із лав Червоної Армії, серед яких чимало було відомих та авторитетних військових-медиків та лікарів вищої кваліфікації, а також лікарі, які мали досвід організаторської роботи в сфері охорони здоров'я та багаторічний стаж успішної лікарської практики. Так, наприклад, для організації відбудови медичної сфери Вінниччини було направлено колишнього фронтовика та видатного вченого - медика Л. Г. Лекарева.

Особливо велике значення для відбудови системи охорони здоров'я Поділля мала її комплектація кваліфікованими кадрами, зокрема обласних та районних відділень, які відповідали за медичну сферу. Станом на 1 січня 1945 року зазначені відділення були укомплектовані на 83 % [459, арк.34].

Велика роль у відбудові системи охорони здоров'я Подільського краю відводилася і Народному комісаріату охорони здоров'я УРСР. Так, наприкінці 1944 р. – на початку 1945 р. в ньому функціонували такі управління: управління медичного постачання, курортне управління, управління хіміко-фармацевтичної промисловості, головне аптечне управління, управління медично-інструментальної промисловості, управління протезної промисловості, головне управління робітничого постачання, лікувально-санаторне управління, евакоуправління, управління сільських лікарень, дезінфекційне бюро, управління кадрів. Загалом працювало 20 управлінь та самостійних відділів [370, арк.26].

До кінця 1946 р. у центральний апарат НКОЗ УРСР було підібрано 180 керівних працівників і заміщено основні номенклатурні посади. Серед працівників апарату НКОЗ УРСР 20 осіб мали вчені ступені доктора та кандидата медичних наук і вчені звання професора та доцента [374, арк.115].

Комплектація керівних центральних і місцевих органів охорони здоров'я кваліфікованими кадрами сприяла перетворенню їх в основні організаційні центри по мобілізації зусиль медичних працівників та якнайшвидшу ліквідацію наслідків окупації й відновлення лікувальних закладів Поділля. Тут слід також

зазначити, що, незважаючи на нечисленність за своїм складом, ними було проведено величезну за масштабами роботу по розв'язанню складних господарських та медико-санітарних завдань, які стояли перед сферою охорони здоров'я Подільського регіону у тогочасних воєнних умовах та у період повоєнного відродження.

Поряд з цим, розпочалася самовіддана робота місцевого населення по відродженню та відновленню системи охорони здоров'я Вінницької та Кам'янець-Подільської областей, реконструкції зруйнованого війною господарства. У своїй книзі спогадів Г. Митерев, який обіймав посаду народного комісара охорони здоров'я СРСР у 1939-1946 рр., та Народний комісар охорони здоров'я СРСР у 1946-1947 рр. згадує: «...Ще чадили останніми пожарищами руїни Берліна. Ще тільки рушали на Схід перші залізничні ешелони зі звільненими з фашистської неволі, врятованими від печей Бухенвальда й Майданека радянськими людьми... Але перед країною вже в повний зріст поставали завдання по відновленню мирного життя. Поставали вони і перед нами, працівниками народної системи охорони здоров'я – величезні, важкі, невідкладні. Нам потрібно було будувати, будувати і будувати» [214, с.152].

Мобілізація економічного потенціалу країни і героїчна праця радянських людей сприяла швидкому відновленню на Поділлі мережі закладів охорони здоров'я. У короткі терміни були відбудовані і почали діяти зруйновані під час війни 140 амбулаторій і поліклінік, 160 міських і сільських лікарень, 75 спеціалізованих диспансерів, 96 постійних дитячих ясел, 647 аптечних пунктів, 131 аптека. Сільське населення обслуговувалось 213 лікарськими дільницями і 580 пунктами фельдшерсько-акушерської допомоги. Було відновлено і запрацювало 11 санаторіїв для оздоровлення населення області [214, с.110].

Також, значні зусилля були зосереджені на допомозі хворим і пораненим воїнам та запобіганні епідемії у діючій армії і тилу. Загалом, діяльність



медичних закладів значною мірою сприяла перемозі народу над німецькими окупантами.

Поряд із загальнореспубліканськими органами, велику роль у розбудові системи медичних закладів регіону відіграли і органи місцевої влади краю. Навіть з аналізу змісту постанови виконкому Вінницької міської Ради депутатів трудящих від 1944 р. «Про дозвіл на проведення ремонтів медичних закладів м. Вінниці для більш швидкого розгортання медичної мережі по місту» можна зробити висновок, що відновлення системи охорони здоров'я було одним з найважливіших напрямків керівництва міста [460, арк.235]. Внаслідок безпрецедентної мобілізації населення краю, вже у 1947 р. основні показники системи охорони здоров'я по Вінниччині досягли довоєнного рівня, а у 1950-1954 р. почали перевищувати статистичні дані за 1940 р. [460, арк. 230].

Так, на 1 січня 1945 р. лікувальна мережа і мережа охорони материнства і дитинства в кількісному відношенні по чисельності всіх її об'єктів у порівнянні з 1941 р. поновлена по містах Вінниччини на 63%, а сільській місцевості Вінницької області – на 66,5%. У тому числі: лікарська мережа по містах – на 88,5%, по селу – 97,5%; поліклініки і амбулаторії по містах – 82,9%, по селу – 91, 4 %; туберкульозні диспансери і туберкульозні пункти по містах – 60%, венерологічні диспансери і венерологічні пункти по містах – 95%, в сільській місцевості – 100%; фельдшерсько-акушерські пункти – 160%; жіночі і дитячі консультації по містах – 83,8%, по сільській місцевості – 61,3%[460, арк. 256].

До початку осені 1947 р. на Поділлі відновили свою діяльність майже всі сільські лікарські дільниці, зокрема близько 700 фельдшерських і фельдшерсько-акушерських пунктів [173, с.260]. Почали випуск продукції підприємства медичної промисловості та у найкоротші терміни створюватися евакогоспіталі, які комплектувалися найкращими фахівцями. Значна робота була також проведена по поверненню з глибокого тилу навчальних і науково-дослідних інститутів та відновлення їх діяльності. Зусиллями професорсько-

викладацького складу, студентів, тисяч трудящих були виконані невідкладні будівельні роботи та ремонт матеріально-технічної бази інститутів.

Поряд з цим, для того, щоб покращити протезне забезпечення інвалідів війни, було запропоновано збільшити виробничу потужність Вінницької протезної майстерні, реорганізувавши її у протезний завод. Виконком Вінницької міськрайради депутатів трудящих зобов'язався закінчити відбудову лікарень, поліклінік та інших медичних установ і забезпечити їх паливом на весь опалювальний сезон до 10 серпня 1945 р. Також зобов'язали забезпечити безперебійне постачання лікувально-профілактичної мережі і медичних робітників області продовольчими і промисловими товарами у повній відповідності до державних норм.

Оцінюючи проведену на території Вінницької і Кам'янець-Подільської областей в 1944–1947 рр. роботу по відновленню діяльності медичних установ, слід зазначити, що, з огляду на складні умови військового часу, вона проходила загалом успішно. Лише впродовж 1945 р. було введено у експлуатацію 127 лікувальних установ. Частина з них побудували на кошти промислових підприємств та колгоспів [168, с.77-79].

Тут слід також зазначити, що на початковому етапі відбудови швидкими темпами на Поділлі відновлювалися стаціонарні лікувальні заклади (до кінця 1944 р. вони були відновлені на 79,0 %). Причому показники відновлення лікувальних закладів та ліжок у них у сільській місцевості (відповідно 85,5 % і 80 %) були навіть більшими за показники у містах (відповідно 72,5 % і 57 %). Для порівняння лише зазначимо, що у кінці 1944 р., при неповному відновленні лікувальних закладів у порівнянні із довоєнним рівнем, на 1000 осіб міського населення припадало 7,4 лікарняних ліжка проти 6,9 у 1940 р., у сільській місцевості – 1,2, як і до війни [165, с. 104]. Пояснюється це тим, що за роки війни та окупації кількість населення у містах та селах республіки значно зменшилася.

Велика робота здійснювалася по відновленню позалікарняних медичних закладів. Так, загалом у Подільському краї на початок 1946 р. у порівнянні з 1941 р. вже було відновлено 72,1 % амбулаторій і поліклінік, 76,8 % фельдшерських, фельдшерсько-акушерських, шкіро-венерологічних та малярійних пунктів, 62,9 % жіночих та дитячих консультацій. При цьому у містах кількість відновлених жіночих та дитячих консультацій складала 70,9 %), амбулаторій і поліклінік – 82 %, протитуберкульозних диспансерів – 71 %, венерологічних диспансерів – 96,4 %, лікарських здоровпунктів на підприємствах – 44,5 %. У сільській місцевості загальна кількість відновлених лікарських амбулаторій складала 92 % по відношенню до 1940 р., у третині областей вона перевищила довоєнний рівень [172, с.636].

Водночас на кінець 1946 – початок 1947 рр. ще відносно мало було відновлено дитячих ліжок у лікарнях (33,5 %), пологових будинків у містах (29,1 %) та колгоспах (22,3 %) та місць у них (відповідно 24,9 % і 18,9 %), дитячих амбулаторій і поліклінік (28,8 %), постійних дитячих ясел та місць у них (відповідно 47,5 % і 39 %), дитячих молочних кухонь (32 %).[190, с.14]. У перші післявоєнні роки відбулися зміни не лише в кількості, а й у структурній мережі лікарняних закладів за рахунок скорочення дитячих, пологоводопоміжних та спеціалізованих закладів. Змінилася й структура спеціалізованого ліжкового фонду. Збільшилася загальна кількість ліжок для хворих терапевтичного, хірургічного, інфекційного, венерологічного й стоматологічного профілю, що було пов'язано із зростанням захворювань серед населення на ці хвороби. Але кількість ліжок для госпіталізації хворих туберкульозом відновити в цей період не вдалося. Виходячи з опрацьованих нами статистичних даних по областях України, у Вінницькій області в 1940 р. діяло 129 лікарень, а у 1950 р. вже було 212 лікарень [371, арк.28-29]. У Кам'янець-Подільській області у 1940 р. діяло 100 лікарень, а у 1950 р. їх кількість становила – 118 лікарень [371, арк.35].

Обсяги відновлювальних робіт у медичній сфері Подільського краю значно збільшилися у 1946 р., чому сприяло, у першу чергу, закінчення Другої світової війни. Щоправда, у джерелах та виданнях наводяться різні показники про відновлену у 1946 р., зокрема на кінець року, мережу лікувально-санітарних закладів. Так, у першому томі тритомного видання «Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР» вказується, що вже на початку вересня 1946 року на території подільських областей було понад 10 тис. лікарняних ліжок, 220 амбулаторно-поліклінічних закладів, понад 30 санітарно-епідеміологічних станцій. Відновили свою діяльність майже всі лікарські дільниці, близько 359 фельдшерських і фельдшерсько-акушерських пунктів, закладів по охороні материнства й дитинства, аптекарська мережа [380, арк.131].

Особливе значення у цьому процесі мало відновлення роботи медичних закладів у сільській місцевості, адже саме вони забезпечували потреби у медичній допомозі переважній частині населення Поділля. Як свідчить довідка Наркомздраву СРСР від 25 липня 1945 р. «Про підсумки діяльності органів здравоохранения у сільських місцевостях у роки Великої Вітчизняної війни та перспективах розвитку сільської медичної мережі охорони здоров'я у післявоєнний період», на цей період у сільських місцевостях Подільського краю (у порівнянні з довоєнним рівнем) мережа загальних лікарень була відновлена на 91,5 %, ліжка у них - на 84 %, лікарських дільниць – на 94,8 %, амбулаторій – на 90 %, дитячих та жіночих консультацій – на 57 %, туберкульозних пунктів - на 31,2 %, зуболікувальних кабінетів – на 54 %, шкірновенпунктів – на 200 % [372, арк.45-67].

Оцінюючи загалом позитивно діяльність керівних органів охорони здоров'я в означений період на території Поділля, не слід замовчувати, як це ми помічаємо у радянській історіографії, і досить серйозні недоліки, прорахунки та упущення, які негативно позначалися на процесах відродження сфери охорони здоров'я Поділля та медичному обслуговуванні місцевого населення.

Через нестачу коштів, будівельних матеріалів та робочих рук відновлення загальних лікарень, відбувалося в основному за рахунок пристосування будівель колишніх лікарень або інших приміщень, при цьому ні ті, ні інші у своїй більшості не були будівлями, які б відповідали всім вимогам стаціонарного закладу. Уся відновлена мережа потребувала капітального ремонту та переобладнання, або пристосовані приміщення підлягали заміні новим будівництвом лікарень за затвердженими проектами [371, арк. 69].

Щодо потужності відновлених лікарень, то у порівнянні з довоєнним часом вона зменшилася. Окупанти, руйнуючи мережу медико-санітарних закладів, завдали найбільших збитків найбільш дорогим і кваліфікованим лікувально-профілактичним закладам. Найбільше постраждали великі заклади, які переважно знаходилися у містах. Відновити їх у довоєнних розмірах за такий короткий період повністю не вдалося. Про розподіл міських лікарень по потужності за наслідками першого етапу відбудови у медичній сфері можна судити за даними паспортизації лікарень, проведеної у регіоні у 1946 р. Якщо у 1939 р. лікарні з кількістю ліжок понад 400 складали 3,7 % від їхньої загальної кількості, то у 1946 р. – 2,5 %; з кількістю ліжок 251 – 400 відповідно 3,2 % і 2,0 %, з кількістю ліжок 101 – 250 відповідно 19,1 % і 17,1 %; з кількістю ліжок 51 – 100 відповідно 29,1 % і 28,5 % і з кількістю ліжок до 50 відповідно 44,7 і 50 % [370, арк. 12 - 39].

Таким чином, у містах переважали лікарні з потужністю до 50 ліжок. Особливо різке зменшення потужності мало місце у міських районних лікарнях [376, арк.116]. Про потужність сільських лікарень у регіоні можна судити за загальносоюзними даними, оскільки, згідно з висновком Наркомздорову СРСР аналогічне становище було і в інших областях УРСР з невеликими відхиленнями в декілька процентів у той чи інший бік. Загальна картина по СРСР у 1946 р. була такою: лікарні по 10 ліжок складали 21,1 % до загальної кількості всіх лікарень; з 11 до 25 ліжок – 46 %, з 26 до 50 ліжок – 26,4 % і від 51 і вище – всього 6,5 %. Дещо іншими були показники для лікарень сільських районних центрів, де

кількість лікарень по 10 ліжок складала 4,8 %, від 11 до 25 ліжок – 30,6 %, від 26 до 50 – 47 %, від 51 і вище – 17,9 % [91, с. 346].

На підставі цих даних можна зробити висновок, що на території Подільського краю в сільській місцевості була значною й переважаючою кількістю лікарень з малою потужністю - до 25 ліжок, в умовах яких навряд чи можлива значна спеціалізація ліжок. До того ж, у багатьох сільських райцентрах не було районних лікарень, а у кінці липня 1946 р. медичних закладів не було у понад 55,5 % сільських рад. [91, с. 346].

Мала місце велика нерівномірність у розгортанні лікарняних ліжок як територіально, так і за спеціальностями. Станом на 1 січня 1946 р. у Подільських міських лікарнях стаціонарних ліжок було у 2,6 раза більше, ніж у сільських (станом на 1 січня 1941 р. ця різниця сягала 2,9 рази) [92, с. 53-55]. Кількість ліжок на тисячу чоловік населення в 1945 р. у середньому складала у містах – 8,5 і в сільській місцевості – 1,5 [299, с.297].

Слабкою залишалася також амбулаторно-поліклінічна мережа, хоча саме вона обслуговувала переважну масу населення, сигналізувала органам охорони здоров'я про стан епідемічної та іншої захворюваності, а за результатами її роботи населення судило про всю роботу галузі. Багато цих закладів були малопотужними: у середньому по регіону таких закладах навіть у містах було 2,5 лікарські посади, тоді як до війни – 3,5 [302, с.44].

Найслабшим місцем в системі охорони здоров'я населення Поділля була недостатня обладнаність медико-санітарних закладів спеціальними технічними видами допомоги, що негативно впливало на рівень діагностики в лікувальних закладах, а також не дозволяло надавати медичну допомогу населенню в повному обсязі. До війни рентгенівські кабінети були в 30,2 % міських лікарень, а на 1 січня 1946 р. – 18,6 %; фізіотерапевтичні – відповідно в 22,4 і в 12,3 %; клінічно-діагностичні лабораторії – у 40,5 і в 24,7 %. Так, у довідці Наркомату охорони здоров'я УРСР «Про лікувальну допомогу сільському населенню Української республіки» зазначалося, що із медичного устаткування село найбільш гостро

відчувало нестачу у зуболікувальному, клінічному, лабораторному, рентгенівському, фізіотерапевтичному устаткуванні та предметах догляду за хворими [365, арк. 2-3]. До війни рентгенівські кабінети були у 4,9% сільських лікарень, а станом на 1 січня 1946 р. у 1,5%; фізіотерапевтичні кабінети – відповідно у 6,1% і 0,4%; клінічно-діагностичні лабораторії – відповідно в 41,8% і 3,9% [375, арк. 56-72]. Загальна кількість клінічно-діагностичних лабораторій у сільських медичних закладах краю зменшилася за роки війни із 45 до 1 [366, арк.30].

Також, значно нижчим, ніж до війни, був процент й амбулаторно-поліклінічних закладів, які мали рентгенівські та фізіотерапевтичні кабінети [363, арк.12]. Лікувальні заклади взагалі були погано устатковані, відчувався гострий дефіцит медичних інструментів та медикаментів. У багатьох випадках не вистачало перев'язочного матеріалу, бинти використовували по декілька разів після прання. Через відсутність електричного освітлення у багатьох лікарнях ускладнювалося проведення планових та невідкладних операцій. Бракувало спеціально обладнаних операційних. Так, у 84 % хірургічних відділень міських лікарень Вінницької області гнійні операції проводилися у перев'язочних та асептичних операційних [360, с.6]. Не кращою була ситуація і в Кам'янець-Подільській області. Лікарні погано забезпечувалися продуктами для харчування хворих. Причинами того, що у медичних закладах не вистачало найнеобхіднішого, було не лише те, що їхнє майно було нещадно знищено та розграбовано окупантами, а й те, що в умовах війни медикаменти, препарати, інструменти направлялися насамперед у медичні заклади для лікування військових поранених. Цивільні медичні заклади забезпечувалися за залишковим принципом.

Низьким залишався відсоток відновлення спеціалізованих закладів, зокрема туберкульозних та онкологічних, а також спеціалізованих відділень у лікарнях та ліжок у них. Це було однією із причин того, що відставала від потреб спеціалізована медична допомога. Особливо гострою залишалася ця проблема для сільських місцевостей, де спеціалізовані ліжка, крім пологових та

інфекційних, і до війни займали досить незначну питому вагу у загальному числі ліжок сільських лікарень. Зростання кількості ліжок у лікарнях відбувалося значною мірою за рахунок збільшення інфекційних ліжок, як постійних, так і тимчасових. Так, на середину 1946 р. кількість інфекційних постійних ліжок збільшилася на 70 % і тимчасових – на 87 % [316, с. 232-238]. Щоправда, таке широке розгортання ліжок інфекційної мережі відбувалося у відповідності з основним завданням не допустити спалахів інфекційних захворювань, своєчасно та повністю госпіталізувати всіх інфікованих хворих та підозрюваних на інфекційні захворювання.

Отже, здійснена в перші повоєнні роки відбудова медико-санітарних закладів Подільського краю в деякій мірі дозволила наблизити рівень надання медичної допомоги до довоєнного. Враховуючи те, що відбудову було розпочато в умовах ведення війни, її кількісні показники були досить високими. Але, на жаль, мали місце й ряд недоліків у роботі, які заважали у повній мірі наблизити медичну допомогу до потреб населення. Тож процес відбудови лікувально-профілактичних установ та покращення рівня надання необхідної медичної допомоги населенню регіону знаходився у цей період ще на початковій стадії та потребував значних доопрацювань, особливо на якісному рівні.

### **2.3. Поновлення роботи медичних навчальних закладів.**

У ході воєнних лихоліть Другої світової війни та німецько-фашистської окупації Подільського краю майже повністю були знищені і місцеві медичні навчальні заклади, що у подальшому значно ускладнило систему підготовки місцевих медичних кадрів. Так, зокрема, перетворився у руїни морфологічний корпус Вінницького медичного інституту, одна з найгарніших споруд міста Вінниці. Труднощі по відновленню навчального закладу були неймовірні. Матеріально-технічна база інституту виявилася вщент зруйнованою, були підірвані та спалені студентські гуртожитки, знищена навчальна і наукова



апаратура, обладнання, бібліотека тощо. Окупанти вивезли у Німеччину більш ніж 7 тисяч найцінніших книг та підручників. Взагалі, інституту були завдані збитки на десятки мільйонів карбованців [215, с.391], [405, арк.23]. Найбільше постраждали будівлі теоретичних кафедр медичного інституту, міські та обласні клінічні лікарні, що слугували базами клінічних кафедр. Абсолютно знищений твердий і м'який інвентар, у більшості теоретичних кафедр і клінік, були відсутні лави в лекційних аудиторіях, лікарняне обладнання розкрадено. Кафедри і лабораторії залишилися без складної науково-навчальної апаратури, інструментарію, хімікатів, реактивів та лабораторного скла. Було розграбовано і знищено майже все науково-навчальне обладнання.

Тому, відразу після визволення медичні вищі навчальні заклади Поділля приступили до відновлення своєї діяльності. В цей час, поряд з докорінною відбудовою економіки регіону, певні зусилля радянська влада спрямовувала і на відновлення роботи медичних установ, оскільки гостра нестача кваліфікованих медичних кадрів стала першою і найбільш злободенною проблемою. Зважаючи на це, тогочасне радянське керівництво низкою наказів та урядових постанов сприяло янайшвидшому відновленню роботи медичних навчальних закладів. На Вінниччині таким закладом був Вінницький медичний інститут, діяльність якого розпочалася у відповідності з постановою РНК УРСР від 28.IV.1944 р. за № 405. Однак ще раніше, а саме 5 квітня 1944 р., до навчання в інституті приступили 472 студенти, серед яких було багато фронтовиків [405, арк.18]. У IV п'ятирічному плані відбудови народного господарства УРСР (1946 – 1950 рр.) у сфері освіти визначалося найголовніше завдання: відновити довоєнну кількість студентів до кінця п'ятирічки [102, с. 213].

З початком роботи інституту деякі клінічні кафедри не мали своїх баз, значна кількість теоретичних кафедр розташовувалася у зруйнованому морфологічному корпусі, клубі та інших приміщеннях, непристосованих для проведення навчального процесу. Гостро не вистачало найголовнішого:

професорсько-викладацького складу, лабораторій, обладнання, апаратури, підручників, наукової та навчально-методичної літератури.

Ремонтно-відновлювальні роботи проводились силами викладачів та студентів. Капітальні ремонти розпочались з навчальних приміщень, клінік, гуртожитків, квартир для професорсько-викладацького складу, їдалень та бібліотек. Проведена велика робота по збору майна, інвентарю, лабораторного обладнання, апаратури, інструментарію, хімікатів, книг тощо. Про масштаб ремонтно-відновлювальних робіт можна судити лише по одному з невеликих видів робіт – скління віконних рам, на що знадобилося до 5 тис. м<sup>2</sup> скла [405, арк.36]. Природно, що ані навчальний заклад, ані Міністерство охорони здоров'я України не змогли відразу забезпечити себе вказаною кількістю скла, і тому скління проходило протягом 1945-1949 навчальних років.

Спочатку був капітально відремонтований морфологічний корпус, там виправили дах, зробили штукатурні роботи та повне засклення будівлі, добудували один поверх крила будівлі. Слідом за ним було відремонтовано хімічний корпус і будівля управління інституту, будинок для професорського складу, зібрано та відремонтовано обладнання, що збереглося, інвентар та відновлена частина клінік, розташованих у клінічній лікарні ім. М.І.Пирогова. Крім того, значна кількість обладнання була отримана у якості допомоги від інших інститутів Радянського Союзу. Тут слід зазначити, що, починаючи з кінця 1944 р., Міністерство охорони здоров'я УРСР перерозподілило навчально-наукове обладнання і бібліотеки, які були у розпорядженні інститутів і міністерства, внаслідок чого з Харкова було направлено близько 40 тис. книг та підручників до різних медичних навчальних установ УРСР, частина з яких надійшла і до Вінницького медичного інституту. Також Вінницький медичний інститут отримав від Харківського 50 мікроскопів [103, с.271].

Протягом 1945-1950 рр. Вінницький медичний інститут ще більше зміцнив свою матеріально-технічну базу. Нестача робочого місця була однією з найбільших

проблем у проведенні нормальних навчальних занять, оскільки майже з усіх уцілілих аудиторій окупанти забрали все тверде обладнання. Тому, насамперед, інститут забезпечив себе необхідними, часто досить примітивними робочими місцями для студентів у загальних аудиторіях, у лабораторіях, бібліотеках та гуртожитках. Також, інститут придбав саму мінімальну необхідну кількість шаф, лабораторних і письмових столів, стільців тощо. Було також відновлено опалення, але проблема полягала у наявності палива, якого вкрай не вистачало, тому навчання проводилось у погано опалених та холодних приміщеннях. Взагалі, на ремонтно-відновлювальні роботи Вінницького медичного інституту було витрачено по позалімітних асигнуваннях у 1944 р. – 139,5 тис. крб, у 1945 р. – 195 тис. крб. Вже у 1946-1948 рр. за лімітним капіталовкладенням було витрачено 300 тис. крб. [103, с.265].

Незважаючи на велику роботу, яка була проведена інститутом по його відновленню, потрібно відзначити, що і на початок 50-х рр. ХХ ст. матеріально-технічна база інституту продовжувала знаходитись у важкому становищі. Асигнувань держави не вистачало. Бази для теоретичних і клінічних кафедр були ще недостатньо обладнані: бракувало площі, не вистачало науково-навчальної апаратури, зокрема оптики, залишалося невирішеним питання про лабораторне скло. Інститут після війни не мав достатньої кількості матеріалів для ремонтно-відновлювальних робіт. Найбільше не вистачало у господарському житті транспортних засобів, що призводило до затримки поставок будівельних матеріалів, палива та продуктів харчування. Тому інститут з особистої ініціативи придбав автомашини з трофейних фондів.

Після закінчення війни також розпочинається відновлення діяльності бібліотеки Вінницького медичного інституту. Вона була заснована ще у 1932 р. на базі фондів Полтавського та Вінницького фармацевтичних інститутів. Під час війни до Німеччини було вивезено велику кількість найцінніших книг та підручників, тому у повоєнні роки бібліотечні фонд масово поповнювалися надходженнями літератури з Держфонду СРСР, бібліотек Московського університету

ім.М.В.Ломоносова, 1-го Московського медичного інституту ім.І.М.Сеченова, Ленінградської військово-медичної академії та інших бібліотек країни. На початок 50-х рр. XX ст. фонд бібліотеки складав 60 тис. примірних видань, а на кінець 50-х рр. XX ст. – вже понад 179 тис. примірників [98, с.45].

Дещо покращився стан із клінічними базами завдяки введенню у дію після ремонту двох корпусів обласної лікарні ім. М. І. Пирогова і передачі інституту садиби у передмісті П'ятничан (так зване «клінічне містечко»). Особливо піклувались про створення і відкриття у 1947 р. музею-садиби М.І.Пирогова. На середину 50-х рр. цей музей став повноцінною науковою і навчальною базою для студентів, аспірантів та викладачів [79].

Залишалось надзвичайно важким становище із забезпеченням студентів житлом. Щоб вирішити цю проблему, студенти цього вищого медичного закладу власними силами відремонтували і обладнали під гуртожиток частину морфологічного корпусу. Хоча гуртожитки і були обладнані найнеобхіднішим інвентарем, але не вистачало найнеобхіднішого: ліжок, постільної білизни та продуктів харчування. Незважаючи на важкі умови побуту, студенти, пройшовши сувору школу війни, із завданнями навчальної програми справлялися добре.

Багато сил та енергії віддали відбудові інституту, організації навчальної та наукової роботи І.Я.Дейнека, який працював директором у 1945-1951 роках, та професор П.М.Серков, який працював заступником. директора по науковій і навчальній роботі [79].

Говорячи про Вінницький медичний інститут, слід зазначити, що у повоєнний період він перетворюється також у потужну науково-дослідну установу. Особлива заслуга у цьому належить кафедрі соціальної гігієни. Засновником наукових досліджень кафедри став Л.Г.Лекареєв, який після демобілізації з лав Радянської армії був направлений на Поділля, зокрема у Вінницю, де обіймав посаду завідувача цієї кафедри.

Багатий досвід практичної роботи Л.Г.Лекарева, як очільника служби охорони здоров'я Дніпропетровської області в довоєнні роки, робота доцентом на факультеті вдосконалення лікарів при медичному інституті, участь у німецько-радянській війні протягом всіх 4-х років дозволили йому забезпечити високий теоретичний і практичний рівень роботи кафедри.

Фактично наукова робота кафедри розпочалася трьома її членами, а саме завідуючого – доцента Лекарева Л.Г., асистента Подоляна Г.І., старшого лаборанта Бурмана Б.Ю. Крім очолювання кафедрою, Лекарев Л.Г. завідував також обласним санітарно-статистичним бюро. У перші роки свого існування науково-педагогічні працівники кафедри займалися вивченням санітарних втрат, загального стану здоров'я населення після окупації, бойових подій на території області. Ними були складені детальні статистичні огляди з питань охорони здоров'я населення Вінницької області за 1945-1947 рр.[79].

Асистент Подолян Г.І. проводила роботу по вивченню стану здоров'я робітників цукрових заводів – науковий напрямок, який затвердило для сільськогосподарських областей МОЗ України. У цей же час була затверджена тема докторської дисертації Л. Г.Лекарева «Основні етапи розвитку охорони здоров'я Подільської губернії (Вінницької області)». Ця дисертація була одним з перших комплексних досліджень оригінальних форм розвитку регіональної системи охорони здоров'я на Україні. Цінним у цій роботі було те, що вона поєднувала цінний історичний матеріал з творчим узагальненням сьогодення. У 1950 р. докторська дисертація була успішно захищена [79].

У цей період була також виконана велика робота з удосконалення навчального процесу, створення методичних розробок лекцій та практичних занять, відтворення у них класичних основ соціальної гігієни. Ці напрацювання дозволили приступити до створення нового підручника з дисципліни сумісно з професором Г.А.Баткісом «Теорія і організація радянської охорони здоров'я», який вийшов у 1961 р. і був рекомендований як підручник для медичних вищих навчальних закладів СРСР. У 1969 р. вийшло друге видання підручника, яке

було згодом перекладене на національні мови в багатьох країнах світу і теж використовувалось як основний підручник з дисципліни. На конкурсі у 1972 р. він отримав Всесоюзну премію ім. М. О. Семашка [79].

Із 1952 р. були значно збільшені штати кафедри. Асистентами на ній почали працювати випускники інституту О.Г.Процек, П.А.Кланца, В.І.Тишецький, Ф.С.Рюхов та інші.

Суттєво активізується наукова робота, яка тепер охоплює такі напрямки, як: актуальні проблеми історії і організація охорони здоров'я сільського населення (монографії професора Л.Г.Лекарева «Сільська лікарська дільниця» видання 1949, 1957 рр.), статті у другому виданні Великої медичної енциклопедії «Сільська лікарська дільниця», «Районна сільська лікарня», монографія з диспансеризації сільського населення, виступи на багатьох з'їздах і конференціях, кандидатські дисертації О.М.Голяченко, а в останні роки виконання досліджень у цьому напрямку аспірантами С.П.Замковим, О.М.Очередьком, О.І.Губінім [405, арк. 67].

Другим напрямком наукових студій кафедри стало вивчення актуальних проблем, пов'язаних з покращенням стану здоров'я міського і сільського населення, характеру демографічних процесів і відтворення населення, розповсюдження неепідемічних захворювань тощо. Розробниками цього напрямку стали О.Г.Процек (серцево-судинна патологія), В.І.Тишецький, А.Д.Вирігіна, В.Д.Максимов (онкологічні захворювання), Ф.С.Рюхов (питання медичних кадрів), Г.Г.Конопелько (інвалідність), Ц.В.Ясінський (гіпертонічна хвороба та судинні ураження головного мозку), А.П.Голубовський (коронарна недостатність), О.М.Циборовський (здоров'я матерів, дітей і підлітків, їх фізичний і психічний розвиток, профілактика захворюваності та смертності), Н.Т.Комарницька (питання диспансеризації міського населення), В.О.Кучер (епідеміологія хронічних неспецифічних захворювань легенів), Р.Я.Мар'янчик (поширеність психічних захворювань), Б.І.Монастирський (ранні форми гіпертонічної хвороби у механізаторів).

Таким чином, на початок 50-х рр. серед професорсько-викладацького складу Вінницького медичного інституту науково-педагогічну роботу вели: 9 професорів, 8 доцентів, 5 асистентів кандидатів наук, 66 асистентів і викладачів без вченого ступеня. У 1952 р. докторів наук вже було 14, у 1956 р. – 18, у 1957 р. – 19. Значно зросла і кількість асистентів - кандидатів наук. Так, у 1952 р. їх було 9, у 1956 р. – 20, у 1957 – 29. [79].

На 1 вересня 1945 р. студентами були укомплектовані усі курси. Кількість студентів лише за один рік значно збільшилася, і надалі була тенденція до зростання, особливо на старших курсах, за рахунок демобілізованих з Червоної Армії і тих студентів, що повернулися з евакуації і раніше навчалися в медичних вузах країни. Внаслідок цього, у 1951 р. дипломи Вінницького медичного інституту отримало вже 687 молодих спеціалістів [405, арк.48].

Після визволення міста Вінниці від нацистських загарбників у 1944 році починається відновлення занять у Вінницькій фельдшерсько-акушерській школі. В перші роки колектив школи працював у складних умовах, оскільки не було приміщення, підручників, медичної апаратури, інструментарію тощо. Починаючи з 22 березня 1945 року, директором школи призначається Д.Ф.Муравйов, який очолює її до 1947 року. Під час роботи директором він організував навчальний процес майже на порожньому місці та домогся відновлення документації, що була знищена фашистами. Вінницька фельдшерсько-акушерська школа після визволення Вінниці у квітні 1944 року працювала в повній мірі і надавала кваліфікацію випускникам, які були потрібні майже усім фельдшерсько-акушерським пунктам у лікувально-профілактичних установах Подільського регіону та за його межами.

Після повернення з фронту школу вдруге очолив Лойферман А.Г. Так, у 1947 році він одразу налаштував педагогічний колектив на відновлення навчально-матеріальної бази школи та створення нормальних умов для навчання студентів і праці членів педагогічного колективу. У 1950 році у школі

нараховувалось 45 викладачів. У звітах відзначені найкращі із них: М.М.Головцев – викладач хірургії, доцент; С.Б.Мазо – викладач фізіології [79].

Поряд з цим, відродив свою діяльність і Вінницький фармацевтичний технікум, який протягом довготривалого періоду часу був важливим осередком підготовки фармацевтів. Впродовж всієї своєї діяльності він залишався чи не єдиним у республіці осередком національної медичної фармосвіти, постійно докладаючи зусиль для збереження української мови у навчальному процесі. Врешті, цей навчальний заклад став навчальною установою, у якій готувалися кваліфіковані фармацевти, майже всі студенти були забезпечені робочими місцями, зважаючи на зростання чисельності аптек у містах Поділля у першій половині 50-х рр. ХХ ст.

Говорячи про медичні навчальні заклади Поділля у повоєнний період, слід також згадати один з найдавніших медичних закладів України, а саме Подільську фельдшерсько-акушерську школу, яка була створена ще у 1905 році, а після визволення м. Кам'янця-Подільського від німецьких загарбників восени 1944 року відновила свою роботу. Саме в цей час відбувся післявоєнний перший набір студентів до фельдшерсько-акушерської школи. У 1954 році школу перейменували на медичне училище. Поступово з часом почала зміцнюватися його матеріально-технічна база, зокрема, була створена перша медична бібліотека, якою користувались не тільки студенти училища, але й медпрацівники міста та області. У подальшому, за благоустроєм та зручностями для студентів, гуртожиток цього навчального закладу у 1984 році посів перше місце в Україні серед гуртожитків медичних училищ.

Таким чином, підсумовуючи все вищезазначене, можна зробити висновок, що у післявоєнний період, завдяки величезним зусиллям, мешканцям Подільського краю протягом короткого проміжку часу вдалося відновити роботу медичних навчальних закладів і тим самим частково вирішити проблему нестачі висококваліфікованих медичних кадрів. Поряд з цим, слід зазначити, що повоєнна відбудова системи вищої медичної освіти Поділля, у дослідженнях



радянської доби мала фрагментарний характер. Великий внесок у відбудову та відновлення матеріально-технічної бази Вінницького медичного інституту зробили професорсько-викладацький склад та студенти навчального закладу.

## **Висновки до розділу II**

З перших днів Другої світової війни територія Вінницької і Кам'янець-Подільської областей опинилася у зоні військових подій та впродовж літнього періоду 1941 року була повністю окупована нацистськими загарбниками. Розв'язавши загарбницьку війну, нацисти вели її не лише проти діючої армії СРСР, а й проти беззахисного мирного населення, позбавивши його засобів для нормального існування. Серйозним демографічним ударом по населенню Поділля стала також і примусова депортація працездатних людей на рабську працю до Німеччини, яка торкнулася майже кожної української родини.

За період німецької окупації Поділля відносилось до числа регіонів України, які найбільше постраждали від агресора. Величезної руйнації зазнала уся соціально-побутова сфера краю і особливо система охорони здоров'я. Усе це негативно позначилося як на загальному стані здоров'я, так і на демографічній ситуації Поділля. Аналіз опрацьованих нами джерел переконливо доводить, що фактично населення Поділля опинилося у катастрофічному положенні, чому сприяла ще й санітарно-епідеміологічна повоєнна ситуація. Масове розповсюдження хвороб, голод, злидні, епідемії різко скорочували рівень життя населення.

У цих важких умовах відродження сфери охорони здоров'я краю розпочали т.зв. евакошпиталі, які поряд з лікуванням військових поранених надавали також медичну допомогу і місцевим жителям Подільського краю.

Характерною особливістю тогочасного періоду було керівництво всіма процесами в житті Подільського краю Комуністичною партією. Це стосувалося й відбудовних процесів у сфері охорони здоров'я. Попри всю суперечливість діяльності цієї політичної організації та її структур у центрі та на місцях у

тогочасних умовах, слід наголосити, що загалом їхню роботу у справі відродження радянської системи охорони здоров'я в регіоні можна вважати конструктивною й позитивною. Партійні комітети всіх рівнів, від ЦК КП(б)У до районних, спільно з радянськими органами не лише визначали завдання, які необхідно було вирішувати органам охорони здоров'я, а й безпосередньо брали участь у їхньому здійсненні. Наявні документи засвідчують, що питання, пов'язані з відбудовою та роботою закладів охорони здоров'я, були одними з найголовніших у переліку справ, які вирішували у тогочасних умовах партійної структури всіх рівнів.

Відзначається також і самовіддана робота місцевого населення по відродженню та відновленню системи охорони здоров'я Вінницької та Кам'янець-Подільської областей.

У повоєнний період, завдяки величезним зусиллям, подолянам на середину 50-х рр. ХХ ст. вдалося відновити роботу медичних навчальних закладів і тим самим вирішити проблему нестачі висококваліфікованих медичних кадрів. Поряд з цим слід зазначити, що повоєнна відбудова системи вищої медичної освіти Поділля у дослідженнях радянської доби мала фрагментарний характер. Великий внесок у відбудову та відновлення матеріально-технічної бази Вінницького медичного інституту зробили професорсько-викладацький склад і студенти навчального закладу.

## **РОЗДІЛ III. РОЗВИТОК МЕРЕЖІ ТА ФОРМУВАННЯ МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОЇ БАЗИ ЛІКУВАЛЬНИХ ТА ДОПОМІЖНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ КРАЮ У ПІСЛЯВОЄННИЙ ПЕРІОД**

### **3.1. Поширення мережі і матеріально-технічна забезпеченість лікувальних закладів**

Складність обстановки післявоєнної відбудови медичної сфери Поділля вимагала чіткого визначення змісту діяльності органів охорони здоров'я, розробки ними конкретних заходів щодо відновлення галузі та спрямованих на відбудову матеріально-технічної бази, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, з'ясування кількісних і якісних потреб у медичних кадрах та відновлення системи їхньої підготовки; добору, розстановки та укомплектування кадрами сільських лікарських дільниць, налагодження роботи лікарень, поліклінік, амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів та інших медичних структур тощо.

У процесі відновлення системи охорони здоров'я, на звільненій території Подільських областей в умовах війни, можна вирізнити два основних етапи. Перший етап розпочинався із визволенням Поділля підрозділами Червоної Армії у 1944 р. Так, 24 березня 1944 р. був виданий наказ №244 Наркомату охорони здоров'я РРФСР «Про заходи щодо організації та виконання плану відновлюваних робіт 1944 р. у звільнених районах» [366]. Оскільки на цей момент у визволених районах не було організованої цивільної системи охорони здоров'я, то саме армійські санітарні загони надавали невідкладну медичну допомогу населенню, здійснювали першочергові протиепідемічні заходи, допомагали відновлювати роботу медичних установ. Насамперед, військові медики виявляли та госпіталізували інфекційних хворих та осіб з підозрою на інфекційні захворювання. Для госпіталізації використовувалися ізолятори та стаціонари, а для обслуговування хворих залучалися місцеві мешканці, зокрема ті, хто мав медичну підготовку (лікарі, середній медперсонал, сандружинниці).

Пораненим і хворим, які потребували невідкладної медичної допомоги, її надавали в медичних пунктах і лікувальних закладах Червоної Армії, якщо цьому не перешкоджали бойові умови. При необхідності, на небезпечні в епідемічному відношенні населені пункти, накладався карантин. Проведення цих протиепідемічних заходів поєднувалося з кропіткою організаційною роботою по налагодженню діяльності лікарень, амбулаторій, санітарно-епідеміологічних станцій, науково-дослідних установ. Ця робота розпочалася з перших днів визволення населених пунктів Поділля.

Зазвичай, за ініціативою представника санітарного відділу армії у звільнених районних центрах відбувалося засідання надзвичайної протиепідемічної комісії, до складу якої входили: голова райвиконкому, райвоєнком, уповноважений НКВС, завідувач райздороввідділу, представник військової частини. На такому засіданні першочергово розглядалися і затверджувалися питання проведення протиепідемічних заходів та відновлення роботи медико-санітарних закладів у районі, а також визначався загальний характер та об'єм допомоги, яку міг надати цивільним органам охорони здоров'я санітарний відділ армії.

Новий етап розвитку медичної мережі і матеріально-технічної забезпеченості лікувальних закладів Поділля розпочався у 1946 р. У цьому році було затверджено четвертий п'ятирічний план розвитку УРСР, у якому передбачалися основні шляхи подальшої відбудови та відновлення медико-санітарної мережі у краї. Завдання, які були поставлені урядом держави, передбачали не лише відновлення довоєнного рівня медичної допомоги населенню, а й цілковиту ліквідацію ряду інфекційних захворювань та значне зниження кількості хвороб. Зокрема, на початок 1950-х рр. планувалося довести кількість ліжок у лікарняних закладах Поділля (без психіатричних) до 8 тис., а кількість лікарів (без зубних) до 1420 тис. чол. [165, с.102].

Значного розвитку досягнула спеціалізована медична допомога, зокрема в цей час у регіоні почала реалізовуватися комплексна програма розвитку усіх

галузей медицини. У 1948 р. кількість медичних закладів у регіоні перевищила рівень 1940 р. У районних лікарнях налічувалася у середньому така кількість ліжок: у 1950 р. – 60, у 1955 р. – 107. Число лікарів збільшилось на 71%, середніх медичних працівників на 52%, лікарняних ліжок – на 28% [173, с.234].

Певних позитивних результатів за післявоєнні роки було досягнуто й у справі подальшої відбудови та організації роботи санаторіїв та будинків відпочинку. На початку 1948 р. на Поділлі вже функціонували 16 санаторій із 2800 ліжками і 14 будинків відпочинку із 1100 тис. ліжками. Але в порівнянні з довоєнним періодом відновлені санаторії і кількість ліжок у них становили лише 64 % і 54,3 %, а по будинкам відпочинку показники були ще нижчими – 35,9 % і 27,4 % [372, арк. 45].

Взагалі, число лікарських установ виросло з 126 у 1940 році до 180 у 1949 році. Число лікарських ліжок зросло з 4796 у 1940 році до 6450 у 1949 році [370, арк. 12-34]. Так, за короткий проміжок часу на території Поділля було повністю відновлено медичну мережу та значно поширено її, порівнюючи з довоєнним рівнем. Починаючи з кінця 1947 р., у Вінницькій та Кам'янець-Подільській областях загалом функціонував 2981 лікарняний заклад, у яких нараховувалося 167,5 тис. ліжок, що становило відповідно 119,3 % і 104 % довоєнного рівня. Абсолютна більшість лікарняних закладів перебували у системі Міністерства охорони здоров'я УРСР, а частина – у відомчому підпорядкуванні. У лікарнях, пологових будинках та інших лікарських стаціонарах (без психіатричних) системи Міністерства охорони здоров'я нараховувалося 135 011 ліжок: у містах та міських поселеннях – 96 762, у сільській місцевості – 38 249 [391]. Таким чином кількість ліжок у стаціонарних лікувальних закладах Міністерства охорони здоров'я у порівнянні з 1940 р. вже становила 104,6 %, у т.ч.: у міських закладах – 100,4 %, у сільських – 117,0 % [382, арк. 28].

На кінець 1947 р. на території регіону функціонувало 176 поліклінік та амбулаторій для дорослих (65 у містах та міських поселеннях і 103 у сільській

місцевості) і 8 для дітей, 45 консультацій (32 у містах та міських поселеннях і 23 у сільській місцевості), 98 самостійних лікарських здоровпунктів у містах та міських поселеннях, 207 фельдшерських, фельдшерсько-акушерських та акушерських пунктів у сільській місцевості, 25 тубдиспансерів, тубвідділень, тубпунктів та тубкабінетів (18 у містах та міських поселеннях і 7 у сільській місцевості), 35 шкірно-венерологічних диспансерів, відділень, кабінетів та пунктів, 21 онкологічний диспансер, відділення, кабінети та пункти [382, арк. 36]. Поряд з цим, у справі надання медичної допомоги населенню мали місце серйозні недоліки, що негативно позначалися на її якості. Особливо негативно на якості медичної допомоги міському населенню позначалося значне відставання рівня діагностичної й лікувальної роботи в поліклініках і на дільницях від стаціонарів. Однією з головних причин відставання поліклінічної й дільничної ланок була недостатня кваліфікація у загальній масі поліклінічних і дільничних лікарів. Профіль цих лікарів, що виробився за попередній період, на той час уже не відповідав належним чином, інтересам охорони здоров'я. Це було тим більше нетерпимим, адже в поліклініках і на дільницях лікувалося близько 75 % від загальної кількості хворих, що зверталися по лікарську допомогу [381, арк. 43].

Існуюча система розрізненого функціонування лікарень і поліклінік також позбавляла можливості забезпечувати послідовність у лікувально-профілактичному обслуговуванні населення. Один і той самий хворий, який з огляду на перебіг захворювання, що склався, лікуючись на дільниці, в поліклініці й в стаціонарі, користувався послугами різних лікарів, не об'єднаними єдиними настановами в лікуванні.

Негативно позначалося на якості медичного обслуговування й те, що лікарні, які будувалися раніше та існували самостійно від поліклінік, не були розраховані на пропорційне обслуговування певних контингентів населення. Були відсутні й науково-обґрунтовані нормативи кількості ліжок і поліклінічних приймальень для обслуговування хворих. Це призводило до того, що в одному районі міста були

різні дільниці за кількістю прикріплених для обслуговування осіб. Так, наприклад, в одному із районів м. Вінниці на одній педіатричній дільниці на лікаря припадало 433 дитини, на іншій – 1500, на третій – більше 2000 дітей. Приблизно те саме мало місце й на терапевтичних лікарських дільницях. Як зазначав у виступі на другій всесоюзній конференції медичних працівників у грудні 1946 р. проф. С.С.Каган, «хаос планування лікарських дільниць в Україні був загальним явищем» [111, с. 22]. Відсутність таких нормативів призводила до того, що в одному районі міста були хороші поліклініки, у другому – хороші лікарні, а в інших районах – не було ані лікарень, ані поліклінік. Нерівномірний територіальний розподіл лікувальних закладів негативно позначався на обслуговуванні громадян, не відповідав завданню наближення медичної допомоги до населення. У зв'язку з цим в одних поліклініках і лікарнях створювалися великі черги, а в інших спостерігалось неповне завантаження [113, с. 54].

Незважаючи на проведену значну роботу по організації діяльності лікувально-профілактичних закладів у сільських місцевостях [115, 16], стан медично-санітарного обслуговування на селі все ще залишався незадовільним і не забезпечував усіх потреб сільського населення. Серйозним недоліком організації сільської медичної мережі було те, що у селах функціонували малопотужні лікарні на 10-15 ліжок, які переважно розташовувалися у мало пристосованих до того приміщеннях. Але навіть цей малочисельний ліжковий фонд повністю не використовувався [447, арк.134].

Сільська лікарська дільниця ще не стала основною ланкою у роботі органів охорони здоров'я на селі. Кількість сільських лікарських дільниць у східних областях УРСР не досягла довоєнного рівня. На низькому рівні перебувала в сільських місцевостях й спеціалізована медична допомога. Сільська лікарська дільниця могла більш-менш задовільно впоратися з завданням наближення загальної лікарської допомоги до сільського населення, але ні за своєю структурою, ні за штатними можливостями вона не була здатна вирішити складну проблему спеціалізованого лікарського обслуговування.

Кількість спеціалізованих ліжок у сільських лікарнях була недостатньою, і організація їх проводилася незадовільно. Так, станом на середину 1947 р. для хворих на туберкульоз було організовано лише 898 ліжок, для хворих на шкірно-венеричні хвороби – 354 і для гінекологічно хворих – 774 ліжка. Зовсім не були організовані ліжка в лікарнях сільських місцевостей для надання медичної допомоги хворим на злоякісні пухлини, нервові недуги та для хворих на отоларингологічні хвороби [118, с. 17].

Про незадовільний рівень спеціалізованої медичної допомоги у Подільських сільських медичних закладах свідчило й те, що впродовж 1948-1949 рр. із цих закладів в обласні центри було направлено з помилковим діагнозом, або взагалі без діагнозу 52 % хворих із шлунково-кишковими захворюваннями, 44 % – із захворюваннями печінки, 34 % – нирок, 14 % – серцево-судинної системи, 11 % – легень. Не кращою була у сільських лікарських дільничних та сільських районних лікарнях і діагностика та лікування хірургічних захворювань [122, с.17]. Недостатньою була також і зуболікарська медична допомога населенню. У сільській місцевості, зокрема у селах, було розгорнуто лише 481 зуболікарський кабінет проти 725, що існували до війни [427, арк.117].

Велика кількість лікарень була у недостатній мірі забезпечена м'яким і твердим інвентарем. ІХ сесія Вінницької обласної Ради депутатів трудящих постановила зобов'язати обласний відділ охорони здоров'я забезпечити повне розгортання мережі лікувально-профілактичних установ, передбаченої бюджетом 1947 р., а також вжити заходів до кращого забезпечення м'яким та твердим інвентарем, медикаментами, перев'язочними матеріалами з фондів охорони здоров'я за рахунок коштів колгоспів [460, арк.165]. Лікувальні установи незадовільно постачалися не лише перев'язочними матеріалами, але й предметами побутового обслуговування хворих: тарілками, чашками, ложками та іншим. У цілому ряді лікарень харчування хворих, через погане постачання торгівельної мережі, було на незадовільному рівні [311, с.280-286]. У 1949 р.



ситуація дещо покращилась, твердого і м'якого інвентаря серед медичних установ Вінницької області було реалізовано на 3 497 600 крб. Цим самим ряд районів зумів забезпечити себе, наприклад, білизною від 3 до 4 комплектів [Ф 2700 6 130, арк.15]. Крім того, на вже згадуваній сесії ставилося питання покращення якості медичного забезпечення населення шляхом організації виїздів висококваліфікованих спеціалістів з Вінниці, як обласного центру, в райони області. До числа таких висококваліфікованих спеціалістів відносили, в першу чергу професорів Вінницького медичного інституту, а також висококваліфікованих спеціалістів інших міст області, зокрема Жмеринки, Могилева-Подільського, Тульчина тощо [460, арк.110].

Тільки за період з липня 1949 р. по жовтень 1949 р. в райони області було зроблено 30 виїздів бригадами з професорів, доцентів і асистентів, у яких прийняли участь 52 чол. [452, арк. 14].

Однак виконання вищезазначених рішень було значно ускладненим, оскільки відсутнє було повноцінне фінансування медичної сфери з боку держави. На той час Міністерство охорони здоров'я по отриманих капіталовкладеннях значно поступалося промисловим міністерствам [117, с. 31].

Згідно з постановою Ради Міністрів УРСР №2235 від 12.08.1949 р. «Про стан лікувальної допомоги населенню» розпочалась допомога органам охорони здоров'я в оснащенні медичної мережі регіону необхідним обладнанням. Так, за 1949 р. лікарняні установи Вінниччини одержали 183 одиниці фізіотерапевтичної апаратури. Рентгенапаратуру одержали: Уланівський, Мур-Куриловецький, Тульчинський, Томашпільський райони, Тиманівський тубсанаторій та Комаргородська тублікарня. Клінічні лабораторії одержали: Гайсинський, Мур-Куриловецький, Уланівський, Дашівський, Немирівський, Іллінецький, Тиврівський райони. Загалом, станом на грудень 1949 р. в області працювало 39 рентгенапаратів, 47 фізіотерапевтичних кабінетів, 68 плевмотораксних пунктів, 68 клінічних лабораторій, 45 зубопротезних

лабораторій, 5 сірологічних лабораторій та 7 санітарно-бактеріологічних лабораторій [452, арк.15].

Зовсім погано було організовано надання швидкої допомоги у містах і особливо районних центрах областей краю, оскільки сільські лікарські дільниці і санітарні організації не були належним чином забезпечені транспортом. У ряді районів було незадовільно організовано постачання медичних працівників продовольчими і промисловими товарами, у тому числі хлібом: у Піщанському, Яришівському, Ситковецькому, Ямпільському, Копайгородському та Жмеринському районах [461].

15 березня 1946 р. на засіданні Верховної Ради СРСР народний комісаріат охорони здоров'я СРСР був перейменований у Міністерство. Разом з тим ситуація з фінансуванням медичної сфери України загалом і Подільського краю зокрема почала дещо покращуватися у 1947 р., коли міністром охорони здоров'я УРСР було призначено Л.Медведя, який був вихідцем із Вінниччини (народився в селі Чорна Гребля нині Бершадського району Вінницької області).

У цей період оновлене Міністерство підтримує постанову Ради Міністрів СРСР від 17 вересня 1947 р., яка започаткувала медичну реформу, суть якої полягала у об'єднанні амбулаторій та поліклінік з відповідними лікарнями. Відсталість рівня надання медичної допомоги у поліклініках та амбулаторіях порівняно зі стаціонарами лікарень, стала головною причиною здійснення реформи. Цій ситуації також сприяла недостатня практична кваліфікація поліклінічних лікарів. Для виконання цієї постанови Міністерством охорони здоров'я СРСР було видано наказ від 24 жовтня 1947 р. № 431 «Про заходи по покращенню лікувально-профілактичного обслуговування населення», де були визначені основні принципи об'єднання [380, арк.112]. Таким чином, вже до 1949 р. на Поділлі була створена трирівнева система організації охорони здоров'я населення, що включала в себе сільські лікарські дільниці, районні та міські лікарні, обласні лікарні.

Ініціювали проведення реформи ще у квітні 1947 р. збори активу працівників охорони здоров'я СРСР, на яких були обговорені результати обстеження діяльності медичних закладів країни та виявлених при цьому серйозних недоліків у лікувально-профілактичному та протиепідемічному обслуговуванні населення. У відповідності до поставлених завдань були визначені основні напрями реформи: поліпшення рівня матеріального забезпечення та якості медичного обслуговування; підвищення практичної кваліфікації лікарів, зокрема підтягування кваліфікаційного рівня поліклінічного лікаря – до рівня кваліфікації лікаря стаціонару; більш раціональне використання ліжок у стаціонарах; зменшення діагностичних помилок в амбулаторіях; зменшення кількості летальних випадків, особливо при дитячих захворюваннях. Проведення реформи повинно було стати новим етапом розвитку радянської системи охорони здоров'я [255, с.23].

Збори активу прийняли рішення про об'єднання лікарень і поліклінік в єдині медичні установи. Дане рішення спеціалістів було підтримане Радою Міністрів СРСР, котра в квітні того ж року прийняла постанову «Про реформування закладів охорони здоров'я», якою дозволила «об'єднання лікарень і поліклінік, з метою створення єдиного закладу на чолі з головним лікарем» [451, арк.30].

У відповідності до наказів МОЗ СРСР «Про поліпшення медичного обслуговування сільського населення» від 26 травня 1947 р., «Про підготовку лікарів-спеціалістів для сільських районних лікарень» від 6 вересня 1947 р. [298, с.2], «Про структуру і нормативи у лікувально-профілактичних закладах сільських районних центрів і типові штати медичного персоналу сільських дільничних і районних лікарень» від 15 вересня 1947 р. [316, с. 236], на Поділлі впроваджувалася нова схема організації лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню. Були зміцнені існуючі та створено нові обласні спеціалізовані заклади та відділення у них для надання консультативної й медичної допомоги районним і дільничним лікарням.

На обласному рівні лікування сільського населення здійснювали такі заклади, як обласна лікарня, обласна санітарно-епідеміологічна станція, обласні диспансери. У сільському районі функціонували районна лікарня, санітарно-епідеміологічна станція, диспансери та диспансерні відділення, кабінети районної лікарні. У кожному районі було декілька дільниць, що включали дільничну лікарню (амбулаторію); до складу сільської дільниці входило декілька фельдшерсько-акушерських пунктів [318, с.136-138].

З метою наближення до сільського населення спеціалізованої лікарської допомоги і поліпшення роботи районних лікарень МОЗ СРСР з 1 листопада 1947 р. запровадила нову структуру і нове положення про районну лікарню й у областях. Віднині районна лікарня ставала центром спеціалізованої медичної допомоги населенню сільського району. Сільська лікарська дільниця надавала різні види медичної допомоги під керівництвом районної лікарні, яка забезпечувала лікувально-профілактичну допомогу населенню районного центру і приписної дільниці, а також лікування хворих, які перебувають під наглядом сільської лікарської дільниці, й постійну методичну допомогу дільничним лікарям: виїзди районних лікарів на дільниці, організація районних конференцій, семінарів, фахових нарад фельдшерів і акушерок. Колгоспи на свої кошти та при матеріальній підтримці місцевих органів охорони здоров'я, повинні були організувати колгоспні пологові будинки.

Вперше встановлювалися спеціальні нормативи ліжкової допомоги і профілізації ліжок [339, с.98]. У залежності від кількості населення в райцентрі визначалися 4 групи лікарень з поліклінікою або амбулаторією: на 35 ліжок – при населенні від 21 до 35 тис. чоловік, на 75 ліжок – при населенні від 36 до 50 тис., на 100 ліжок – при населенні у районному центрі понад 50 тис. чоловік [442, арк.15].

Наказами Міністерства охорони здоров'я передбачалася організація у 1948-1950 рр. в усіх сільських районних лікарнях регіону хірургічних, акушерсько-гінекологічних, терапевтичних, інфекційних і дитячих відділень,

спеціальних прийомів в амбулаторіях по туберкульозу, шкірно-венеричних, офтальмологічних хвороб і в жіночих та дитячих консультаціях. Для кожного лікаря у типових штатах була визначена не лише посада, а й спеціальність. З огляду на це слідувало, що лікарі загального профілю повинні набути певної спеціалізації та вдосконалюватися у ній [416, арк.33-36].

Важливим заходом, спрямованим на покращення медичного обслуговування сільського населення Подільського краю, було створення в 1947 р. міністерствами охорони здоров'я та сільського господарства УРСР у сільських районах районних медичних комісій для колгоспників (РМКК). Це дозволило медичним працівникам виявляти і брати на облік хворих, що потребували медичного нагляду, одержувати матеріали висновків про трудові втрати у колгоспах у зв'язку і з захворюваністю, упорядкувати видачу довідок колгоспникам по тимчасовій і стійкій втраті працездатності. Цим було започатковано новий метод роботи, який згодом став широко відомий під назвою «диспансерне обслуговування сільського населення» [416, арк.40].

Цілком зрозуміло, що проведення такого реформування не могло відбутися швидко та без недоліків. Складність реалізації цієї реформи була пов'язана, перш за все, з тим, що її проведення відбувалося у важких умовах повоєнної відбудови. Більш успішно процес реформування проходив у містах. Але такий стан справ був звичайним для радянської системи охорони здоров'я, адже розподіл асигнувань, медикаментів, устаткування здійснювався за принципом: спочатку в міста, потім в села. Значною мірою це стосувалося й кадрового забезпечення лікувальних закладів.

Та, незважаючи на недоліки та невирішені проблеми, що мали місце у процесі реформування медичної галузі, така перебудова організаційних форм лікувально-профілактичної допомоги вже незабаром призвела до позитивних зрушень в усій системі охорони здоров'я Подільського краю. Питання якості лікування і профілактики стали центральними і головними в діяльності місцевих органів охорони здоров'я та медичних закладів. Значно поліпшило

якість медичного обслуговування населення проведене об'єднання лікарень і поліклінік, швидкими темпами підвищувалася кваліфікація поліклінічних і амбулаторних лікарів, більш раціонально стали використовуватися наявні ліжка у стаціонарах, збільшилася кількість лікарських дільниць.

Надзвичайно позитивним результатом реформи стало поширення спеціалізованої медичної допомоги у селі. Замість загального лікаря для лікування всіх захворювань, об'єднання лікарень і амбулаторій у сільських райцентрах дало змогу вже в 1947 р. розподілити лікарів на окремі спеціальності: хірург, терапевт, акушер-гінеколог, терапевт-фтизіатр, педіатр та ін. [158, с.509-513]. У лікарнях збільшилася кількість спеціалізованих відділень та профільних ліжок. Уже на початку 1948 р. спеціалізовані відділення були в більшості лікарень. Наприклад, у всіх 44 лікарнях Кам'янець-Подільської області функціонували терапевтичні і пологові відділення. У 42 лікарнях були організовані хірургічні і в 40 – інфекційні відділення. Були відкриті також палати для хворих дітей і відділення для туберкульозних хворих. Уведення в штат деяких сільських лікарень (з кількістю не менше 20 – 25 ліжок) другої посади лікаря створило можливість для розвитку стаціонарної хірургічної допомоги і в дільничних лікарнях, що значно наблизило хірургічну допомогу до сільського населення [157, с.100]. Госпіталізованих хірургічних хворих збільшилося у дільничних сільських лікарнях за період від 1947 р. до 1950 р. майже вчетверо, що свідчить про підвищення кваліфікації та хірургічної активності лікарів-хірургів. На середину 1950-х рр. у 17 сільських дільничних лікарнях Подільського краю здійснювалася хірургічна допомога, причому в 14 з них проводилися складні хірургічні операції [162, с.300-312].

Але й тут не обходилося без проблем. Так, наприклад у Вінницькій області бюджетом на 1949 р. було заплановано будівництво 5 сільських лікарень загальною вартістю 845 тис. крб., але станом на 1 грудня 1949 р. роботи були виконані лише на 238,7 тис. крб., що складало 28% річного плану. Незадовільне виконання плану будівництва сільських лікарень місцеві

радянські чиновники пояснювали тим, що голови виконкомів райрад депутатів трудящих Шпиківського, Ямпільського, Станіславчицького, Комсомольського, Джулинського районів майже не займались питанням будівництва лікарень, не забезпечували необхідну кількість робочої сили, транспорту і місцевих будівельних матеріалів [373, арк.75]. Крім того, управління сільського колгоспного будівництва також не приділяло належної уваги будівництву лікарень, внаслідок чого заробітну плату робітникам, які працювали на будівництві, не виплачували протягом 2-х – 3-х місяців, особливо це стосується Ямпільського, Комсомольського і Шпиківського районів. Окрім того, з боку райздороввідділів і Облздороввідділу не було достатнього контролю за ходом будівництва [391, арк. 78].

Взагалі, у повоєнний період політика радянського керівництва була надзвичайно суперечливою.

З метою подальшої відбудови і розвитку системи охорони здоров'я, подолання наявних недоліків у роботі медичних закладів та підвищення якості лікувально-профілактичного обслуговування населення органи влади та охорони здоров'я впродовж післявоєнних років вживали різноманітні цілеспрямовані заходи. Насамперед, це заходи, спрямовані на подальшу відбудову та розвиток матеріальної бази мережі медичних закладів: ремонт та будівництво нових приміщень лікарень, поліклінік, амбулаторій, аптек, підприємств для виробництва медичного обладнання, інструментів, ліків, медичних навчальних закладів, забезпечення транспортними засобами та ін. Держава щорічно збільшувала асигнування для цієї мети. Наприклад, у 1947 р. у капітальне будівництво в галузі було вкладено 25,9 млн. крб., у 1948 р. – 31,2 млн. крб. (хоча планувалося вкласти 38,0 млн.) [391, арк. 51].

Загалом за роки четвертої п'ятирічки на потреби охорони здоров'я в Україні було витрачено 18 млрд. крб. [338, с.564]. Звичайно, ці кошти були явно недостатніми для забезпечення нагальних потреб галузі. Галузь фінансувалася за залишковим принципом (наприклад, питома вага виділених

для медичної галузі у 1948 р. коштів на капітальне будівництво складала лише 0,3 % від усіх капіталовкладень на будівництво в УРСР) [335, с. 151], що вкрай негативно позначалося на всіх сторонах її функціонування. З огляду на обмеженість державних асигнувань на потреби галузі, органи влади вживали заходи щодо додаткового залучення коштів та матеріальних ресурсів інших міністерств і відомств, профспілок та інших громадських об'єднань, добровільних внесків від населення, організованих ними численних суботників і недільників, до будівельних, ремонтних, опоряджувальних та господарських робіт на медичних об'єктах залучалися тисячі міських та сільських мешканців.

Поступове відновлення довоєнної лікувально-профілактичної мережі та її подальший розвиток у роки четвертої п'ятирічки, збільшення кількості лікарів та середнього медичного персоналу, організаційне та структурне реформування системи медичних закладів позитивно позначилося на рівні охорони здоров'я населення, дозволило ліквідувати ряд важких інфекційних хвороб, значно зменшити кількість інших захворювань серед різних категорій населення, насамперед серед дітей, про що мова йтиме у наступних розділах нашого дисертаційного дослідження.

Таким чином, перший досвід роботи в умовах об'єднання лікарень і поліклінік переконливо довів доцільність проведеного реформування. Поліклінічні лікарі, які почали працювати в стаціонарах, отримали можливість оволодіти спеціальними методами обстеження та лікування хворих, що значно підвищило не лише їх власний професійний рівень, а й рівень лікувальної та консультативно-профілактичної роботи в поліклініках. Знизився процент розходжень між поліклінічними та стаціонарними діагнозами, зменшилася кількість помилкових діагнозів, які раніше призводили до летальних випадків. Так, у 1950 р., порівняно з 1944 р., кількість помилкових діагнозів скоротилася на 37 % [197, с.45-49].

Загалом процес об'єднання лікарень і поліклінік в Україні проходив успішно. Однак, тут слід зазначити, що саме рішення про об'єднання лікарень і



поліклінік було по-різному сприйнято медичною громадськістю Подільського краю й окремими медичними працівниками. Звичайно, було немало скептиків, які вважали цей захід недоцільним та нераціональним. Але основна маса медиків розпочала активну роботу по проведенню об'єднання, розуміючи його необхідність. Давалася також взнаки деяка упередженість окремих посадових осіб в органах влади, котрі були незгодні з основними принципами такого реформування. Організаційному оформленню процесу об'єднання лікарень і поліклінік заважали також недооцінка необхідності перебудови лікувально-профілактичних закладів і деякими керівними працівниками охорони здоров'я як у центрі, так і на місцях. Унаслідок цього, у деяких районах мали місце випадки, коли розпочате об'єднання лікарень і поліклінік обмежувалося тільки одним чи кількома профілями й надалі не вживалися заходи по завершенню розпочатого реформування. Деякі завідувачі облздороввідділами допустили ряд помилок та грубих порушень прямих наказів та розпоряджень МОЗ УРСР при плануванні реформи медичних закладів у 1947 р. [410, арк. 56-60].

Аргументів скептикам і противникам медичної реформи в краї додавало й те, що ця реформа, незважаючи на всі її прогресивні здобутки, не усунула всіх проблем і труднощів. Залишалася слабкою матеріальна база сільських медичних закладів. Нерідко в сільських лікарнях не вистачало найнеобхіднішого обладнання, ліків, насамперед, сильнодіючих препаратів. Були випадки, коли сільська лікарня, розміщена у кількох невеликих кімнатах, була оснащена лише одним стерилізатором, шприцем, двома пінцетами, скальпелем.

Загалом, підсумовуючи здійснену у другій половині 40-х початку 50-х рр. ХХ ст. роботу по відбудові та подальшому розвитку у Подільському краї системи охорони здоров'я, зазначимо, що основне завдання – відновити довоєнний рівень медичної допомоги населенню – у цілому було виконане. Мережа лікувально-профілактичних закладів була не лише відбудована, але й значно збільшилася. Кількість лікарняних установ Поділля на середину 1950-х

років перевищувала рівень 1940 р. на 41,4 %, кількість лікарняних ліжок у містах – на 18 %, у сільській місцевості – на 47 %. Кількість лікарів (без зубних) у порівнянні з довоєнним періодом зросла на 44,3 %, з яких кількість зубних лікарів – на 63,5 %; кількість лікарів у містах стала більшою від довоєнного рівня на 36 %, а в сільській місцевості – на 76% [408, арк.129].

У 1950 р. кількість місць у санаторіях МОЗ Вінницької та Кам'янець-Подільської областей досягла рівня 1940 р., організовані нові санаторії у районі м.Хмільник. Також відбулося покращення матеріально-технічної бази медичних закладів, лабораторного, діагностичного та фармацевтичного забезпечення лікувального процесу. Водночас звернемо увагу на те, що по багатьох позиціях завдання п'ятирічного плану по розвитку системи охорони здоров'я у краї не були виконані. Це призвело до того, що по деяких показниках не було досягнуто й довоєнного рівня, зокрема по кількості лікарняних і акушерських ліжок для породіль і вагітних, місць у постійних дитячих яслах, санаторіїв і будинках відпочинку та місць у них [414, арк.67].

Отже, незважаючи на труднощі повоєнного періоду, на початок 50-х рр. ХХ ст. на Поділлі в основному було відбудовано мережу медичних закладів. Однак, у цей же час радянське керівництво, зробивши ставку на пріоритетний розвиток важкої промисловості, не приділяло належної уваги розвитку медичної сфери. Так, поза увагою залишалися питання якості медичної допомоги, взаємозв'язок між зростанням капіталовкладень у галузь і показниками здоров'я населення, вирішення проблеми забезпеченості медичними кадрами, особливо у віддалених районах країни. При цьому, як засвідчує аналіз опрацьованих нами архівних джерел, не в останню чергу негативну роль відіграли безвідповідальність керівників області та окремих керівників районів, які не розуміли значення сфери охорони здоров'я для розвитку суспільств.

Поряд з цим, на прикладі відновлення роботи медичних закладів Подільського краю, чітко прослідковуються всі вади тодішньої радянської

тоталітарної системи. До таких вад відносяться: забюрократизованість радянської державної системи, гоніння за кількісними показниками, відсутність ініціативи на місцях, налаштованість на виключне виконання вказівок «зверху» тощо.

Таким чином, повоєнний період у роботі медичних установ Поділля характеризувався не тільки поліпшенням якості медичного обслуговування, а й пошуками нових форм і методів роботи, що призвело до істотних реформ у галузі охорони здоров'я. До найважливіших з них належало об'єднання лікарень і поліклінік та перетворення значної частини сільських амбулаторних дільниць на лікарняні, створення обласних лікарень, запровадження нової облікової і звітної документації.

Слід також зазначити, що досить великою проблемою став дефіцит фельдшерсько-акушерських пунктів. На Поділлі цю проблему почали вирішувати, лише починаючи з 1949 р. Зокрема, у відповідності до спеціально розробленого для цього плану, в 1949 р. було передбачено розгортання 120 фельдшерсько-акушерських пунктів, однак на середину 50-х рр. ХХ ст. розгорнуто було лише 115 пунктів [255, с.20].

### **3.2. Забезпеченість регіону медичним персоналом**

У ході відбудови системи охорони здоров'я на Поділлі однією із найбільш гострих проблем постала проблема забезпеченості регіону медичними кадрами. Складність тогочасної обстановки вимагала не лише чіткого визначення змісту діяльності органів охорони здоров'я зруйнованого війною Подільського краю, але й з'ясування кількісних і якісних потреб у медичних кадрах та відновлення системи їхньої підготовки, добору й розстановки, укомплектування кадрами сільських лікарських дільниць, налагодження роботи лікарень, поліклінік, амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів та інших медичних структур тощо. На вирішення цих

завдань була спрямована діяльність насамперед Наркомату охорони здоров'я УРСР, який відновив свою роботу в квітні 1943 р. [254, с. 78-80].

По мірі визволення території Поділля від загарбників, у районах та населених пунктах краю у короткі терміни утворювалися відповідні відомчі відділи охорони здоров'я, керівники яких підбиралися партійними органами й прибували туди разом з передовими частинами Червоної Армії. Новоутворені відділи охорони здоров'я на перших порах теж не були повністю укомплектовані кваліфікованими кадрами. Оскільки такий стан з кадровим забезпеченням центрального апарату НКОЗ УРСР та його місцевих відділів негативно позначався на їхній роботі щодо вирішення першочергових завдань подолання медико-санітарних наслідків війни та організації медичного обслуговування населення, керівними органами влади та відомствами республіки були вжиті конкретні заходи для заміщення вакантних посад кваліфікованими фахівцями. На них призначалися фахівці, реєвакуювані із східних областей Радянського Союзу та демобілізовані із Червоної Армії, серед яких чимало було відомих та авторитетних військових-медиків та лікарів вищої кваліфікації, а також лікарі, які мали досвід організаторської роботи у сфері охорони здоров'я та багаторічний стаж успішної лікарської практики.

Велике значення у сфері вирішення проблеми кадрового забезпечення медичних установ краю мала постанова «Про роботу з кадрами в умовах мирного часу», яка була прийнята республіканським органом влади 24.07.1945 р. [89, с.33]. Реалізація цієї постанови дозволила в стислі терміни укомплектувати керівні обласні та районні органи охорони здоров'я Вінницької та Кам'янець-Подільської областей кваліфікованими кадрами, що в подальшому посприяло перетворенню їх в основні організаційні центри по мобілізації зусиль медичних працівників на якнайшвидшу ліквідацію наслідків окупації й відновлення лікувальних закладів краю. Незважаючи на те, що за своїм складом ці органи були нечисленими, ними було проведено величезну за масштабами роботу по розв'язанню складних господарських та медико-санітарних завдань, що стояли перед сферою охорони

здоров'я республіки у тогочасних воєнних умовах та у період повоєнного відродження.

Оцінюючи загалом позитивно діяльність місцевих керівних органів охорони здоров'я на Поділлі у досліджуваній нами період, не слід замовчувати, як це практикувалося в історіографії радянського періоду, й те, що в їхній роботі мали місце й досить серйозні недоліки, прорахунки та упущення, які негативно позначалися на процесах відродження сфери охорони здоров'я та медичному обслуговуванні населення Поділля. Врешті-решт, всі досягнення й невирішені проблеми у цьому процесі, про що йтиме мова у подальшому в даній роботі, так чи інакше були пов'язані з роботою керівних органів охорони здоров'я всіх рівнів. Водночас зазначимо, що значна частина недоліків та несвоєчасно розв'язаних у зв'язку з цим важливих питань відродження медичної сфери та функціонування закладів охорони здоров'я у тогочасних складних умовах зумовлювалася об'єктивними причинами. Хоча інша частина недоліків була наслідком суб'єктивних причин, зокрема пов'язана з роботою керівних кадрів [405, арк.37]. Пошук та знаходження шляхів розв'язання проблем, зумовлених об'єктивними причинами, та своєчасне усунення гальмівних явищ суб'єктивного характеру дозволяли досягати позитивних результатів у ході відбудовних робіт і діяльності лікувально-санітарної мережі. І це є головним при оцінюванні тогочасної роботи керівних структур системи охорони здоров'я у республіці.

Згодом досвід роботи по відновленню цивільних закладів охорони здоров'я на визволеній від окупантів території виявив важливість попередньої до неї підготовки. До початку наступальних дій Червоної Армії необхідно було створювати ядро територіальних органів охорони здоров'я – обласних, районних і міських, або підбирати відповідальних представників для організації цих органів безпосередньо на місцях. Особливо важливою на цьому етапі була підготовка кадрів лікарів і середнього медперсоналу, а також найнеобхідніших матеріальних засобів для направлення на звільнену територію відразу ж, як це стане можливим за умов військового стану. Така попередня

підготовка суттєво прискорювала роботу по відновленню системи цивільної охорони здоров'я на визволеній території [109, с. 199].

Однак, всі ці заходи сприяли лише частковому вирішенню проблеми наповнення медичних установ Поділля кваліфікованими кадрами медичних працівників. Так, за офіційними статистичними даними, у Вінницькій області у 1944 р. на 29 поліклінік, 46 дитячих консультацій і 47 санітарно-епідеміологічних станцій припадало лише 202 квалікованих лікарі. В Кам'янець-Подільській області ситуація була ще гіршою, зокрема в ній на 20 поліклінік, 31 дитячу консультацію і 41 санітарно-епідеміологічну станцію припадало лише 187 лікарів [158, с.345].

Таким чином, з вищевказаних статистичних даних видно, що наявних фахівців-лікарів, фельдшерів, медсестер – було явно замало. Щоправда, в тогочасних важких умовах союзні та республіканські органи влади та охорони здоров'я намагалися по мірі можливостей вживати конкретні заходи щодо розв'язання цієї проблеми. У період 1944-1946 рр. НКОЗ СРСР направив у визволені регіони України понад 4000 лікарів із тогочасного випуску медичних вузів, реєвакуював наукових працівників. Упродовж 1944 р. в Україну було реєвакуювано близько 7000 лікарів, із яких понад 2000 повернулися ще до липня 1944 р. [456, арк. 22]. Частина з них потрапили на роботу до районів Поділля.

У результаті цих заходів до кінця 1945 р. кількість лікарів у закладах цивільної медико-санітарної мережі Вінницької та Хмельницької областей вже становила 36,2 % їх довоєнної кількості [465, арк.59]. Це означало, що у розрахунку на кожні 100 лікарів, що працювали у 1940 р. в системі охорони здоров'я краю, у кінці 1945 р. припадало лише 46. Якщо розглянути це по конкретних спеціальностях, то терапевтів нараховувалося 60; хірургів – 42; акушерів-гінекологів – 42; педіатрів – 40; офтальмологів – 39; ларингологів – 34; невропатологів і психіатрів – 38; фтизіатрів – 42; дермато-венерологів – 56;

рентгенологів – 28; маляріологів – 69; епідеміологів – 57; бактеріологів – 36; санітарних лікарів – 48; стоматологів – 32; зубних лікарів – 57 [396, арк., 67-80].

Упродовж 1946-1947 рр. забезпеченість системи охорони здоров'я краю кадрами фахівців у краї значно покращилася. Так, за даними ЦСУ УРСР, на кінець 1946 р. на території Поділля загалом чисельність лікарів (без зубних) становила 63,7 % від їхньої довоєнної чисельності; зубних лікарів 63,3 % від їхньої довоєнної чисельності [412, арк.36].

Надзвичайно позитивним результатом змін у післявоєнній медичній сфері областей Поділля стало поширення спеціалізованої медичної допомоги на селі. Замість загального лікаря для лікування всіх захворювань об'єднання лікарень і амбулаторій у сільських райцентрах дало змогу вже у 1947 р. розподілити лікарів на окремі спеціальності: хірург, терапевт, акушер-гінеколог, терапевт-фтизіатр, педіатр та ін. [425, арк. 35]. У лікарнях збільшилася кількість спеціалізованих відділень та профільних ліжок. Уже на початку 1950-х р. спеціалізовані відділення були в більшості лікарень. Наприклад, у всіх лікарнях Вінниччини функціонували терапевтичні і пологові відділення. У них також швидкими темпами були організовані хірургічні і у 40 – інфекційні відділення. Відкривалися також палати для хворих дітей і відділення для туберкульозних хворих. Уведення в штат деяких сільських лікарень (з кількістю не менше 20 – 25 ліжок) другої посади лікаря створило можливість для розвитку стаціонарної хірургічної допомоги і у дільничних лікарнях, що значно наблизило хірургічну допомогу до сільського населення. Госпіталізованих хірургічних хворих збільшилося у дільничних сільських лікарнях за період від 1947 р. до 1950 р. майже вчетверо, що свідчить про підвищення кваліфікації та хірургічної активності лікарів-хірургів. На середину 1950-х рр. у більшості сільських дільничних лікарень Поділля здійснювалася хірургічна допомога, причому у 14 з них проводилися складні хірургічні операції [102, с. 456].

Однак, незважаючи на певні досягнення у даній сфері, проблема дефіциту висококваліфікованих медичних кадрів не була вирішена, особливо ця нестача

гостро відчувалася у сільській місцевості. Так, станом на 1950 р. у третини сільських районів Подільського краю не було санітарного лікаря. На початку 1950-х років у більшості медичних закладів сільській місцевості зокрема лікарень та амбулаторій, жодна штатна посада не була заміщена лікарем. Їх обов'язки змушений був виконувати середній медичний персонал [115, с. 34-36].

Основною причиною малочисельності медичних кадрів у Подільському краї була відсутність навчальних закладів, які ще не встигли реєвакуюватися, та незадовільне їхнє фінансування з боку держави. Тому, поряд з докорінною модернізацією економіки регіону, певні заходи спрямовувалися і на відновлення роботи медичних навчальних установ, оскільки гостра нестача кваліфікованих медичних кадрів стала першою і найбільш злободенною проблемою. Зважаючи на це, тогочасне радянське керівництво низкою наказів та урядових постанов сприяло якнайшвидшому відновленню роботи медичних навчальних закладів. Так, на Поділлі, як ми вже зазначали у попередніх параграфах, таким закладом був Вінницький медичний інститут, діяльність якого розпочалася у відповідності з постановою РНК УРСР від 28.IV.1944 р. за № 405. [101, С.459]. Саме зазначена постанова розпочала процес поновлення роботи медичних навчальних закладів регіону, зокрема відродженню найбільш потужної установи – Вінницького медичного інституту.

У IV п'ятирічному плані відбудови народного господарства УРСР (1946–1950 рр.) у сфері медичної освіти визначалося найголовніше завдання: відновити довоєнну кількість студентів до кінця п'ятирічки [339,с.45-56].

Значною проблемою у справі налагодження діяльності відродженої мережі медичних закладів Поділля залишалася нестача фахівців так званої середньої ланки; фельдшерів, медсестер, санітарів та санітарок, яких катастрофічно не вистачало. Союзні та республіканські органи влади та охорони здоров'я намагалися у міру можливостей вживати конкретні заходи щодо розв'язання цієї проблеми. У 1945 р. НКОЗ СРСР направив у визволені регіони України понад 10 000 таких фахівців [339, с.124], з яких 1800



потрапили працювати в населені пункти Вінницької та Кам'янець-Подільської областей [85, с.11-17].

Завдяки цьому на початок 1946 р. серед середнього медичного персоналу, який працював в населених пунктах Поділля на 100 осіб, що діяли в 1940 р., вже працювало 54, у т.ч. рентгенівських техніків і лаборантів – 32, зубних техніків – 35, медичних лаборантів – 41 [82, с. 343-345].

Українські медичні працівники зробили багато для лікування та врятування від смерті голодуючого населення. Особливо вони себе проявили під час організованого радянською владою штучного голодомору 1947 р. Аналіз опрацьованих нами джерел дає всі підстави стверджувати, що без їхньої самовідданої праці в цей період жертви були б ще більшими. В цей час також швидкими темпами підвищувалася їхня професійна кваліфікація.

З 1946 р. розпочинається новий етап у процесі формування медичного персоналу Поділля. Як нами вже вище зазначалося, п'ятирічним планом на 1946-1950 рр. були визначені основні завдання подальшої відбудови та відновлення медико-санітарної мережі всіх областей УРСР. У відповідності до поставлених завдань були визначені основні напрями реформи, яка була, у першу чергу, пов'язана з поліпшенням рівня матеріального забезпечення та якості медичного обслуговування населення. Згодом стало зрозумілим, що реалізація поставлених завдань є неможливою без підвищення практичної кваліфікації поліклінічного лікаря до рівня кваліфікації лікаря стаціонару; раціональнішого використання ліжок у стаціонарах; зменшення діагностичних помилок в амбулаторіях; зменшення кількості летальних випадків.

У поліклінічну службу впроваджувався диспансерний метод. У медичну практику запроваджувалися нові лікувальні засоби й методи, розширювалася спеціалізована медична допомога населенню. Широко розгорнулось лікарняне будівництво. Для підвищення кваліфікації й правильного використання лікарських кадрів було введено систему атестації лікарів. Сталися значні позитивні зміни й у кількісному складі медичних кадрів.

На початок 1948 р. у 65 районах Подільського краю (45 районів Вінницької області і 20 районів Кам'янець-Подільської області) вже налічувалося 1 668 лікарів різних спеціальностей та 83 зубних лікарів, 4 367 особи середнього медичного персоналу [84, с.156].

Однак, і ці досягнення, як показувала подальша медична практика, не вирішували проблеми дефіциту кваліфікованих медичних кадрів. У 1949 р. у більше як третини сільських районів Поділля не було санітарного лікаря, у 43 – педіатра, у 279 – акушера-гінеколога, у 6 – хірурга. У 1950 р. із 65 районів санітарний лікар був відсутній у 18, педіатр – у 3, терапевт – у 2, хірург – у 3, акушер-гінеколог – у 11, дерматолог – у 36. На середину 1950-х років у сільській місцевості діяло 5 лікарень, 10 амбулаторій, у яких жодна штатна посада не була заміщена лікарем. Їх обов'язки виконував середній медичний персонал [94].

У цей час також гостро постала проблема матеріальної забезпеченості лікарів, особливо це стосувалося тих, хто працював у сільській місцевості. Як показують нам опрацьовані нами історичні джерела, зокрема тогочасна періодика, значна частина лікарів і середнього медичного персоналу не забезпечувалися належним житлом, опаленням та освітленням і їм не виплачувалася відповідна грошова компенсація. Так, у Іллінецькому районі Вінницької області з 47 медичних працівників були забезпечені безкоштовними квартирами і комунальними послугами лише 17 чоловік, решті медичного персоналу квартири не надавалися і грошова компенсація не виплачувалася; у Монастирищенському районі квартирами і компослугами було забезпечено тільки 5 медичних працівників з 42; у Томашпільському районі – 18 з 51; у Плисківському та Брацлавському районах цієї ж області безплатні квартири та комунальні послуги медичним працівникам не надавалися зовсім і грошова компенсація не виплачувалася [460, арк.36;57;112]. У Волочиському районі Кам'янець-Подільської області замість виплати грошової компенсації за відсутності безплатної квартири і комунальних послуг надавалося лише 10 крб.

на місяць на одного медичного працівника. Не кращим також був стан і у інших районах [466, арк. 56].

Деякі виконавчі комітети Вінницької і Кам'янець-Подільської обласних і ряду районних Рад депутатів трудящих не виконували розпорядження Ради Міністрів УРСР від 27 червня 1946 р. про поліпшення медичної допомоги на селі та забезпечення нормальних умов роботи лікувальних закладів. За відсутністю палива в деяких районах у зимовий період 1945 – 1947 рр. лікарні змушені були обмежувати свою діяльність, а в окремих випадках на деякий час навіть припиняли роботу зовсім, особливо це стосується Томашпільської та Плисківської лікарень Вінницької області [460, арк. 87].

Однак, незважаючи на всі ці труднощі, питання кадрового забезпечення Подільського краю все ж вирішувалося у кращий бік. Так, на середину 50-х рр. ХХ ст. головне завдання, яке ставилося перед лікарями і середнім медперсоналом – покращення профілактики захворювань, вчасно надана медична допомога, особливо сільським жителям, які проживали у віддалених районах області, загалом вирішувалося. Не менш важливим було і запровадження нових методів діагностики і лікування з метою покращення рівня життя населення краю. Так, у Вінницькій області досить активно проводили роботу щодо підвищення кваліфікації лікарів і середніх медичних працівників наявні медичні установи, зокрема Вінницький медичний інститут і 5 медучилищ (Вінницьке, Бершадське, Гайсинське, Погребищенське, Могилів-Подільське). У Хмельницькій області лікарів і середніх медпрацівників готували Хмельницьке, Кам'янець-Подільське та Чемеровецьке медучилища. З середині 1950-х рр. з метою підвищення кваліфікації лікарів, на базі кращих дільничних лікарень, при інститутах удосконалення лікарів, а також на місцевих базах почали організовувати семінари [244, с.132]. Отже, починаючи з цього періоду, належна увага приділялася також і атестації медичних працівників, під час якої вагому роль відігравали курси підвищення кваліфікації. Таким чином, щороку кількість атестованих лікарів збільшувалась.

Крім того, підвищення кваліфікації лікарського персоналу проводилося у кожному лікувально-профілактичному закладі щомісячно, шляхом направлення на короткотермінові курси, семінари, декадникі, конференції [456]. Поступово зміцнювався і науковий потенціал лікарів-ентузіастів. Основними напрямками, за якими проводилися наукові дослідження, були охорона здоров'я матері та дитини, диспансеризація, створення нових фармакологічних лікувальних засобів. Вивчалася зокрема проблема збереження здоров'я жінок, яка у повоєнний період набрала особливої гостроти.

Таким чином, підсумовуючи все вищезазначене, можна зробити висновок, що на середину 50-х рр. ХХ ст. проблема забезпеченості Подільського регіону медичними кадрами загалом була вирішена, що дозволило створити повноцінну систему охорони здоров'я краю. Однак, незважаючи на ці досягнення, слід звернути нашу увагу і на ряд проблем, до яких зокрема відносимо, перш за все, погане матеріальне забезпечення медичних кадрів, особливо медиків сільської місцевості. Стосовно підвищення кваліфікації медичного персоналу Поділля, виділяємо систему їхньої переатестації, яка у цей час починає у регіоні активно запроваджуватися.

### **3.3. Заходи з подолання масової захворюваності та летальності від інфекційних недуг.**

У роки німецької окупації на долю жителів Подільського краю випала маса поневірянь та страждань. Так, дотримуючись політики тотального винищення слов'ян, фашисти сприяли розповсюдженню у всіх регіонах України гострих інфекційних захворювань. Зокрема на території Поділля німецьке командування на початку докладало максимальних зусиль у боротьбі з інфекційними хворобами, оскільки тут розташовувалися головні сили групи армій «Південь». Однак згодом, особливо у період 1943-1944 рр., коли стало зрозумілим, що цей регіон німецьким військам не вдасться втримати, гітлерівське командування розпочинає штучно поширювати інфекційні хвороби

серед мирного населення Поділля з метою зараження ними військових частин Радянської Армії і тим самим підризу їхньої боєздатності [14, с.185-188].

При цьому, тут слід зазначити, що на кінець 30-х рр. ХХ ст. такі хвороби, як висипний та черевний тиф, малярія майже не зустрічалися на території Поділля, а дизентерія, хоча й не була повністю ліквідована, зустрічалася в одиничних випадках і не призводила до спалахів епідемій. Та в умовах незадовільного санітарного стану на окупованих територіях Поділля вищезазначені хвороби поширювалися з неймовірною швидкістю й набули катастрофічних розмірів.

Як свідчили донесення керівників партизанських загонів та радянського підпілля, майже в усіх районах Подільського краю у селах лютувала епідемія тифу. Наведемо для прикладу лише один показовий витяг із документа, який стосується окупованих Вінницької та Кам'янець-Подільської областей: «Південна група:...серед населення епідемія висипного тифу не спадає. У селах Адамівка – Погребищенського району, Вербівка – Оратівського району, Турбів – Вінницького району – серед населення до 200 випадків висипного тифу. Допомоги населенню ніхто не надає, приватне лікування лікарям з числа військовополонених заборонене. Як видно з офіційних джерел, саме Подільський край відноситься до регіонів т.зв. Південної групи, де епідемія висипного тифу була найбільше поширеною [30, с. 498-500].

Нерідко окупанти спеціально поширювали серед населення інфекційні хвороби. Командир партизанського з'єднання О.М.Сабуров з цього приводу свідчив: «Ми перехопили одну таємну німецьку інструкцію. У ній були страхітливі за своєю жорстокістю вказівки. Щоб викликати серед партизанів епідемію тифу, гітлерівці вирішили прищеплювати тиф мешканцям усіх... сіл [288, с.13]. Фашистські окупанти свідомо розміщували тифозних хворих у населених пунктах, збільшуючи тим самим кількість вогнищ епідемії, у результаті чого цілі райони майже повністю були заражені висипним тифом» [288, с. 45]. Слова О.М.Сабурова значною мірою стосувалися і ситуації на

території Подільського краю. З початком визволення території Поділля від окупантів перед військовими частинами Червоної Армії постала вражаюча картина масштабного розповсюдження інфекційних хвороб. Серед населення лютували захворювання на висипний, черевний та поворотний тиф, кишкові й венеричні хвороби, дитячі інфекції. У ряді населених пунктів при звільненні більшість населення, нерідко цілими сім'ями, лежали вдома хворими на тиф без будь-якої медичної допомоги [292, с.47].

Так, архівні матеріали свідчать, що за 1944-1945 рр. кількість уражених гострими інфекційним хворобами на території Вінницької області становила:

- на туберкульоз – 3257 осіб;
- малярію – 11 548 осіб;
- висипний тиф – 9440 осіб;
- черевний тиф – 645 осіб [378, арк.24-33].

На території Кам'янець - Подільської області кількість інфікованих була:

- на туберкульоз хворіло – 151 особа;
- малярію – 2604 осіб;
- висипний тиф – 7477 особи;
- черевний тиф – 416 осіб [376, арк. 36-37].

Особливо тяжке становище склалося в північних районах Подільського краю, де загарбники, незважаючи й на так величезні масштаби захворювань інфекційними хворобами, перед відступом навмисно поширили серед місцевого населення висипний тиф.

Стурбований ситуацією Голова РНК УРСР М. Хрущов у січні 1944 р. телеграмою попереджав усіх командуючих Українськими фронтами про небезпеку поширення епідемій, зазначивши при цьому, що «при швидкому відступі німецькі окупанти залишили на нашій території концентраційні табори цивільного населення та табори військовополонених. Зазвичай всі ці табори сильно вражені різними інфекціями, особливо тифом. Негайний розпуск після звільнення та розселення серед цивільного населення бранців цих таборів

створює велику загрозу широкого розповсюдження інфекційних хвороб, особливо висипного тифу» [376, арк. 54].

У цьому контексті слід зазначити, що радянська пропаганда у післявоєнні роки активно стверджувала, що завдяки героїчній роботі військових санітарних служб в останні роки війни і перші післявоєнні роки Україні вдалося уникнути спалаху епідемій гострих інфекційних хвороб. Однак, виходячи з офіційних статистичних даних по областях Подільського регіону, це було не так. Фактично, епідемія інфекційних хвороб носила масовий характер.

Щоб якось зменшити поширення масових інфекційних захворювань, на допомогу місцевому населенню Поділля прийшла воєнна медицина. Оскільки на цей момент у визволених районах не було організованої цивільної системи охорони здоров'я, тому армійські санітарні загони почали надавати мешканцям Поділля невідкладну медичну допомогу, здійснювали першочергові протиепідемічні заходи, допомагали відновлювати роботу медичних установ. Насамперед військові медики виявляли та госпіталізували інфекційних хворих та осіб з підозрою на інфекційні хвороби. Для госпіталізації використовувалися ізолятори та стаціонари, а для обслуговування хворих залучалися місцеві мешканці, особливо ті, хто мав медичну освіту та відповідну підготовку (лікарі, середній медперсонал, сандружинниці).

Намагаючись попередити розповсюдження епідемій, Народний комісар охорони здоров'я СРСР Г.О. Мітерев ще 3 березня 1944 р. видав наказ № 167 «Про створення спеціалізованих епідемічних загонів». На території Вінницької та Кам'янець-Подільської областей їх комплектуванням займалися голови обласних відділів охорони здоров'я. До складу кожного із загонів входив 1 лікар та 4 фельдшери. Вони формально вважалися співробітниками лікарень, де отримували заробітну платню, але підпорядковувалися безпосередньо обласному епідеміологу. Загони виявляли вогнища інфекційних хвороб, госпіталізували уражених, займалися щепленням населення, вели подвірні обстеження та санітарно-просвітницьку роботу [381, арк.19].

При необхідності на небезпечні в епідемічному відношенні населені пункти накладався карантин. Проведення протиепідемічних заходів також поєднувалося з цілеспрямованою організаційною роботою по налагодженню діяльності лікарень, амбулаторій, санітарно-епідеміологічних станцій. Така робота розпочиналися в перші ж дні після визволення областей Подільського регіону. Зазвичай за ініціативою представника санітарного відділу армії у районних центрах скликалося засідання надзвичайних протиепідемічних комісій, до складу якої входили: голова райвиконкому, райвоенком, уповноважений НКВС, завідувач райздороввідділу, представник військової частини. На такому засіданні щонайперше розглядалися і затверджувалися основні протиепідеміологічні заходи, а також розроблялися шляхи якнайшвидшого відновлення роботи медико-санітарних закладів у районі, а також визначалися характер та об'єм допомоги, яку міг надати органам цивільної охорони здоров'я санітарний відділ армії.

На початок 50-х рр. ХХ ст. відновлена була також і діяльність санітарно-епідемічних станцій, які безпосередньо займалися лабораторними дослідженнями збудників інфекційних хвороб, встановлювали джерела їх виникнення та стежили за перебігом епідемій. Однак мережа зазначених закладів на Поділлі була обмеженою і не задовольняла всіх потреб післявоєнного періоду. При цьому слід також мати на увазі, що значна кількість кваліфікованих епідеміологів була залучена до санітарної служби Червоної Армії, тому в цивільній медицині відчувався значний дефіцит кадрів.

У ході визволення радянськими військами території Подільського краю місцеве населення було змушене контактувати з військовими, і це у результаті негативно позначилося на епідемічному стані регіону. У цей період збільшилася також кількість і венеричних захворювань, про які мова йтиме в подальших параграфах нашого дослідження. Крім того, велика маса реєвакуйованих осіб, що поверталися на територію Поділля, принесла з



глибоких тилів епідемію висипного та черевного тифу. За умов перенаселення та антисанітарії вона швидко розповсюджувалася.

За таких умов органи охорони здоров'я були змушені вживати всі можливі заходи для попередження контактів місцевого населення з військовими та реєвантами. Так, виконуючи постанову Державного комітету оборони № 1234 від 2 лютого 1942 р. «Про попередження епідемічних захворювань в країні та Червоній Армії», у містах та населених пунктах краю органи влади проводили термінові роботи щодо відновлення працездатності лазень та санітарних пропускників, а для їх цілодобової експлуатації велася регулярна заготівля палива [378, арк.1]. Щоб забезпечити усі санітарно-гігієнічні потреби населення регіону, будувалися примітивні лазні з дезінсекторами, організовувалася систематична профілактика місць загального вжитку: шкіл, базарів, транспорту, залізничних вокзалів та станцій. Крім того, на залізницях створювалися спеціалізовані евакопункти, де ізолювали виявлених у дорозі хворих [378, арк.14].

Поряд з цим, на підприємствах, у гуртожитках, дитячих закладах, їдальнях органи охорони здоров'я створювали інститути громадських санітарних інструкторів, які проводили систематичне обстеження населення. У кожній області діяла протиепідемічна комісія, яка контролювала рівень захворюваності і відповідала за епідемічний стан [378, арк.47]. Однак за умов великої захворюваності населення та відсутності належної кількості медичних кадрів протиепідемічні заходи проводилися дуже повільно.

Оцінюючи епідеміологічну ситуацію Подільського регіону другої половини 40-х – початку 50-х років ХХ ст., слід також зазначити, що на неї негативно впливала і та величезна кількість безпритульних дітей, які з метою виживання змушені були мігрувати з однієї області до іншої [374, арк. 3]. При цьому органи НКВС не зуміли своєчасно зібрати у розподільниках бездоглядних дітей, які були найнебезпечнішими розповсюджувачами інфекцій. Через невідповідність медичних закладів до проведення широкомасштабних протиепідемічних заходів на

Поділлі у післявоєнний період прослідковується поширеність інфекційних хвороб та зростання їхніх вогнищ [376, арк. 5].

Роки німецької окупації викликали різке погіршення санітарного стану населених пунктів Подільського краю, зокрема великих міст, в яких повністю було виведено з ладу комунальне господарство та знищено житловий фонд. Це також негативно впливало підвищенню рівня інфекційної захворюваності. Відсутність належної кількості епідеміологів та незадовільна санітарно-технічна забезпеченість подільських областей ускладнювали боротьбу з інфекційними захворюваннями. У 1945 р. імунізація населення проводилася дуже повільно, оскільки вакцини випускав лише Харківський інститут епідеміології імені Мечникова [263, с. 75], а цього для всіх областей УРСР було явно недостатнім. При цьому, якщо така вакцина в Подільський регіон і потрапляла, то нею забезпечувалися в першу чергу військові частини, які тут перебували.

Поряд з цим, у зв'язку з незадовільним водопостачанням, обумовленим повним знищенням водогонів, збільшувалася кількість і шлункових хвороб. Так, у 1945-1947 рр. на Поділлі кількість зареєстрованих випадків черевного тифу у середньому складала 42 хворих на 10000 населення. Для порівняння лише зазначимо, що у 1941 р. така кількість складала лише 1,5 чоловіка на кожні 10000 населення [392, арк. 27].

Як видно з аналізу опрацьованих нами джерел, органи охорони здоров'я Подільського краю у перші повоєнні роки не в змозі були госпіталізувати усіх епідемічно хворих, оскільки не мали ані приміщень, ані м'якого та твердого реманенту, ані належних спеціалістів. Тому велика кількість інфікованих залишалася вдома і не дотримувалася жорстких принципів ізоляції.

Говорячи про поширеність інфекційних хворів на Поділлі, слід зазначити, що від них найбільше страждали діти. За роки німецької окупації за умов відсутності щеплення, природно, що серед них зросла захворюваність на дифтерію та кір. Майже всі населені пункти краю, у незалежності від термінів визволення, були уражені цими хворобами однаково. Інтенсивність міграційних

процесів та відсутність вакцинації у перші роки після визволення стали основними чинниками, які призвели до спалаху епідемії. У період 1945-1946 рр. на дифтерію вже хворіло 1316 дітей, а на кір – 1 764 дитини. [390, арк.5]. У більшості районів Поділля у перші післявоєнні роки також спостерігаємо спалахи холери. Для боротьби з цим епідеміологічним захворюванням у всіх населених пунктах краю терміново були обладнані спеціалізовані лабораторії, а також відокремлені спеціальні приміщення для ізоляції хворих.

Враховуючи велику загрозу спалаху епідемії, лікарі змушені були вдатися до безпрецедентних заходів, зокрема віддавали на розтин труп кожного померлого від шлункових захворювань, обов'язково проводилося його бактеріологічне обстеження. У випадку виявлення форми 30 (саме таку назву отримав холерний бактеріофаг) труп негайно спалювали, м'який інвентар у холерних ізоляторах, після використання, теж підлягав знищенню. У місцях спалаху зазначеної хвороби всьому населенню проводили примусове щеплення. Джерела питної води систематично перевірялися органами санітарної служби на наявність холери. У кожній міській та районній лікарні створювалися загони з двох лікарів (бактеріолога та спеціаліста по шлунковим хворобам), медичної сестри та дезінфектора, які працювали у місцях спалаху хвороби. На сторінках газет велася досить широка пропаганда особистої гігієни [245, с.67].

Велику небезпеку як для цивільного населення, так і для військових Поділля представляла т.зв. туляремія (інфекційна хвороба, яка супроводжується запаленням лімфатичних вузлів, розповсюджувачами якої були гризуни). Діагностика цієї хвороби взагалі була невідома до Другої світової війни. У 1945-1948 рр. спостерігалось зростання захворюваності на туляремію у Вінницькій області [438, арк.59]. У цей період у регіоні також було помітне поширення захворюваності на віспу [438, арк.72]. Вогнища цих особливо небезпечних хвороб кінцево не були знищені в краї аж до 1950- х рр. через відсутність ліків та фахівців.

Дуже актуальною як для окупаційного режиму Подільського краю, так і для радянської влади була проблема захворювання населення на туберкульоз. У

подільських областях у роки німецької окупації мережа закладів з лікування туберкульозу була повністю зруйнована, а населення переживало голод і злидні, які підвищили ризик інфікування зазначеною хворобою. У середньому, у 1945 р. смертність від неї склала 39 осіб на 10000 населення, а у 1941 р. вмирало лише 15 осіб на 10000 населення [397, арк.2].

Зважаючи на соціальне походження хвороби, яка залежала від рівня життя, органи охорони здоров'я спрямували усі зусилля для своєчасного виявлення та ізоляції носіїв її активних форм. Велика кількість уражених туберкульозом спостерігалася серед дітей [397, арк.83]. З початком визволення Подільського краю лікувальні установи докладали максимальних зусиль для боротьби з цим захворюванням. Так, Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР 17 листопада 1943 р. видав наказ № 607 «Про проведення боротьби з туберкульозом», відповідно до якого усі хворі з активною формою примусово ізолювалися і ставилися на облік [397, арк.4]. У середньому на 10000 населення припадало 78 хворих. Найбільша кількість уражених спостерігалася у західних районах Подільського краю, в яких кількість уражених становила від 156 до 189 чоловік на 10000 населення. На превеликий жаль, навіть і в перші післявоєнні роки їх кількість продовжувала зростати. Основною причиною цього явища були низький рівень життя мешканців регіону та їхні складні побутові умови [395, арк.5]. Із загальної кількості хворих лікарі виділяли 4 вікові групи: 1-14 років – 36 %; 15-29 років – 21,7 %; 30-49 років – 33 %; 50 і більше років – 9,3 % [396, арк. 56].

У зв'язку зі зміною демографічної структури населення Подільського краю у роки Великої Вітчизняної війни на загальному фоні малочисельності дітей збільшився відсоток хворих. До того ж, не велася статистика інфікованих, що мешкали у сільській місцевості, а тому повного уявлення про характер розповсюдження туберкульозу немає [402, арк.6].

Говорячи про соціальні та медичні наслідки для населення Поділля німецько-фашистської окупації, слід зазначити, що у цей період серед дорослого населення надзвичайно поширилися також серцево-судинні та

шкірно-венеричні хвороби, а також хвороби органів травлення. У той час серед дітей та підлітків панували гіпотрофія, дистрофія, рахіт, а також нефрит, цинга, туберкульоз, кір, скарлатина, дизентерія, дифтерія, коклюш тощо. Боротьба з дитячими інфекційними хворобами не проводилася. Надзвичайно високою була смертність через хвороби, особливо серед дітей. У 1947 р. летальність від кору серед дітей Поділля досягла 12,7 %, від скарлатини – 7,9 %, дифтерії – 13,6 %, коклюшу – 9,8 % [403, арк.116]. Дуже поширеною заразною хворобою в районах була короста, на яку хворіло 23-63 % населення. Через несвоєчасне лікування перебіг корости призводив до масових ускладнень піодермією [377, арк.100]. Крім того, різко знизилася народжуваність, з'явилася велика кількість інвалідів війни, багато сиріт та безпритульних дітей [243, с.51].

Великою трагедією для населення Поділля, зокрема його сільської місцевості, став організований радянською владою третій штучний голодомор періоду 1946-1947 рр. Страхітливі наслідки голоду стали для подолян особливо відчутними навесні 1947 р. В цей період різко зросла кількість захворювань на дистрофію, особливо серед сільського населення. За даними Довідки МВС УРСР про захворюваність на дистрофію, на 20 червня 1947 р. число хворих на дистрофію у Вінницькій області зросло до 159 976 чол., з яких померло 2696 осіб, у Кам'янець – Подільській області зросло до 55 598 осіб, з яких померло 2047 осіб [198, с.13-19]. Серед хворих відсоток мешканців сільської місцевості загалом становив 77,1%. Зростання захворюваності населення на дистрофію мало місце і у наступні місяці.

Надавати належну допомогу хворим на дистрофію медичні заклади не мали змоги, бо не вистачало лікарняних ліжок у сільських лікувальних закладах, продуктів харчування для хворих, ліків, вітамінів. У міській лікарні хворих від недоїдання з села майже не брали через перевантаження міськими голодуючими. Про стан з лікуванням хворих на дистрофію у багатьох сільських районах Поділля можна судити на підставі таких фактів. Так, у Вінницькій області з наявних на 20 червня 1947 р. 159 976 осіб, хворих на дистрофію, спромоглися госпіталізувати

лише 25803 чоловік, що загалом становить лише 8,7% [163, с. 226]. У Кам'янець – Подільській області ситуація виглядала дещо кращою, там з 55 598 хворих госпіталізовано було 13 210 осіб, що становить 20,3% [108, с.226]. Решта хворих ніякого лікування не отримувала. У лікарнях Іллінецького, Могилів - Подільського, Томашпільського, Плисківського та інших районів для хворих на дистрофію не були створені елементарні умови. Зокрема районна лікарня Плисківського району знаходилася в антисанітарному стані – у приміщенні холодно, хворі тижнями не милися через відсутність гарячої води та мила, натільна і постільна білизна змінювалася рідко. Погано було організовано харчування хворих, їжа готувалася несмачно й подавалася холодною. Керівні працівники радянських органів у лікарнях майже не бували й їхнім станом не цікавилися [122, с.15-17].

В офіційних документах органів охорони здоров'я Кам'янець – Подільської області захворюваність на дистрофію та смертність від неї навіть не фіксувалися. Так, у звіті про роботу сільських лікарняних закладів області за 1947 р. безапеляційно стверджувалося: «Смертність у порівнянні з 1946 р. за всіма видами захворювань зменшилася, за винятком терапевтичної смертності, збільшення якої пояснюється надходженням важкого контингенту хворих у сільські лікарні» [392, арк.30-47]. У даному випадку це було типовою бюрократичною байдужістю і безсердечністю. Адже абсолютна кількість хворих на дистрофію перебувала у терапевтичних відділеннях лікарень. Та й всупереч офіційним запевненням відсоток летальності на 100 ліжко-місць по Вінницькій області у 1947 р. різко збільшився у порівнянні з 1946 та 1948 рр. У 1946 р. кількість летальних випадків на 100 ліжко-місць становила 3,6 %, у 1947 р. – 5,9 %, 1948 р. – 2,8 % [434, арк. 35].

Лихоліття голодомору найболочіше вразило дітей. Вони були найменш захищені, оскільки не брали участі у виробництві, і тому не одержували рятівних 100-300 грамів хліба для працюючого. Діти значно швидше захворювали внаслідок тривалого недоїдання і фізичного виснаження. Найбільш важким було становище дітей ясельного, дошкільного, молодшого шкільного віку.

Голод викликав нову хвилю безпритульних дітей. Великими юрбами зліталися вони до міст за порятунком, а виснажених немовлят приносили батьки. Жахливим випробуванням для підлітків стала зима-весна 1947 р., коли вони гинули у містах і селах від голоду, не дочекавшись допомоги.

Централізованим виявленням дитячої смертності ніхто не займався. У листах, які тисячами надходили з областей Подільського краю до керівництва УРСР, називалася велика кількість опухлих і померлих дітей. У голодуючих районах вони нерідко становили більшість. Наприклад, у Піщанському районі Вінницької області в лютому 1947 р. було зафіксовано 770 тяжко хворих на дистрофію, з них 515 дітей; у Чернівецькому районі цієї ж області у березні зафіксовано 660 випадків смерті, більшість померлих – діти. Загалом на Вінниччині у першій декаді березня серед більш як 45 тис. тяжко хворих на дистрофію діти склали 45 %. А за період із 11 березня по 10 травня 1947 р. в області було зареєстровано 173 388 хворих на дистрофію дітей, що складало 41,6 % від загальної чисельності хворих на дистрофію в області в цей період [449, арк.52-53].

Аналізуючи ситуацію, що склалася в охоплених голодом областях Поділля, звернемо увагу на те, що обкоми КП(б)У в умовах наростаючого голоду, принаймні до березня 1947 р., мало займалися питаннями боротьби із захворюваннями на дистрофію, не вимагали від районних організацій вжити негайних заходів щодо госпіталізації тяжкохворих, наведення порядку у лікарнях та поліклініках, а також щодо організації та покращення роботи їдалень та пунктів харчування у колгоспах і на промислових підприємствах [217, с.103-108]. І лише коли голод набув широкого розмаху, цим питанням почали приділяти більше уваги.

З таких обставин керівництво республіки та місцеві органи влади змушені були збільшувати мережу дитячих будинків та притулків, а також кількість ліжок для госпіталізації хворих на дистрофію у лікарнях. У Подільському краї на початок 1950-х р. почала розгортати роботу по організації сільських їдалень

для харчування особливо нужденного сільського населення місцева споживча кооперація. Саме завдяки цим зусиллям, станом на 1 березня 1950 р. було організовано й працювало 568 сільських їдалень, у яких харчувалося 10 537 осіб. Упродовж березня контингент тих, хто харчувався, планувалося довести до 50 тис. чол., а з першого квітня 1950 р. – до 70 000 чол. Однак і тут, слід зазначити, їхній раціон був розрахований лише на підтримання елементарних життєвих сил голодуючих. Так, у переважній більшості їдалень відпускалася один раз у день гаряча рідка їжа з закладкою продуктів на одну страву: 25 г м'яса-риби, 100 г картоплі та 100 г хліба по комерційній ціні. В окремих районах за рахунок використання місцевих продовольчих ресурсів було організовано відпуск дворазового харчування. Так, наприклад, практикувалося в окремих колгоспах Оратівського, Погребищенського та Плисківського районів Вінницької області [84, с. 204-206]. У багатьох колгоспах у період весняно-літніх польових робіт було організовано харчування обідами працюючих у полі колгоспників за рахунок зароблених трудовнів. Були відкриті їдальні та пункти харчування й на багатьох промислових підприємствах. Однак цими заходами було охоплено лише частину населення у голодуючих районах краю, а відтак це не призвело до зменшення хворих на дистрофію.

Але захворювання на дистрофію було для жителів Поділля лише одним із значної кількості медичних наслідків голоду. В охоплених голодом районах поширилося захворювання, яке одержало умовну назву «септична ангіна». Воно характеризувалося різким зменшенням білих кров'яних тілець у крові, високою температурою, некрозами у зіві та порожнині рота, крововиливами на шкірі. Смертність коливалася від 17 до 50 %. Щорічно у регіоні на цю хворобу захворювало декілька тисяч чоловік. Саме це захворювання виникало як результат використання голодними селянами краю у їжу зерна, що зимувало у полях під снігом. Українські вчені цій хворобі дали назву «агіментарно-токсична алейкія», що більш точно характеризує хворобу. Але й після цього



причиною летальності, як і раніше, записували септичну ангіну, оскільки постраждалі скаржилися на біль у горлі. Насправді під септичною ангіною приховувалася лейкопенія – захворювання, пов'язане з отруєнням крові – білокрів'ям. Лише на середину 50-х рр. ХХ ст. у краї вдалося цю хворобу кінцево побороти.

Характеризуючи голод як фізіологічне і психічне явище, слід зазначити, що він мав на території Подільського краю свою специфіку виявлення, зокрема проявлявся у фізичному та психічному розладі, зневодженні організму, білковому дефіциті, опуханні. Тож закономірно відбулося різке погіршення стану здоров'я у сотень тисяч мешканців Поділля, особливо у тих, хто мав хронічні захворювання. Чимало з них через це передчасно померли. Десятки тисяч мешканців міст і сіл краю набули хвороби, а то й стали каліками через неякісне харчування та вживання у їжу сурогатів.

Захворюваність та смертність від голоду зменшувалася дуже повільно. Так, наприклад, у Вінницькій області у вересні 1947 р. з діагнозом «аліментарна дистрофія» померло 38 чоловік, у жовтні – 56, листопаді – 58, грудні – 64 чоловіки [460, арк.90].

З метою подолання вищеназваних недоліків Рада Міністрів УРСР 31 березня 1947 р. приймає постанову «Про покращення боротьби з епідемічними захворюваннями», в якій визначила основні напрями діяльності місцевих органів влади по їх ліквідації, покращенню роботи надзвичайних протиепідемічних комісій, у десятиденний термін перевіркою стану і роботи існуючих лазень і дезкамер, прикріплення уповноважених районних надзвичайних протиепідемічних комісій до населених пунктів, що були найбільше вражені паразитарними тифами [339, с.127]. Зважаючи на складність епідемічної ситуації в центральних регіонах України, у весняно-літній період 1947 р. МОЗ УРСР запровадило щотижневе звітування обласних та районних керівників відділів охорони здоров'я про кількість хворих та про стан виконання протиепідемічних заходів.

Однак, незважаючи на вжиті заходи, до кінця 40-х рр. ХХ ст. ситуація на Поділлі не покращилась і в окремих районах навіть погіршилася. Особливо небезпечна епідемічна ситуація склалася на залізничних станціях, де постійно збиралися численні юрби людей. Так, наприклад, станцію Козятин за добу на захід у пошуках рятівного продовольства проїжджали більше 15 тис. пасажирів. Ще більше їх минали станцію Жмеринка. А такі скупчення призводили до масових епідемій тифу і загибелі людей. Щоденно знімали з поїздів по 10–15 чоловік, тяжко хворих на дистрофію [402, арк. 152], частина з яких через 2–3 години помирали, а також десятки трупів. Унаслідок накопичення великої кількості трупів з початком потепління створювався надзвичайно небезпечний антисанітарний і епідемічний стан.

Враховуючи таку ситуацію, Рада Міністрів та ЦК КП(б)У 19 листопада 1947 р. прийняли постанову, яка передбачала збільшення кількості ліжок в усіх інфекційних лікарнях України, організацію на вузлових залізничних станціях епідемічних бригад у складі лікаря і трьох середніх медпрацівників, відрядження на боротьбу з паразитарними тифами в особливо уражені населені пункти 150 лікарів та 400 середніх медпрацівників та притягнення до адміністративної відповідальності керівних працівників за недоліки у роботі підпорядкованих їм структур по здійсненню протиепідемічних заходів [413, арк. 53].

Після виходу постанови в найбільш складні в епідемічному плані населені пункти краю були направлені спеціальні протиепідемічні комісії, метою яких було виявлення недоліків у проведенні протиепідемічних заходів та контролю за виконанням рішень Ради Міністрів УРСР, МОЗ СРСР і МОЗ УРСР з питань боротьби з епідемічними захворюваннями.

За висновками цих протиепідемічних комісій, спалахи інфекційних хвороб на Поділлі були результатом злочинної бездіяльності місцевих органів влади та охорони здоров'я, а також окремих керівників медичних закладів. Так, комісія, що працювала у Томашпільському районі Вінницької області, виявила,

що головний лікар районної лікарні дозволяв лікування хворих з підозрою на тиф у домашніх умовах, санітарний режим у районній лікарні не витримувався. Завдяки повній бездіяльності та безвідповідальності завідуючого відділом охорони здоров'я в Мурованокуріловецькому районі було зафіксовано збільшення захворювань висипним тифом, а ситуацію, що склалась у районі, комісія схарактеризувала як епідемію. Такі випадки були непоодинокі. У інших районах також було зафіксовано безліч недоліків у діяльності відповідальних осіб [459, арк.138].

За наслідками проведених розслідувань по фактах розповсюдження паразитарних тифів значна кількість завідувачів відділами місцевих органів охорони здоров'я була звільнена з посади і притягнута до адміністративної відповідальності. Однак, наскільки ефективними були такі заходи, можна судити, аналізуючи накази та постанови республіканських органів влади та охорони здоров'я за 1948 р. Так, 2 березня МОЗ УРСР видало наказ, у якому зазначалося: «Захворювання висипним і поворотним тифами ще досі не ліквідовані в жодній області, окремі випадки захворювань реєструються щоденно в усіх областях УРСР. У деяких областях у січні-лютому мали місце масові спалахи епідемії паразитарних тифів, зокрема поряд з Одеською та Запорізькою, також і у Вінницькій області» [339, с.8].

Таким чином, даний наказ свідчить, що боротьба з паразитарними тифами на Поділлі в 1948 р. знаходилась не на завершальному етапі, як вважалося певний час, а в самому розпалі. У цей період фіксувалися не лише поодинокі випадки захворювань, а масові спалахи в різних подільських районах. Так, у Вінницькій області облздороввідділ 3 місяця (з грудня 1947 по березень 1948 рр.) не міг ліквідувати епідемію висипного тифу у Барському районі. За цей період захворіло понад 200 осіб [459, арк. 312].

За підсумками роботи надзвичайних протиепідемічних комісій МОЗ УРСР було зроблено такі висновки: «Наказ і постанова МОЗ УРСР від 14. 11. 1947 р. виконуються незадовільно, що призвело до ще більшого розповсюдження

захворювань на паразитарні тифи. У зв'язку з незадовільним виконанням наказу донести його зміст вдруге до всіх відповідальних робітників і медичних працівників. Контроль за виконанням наказу покласти на завідуючих обласними та районними здоров'ї відділами» [339, с.45].

20 квітня 1948 р. міністр охорони здоров'я УРСР Л. Медвідь звернувся до керівництва всіх облздороввідділів з листом, в якому зазначав: «Всі терміни для повної ліквідації епідемії паразитарних тифів вичерпано, та захворюваність не ліквідовано, а в Кам'янець- Подільській та Вінницькій областях у квітні кількість тих, що захворіли, порівняно з минулим роком збільшилась...» [204, с. 20]. З метою покращення ситуації, що склалася, міністром була поставлена категорична вимога: «покінчити зі злочинною самозаспокоєністю, в усі райони, де мають місце спалахи висипного та поворотного тифу, направити уповноважених, завідуючим облздороввідділами залучати до кримінальної відповідальності осіб, що приховують захворювання, припинити усі розмови про успіхи до того часу, доки не буде жодного випадку захворювання на паразитарний тиф» [204, с.22].

Лише після таких рішучих заходів ситуація поступово почала змінюватися на краще. На Поділлі зусиллями лікарів у весняно-літній період 1948 р. нарешті вдалося повністю ліквідувати захворювання на поворотний тиф. Але захворюваність на висипний тиф, хоча і в меншій кількості, все ж таки продовжувалась [201, с.70].

Починаючи з 1949 р., масових епідемій на висипний тиф на Поділлі вже не фіксувалось, хоча обов'язковими були розпорядження та постанови обласних та районних рад стосовно попередження захворювань на шлунково-кишкові інфекції. Так, наприклад, у протоколі засідань Монастирищенської райради депутатів трудящих за перше півріччя 1950 р. є пункт «Про заходи боротьби по попередженню шлунково-кишкових інфекцій у 1950 р.». Постановою райрада зобов'язувала всіх завідуючих лікарськими дільницями забезпечити своєчасний облік, сигналізацію, 100 % виявлення і госпіталізацію хворих з підозрою на висипний тиф [339, с.132].

Подолання нестабільної епідеміологічної ситуації в краї у повоєнний період вимагало залучення значної кількості спеціалістів, чіткої скоординованої діяльності відповідальних посадових осіб та постійного контролю з боку керівних органів. Та все ж, незважаючи на складність ситуації, подальший розвиток епідемій, врешті-решт, було зупинено, і на середину 1950-х р. фактів захворювань на паразитарні тифи вже не зафіксувалися. У результаті один із негативних наслідків війни та окупації – епідемії інфекційних хвороб – вдалося здолати.

Тут слід також зазначити, що медичні працівники Подільського регіону зробили багато для лікування та врятування від смерті голодуючого населення, без їхньої самовідданої праці у цей період жертви були б ще більшими. Водночас, перебуваючи ще в стані післявоєнної відбудови, потерпаючи через недостатнє фінансове, матеріально-технічне, кадрове та медекаментозне забезпечення, маючи серйозні проблеми з організацією медичного обслуговування населення, медичні заклади не змогли повною мірою надавати необхідну якісну допомогу голодуючим та хворим.

На завершення лише зазначимо, що у більшості публікацій радянського періоду стверджувалося, що у 1945-1946 рр. «внаслідок самовідданої праці медичних працівників успішно ліквідувались епідемії та епідемічні спалахи інфекційних захворювань. У містах та промислових районах краю у найкоротший термін було наведено санітарний лад, що дало можливість нормалізувати життя людей...» [346, с.60]. Проте опрацьовані нами архівні матеріали свідчать про наявність епідемій у 1947-1948 рр. та поодинокі випадки захворювань протягом 1949-1950 рр. Тож можна зробити висновок, що боротьба з епідеміями паразитарних тифів на Поділлі тривала аж до середини 50-х рр. ХХ ст. Загалом, на середину 50-х рр. ХХ ст. завдяки надзвичайним зусиллям жителів Подільського краю вдалося подолати епідемії масових захворювань і смертності, що в кінцевому результаті позитивно вплинуло на демографічну ситуацію в регіоні.

### **Висновки до розділу III**

У процесі відновлення системи охорони здоров'я на визволеній території Подільського краю в умовах війни можна вирізнити два основних етапи. Перший етап розпочинався із визволенням Поділля підрозділами Червоної Армії в 1944 р. Оскільки на цей момент у визволених районах не було добре організованої цивільної системи охорони здоров'я, то саме армійські санітарні загопи надавали першочергову та невідкладну медичну допомогу мирному населенню, здійснювали ефективні протиепідемічні заходи, допомагали відновлювати роботу медичних установ.

Новий етап у розвитку мережі і матеріально-технічна забезпеченість лікувальних закладів Поділля розпочинається в 1947 р. У цьому році розпочалася медична реформа, в ході реалізації якої передбачалися основні напрямки подальшої відбудови та відновлення медико-санітарної мережі в краї. Завдання, які були поставлені урядом держави, передбачали не лише відновлення довоєнного рівня медичної допомоги населенню, а й цілковиту ліквідацію ряду інфекційних захворювань, значне зниження кількості інших захворювань. Поряд з цим, у справі надання медичної допомоги населенню мали місце серйозні недоліки, що негативно позначалися на її якості. Особливо негативно на якості медичної допомоги міському населенню позначалося значне відставання рівня діагностичної і лікувальної роботи в поліклініках і на дільницях від стаціонарів. Однією з головних причин відставання поліклінічної й дільничної ланок була недостатня кваліфікація у загальній масі поліклінічних і дільничних лікарів. Профіль цих лікарів, що виробився за попередній період, на той час уже не відповідав належним чином інтересам охорони здоров'я.

У результаті медичної реформи на 1955 р. були зміцнені існуючі та створено нові обласні спеціалізовані заклади та відділення у них для надання консультативної й методичної допомоги районним і дільничним лікарням.

У цей час позитивно вирішувалося і питання кадрового забезпечення Подільського краю.

## РОЗДІЛ ІV. МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ РЕГІОНУ

### **4.1. Поширення санітарно-гігієнічних знань, вмінь і навичок серед населення краю.**

Відомо, що основоположним принципом охорони здоров'я є його профілактична спрямованість. Найважливішою сферою профілактичної роботи є формування здорового способу життя.

За своєю сутністю медико-гігієнічне виховання є частиною державної системи охорони здоров'я, що включає поширення медичних і гігієнічних знань, які спрямовані на формування здорового способу життя та прищеплення населенню гігієнічних навичок з метою збереження і зміцнення здоров'я, підвищення працездатності й активного довголіття.

З вищезазначеного випливає і основна мета медико-гігієнічного виховання населення, яка полягає у формуванні знань і умінь самостійно приймати рішення з питань збереження і зміцнення здоров'я. Тут слід зазначити, що у досліджуваній нами період на території Подільського регіону ми прослідковуємо розрив між гігієнічними знаннями і поведінкою людей. Тому на той час назріла гостра необхідність перетворювати знання у навички. При цьому, на рівні тогочасної медичної науки стало поширеним розуміння того, що необхідно пропагувати та поширювати серед населення не санітарну освіту, а саме санітарно-гігієнічне навчання та виховання.

Найважливіші завдання установ охорони здоров'я по гігієнічного навчання і виховання населення полягали у:

- формуванні здорового способу життя у населення;
- пропаганді гігієнічних і медичних знань;
- популяризації досягнень медичної науки;
- вихованні свідомого ставлення населення до охорони та зміцнення здоров'я тощо.

В основі тогочасної роботи з гігієнічного навчання та виховання лежали такі принципи, як:

1. Державний характер, у відповідності до якого держава фінансує діяльність установ з гігієнічного навчання і виховання населення, забезпечує розвиток матеріально-технічної бази, здійснює підготовку кадрів, забезпечує правову основу діяльності установ служби.

2. Науковість або відповідність медичних та гігієнічних знань сучасному стану науки і практики.

3. Масовість, яка передбачає участь усіх медпрацівників, залучення фахівців інших відомств і громадських організацій.

4. Доступність, згідно з якою при викладі матеріалу потрібно уникати незрозумілих медичних термінів, мова повинна бути доступна для розуміння.

5. Цілеспрямованість, яка передбачала проведення роботи за обраним напрямом з урахуванням різних груп населення.

6. Оптимістичність, згідно з якою для досягнення ефекту важливо підкреслювати можливість успішної боротьби із захворюваннями.

7. Актуальність, яка передбачала, що вибір напрямку роботи повинен бути актуальним у даний момент часу [202, с.198].

У перші післявоєнні, а також і подальші роки найбільш гостро постала необхідність поширення санітарно-гігієнічних знань, вмінь та навичок серед мешканців Поділля. Слід зазначити, що проблема низького рівня медичних знань серед широкого загалу населення на той період набрала загальнореспубліканського характеру. З цього приводу Наркомат внутрішніх справ України у 1945 р. за результатами цензури листів направляв спеціальні повідомлення Першому секретарю ЦК КП(б)У Д. С. Коротченку, котрий накладав на них резолюції, якими звертав увагу центральних і місцевих органів влади та охорони здоров'я на погану санітарно-просвітницьку агітацію серед населення та незадовільну роботу щодо попередження епідемій інфекційних захворювань, ставив завдання здійснити заходи спрямовані на їхню ліквідацію



[399, арк.22]. При цьому зазначимо, що подібне інформування керівництва республіки здійснювалося зі значним запізненням. Так, наприклад, спеціальне повідомлення НКВС УРСР Д. С. Коротченку з наведеними вище фактами було направлено лише 11 вересня 1945 р., тобто у ньому йшлося про події понад та майже місячної давності. А з урахуванням бюрократичної процедури проходження документів та ще й під грифом «цілком таємно» реалізація в областях Поділля розпоряджень з центру та вжиття ефективних заходів, які були пов'язані з поширенням санітарно-гігієнічних знань, вмінь і навичок серед мешканців краю, безпосередніми виконавцями здійснювалося із значним запізненням, що призводило до тяжких наслідків [399, арк. 16].

Наявна складна ситуація з інфекційними захворюваннями у визволених від ворога районах України змусила як загальнореспубліканські, так і подільські місцеві органи влади вжити більш рішучі заходи щодо організації та змісту протиепідемічної роботи та поширенню санітарно-гігієнічних знань у населених пунктах. Зокрема було прийнято ряд рішень, спрямованих на мобілізацію працівників радянських, партійних, профспілкових та комсомольських органів на поширення санітарно-гігієнічних знань серед населення Подільського краю, а також чітко визначено головні напрями діяльності закладів охорони здоров'я.

Важливим етапом у поширенні санітарно-гігієнічних знань, вмінь та навичок серед населення Подільського регіону мав наказ МОЗ СРСР «Про структуру і нормативи у лікувально-профілактичних закладах сільських районних центрів і типові штати медичного персоналу сільських дільничних і районних лікарень» від 15 вересня 1947 р. [399, арк.34] У відповідності до цього наказу, на території Поділля впроваджувалася нова схема організації лікувально-профілактичної та медико-просвітницької допомоги сільському населенню. З метою наближення до сільського населення спеціалізованої лікарської допомоги і поліпшення роботи районних лікарень МОЗ СРСР з 1 листопада 1947 р. було запроваджено нову структуру і введено у дію нове

положення про районну лікарню, яка тепер ставала і центром поширення елементарних медичних знань, умінь та навичок серед населення краю.

У перші післявоєнні роки особливо важлива роль у поширенні санітарно-гігієнічних знань і умінь на території Поділля відводилася посланцям Червоного Хреста, які працювали самовіддано, навіть іноді забуваючи про втому. Загалом у Вінницькій та Кам'янець-Подільській областях санітарно-епідемічні загони поряд з наданням медичної допомоги здійснювали серед населення просвітницько-роз'яснювальну роботу протиепідеміологічного характеру. Ця робота поширювалася на десятки тисяч людей – мешканців 27 районів, 198 сіл [124, с.45]. Активну участь у цій роботі брала молодь. Велику допомогу організаціям Червоного Хреста у проведенні масово-оздоровчої та протиепідемічної роботи подавали шкільні сандружини та санпости, яких у регіоні налічувалося понад 500 з кількістю членів близько 30 тис. осіб [250, с.76]. Виконуючи рішення ЦК КП(б)У та РНК УРСР про залучення широкої громадськості до боротьби з епідемічними захворюваннями, за поліпшення санітарного стану міст та сіл, працівники системи охорони здоров'я Подільського краю активізували свою роботу й у цьому напрямі. Це дало змогу у перші післявоєнні роки не тільки відбудувати у Вінницькій і Кам'янець-Подільській областях по одному будинку санітарної освіти, а й розгорнути пропагандистську кампанію, готувати громадських санінструкторів, які мали здійснювати протиепідемічно-просвітницькі заходи серед населення краю [466, арк.124].

Про широкий розмах цієї роботи можна судити з наступних прикладів. Так, Вінницький будинок саносвітпропаганди до 1 лютого 1946 р. направив лікарям поліклінік міста тези санітарно-пропагандистських лекцій та провів нараду громадських санінспекторів. По радіо було передано бесіду про боротьбу з черевним тифом, у трьох кінотеатрах прочитано лекції про попередження інфекційних захворювань. Серед населення активно розповсюджувалася й відповідна медична література [460. арк.165].

Тільки в колгоспах і радгоспах Подільського краю до липня 1947 р. було організовано 1100 санпостів. Їм було видано 2115 плакатів, 30 тис. примірників листівок та 2000 – літератури з медичної тематики [363, арк.44]. На подільських підприємствах створювалися санітарні куточки. У школах для учнів читалися спеціальні курси. Наприклад, у Кам'янець-Подільській області такі курси для дівчат, які навчалися у ІХ-Х класах, працювали у 28 школах [458, с.38]. Усього за перше півріччя 1946 р. було підготовлено 2920 громадських санінструкторів. Медпрацівники за той же період провели 5300 лекцій та бесід. Їх прослухали майже 100 000 осіб. Було розгорнуто 27 виставок та 11 пересувних бібліотек. Надруковано й розповсюджено 180 000 примірників книг та брошур, 30 000 листівок, 1800 плакатів. Відділ санітарної освіти НКОЗ СРСР у відправив у подільські області 12 000 примірників спеціальної медичної літератури [458, с.38].

Важливу роль у справі поширення санітарно-гігієнічних знань відігравали колгоспні медичні пункти, створення яких у Подільському краї розгорнулося відразу після його визволення від німецько-фашистських загарбників в 1944 р. Цю нову форму медико-санітарного обслуговування сільських мешканців та впровадження у їхній побут санітарної культури ініціювало Товариство Червоного Хреста. Господарства посиляли сільських дівчат і жінок навчатися на спеціальних курсах колгоспних медичних сестер. Закінчивши курси, вони поверталися працювати за фахом до рідних сіл. Наприклад, в Іллінецькому сільському районі Вінницької області у кожному з 27 колгоспів були медичні пункти, на яких працювало більше 50 медсестер [103, с.85]. На початок 1946 р. на Поділлі вже діяло майже 200 таких пунктів [104, с.345]. У подальшому кількість цих пунктів зростала. Їхня допомога мешканцям сільської місцевості була особливо потрібною у період колгоспних польових робіт, а також весною, восени та взимку, коли внаслідок великих снігових заметів сполучення багатьох сіл з райцентрами, де знаходилися поліклініки та лікарні, надзвичайно ускладнювалося. За цих умов медичні сестри поряд з наданням першої медичної допомоги хворим також намагалися проводити

бесіди на предмет дотримання елементарних правил гігієни, надання у результаті виробничої травми першої медичної допомоги тощо.

Принципово новим етапом у сфері поширення санітарно-гігієнічних знань, вмінь і навичок серед населення краю стали 50 – і рр. ХХ ст. Цей етап є напряду пов'язаним з початком у світі науково-технічної революції. У контексті теми нашого параграфу лише зазначимо, що одним із головних досягнень цієї революції, стало чітке усвідомлення суспільством того факту, що головною цінністю суспільства є сама людина, її здоров'я, творчий потенціал тощо. Тому пропаганда санітарно-гігієнічних знань напряду стала пов'язуватися з новим понятійним терміном, а саме пропагандою здорового способу життя. Особливо це стосувалося тогочасної молоді Подільського краю.

У цьому відношенні вважаємо за необхідне відзначити Постанову Ради Міністрів УРСР і ЦККП №2511 від 17.08.1950 р. «Про впорядкування внутрішнього розпорядку та режиму дня учнів початкових, семирічних і середніх шкіл УРСР», яка визначила перед усіма працівниками народної освіти завдання: «повсякчасно турбуватися про зміцнення здоров'я дітей та учнівської молоді, дотримуватись правил шкільної гігієни, розвивати фізичні нахили, що є невід'ємною частиною високих якостей радянських людей» [398, арк.118].

У відповідності до цієї постанови, фізична культура мала забезпечувати комплекс заходів, які були спрямовані на зміцнення здоров'я та фізичний розвиток дитини, формування здорової особистості, в якій повинні гармонійно поєднуватися духовне багатство та фізична досконалість. Як свідчить аналіз архівних джерел, на виконання зазначеної Постанови передбачалося покращення медико-санітарних умов роботи шкіл, а також якості освітнього процесу учнів. Аналіз причин і пошук шляхів покращення якості освіти викладено у наказі Вінницького обласного відділу народної освіти «Про стан навчально-виховної роботи у школах Вінницької області у I півріччі 1950-1951 н.р.», в якому зазначалося про значне збільшення числа класів та вчителів у області, які досягли певних результатів у забезпеченні якісного освітнього

процесу. Так, у Мур-Куриловецькому районі було відкрито 125 класів; у Томашпільському – 43; у Вінницькому – 32 класи тощо. Зокрема, у наказі було зазначено, що 513 шкіл області досягли повного виконання Закону про загальне семирічне навчання; значне підвищення мала матеріально-технічна база шкіл; організувалося навчання педагогічних кадрів, які забезпечували освітній процес [460, арк.145].

Разом з тим, поряд з позитивними змінами залишалася недостатня увага з боку районних відділів освіти щодо роботи початкових класів, викладання фізичної культури та організації виховної роботи у початкових класах. Наступними завданнями було визначено: удосконалення у кожній школі відповідних санітарно-гігієнічних умов навчання; здійснення в усіх населених пунктах області загального семирічного навчання (відвідування школи, організація харчування, підвезення учнів до шкіл, забезпечення одягом та взуттям, матеріальна допомога дітям-сиротам і дітям інвалідам війни); забезпечення шкіл навчально-наочним приладдям; використання місцевих можливостей та бюджетних асигнувань на поповнення шкільних кабінетів [128, с.16-19]. На середину 1950–х рр. після пом'якшення ідеологічного тиску на систему освіти розпочалися кардинальні зміни і в самій системі санітарно-гігієнічного виховання краю [66, с.47]. Перед народною освітою Поділля постали актуальні завдання, пов'язані з тривалістю навчання школярів, харчуванням, організацією відпочинку, фізичного розвитку, формування здорового способу життя учнів.

Враховуючи пріоритетні напрями прискореної розбудови держави, повоєнні 1946–1955 роки для Поділля позначалися зростанням будівництва освітніх закладів. У досліджуваній період поширювалася мережа шкільних інтернатів, їдалень і буфетів; збільшувалося будівництво спортивних та ігрових майданчиків, фізкультурних залів; поліпшувалось опалення й освітлення шкільних приміщень; надавалася систематична допомога шефськими організаціями в удосконаленні санітарно-гігієнічного благоустрою [66, с.85].

У цей час досить гостро постала проблема поліпшення організації харчування дітей у школах, адже харчування і навчання дітей тісно були взаємопов'язані. Як свідчить аналіз архівних документів, стан організації харчування учнів у більшості шкіл Подільського краю, так само як і більшості регіонів України, був незадовільним. Аналіз причин і пошук шляхів покращення якості харчування викладено у проєкті Постанови Ради Міністрів Української РСР «Про стан і заходи поліпшення учнівського харчування в школах Української РСР», в якій було зазначено, що «... у більшості виконкомів обласних, міських та районних рад депутатів трудящих, міських, районних відділів торгівлі і народної освіти не розуміли державного значення організації учнівського харчування через пришкільні їдальні та буфети у справі здійснення загального обов'язкового навчання, поліпшення навчальної роботи і зміцнення здоров'я дітей» [395, арк. 35].

Визначені недоліки в організації харчування школярів були зумовлені, в першу чергу, незначною кількістю відкритих буфетів та їдалень у школах, що впливали на розгортання запланованої сітки, загальний стан здоров'я школярів та кількість охоплення учнів харчуванням. У складний повоєнний період поряд з проблемами функціонування шкільної освіти, організацією харчування школярів пріоритетності набуло питання підвищення фізичного виховання школярів, формування їх здорового способу життя. Так, у проєкті директиви XIX з'їзду партії по п'ятому п'ятирічному плану розвитку СРСР на 1951-1955 роки у розділі «Галузь подальшого зростання матеріального добробуту, охорони здоров'я і культури рівня народу» було висвітлено питання щодо забезпечення подальшого поліпшення охорони здоров'я населення та розвитку фізичної культури і спорту у країні [406, арк.13].

У подальшому, на виконання вищезазначеної директиви, значна увага на Поділлі почала приділятися проблемам формування здорового способу життя школярів через розвиток фізичного виховання, спортивно-масової роботи, поліпшення санітарно-гігієнічних умов перебування учнів. У зв'язку із здійсненням

загального десятирічного навчання, новими вимогами передбачалися нові освітні завдання й до початкової освіти. Так, у програмах початкової школи були внесені певні зміни до нових завдань, а саме: ліквідація концентризму; розвантаження учнів від зайвого матеріалу (складні теми уроків переносили до навчальних планів наступних класів); запровадження уроків ручної праці, що прищеплювали дітям практичні навички фізичної праці [406, арк.12]. Отже, підвищення рівня освітньої роботи у початкових класах створювало передумови для успішного виконання завдань народної освіти у справі переходу до загальної десятирічної освіти, поліпшувало санітарно-гігієнічні умови навчання й виховання учнів школи.

З метою підвищення та удосконалення фізичного та санітарно-епідеміологічного виховання учнів і формування їхнього здорового способу життя Міністерством освіти було затверджено план розвитку фізкультури і спорту у школах УРСР та заходи щодо поліпшення організації дозвілля й відпочинку школярів на перервах і між уроками, що значно могло вплинути на загальний розвиток формування здорового способу життя учнів. Так, у звітах Вінницького та Кам'янець-Подільського обласних відділів народної освіти УРСР за 1949-1950 рр. щодо фізичного виховання учнів початкових середніх, семирічних шкіл зазначалося про позитивні зміни, а саме перед початком занять і перервами проводилася 15-хвилинна фізкультхвилинка; значно покращилася спортивна база та якість пришкільного обладнання спортивних майданчиків шкіл; підвищилася якість викладання уроків фізичної культури у початковій школі; позитивних здобутків набули спортивні досягнення школярів; проводилися спартакіади зі школярами; на 75 % було забезпечено програмами з фізичного виховання для учнів 1–4 класів загальноосвітні заклади [466, арк.256].

Проте, поряд з позитивною динамікою, були й певні недоліки у фізкультурно-спортивній роботі у початковій школі. Зокрема у 1-4 класах фізичне виховання проводили класоводи, які не володіли методикою викладання предмета; у більшості районів областей Поділля були відсутні

лікарі, які відповідали за фізичну культуру та медичний контроль за здоров'ям учнів; у деяких семирічних школах не було виділено кімнат для занять фізкультурою через відсутність приміщення; недостатня кількість спортивних баз і спортивного інвентарю; відсутньою була належна підготовка вчителів фізичного виховання зі спеціальною освітою, що негативно відбивалася на виконанні навчальних програм; недостатньо уваги приділялося заняттям з легкої атлетики, гімнастики, спортивним іграм та акробатиці [466, арк.234].

У цей період тривав активний пошук шляхів підвищення формування здорового способу життя учнів початкової школи. Так, у 1957 році Міністерством освіти УРСР у всіх класах загальноосвітніх шкіл було рекомендовано: не задавати домашні завдання учням на понеділок та післясвяткові дні; не призначати контрольних робіт на ці дні. Як бачимо, розвантаження учнів загальноосвітніх шкіл УРСР набуло актуальності [98, с.8].

Отже, основними завданнями педагогічної освіти була раціональна організація уроку, що передбачала чергування праці й відпочинку, запобігання перевантаження школярів навчальною та виробничою працею. Крім того, в класах Подільського краю почали поступово запроваджуватися спеціальні початкові дисципліни з основ медицини та санітарно – гігієнічної справи.

У досліджуваний період М.Антропова, Н.Волкова проводили перші комплексні психолого-педагогічні дослідження, що були зорієнтовані на виявлення впливу факторів освітнього середовища на здоров'я учнів (працездатність, увага, стан зорових функцій тощо) [102, с.456]. Проведені наукові дослідження визначали необхідність щодо працездатності, перевантаження учнів та зміцнення їх здоров'я в освітньому процесі. Зокрема серед основних освітніх завдань було визначено: зниження нормативів навчального навантаження з урахуванням вікових особливостей школярів; розроблення шкільних програм оздоровчого спрямування.

Починаючи з середини ХХ століття, була осмислена необхідність формування здорового способу життя як комплексної проблеми, що включає



колективну та індивідуальну профілактику інфекційних та неінфекційних хвороб, гігієнічне виховання населення.

У цей період у Подільському регіоні починає формуватися відповідна служба здорового способу життя, в обов'язки якої входила також і пропаганда санітарно-гігієнічних знань та умінь. Ця служба здійснювала свою роботу через:

1. Систему закладів охорони здоров'я.
2. Систему освіти.
3. Молодіжні організації.
4. Канали комунікації (радіо, друк тощо).
5. Факультативні форми навчання (школи здоров'я, школи молодої матері і літньої людини і т.д.).
6. Масові форми пропаганди здорового способу життя (кіновідеоекранні, ярмарки, свята тощо).

Таким чином, вже на середину 50-х рр. ХХ ст. питання поширення і пропаганди санітарно-гігієнічних знань, вмінь і навичок серед населення Вінницької та Хмельницької областей, набало нового змістовного наповнення та досягнуло більш високого якісного рівня. Все це було досягнуто за рахунок комплексного піходу до оцінки санітарно-гігієнічних знань, які тепер розглядалися у контексті пропаганди здорового способу життя мешканців Поділля, зокрема молоді. В цей період нами також прослідковується зміна певних концептуальних підходів у діяльності системи охорони здоров'я, яка полягає у переході від лікування хваріб до їхнього запобігання та профілактики.

#### **4.2. Лікувально-профілактична допомога інвалідам війни та лікарняно-аптечна справа.**

Одним із надзвичайно негативних наслідків війни було значне збільшення кількості інвалідів серед населення Подільського регіону, що

сталось через одержання ушкоджень, каліцтв, хвороб учасниками бойових дій та цивільними громадянами, які опинилися в зоні бойових дій та окупації. Станом на 1 вересня 1945 р. у Вінницькій та Кам'янець-Подільській областях на обліку загалом перебувало близько 38 тисяч інвалідів. Серед них 32 тисячі чол. були інвалідами Вітчизняної війни, у т. ч. 590 – інвалідами I групи (1,7 %), 19,1 тис. – інвалідами II групи (51,1 %), біля 17 тисяч – інвалідами III групи (47,2 %) [405, арк. 99]. Станом на 1 січня 1946 р. кількість інвалідів війни в подільських областях зросла до 40 тисяч чол. [405, арк.100], що пояснюється поверненням додому значної кількості інвалідів після лікування у госпіталях і санаторіях та з евакуації. Таким чином, інвалідом війни був кожний шістдесятій мешканець краю.

У наступні роки чисельність інвалідів поступово зменшувалася, але й до кінця 1940-х рр. залишалася великою. Так, станом на 1 січня 1950 р. на обліку перебувало 35 тисяч інвалідів війни [449, арк.52]. Наведені вище показники свідчать, що упродовж усього відбудовного періоду уваги і піклування потребувала досить велика частина мешканців Подільського краю.

Багато з них потребували постійної медичної допомоги, а частина, у зв'язку з одержаними важкими тілесними та моральними ушкодженнями, довготривалого спеціального лікування та соціальної реабілітації. Тож перед загальнореспубліканськими та місцевими органами державної влади та охорони здоров'я з початком визволення території Вінниччини та Хмельниччини від окупації постали виключно складні завдання – забезпечити повсякденну медичну допомогу інвалідам війни у медичних закладах загального типу, за короткий термін налагодити роботу спеціалізованих закладів для кваліфікованого профільного лікування та протезування інвалідів, створити необхідну базу для матеріально-технічного забезпечення цих закладів, здійснювати соціальну реабілітацію цієї категорії громадян.

Щодо першого завдання, то лікувальну допомогу інвалідам війни забезпечувала ціла мережа поступово відновлюваних медичних закладів,

причому здійснювалася вона силами кращих фахівців. Водночас необхідно зазначити, що якісний рівень такої допомоги інвалідам не завжди відповідав потребам. Це значною мірою було зумовлено слабкістю кадрового та матеріально-технічного потенціалу подільських медичних закладів у тогочасних умовах, про що ми вже згадували у попередніх розділах нашого дисертаційного дослідження.

Більш складним і тривалішим у часі виявився процес організації спеціалізованої системи лікування інвалідів війни. Так, у тяжких умовах післявоєнного етапу відбудови на Поділлі починає створюватися широка мережа спеціалізованих лікувальних закладів для інвалідів. Її створення започаткували спеціальні розпорядження РНК СРСР та наказ НКОЗ СРСР від 14 травня 1943 р. «Про організацію спеціалізованої допомоги інвалідам Вітчизняної війни». У відповідності до цих документів наказувалося: реорганізувати в лікарні відновлювальної хірургії для інвалідів війни евакошпиталі та протезні майстерні, які повинні забезпечувати протезування інвалідів, котрі перебуватимуть на стаціонарному лікуванні; організувати спеціальні відділення для відновлювального лікування інвалідів війни, які потребують особливих видів спеціалізованого лікування (нейрохірургічного, стоматологічного, психоневрологічного) [399, арк.234-235]. Дія зазначених документів, а отже, й реалізація визначених ними заходів, частково поширювалася й на визволену територію Подільського краю.

У свою чергу, відповідні заходи щодо організації спеціалізованої медичної допомоги інвалідам війни вживали РНК УРСР та НКОЗ України. Уже в червні 1943 р. РНК УРСР прийняв постанову, якою зобов'язував республіканські та місцеві органи влади та охорони здоров'я організувати у визволених областях республіки мережу лікувальних закладів відновлювальної хірургії та протезування інвалідів війни. На виконання цієї постанови в областях Поділля було створено 180 ліжок. Одночасно Держплан УРСР зобов'язувався забезпечити виконання заявок НКОЗ України на матеріали для

лікувального протезування, а облвиконкоми та міськради - відвести приміщення для розгортання лікарень та поліклінічних відділень відновлювальної хірургії [360, с.5]. Завдання органів охорони здоров'я по організації спеціалізованої медичної допомоги інвалідам війни були конкретизовані у наказі НКОЗ УРСР від 30 листопада 1943 р. Ним ставилося завдання вже до середини 1944 р. розгорнути на визволених від німецько – фашистських загарбників територіях 2200 ліжок у лікарнях з відділеннями відновлювальної хірургії, створити в усіх містах при лікарнях або поліклініках комісії для визначення характеру необхідної медичної допомоги інвалідам війни та направлення їх на спеціальне лікування у стаціонарні чи поліклінічні заклади [455, арк. 34-47].

На Поділлі виконання зазначених заходів дало позитивні результати. Упродовж 1943-1944 рр. в краї, на базі загально-цивільної медичної мережі органи охорони здоров'я, організували ряд окремих лікарень та відділення відновлювального лікування інвалідів. В обласних центрах були відкриті відділення при поліклініках для амбулаторного лікування інвалідів. Ці лікарні та відділення при поліклініках у 1944 р. були свого роду закладами по диспансеризації інвалідів війни [439, арк.55]. Кабінети для відновлювального лікування були створені й при багатьох амбулаторіях. Але у ряді районів, особливо у сільській місцевості, не було можливості забезпечити інвалідів війни спеціальною медичною допомогою. У таких умовах для цінною була ініціатива розташованих на території регіону евакошпиталів, які організували кваліфіковане відновлювальне лікування інвалідів війни [439, арк.67].

І хоча поставлене керівними органами завдання щодо розгортання на базі загально-цивільних медичних закладів ліжок відновлювальної хірургії не було виконане в повному обсязі, все ж на кінець 1945 р. їхній загальний фонд у стаціонарах складав близько 120 ліжок, якими скористалися тисячі інвалідів війни. Загалом стаціонарну та амбулаторну спеціалізовану допомогу в 1945 р.

одержали у Вінницькій області 1320 інвалідів, у Кам'янець-Подільській – 1030 інвалідів [440, арк. 23].

У червні 1944 р. за рішенням уряду в подільських областях розпочалася організація шпиталів відновлювальної хірургії для інвалідів війни. Тут слід зазначити, що перші такі шпиталі були організовані на базі реорганізованих харківських та житомирських військових евакошпиталів, які внаслідок недостатнього завантаження пораненими вже тривалий час здійснювали відновлювальне спеціалізоване лікування інвалідів. Ефективність такої роботи була значною, багатьом інвалідам вдалося відновити або підвищити працездатність. Такий метод лікування інвалідів одержав позитивну оцінку й був рекомендований для подальшого використання у Вінницькій та Кам'янець-Подільській областях [440, арк.83-84].

У відповідності з постановами РНК СРСР від 29 серпня 1945 р. і РНК УРСР від 15 вересня 1945 р., на території України підлягали реорганізації 71 евакошпиталь, у яких для лікування інвалідів Вітчизняної війни передбачалося розгорнути 17 800 ліжок. Уже на 20 січня 1946 р. у реорганізованих шпиталях лікувалося 6 тис. інвалідів війни [439, арк.14-15].

Однак на Поділлі повне розгортання мережі таких спеціалізованих шпиталів для лікування інвалідів війни затримувалося через незадовільне їхнє розквартирування. Зокрема не всі шпиталі були забезпечені необхідною кількістю лікарів-спеціалістів, у деяких з них недостатньо застосовувалося комплексне лікування. У багатьох районах краю шпиталі були незадовільно забезпечені меблями, м'яким інвентарем, іншим майном. У багатьох шпиталях не були належним чином обладнані протезні майстерні [445, арк.12]. Адже на весь Подільський край працювала мише одна протезна майстерня, яка знаходилася в м. Вінниці, а цього було явно недостатньо.

Ліквідація зазначених та інших недоліків у справі реорганізації евакошпиталів та створення на їхній базі шпиталів для відновлювального лікування інвалідів війни дозволила вже незабаром суттєво покращити медичне

обслуговування інвалідів. Упродовж 1946 р. – першій половині 1947 р. у спеціальних шпиталях лікування пройшли 12 500 інвалідів Вітчизняної війни. Ефективність лікування була досить високою: повністю відновили працездатність 31,7 % інвалідів, частково – 25,3 %, підвищили працездатність – 20,5 % і без змін залишився стан здоров'я лише у 22,5 % інвалідів війни [476, арк. 15].

До надання спеціалізованої медичної допомоги інвалідам Подільського краю залучалися й науково-дослідні та навчальні медичні заклади. Так, згідно з рішенням РНК УРСР від 6 червня 1944 р., при Київському та Харківському науково-дослідних інститутах травматології та ортопедії були організовані клініки відновлювальної хірургії та протезування, які одночасно могли приймати на лікування 500 інвалідів війни. До кінця 1944 р. лише у Харківському інституті допомогу одержали 1219 інвалідів з особливо важкими тілесними ушкодженнями. При Київському інституті була створена експериментальна протезна майстерня, а на Слов'янському курорті поновлена робота Інституту відновлення працездатності інвалідів [405, арк. 23]. Особливо важливим було й те, що науково-дослідні інститути, у відповідності зі своїм фахом, не лише активно приступили до лікування інвалідів, але й взяли на себе методичну роботу у госпіталях та лікарнях. Упродовж 1945 р. у клініках науково-дослідних та навчальних інститутів курс лікування пройшли 6909 інвалідів війни [405, арк.15]. Серед тих, хто пройшов у вищезазначених установах курси лікування та відновлення, був значний відсоток і вихідців з Поділля.

Пройшовши курси відновлювального лікування у лікарнях загального типу, спеціальних шпиталях та клініках, десятки тисяч інвалідів регіону вже на кінець 40-х початок 50-х рр. ХХ ст. були в змозі виконувати посильні види робіт.

Важливе значення для подальшої організації й удосконалення системи лікування та відновлення працездатності інвалідів Подільського краю мало проведене у 1945 р. Наркоматом охорони здоров'я УРСР спільно з Наркоматом

соціального забезпечення УРСР персональне медичне обстеження лікувально-відбірними комісіями інвалідів війни [244, с.300]. Унаслідок цих обстежень були одержані досить точні дані про причини інвалідності у зв'язку із пораненнями чи захворюваннями, одержаними на фронті, про стан здоров'я інвалідів, про ступінь або групу інвалідності, пов'язаною із тими чи іншими наслідками поранень чи захворювань. Щодо території Подільського краю то тут особливо важливим було те, що результати обстеження дозволили виявити потреби інвалідів війни у різних формах лікування чи протезування, а також детально охарактеризувати клінічні форми наслідків поранень чи захворювань. Було встановлено, що серед обстежених інвалідів областей Поділля чоловіки склали 99,4 % і жінки 0,6 %; 14,9 % інвалідів мали вищу освіту. Інвалідів у віці до 20 років було 6,6 %, у віці від 20 до 30 років – 32,4 %, від 30 до 40 років – 37,8 % і старше 40 років – 23,2 % [449, арк. 49-52].

Розподіл інвалідів за групами інвалідності був таким: інваліди I групи склали 1,6 %, інваліди II групи – 37,6 %, інваліди III групи – 60,8 % до всіх облікованих інвалідів після переобстеження (до переобстеження інваліди I групи склали 2,0 %, інваліди II групи – 45,2 %, інваліди III групи – 52,8 %) [449, арк.55].

Основний контингент склали інваліди, у яких причиною інвалідності були наслідки поранень, травми чи контузії: їхня кількість дорівнювала 85,8 %. На першому місці були такі причини інвалідності, як анкілози й контрактури верхніх і нижніх кінцівок (21,2 %); ці ускладнення та наслідки пошкоджень опорно-рухального апарату спричиняли інвалідність найбільш часто. Число інвалідів, у яких були ампутовані кінцівки, складало 16,3 % по відношенню до всіх облікованих, причому 10 % припадало на інвалідів з ампутованими нижніми кінцівками. Кількість осіб з ампутованими верхніми кінцівками була меншою – 6,3 %. На третьому місці були інваліди, у яких унаслідок травм були виявлені остеомієлітичні процеси – 9,5 %; інваліди з паралічем верхніх кінцівок

– 8,0 %; із травматичною епілепсією й так званим «травматичними неврозами» – 3,9 %; із сліпотою – 2,4 % та ін. [354, с.180].

Захворювання, що стали причиною інвалідності, склали 14,2 %. Серед них найбільш поширеним був туберкульоз легень – 2,9 %, потім виразкова хвороба – 1,6 %, хвороби серця і судин – 1,4 %, захворювання периферичних нервів – 1,1 % [257, с. 30-38].

Із загальної кількості інвалідів Вітчизняної війни на Поділлі та переоблікованих у 1945 р. потребували окремих видів лікування 58,3 %, а 63,6 % від цієї кількості потребували різних видів стаціонарного лікування – хірургічного, ортопедичного, психоневрологічного, фізіотерапевтичного і т. п. При цьому найбільше інвалідів Вітчизняної війни потребували хірургічного лікування – 27,4 %, фізіотерапевтичного – 24,9 %, санаторного – 21,8 % [354, с.181].

Поліклінічного лікування потребували 34,4 % від загальної кількості тих, хто підлягав лікуванню, причому значному числу інвалідів потрібна була хірургічна допомога.

Однак на той час обслуговування інвалідів війни як лікарською, так і протезною допомогою було вкрай незадовільним. З цього приводу на липневій сесії обласної Ради депутатів трудящих Вінницької області, яка проходила в 1945 р., було зазначено, що внаслідок недостатньої уваги з боку виконкомів райрад депутатів трудящих і сільрад до медичного обслуговування інвалідів війни, при цьому цілий ряд райцентрів і сіл взагалі знаходились у досить запущеному санітарному стані, особливо такі райони як: Жмеринка, Шаргород, Монастирище та інші [460, арк.176]. Усе це загалом унеможливило повноцінну організацію процесу реабілітації інвалідів.

У зв'язку з необхідністю забезпечення інвалідів Подільського регіону протезами під час переобліку враховувалися характер здійсненої ампутації на тому чи іншому рівні верхньої або нижньої кінцівки. Загалом потребували протезування 17,1 % інвалідів; із них інвалідів I групи – 2,8 %, II групи –



64,6 %, III групи – 32,6 %. Здійснене обстеження уточнило місцепроживання інвалідів і кількість тих видів протезів і протезних виробів (ортопедичного взуття, корсетів, таторів і т.п.), у яких вони мали потреби. Це створило умови для чіткого планування всієї роботи протезної промисловості для задоволення потреб у тих чи інших видах протезних виробів [206, с.88]. Для вирішення цієї проблеми IX сесія Вінницької обласної Ради у 1945 р. прийняла рішення про збільшення потужностей Вінницької протезної майстерні шляхом перетворення її у протезний завод [460, арк.39].

Такий детальний аналіз даних медичного огляду і вивчення стану здоров'я інвалідів війни у 1945 р. відіграли величезну роль в організації та проведенні заходів подальшого їхнього лікування та працевлаштування.

У відповідності з постановою уряду УРСР від 15 вересня 1945 р. до кінця року в усіх областях України для лікування інвалідів Великої Вітчизняної війни були організовані 74 спеціалізовані шпиталі або шпиталі з спеціалізованими відділеннями: ортопедичними, протезними, хірургічними, нейрохірургічними, щелепно-лицьовими, отоларингологічними, психоневрологічними, онкологічними, туберкульозними, терапевтичними, для тих, хто хворіє тривалий час та інші. Загальна кількість ліжок у шпиталях сягала 18 100 одиниць. У Вінниці для інвалідів війни була відкрита лікарня відновлювального лікування на 47 ліжок. У ній, крім хірургічних методів лікування, широко застосовувалося фізіотерапевтичне лікування (масаж, лікувальна фізкультура, механотерапія, електролікування, водолікування, грязелікування, парафінолікування і т.д.). При госпіталях і лікарнях також створювалися навчальні майстерні для трудового навчання інвалідів війни [440, арк.127-154].

Унаслідок проведеної роботи уже на початок 1946 р. були досягнуті суттєві позитивні результати в області подальшого відновлення здоров'я інвалідів. За цей рік була повністю відновлена працездатність і знята інвалідність із значної кількості осіб.

Однак перші післявоєнні роки показали, що перший масовий огляд інвалідів війни не був повною мірою задовільним, оскільки на цей час на Поділля повернулася ще значна кількість інвалідів із військових шпиталів з інших республік. Тому постала необхідність провести повторний огляд. Повторне медичне обстеження було проведено в липні 1946 р., при цьому було поставлено завдання не лише здійснити загальний переоблік інвалідів, але й більш поглиблено вивчити стан їхнього здоров'я в контексті клінічної картини наслідків поранень і захворювань. З цією метою детальне обстеження проводилося за спеціальними формами обліку інвалідів з хірургічними, ортопедичними, нейрохірургічними, щелепно-лицьовими та іншими наслідками бойових травм і захворювань. У результаті було одержано детальну клінічну характеристику складу інвалідів та їхніх потреб у спеціалізованому відновлювальному лікуванні.

Проведений у 1946 р. на території подільських областей диспансерний облік і заходи по відновлювальному лікуванню внесли зміни у стан здоров'я інвалідів. Так, у 1946 р. кількість інвалідів регіону, які потребували стаціонарного лікування, по відношенню до загальної кількості інвалідів війни, складала 48,8 %, амбулаторного лікування – 30,4 %, санаторного – 21,2 % (у 1945 р. ця кількість складала відповідно 41,8 %, 36,4 % і 21,8 %) [440, арк.150].

Кількість інвалідів, які потребували хірургічного й ортопедичного лікування, складала 48,7 %, терапевтичного – 22,9 %, нейрохірургічного – 12,5 %, протезного – 6,6 %, психоневрологічного – 4,2 %, очного – 2,3 %, щелепно-лицьового – 1,9 % й отоларингологічного – 0,9 %. Кількість інвалідів, які потребували стаціонарної допомоги з окремих видів лікування, коливалася у межах від 40 до 57 % [435, арк.12].

По групах інваліди, які потребували відновлювального лікування, розподілялися так: I група – 3,1 %, II група – 51,4 %, III група – 45,5 %. У порівнянні з даними обстежень у 1945 р. в Україні загалом відбулося зменшення кількості інвалідів війни, які потребували лікування, з 58,3 % до 39,

79 %, тобто на 18,51 %, а також збільшення інвалідів I і II груп, за рахунок інвалідів III групи [223, 91]. У Кам'янець - Подільській області, наприклад, число знятих з обліку інвалідів склало 15 %, переведених із II групи в III – 16 %, із першої у другу – 7 % [466, арк.56].

Водночас збільшилася кількість інвалідів, які потребували лікування в шпиталях, і зменшилася кількість тих, які потребували амбулаторного лікування. Кількість інвалідів війни, які потребували санаторного лікування, залишалася незмінною.

На початок 50-х рр. XX ст. ми помічаємо певні зрушення у бік зменшення загальної кількості інвалідів краю, які потребували відновлювального лікування. Таке зменшення нами пояснюється проведенням більш якісних і комплексних лікувально-оздоровчих заходів, які, в свою чергу, привели до зменшення загальної кількості інвалідів, які потребували відновлювального лікування, що дозволило в багатьох зняти інвалідність (головним чином, у інвалідів III групи).

Таким чином, в результаті вищезазначених змін збільшилося число інвалідів, які потребували стаціонарного лікування, а стало менше інвалідів, які потребували амбулаторного лікування.

Характеризуючи результати лікувальної роботи в шпиталях для інвалідів війни у другій половині 40-х - початку 50-х рр. XX ст., слід зазначити, що в них досягалося повне відновлення функції у 55,1 %, часткове відновлення функції у 32,8 %, без змін – у 12,1 %. При кістково-пластичних операціях суглобів повне відновлення функції досягалося в 66,3 %, часткове – у 20,0 %, не наступало змін у 13,7 %. При операціях на великих суглобах типу артрорезу при резекціях суглобів й артропластиці повне відновлення функції складало 75 %, часткове – 10 %, без змін – 15 %, при остеомієлітах повне відновлення функції відбувалося в 52 %, часткове – 32,0 %, без змін – 16 %. Пластичні операції на обличчі давали повне відновлення функції у 50,5 % випадків, часткове у 40,0 %, без змін – 9,5 % [360, с.5-7].

Досвід застосовуваних методів лікування показав, що у 2/3 інвалідів війни або повністю відновлювалася працездатність, або вона у значній мірі підвищувалася. Так, за період 1946-1947 рр. із числа всіх інвалідів, які лікувалися або закінчили лікування, працездатність була повністю відновлена у 33,4 %, частково – у 23,0 %, підвищилася працездатність у 12,1 % і залишилася без змін у 24,5 % [360, с.6].

Із числа інвалідів війни I групи повна працездатність була відновлена у 1,2 %, частково – у 23,0 %, підвищилася працездатність у 17,6 %, у решти залишилася без змін. Таким чином, лише незначна частина інвалідів I групи поверталася повністю до праці, у 40,2 % інвалідів працездатність підвищувалася, у решти працездатність не була відновлена й стан їхнього здоров'я потребував тривалого стаціонарного лікування. Відновлювальне лікування інвалідів II групи давало значно кращі результати. За вказаний вище термін із загальної кількості випадків повністю була відновлена працездатність у 21,7 % інвалідів, частково – у 55,2 %, залишалася без змін – у 23,1 %. Зовсім іншими були показники за наслідками лікування інвалідів III групи: із загальної кількості інвалідів повністю повернулися до праці 52 %, частково – 27,5 %, без змін – 20,5 % [440, арк.91-92.].

Наведені вище показники відображали результати лікування інвалідів війни загалом по краю. Водночас мали місце й характерні особливості як щодо наслідків лікування інвалідів з різними видами ушкоджень, так і змінами в групах інвалідності серед тих, хто закінчив лікування в деяких госпіталях. Наприклад, в одному із шпиталів із числа тих, хто закінчив лікування, переведено із I групи в II – 209 чоловік, або 80 %; із II до III групи – 277 чоловік, або 50 %; знято з інвалідності з III групи – 39 чоловік, або 41,1 %, а в місцевому ортопедичному шпиталі із I в II групу було переведено 142 чоловіка, або 41 %, із II групи в III – 118 чоловік, або 32 %, із III групи знято з інвалідності 45 чоловік, або 35 % [360, с.1-7].

Удосконаленню організації лікувально-профілактичної допомоги інвалідам війни сприяло зосередження керівництва всім комплексом заходів у цій області з 1945 р. в Управлінні шпиталями для інвалідів Вітчизняної війни, підпорядкованому заступнику Наркома охорони здоров'я УРСР. Позитивні результати для регіону дало запровадження за ініціативою лікарів одного із шпиталів Дніпропетровської області в усіх лікувальних закладах спочатку Дніпропетровщини, а потім і усієї України, посад лікарів-організаторів, які здійснювали облік інвалідів війни, організовували їм медичну допомогу, консультації, зверталися у необхідних випадках до місцевих партійних і радянських органів, відділи соціального забезпечення та ін. Великим досягненням стало успішне застосування у 1946 р. методу суцільної активної диспансеризації інвалідів війни за формами захворювань.

Підвищенню якості лікувально-профілактичної допомоги інвалідам війни Подільського краю багато в чому сприяли періодично організовані всесоюзні та республіканські пленуми, конференції і наради керівних працівників та провідних спеціалістів сфери охорони здоров'я, на яких аналізувався та оцінювався стан роботи медичної та санітарної допомоги інвалідам війни, намічались науково-організаційні заходи для її розширення та вдосконалення у наступні періоди. Важливими в цьому плані були: IV пленум Госпітальної ради НКОЗ СРСР 23-27 липня 1945 р., на якому було всебічно обговорено завдання організації лікування інвалідів війни; друга Всесоюзна конференція «Медико-санітарні наслідки війни та заходи по їх ліквідації», проведена Академією медичних наук СРСР 17-19 грудня 1946 р., та інші подібні заходи [361, с.165-167].

У другій половині 40-х р – середині 50-х рр. ХХ ст. на Поділлі поступово відбувалися кількісні та структурні зміни в організації роботи спеціалізованих лікувальних закладів для інвалідів Вітчизняної війни. По-перше, у зв'язку з покращенням здоров'я були зняті з обліку близько 67 % інвалідів, а кількість тих, що потребувала стаціонарного лікування, знизилася майже у 2 рази. У

зв'язку з цим кількість шпиталів скоротилася у 1950 р. до 7 [316, с.235]. А по-друге, у зв'язку з демографічними змінами (смерть частини інвалідів, збільшення віку) та позитивними наслідками лікування каліцтв змінювалася структура і характер захворюваності інвалідів, підвищувався серед них відсоток хворих, які потребували терапевтичного лікування. У шпиталях була проведена перепрофілізація ліжкового фонду й збільшено кількість ліжок для хворих кардіологічного, пульмонологічного, неврологічного та інших профілів.

У справі медичної реабілітації інвалідів війни важливу роль відіграло спеціалізоване санаторно-курортне лікування. У 1950 р. на санаторно-курортне лікування та відпочинок було направлено з областей Поділля 4,5 тис. інвалідів, у т.ч. у санаторії – 3,1 тис. і будинки відпочинку – 1,4 тис. чол. [316, с. 237]. У Вінницькій області в перші повоєнні два роки було відновлено і запрацювало 11 санаторіїв для оздоровлення населення області [361, с. 567].

Під постійним наглядом органів охорони здоров'я та соціального забезпечення при сприянні владних структур та громадськості знаходилися інваліди війни із тяжкими формами ушкоджень та незворотними процесами. Насамперед це стосувалося інвалідів, які потребували повного соціального забезпечення. Кількість таких інвалідів складала 2-3 % від загальної кількості інвалідів [363]. Переважна більшість таких інвалідів проживала в інтернатах для інвалідів війни. Уже в 1945 р. в Україні функціонував 21 такий інтернат із 587 місцями (з них у східних областях – 20 і 537). Частина інвалідів війни Подільського краю знайшла притулок у будинках інвалідів загального типу, яких у 1945 р. в Україні функціонувало 106 (96 для дорослих і 10 для дітей, з них у східних областях відповідно 76 і 9) з фондом ліжок для дорослих 6135 і для дітей 336 (з них у східних областях відповідно 4970 і 319) [299, с. 166].

На середину 1947 р. загальна кількість таких закладів дещо скоротилася, а їхній контингент збільшився на 1692 чоловік. [376, с. 49].

Особливу увагу було приділено забезпеченню інвалідів війни протезами. Це було однією з неодмінних умов відновлення працездатності та повернення

до трудової діяльності. РНК УРСР та ЦК КП(б)У прийняли ряд постанов, які сприяли швидкому розвитку цього виду допомоги інвалідам. Виконуючи їх, облвиконкоми та обкоми партії всіляко сприяли відновленню протезних підприємств та їхньої роботи, опікувалися питаннями поліпшення якості протезів, своєчасного їх виготовлення та забезпечення ними інвалідів війни. Терміново було організовано підготовку 250 кваліфікованих працівників та 20 лікарів-ортопедів [323, с.77].

Позитивним моментом при вирішенні проблеми протезування було те, що ще з довоєнного періоду протезування знаходилося у віданні органів охорони здоров'я, будучи невід'ємною частиною лікувально-відновлювального процесу як для цивільного населення, так і для інвалідів війни. З метою більш ефективного керівництва цією справою при Наркоматі охорони здоров'я було створено Головне управління протезної промисловості. Уже на кінець 1946 р. працювали протезні заводи в Києві, Харкові, Львові. Крім того, діяло 24 протезно-ортопедичні та 45 протезноремонтних майстерень в інших обласних центрах і містах республіки [323, с.77].

Суттєво покращився стан з протезуванням інвалідів війни Подільського краю після проведеної за наказом Міністерства соціального забезпечення УРСР у вересні 1948 р. перевірки забезпечення інвалідів протезами та суцільного обліку осіб, які потребували протезування.

Розвиток протезної промисловості в Україні дозволив, в основному, закінчити в 1948 р. первинне протезування всіх інвалідів Вітчизняної війни краю, які потребували допомоги протезно-ортопедичними виробами. Загалом, у 1948 р. основними видами протезування (протези ніг і рук, корсети, ортопедичне взуття) було охоплено 4,1 тис. інвалідів війни, у т. ч. первинним – 2,3 тис. чол., повторним – 1, 8 тис. чол. [416, арк.34]. На 1950 р. первинного та повторного протезування ще потребували 18 162 інваліди війни.

Загалом, у 1950 р. на виготовлення протезів, придбання колясок, крісел-ліжок, ортопедичного взуття та одягу для інвалідів війни, що втратили обидві

ноги чи руки, було витрачено 28,5 млн крб., у т. ч.: по республіканському бюджету – 4,2 млн крб. і по місцевих бюджетах – 24,3 млн крб. Асигнування на протезування по місцевих бюджетах були використані на 102 % [416, арк.50], а загальний план протезування інвалідів війни було виконано на 106 % [416, арк.7].

Однак, у в цілому позитивно оцінюючи здійснювану в Подільському регіоні роботу по протезуванню інвалідів війни, водночас необхідно звернути увагу на серйозні недоліки та упущення, які мали місце у цій справі. Так, незадовільною була якість протезів для ніг і недосконалими конструкції протезів верхніх кінцівок. Науково-дослідні інститути Міністерства охорони здоров'я та соціального забезпечення активно працювали над удосконаленням протезів, створенням нових конструкцій, але ця робота недостатньо координувалася, а нові конструкції недостатньо впроваджувалися у виробництво [361, с.45]. Установлені урядом строки виготовлення замовлень у 30-45 днів порушувалися [361, с.47].

Особливо погано забезпечувалися інваліди краю протезними візками. У 1945-1946 рр. був відсутній навіть облік тих інвалідів, які їх потребували. За 1945-1946 рр. було видано лише 1 тисячу найпростіших триколісних візків і 911 візків з ручним приводом [360, с.3]. І хоча у подальшому забезпечення візками інвалідів війни, зокрема інвалідів, що втратили обидві ноги, покращилося, повністю задовольнити потреби в них не вдавалося. У 1947 р. на Поділлі всім категоріям інвалідів (включаючи й інвалідів війни) було видано лише 1155 важельних і 37 мотовізків, а в 1948 р. – 1316 важельних і 260 мотовізків. Згідно з постановою Ради Міністрів СРСР від 3 липня 1948 р. мотовізки видавалися лише інвалідам Вітчизняної війни. У 1950 р. для України було виділено 400 таких візків, які були розподілені в областях і роздані на 75 % інвалідам війни у безстрокове користування, а 25 % закріплені за окремими інвалідами війни [360, с.6]. Цілком зрозуміло, що такої кількості не лише мотовізків, а й звичайних, для Поділля явно не вистачало для повного забезпечення інвалідів



війни. Та й їхня якість бажала бути кращою, особливо це стосувалося мотовізків, які часто ламалися, що створювало інвалідам додаткові проблеми.

Виняткове значення мала проблема працевлаштування інвалідів війни краю. Широке залучення інвалідів до посильної діяльності було не тільки важливим чинником їхньої соціальної реабілітації, а й дозволяло розв'язувати питання життєзабезпечення поліпшення матеріально-побутових умов інвалідів, мало в період війни та післявоєнної відбудови важливе соціально-економічне значення. З цією метою, ще у липні 1944 р. ЦК КП(б)У і РНК УРСР направили в ряд областей України відповідальних партійних і радянських працівників, які на місцях організували перевірку роботи відділів соціального забезпечення, і у вересні цього ж року голів виконкомів обласних, міських і районних Рад депутатів трудящих, секретарів обкомів, міськкомів, райкомів партії було зобов'язано «організувати роботу комісій по трудовому влаштуванню інвалідів Вітчизняної війни, затвердити план їх роботи, періодично заслуховувати звіт про їх роботу і надавати їм необхідну допомогу». За таких умов партійні організації Подільського краю значно посилили керівництво органами соціального забезпечення. Так, у грудні 1944 р. ЦК КП(б)У провів республіканську нараду працівників цих відділів, де було заслухано звіт завідуючого Вінницьким обласним відділом соціального забезпечення. У рішенні наради було накреслено конкретні заходи щодо виправлення недоліків у роботі органів влади та соціального забезпечення, поліпшенні побутових умов інвалідів війни, зокрема у справі їхнього працевлаштування [339, с.208].

Слід зазначити, що у середині 40-х – середині 1950-х рр. масове фахове навчання інвалідів війни мало для Поділля важливе господарське та соціальне значення. Виробництво, сфера освіти, культури та управління й інші галузі поповнилися кваліфікованими робітниками та фахівцями. Інваліди одержували можливість мати посильну кваліфіковану роботу та поліпшити своє матеріально-побутове становище.

Комплексне вирішення у цей період питань щодо відновлення працездатності та працевлаштування інвалідів війни дозволяло щорічно все більше їх залучати до суспільно корисної праці. Як засвідчує аналіз опрацьованих нами джерел, упродовж усього періоду відбудови не було такої галузі господарства або соціальної сфери, де не працювали б інваліди війни. Багато інвалідів працювало в промисловості, кооперації, різних установах, сільському господарстві, а частина – надомниками. Ефективно працювали інваліди війни, зокрема на підприємствах кооперації інвалідів. У 1950 р. на Поділлі нараховувалося 34 артілі Інкоопспілки, в яких працювало 12 % загальної кількості інвалідів війни та праці, а інваліди війни склали 27 % від числа робітників артілей. На середину 50-х рр. ХХ ст. артілі виробили товарів широкого споживання на 23, 03 млн.крб. [354, с.182].

Водночас у справі організації працевлаштування інвалідів війни були серйозні недоліки та упущення. Одні з них мали об'єктивний характер, інші – суб'єктивний. Насамперед, це стосувалося низької заробітної плати й незадовільних умов праці. Суттєвою вадою в ефективності працевлаштування інвалідів було недостатнє впровадження у технологічний процес простих механічних пристроїв, які могли б суттєво полегшити їх працю, відсутність спеціальних цехів, повільний розвиток мережі надомної праці для залучення до неї осіб з тяжкими формами каліцтв та захворювань. Залишковий принцип організації виробництва із залученням інвалідів виявлявся в несвоєчасному та недостатньому забезпеченні його сировиною, неповній завантаженості їх роботою та відповідно низьким рівнем заробітної плати.

Незважаючи на те, що через нескладність технологічних процесів залучення інвалідів до виробництва було соціально корисним і економічно вигідним, адміністрації підприємств та артілей не створювали для них нормальних умов праці та виробничого побуту.

Говорячи про проблеми інвалідів, слід звернути нашу увагу і на питання їхнього медикаментозного забезпечення, а також проблему розвитку аптечної

справи в регіоні загалом. Сама ж система медикаментозного забезпечення і аптечне господарство Подільського регіону почали відновлюватися лише після визволення його від німецько-фашистських загарбників у 1944 р. Тут слід зазначити, що лише у Вінницькій області окупанти знищили 131 аптеку та 647 аптечних пунктів [456, арк.16].

На 1 січня 1946 р. на території Поділля відновили свою роботу всі знищені фашистами аптеки та аптечні пункти, а також у Вінниці та Кам'янці-Подільському були створені обласні медикаментозні склади [466, арк. 15].

Постачання медтоварами лікувальних установ здійснювалося безкоштовно. При цьому медичним закладам, де проходили процес лікування інваліди, в аптечно-медикаментозному забезпеченні надавалося пріоритетне право. Саме ж аптечне постачання лікувальних установ та населення Подільського краю велося із обласних складів. Така система постачання зумовлювала часті затримки надходження медикаментів та обладнання до районних та сільських медичних закладів. Тому на місцях намагалися створити спеціалізовані крамниці оптики, хірургії, дезінфекційних засобів, матері та дитини, де не тільки реалізовувалися ліки та медмайно, але й стаціонарно вироблялися фармацевтичні препарати. Загалом, усі аптеки регіону ділилися на 4 категорії.

До першої категорії відносилися аптеки, які могли реалізувати 3000-5000 рецептів на суму 10000 крб. на рік, маючи у штаті управляючого та санітарку.

Другу категорію становили аптеки, які могли реалізувати 5000-10000 рецептів на суму від 10000 до 20000 крб. на рік, маючи у штаті управляючого, асистента та санітарку.

До третьої категорії відносилися аптеки, які могли реалізувати від 10000 до 15000 рецептів на суму від 20000 до 50000 крб. на рік, маючи у штаті управляючого, контролера рецептів, асистента, санітарку.

Четверта категорія могла реалізувати від 15000 до 20000 рецептів на суму від 50000 до 75000 крб. на рік, маючи у штаті управляючого, контролера рецептів, асистента, фасувальника, бухгалтера, санітарку [460, арк. 46].

Поряд з цим, з метою покращення роботи аптечної системи краю, республіканське Головне аптечне управління кожен рік оголошувало набір учнів, які закріплювалися за великими аптеками, де й набували досвіду. Фармацевтів, що посилали до сільської місцевості, закріплювали за сільськими амбулаторіями чи поліклініками, при яких вони працювали [459, арк.222].

Філії аптек та аптечні кіоски також відкривалися на промислових підприємствах, пов'язаних зі специфікою праці на свекольних плантаціях та у цехах цукрових заводів. Працівники аптек Вінницької області разом із медпрацівниками домагалися максимального зниження захворювань серед працівників. Працівники аптек та завідувачі аптечними пунктами слідкували за тим, щоб в кожній бригаді працівників була повністю укомплектована аптечка. Так, лікарняне обслуговування Джуринського району Вінницької області здійснювало 4 аптеки (3 сільських, 1 районна та 20 аптечних пунктів) [455, арк.38]. Населення колгоспів отримувало все необхідне безпосередньо на фельдшерсько-акушерському пункті під час амбулаторного прийому.

Кожному аптечному пункту аптекою були встановлені дні для отримання медикаментів та інших товарів, замовляти мали попередньо за 2-3 дні до отримання товарів.

Кількість госпрозрахункових аптек у співвідношенні з довоєнним рівнем по областях була різною. У Вінницькій області, станом на 1940 р., госпрозрахункових аптек по місту нараховувалось 35, по селу – 107. Вже у повоєнному 1945 р. по місту залишилось 28 аптек, по селу – 80, а у 1955 р. по місту – 34, по селу – 109. У Хмельницькій області відповідно: у 1940 р. по місту – 26, по селу – 79; у 1945 р. по місту – 20, по селу – 51; у 1955 р. по місту – 28, по селу – 77.

Таким чином, у сфері надання лікувально-профілактичної допомоги інвалідам війни на території Східного Поділля, регіональна система охорони здоров'я на середину 50-х рр. ХХ ст. досягнула значних успіхів, які полягали у використанні сучасних методів їхнього лікування та реабілітації, а також подальшого працевлаштування. Однак, поряд з досягненнями у цей період ми помічаємо і цілий ряд недоліків, до яких зокрема відносимо часто формальний підхід з боку партійних органів до лікування інвалідів, недостатню забезпеченість інвалідів протезами, залишковий принцип їх залучення до суспільно корисної праці, низьку заробітну платню тощо.

Аптеки, як правило, не відповідали всім вимогам пред'явленим до упорядкованих аптек. Катастрофічно не вистачало кваліфікованих кадрів з вищою медичною освітою, особливо фармацевтів та провізорів. На недостатньому рівні знаходилось й постачання необхідними медикаментами та аптечними товарами. Значна кількість госпрозрахункових аптек була знищена війною. Найбільше постраждали аптеки у сільській місцевості, які лише у середині 1950-х рр. досягли довоєнного рівня.

### **4.3. Охорона дитинства та материнства.**

Після закінчення Другої світової війни для Подільського краю однією із найбільш складних соціогуманітарних проблем постала проблема охорони материнства та дитинства. Зазначена проблема значно ускладнювалася тим, що в період окупації в разі зросла кількість венеричних захворювань. Серед цих захворювань слід виділити захворювання на сифіліс та гонорею, що стало наслідком тимчасової окупації території України, а також подальших наступальних операцій на території Західної Європи [415, арк.26].

Для охорони материнства і дитинства проблема венеричних захворювань була особливо важлива, оскільки у хворої на гонорею жінки могла утворитися рубцева тканина, яка блокувала маткові труби; що часто призводило до безпліддя або розвитку позаматкової вагітності. Міг також відчуватись і

тривалий біль у животі. Хронічна гонорея, як правило, загострювалась під час пологів. Оскільки в післяпологовому періоді слизова оболонка статевих органів особливо сприятлива до інфекцій, хворобливий процес поширювався на всі статеві органи й ушкоджував їх [343, с.162].

Все це у кінцевому результаті негативно впливало не лише на здоров'я матері, але й новонародженої дитини.

Ще більш складною проблемою стало лікування сифілісу. Сифіліс – хронічна венерична хвороба, з хронічним системним перебігом, що характеризується ураженням шкіри, слизових оболонок, внутрішніх органів, хрящової-кісткової системи, а також центральної нервової системи. Хворобі також є притаманна послідовна зміна стадій. Особлива її небезпечність також полягала в тому, що вона передається як статевим шляхом, так і через поцілунки. Якщо захворювання не лікувати в початковий період, воно в подальшому може спричинити інфаркти, сліпоту, спинну сухотку або прогресивний параліч, пошкодження головного мозку, психозу, хвороби серця, що, в свою чергу, призводить до інвалідності і навіть до смерті. У вагітних жінок є загроза викидня, а також важких дефектів малюка при народженні [309, с.290]. Також, якщо сифіліс не лікувати, хворий вважається заразний протягом року з моменту інфікування.

Проблема ускладнювалася ще й тим, що не кожен венеричний хворий хотів лікуватися. Люди намагалися уникнути стаціонару, займалися самолікуванням або за окрему плату відповідні процедури їм проводили фахівці в домашніх умовах, дехто взагалі остерігався оглядів лікаря.

Створені у Вінницькій та Кам'янець-Подільській областях у післявоєнний період державні дерматовенерологічні служби з налагодженою системою диспансерних заходів і безкоштовною загальнодоступною спеціалізованою допомогою відіграли важливу роль у запобіганні поширення сифілісу і гонореї в післявоєнні роки, а також дозволили різко знизити захворюваність у наступні десятиліття [459, арк.260]. Кількість хворих з кожним роком ставала меншою.

На Вінниччині найнижчий рівень захворюваності на сифіліс був зареєстрований в 1953 р. – 2,8 на 100 тис. населення [463, арк. 13].

Покращення ситуації з гінекологічними захворюваннями у жінок відбулось і завдяки збільшенню лікарняних ліжок у медичних установах області. Так, якщо в 1946 р. кількість ліжок для гінекологічних хворих можна було нарахувати не більше трьох десятків одиниць, то вже на 1950 р. ця кількість становила 354 ліжка, а в 1956 р. – 368 ліжок [459, арк. 23].

Поряд з венеричними захворюваннями досить великою проблемою в галузі охорони материнства і дитинства області став дефіцит фельдшерсько – акушерських пунктів. Слід зазначити, що на Вінниччині цю проблему почали вирішувати, лише починаючи з 1949 р. Зокрема у відповідності до спеціально розробленого для цього плану в 1949 р. було передбачено розгортання 120 фельдшерсько-акушерських пунктів, однак розгорнуто було лише 115 [460, арк. 234].

Це ж саме стосувалося і колгоспних пологових будинків. Зокрема у відповідності до плану у 1949 р. передбачалося створення 400 колгоспних пологових будинків, але фактично діяло 359.

Основними причинами недорозгортання мережі колгоспних пологових будинків були:

1. Недостатнє фінансування лікувальних установ.
2. Відсутність приміщень для колгоспних пологових будинків у таких районах: Могилів-Подільському, Калинівському, Оратівському, Тиврівському, Уланівському, Яришівському та інших.
3. З боку облздороввідділу не було своєчасного контролю за розгортанням мережі.

Говорячи про охорону материнства і дитинства в Подільському регіоні, слід звернути увагу і на ті катастрофічні наслідки, які приніс голодомор 1947 р. подільським дітям. Найбільш загрожуючим було становище дітей ясельного, дошкільного, молодшого шкільного віку [102, с. 45-57].

За тогочасних умов централізованим виявленням дитячої смертності ніхто не займався. У листах, які тисячами надходили до республіканського керівництва називалася велика кількість опухлих і померлих дітей. У голодуючих районах вони нерідко становили більшість. Наприклад, у Піщанському районі Вінницької області у лютому 1947 р. було зафіксовано 770 тяжко хворих на дистрофію, з них 515 дітей; у Чернівецькому районі цієї ж області у березні зафіксовано 660 випадків смерті, більшість померлих – діти. Загалом на Вінниччині у першій декаді березня серед більш як 45 тис. тяжко хворих на дистрофію діти склали 45 %. А за період із 11 березня по 10 травня 1947 р. в області було зареєстровано 173 388 хворих на дистрофію дітей, що складало 41,6 % від загальної чисельності хворих на дистрофію в області у цей період [102, с. 152-153].

Ще однією проблемою в охороні дитинства області стала відсутність ясел для новонароджених і ясельних ліжок відповідно. Так, у відповідності до плану на 1950 р. передбачалося створення на Вінниччині 3 450 ясельних ліжок, з яких 1650 ліжок припадало на міста і 1850 ліжок на сільську місцевість. Однак повністю виконати цей план не вдалося, реально було створено лише 3 365 ліжок [459, арк.235].

Основними причинами недорозгортання дитячої мережі ясел були:

1. Недостатнє фінансування установ;
2. Відсутність приміщень для ясел у Копайгороді, Чечельнику, Уланові;
3. Відсутність належного контролю за виконанням плану тощо.

Так, наприклад, в Ободівці ясла не працювали, тому що відремонтовані приміщення ясел були віддані під квартири, а нові приміщення для ясел виконком райради не надав.

Те ж саме стосувалося і питання колгоспних сезонних ясел. Згідно з планом, створення цих закладів передбачалося у кількості 1500 одиниць, які повинні були охопити своєю роботою 84 000 дітей. На практиці ж було створено лише 1470 сезонних ясел, в яких перебувало 63147 дітей [460].



Серед районів області повністю виконали план розгортання колгоспних сезонних ясел Вінницький район, Брацлавський, Монастирищенський, Томашпільський, Плисківський та інші райони. Кращими колгоспними сезонними яслами в області стали у с.Стадниця Вінницького району, с. Бортники Брацлавського району, с.Коритня Монастирищенського району. Недовиконання плану розгортання колгоспних сезонних ясел мало місце у Мурованокуриловецькому – 63%, Могилів-Подільському – 42%, Комсомольському – 37%, Копайгородському районах – 23% [459, арк. 345-349].

Особливо складною була ситуація у с. Закриничьє Плисківського району, у колгоспі «Нове життя» Козятинського району. Зокрема голова колгоспу с. Закриничьє заявив, що жіночі робочі руки йому не потрібні, та після втручання виконкому райради ясла були відкриті, але умови в них були створені такі погані, що матері відмовлялись нести в ці ясла своїх дітей. Тим часом, голова колгоспу «Нове життя» відмовився відкрити ясла, незважаючи на те, що на обліку у колгоспі було 153 жінки-матері з дітьми ясельного віку. Навіть після рішення виконкому райради, яке зобов'язало відкрити ясла, вони відкриті не були [459, арк..235].

Постановка роботи колгоспних сезонних ясел у ряді колгоспів залишалась на низькому рівні. Відсутність оснащення, асортименту продуктів, а також відсутність м'якого інвентарю і відповідних приміщень різко погіршувало обслуговування дітей. Обласний відділ сільського господарства зовсім не займався питаннями організації сезонних колгоспних ясел. Відділи сільського господарства у районах самоусунулися від керівництва і організації також. Вони не вимагали від колгоспів виділення приміщень, обладнання і забезпечення ясел необхідними продуктами харчування.

Значно кращою була ситуація із створенням дитячих лікарень та дитячих ліжко-місць у них. Тут слід зазначити, що план розгортання лікарських ліжок для дітей в цілому по області станом на 1949 р. був перевиконаний. Однак по Вінниці число дитячих ліжок було недостатнім: дитяча лікарня на 50 ліжок і

клініка дитячої лікарні Вінницького медичного інституту на 40 ліжок. У лікарнях району на 407 ліжок дитячі палати обслуговувалися лікарями-педіатрами об'єднаних дитячих консультацій. Процент госпіталізації дітей з числа тих, хто підлягав госпіталізації, складав 80,5% [459, арк.261].

Щоб виправити цю ситуацію, у серпні 1949 р. Вінницький облздороввідділ змушений був організувати обслідування педіатрами міста Вінниці 10 відсталих у розгортанні ясельної мережі районів області.

Тим не менше, незважаючи на всі ці складнощі, Вінниччина повоєнного періоду все-таки досягла відповідних результатів. Так, у цей період була повністю розгорнута ліжкова мережа будинків дитини. Посади завідуючих будинками дитини укомплектовані лікарями у всіх 11 будинках. План виконання дитбудинків по постійних бюджетних яслах був виконаний за серпень 1949 р. по місту на 92%, по селу – на 88 [459, арк.113]. Хоча й тут слід зазначити, що не всі ясла були повністю укомплектовані дітьми. Особливо низький процент укомплектованості дітьми пояснювався відсутністю відповідних приміщень, а також неправильним розподілом ясельних штатів.

Так, наприклад, у Калинівці, Гнівані, Монастирищі райфінвідділи затвердили штати тільки технічного персоналу. Там не було ні лікаря, ні сестри-виховательки. Ясла були перетворені в цих районах, по суті справи, в харчувальні пункти, бо виховної роботи серед дітей не проводилось. У Гніванських яслах Тиврівського району завідуюча яслами була з 4- класною освітою та зовсім не мала досвіду роботи і спеціальної підготовки в дитячих установах. Також було встановлено, що вона часто приходила на роботу в нетверезому вигляді [459, арк.115].

Проведене обслідування робітниками Облздороввідділу та представником Міністерства охорони здоров'я УРСР встановило, що ясла зовсім не укомплектовані дітьми ясельного віку, їх відвідували діти навіть шкільного віку. Не проводилось ніякої виховної роботи, за фізичним розвитком дітей зовсім не спостерігали. У вересні 1949 р. у області було проведено

атестацію завідуючих яслами. З 110 завідуючих яслами пройшли атестацію 98 чол., з них підлягало заміні 35, які не мали медичної освіти і не забезпечували нормальною роботою ясла [456, арк.14].

Значними успіхами супроводжувалася робота жіночих консультацій. Так, наприклад, у місті Вінниці у 1954 р. нараховувалось 141 дитяче ліжко, 120 пологових ліжок та 47 гінекологічних ліжок [459], у м. Кам'янець – Подільську в цей час нараховувалося 97 дитячих ліжок, 101 пологове ліжко і 36 гінекологічних ліжок [461, арк.124]. Поряд з цим, була запроваджена 100% васерманізація (захист від сифілісу, пік якого спостерігався в області в перші повоєнні роки). Для знеболювання пологів жінкам починають застосовувати психопрофілактичний метод.

Таким чином, сфера охорони материнства і дитинства в післявоєнний період залишалася для Подільського краю однією із найбільш складних сфер. Причиною більшості проблем, які виникли у зазначеній сфері, стали лихоліття Другої світової війни та німецько – фашистської окупації, які пережили мешканці регіону. До числа основних проблем у сфері охорони матері та дитини досліджуваного періоду ми відносимо: поширення венеричних захворювань, відсутність або недостатня кількість акушерських пунктів та пологових закладів у сільській місцевості регіону; недостатня увага з боку радянської влади до створення ясел та дитячих лікарень; формалізм та безвідповідальне ставлення до вирішення зазначених проблем з боку місцевих посадових осіб.

Так, наприклад, в Ободівці ясла не працювали, тому що відремонтовані приміщення ясел були віддані під квартири, а нові приміщення для ясел виконком райради не надав.

Те ж саме стосувалося і питання колгоспних сезонних ясел. Згідно з планом, створення цих закладів передбачалося у кількості 1500 одиниць, які повинні були охопити своєю роботою 84 000 дітей. На практиці ж було створено лише 1470 сезонних ясел, в яких перебувало 63147 дітей [460, арк.154].

Серед районів області, повністю виконали план розгортання колгоспних сезонних ясел Вінницький район, Брацлавський, Монастирищенський, Томашпільський, Плисківський та інші райони. Кращими колгоспними сезонними яслами у області стали у с.Стадниця Вінницького району, с.Бортники Брацлавського району, с.Коритня Монастирищенського району. Недовиконання плану розгортання колгоспних сезонних ясел мало місце у таких районах: Мурованокуриловецькому – 63%, Могилів-Подільському – 42%, Комсомольському – 37%, Копайгородському – 23% [459, арк. 502].

Особливо погані були справи у с.Закриничьє Плисківського району, у колгоспі «Нове життя» Козятинського району. Зокрема голова колгоспу с.Закриничьє заявив, що жіночі робочі руки йому не потрібні, та після втручання виконкому райради ясла були відкриті, але умови в них були створені такі погані, що матері відмовлялись нести у ці ясла своїх дітей. Тим часом, голова колгоспу «Нове життя» відмовився відкрити ясла, незважаючи на те, що на обліку в колгоспі було 153 жінки-матері з дітьми ясельного віку. Навіть після рішення виконкому райради, яке зобов'язало відкрити ясла, вони відкриті не були [459, арк. 503].

Постановка роботи колгоспних сезонних ясел у ряді колгоспів залишалась на низькому рівні. Відсутність оснащення, асортименту продуктів, а також відсутність м'якого інвентарю і відповідних приміщень різко погіршувало обслуговування дітей. Обласний відділ сільського господарства зовсім не займався питаннями організації сезонних колгоспних ясел. Відділи сільського господарства в районах самоусунулися від керівництва і організації також. Вони не вимагали від колгоспів виділення приміщень, обладнання і забезпечення ясел необхідними продуктами харчування.

Значно кращою була ситуація із створенням дитячих лікарень та дитячих ліжок - місць у них. Тут слід зазначити, що план розгортання лікарських ліжок для дітей в цілому по області станом на 1949 р. був перевиконаний. Однак загалом по Подільському краю число дитячих ліжок було недостатнім: дитяча

лікарня на 50 ліжок і клініка дитячої лікарні Вінницького медичного інституту на 40 ліжок. У лікарнях району на 407 ліжок дитячі палати обслуговувалися лікарями-педіатрами об'єднаних дитячих консультацій. Процент госпіталізації дітей з числа тих, хто підлягав госпіталізації, складав 80,5% [462, арк. 10]

Щоб виправити цю ситуацію, у серпні 1951 р. Облздороввідділ змушений був організувати обслідування педіатрами міста Вінниці 10 відсталих у розгортанні ясельної мережі районів області.

Тим не менше, незважаючи на всі ці складнощі, Поділля повоєнного періоду все-таки досягла відповідних результатів. Так, на середину 50-х рр. ХХ ст. була повністю розгорнута ліжкова мережа будинків дитини. Посади завідуючих будинками дитини укомплектовані лікарями у всіх 11 будинках. План виконання дитбудинків по постійних бюджетних яслах був виконаний за серпень 1951 р. по місту на 92%, по селу – на 88 [460, арк. 11]. Хоча й тут слід зазначити, що не всі ясла були повністю укомплектовані дітьми. Особливо низький процент укомплектованості дітьми пояснювався відсутністю відповідних приміщень, а також неправильним розподілом ясельних штатів.

Так, наприклад, у Калинівці, Гнівані, Монастирищі райфінвідділи затвердили штати тільки технічного персоналу. Там не було ні лікаря, ні сестри-виховательки. Ясла були перетворені в цих районах, по суті справи, в харчувальні пункти, бо виховної роботи серед дітей не проводилось. У Гніванських яслах Тиврівського району завідуюча яслами була з 4-класною освітою та зовсім не мала досвіду роботи і спеціальної підготовки в дитячих установах. Також було встановлено, що вона часто приходила на роботу в нетверезому вигляді [460, арк.154].

Проведене обслідування робітниками Облздороввідділу та представником Міністерства охорони здоров'я УРСР встановило, що ясла зовсім не укомплектовані дітьми ясельного віку, їх відвідували діти навіть шкільного віку. Не проводилось ніякої виховної роботи, за фізичним розвитком дітей зовсім не спостерігали. У вересні 1951 р. у області було проведено

атестацію завідуючих яслами. З 110 завідуючих яслами пройшли атестацію 98 чол., з них підлягало заміні 35, які не мали медичної освіти і не забезпечували нормальною роботою ясла [460, арк.110-111].

Таким чином, незважаючи на певні післявоєнні здобутки, порівняно з іншими сферами системи охорони здоров'я краю, охорона матері та дитини залишалася однією з найбільш проблемних сфер Подільського регіону. Хоча у кількісному вираженні можна констатувати, що на середину 1950-х рр. система охорони дитинства та материнства була відбудована, однак, якщо її оцінювати з позиції якості обслуговування, то тут залишалось чимало проблем, починаючи з медичного забезпечення і закінчуючи наявністю кваліфікованих лікарів-педіатрів.

#### **Висновки до розділу IV**

За період, починаючи з середини 40-х - по середину 50-х рр. ХХ ст., на території Поділля відбулися значні зміни у системі медичного обслуговування населення.

Так, у системі медико-гігієнічного виховання була організована і активно проводилася широка робота по пропаганді серед широкого загалу населення гігієнічних знань, умінь та навичок. На початку 50-х рр. ХХ ст. ця пропаганда вже носила системний характер як невід'ємна складова пропаганди здорового способу життя. З цього і випливає основна мета медико-гігієнічного виховання населення, яка полягає у формуванні здатності самостійно приймати рішення з питань збереження і зміцнення здоров'я. Особливо це стосувалося тогочасної молоді Подільського краю.

У повоєнний період органи державної влади та виконавчі структури Подільського краю намагалися забезпечити необхідною допомогою інвалідів як найбільш соціально незахищеної верстви населення. Неоціненну допомогу у справі реабілітації та забезпечення інвалідів війни надали громадські організації, трудові колективи та пересічні громадяни. Завдяки їх зусиллям

значна частина інвалідів отримувала грошову допомогу, харчі та речі першої необхідності у тих випадках, коли держава залишалася дещо осторонь. Протягом 1940-х – 1950 рр. ХХ ст. відбувалося подальше відновлення медико-санітарної мережі Подільського регіону, здійснювалися всебічні заходи щодо покращення життя місцевих мешканців, проводилася соціальна та медична реабілітація інвалідів.

Водночас у справі організації працевлаштування інвалідів війни були серйозні недоліки та упущення. Насамперед, це стосувалося низької заробітної плати й незадовільних умов праці. Суттєвою вадою в ефективності працевлаштування інвалідів було недостатнє впровадження у технологічний процес простих механічних пристроїв, які могли б суттєво полегшити їх працю, відсутність спеціальних цехів, повільний розвиток мережі надомної праці для залучення до неї осіб з тяжкими формами каліцтв та захворювань.

Таким чином, серед усіх галузей охорони здоров'я Подільського краю сфера охорони материнства і дитинства в післявоєнний період залишалася однією із найбільш складних сфер. Причиною більшості проблем, які виникали тут, стали лихоліття Другої світової війни та німецько-фашистської окупації, які пережили мешканці регіону. До числа основних проблем у сфері охорони матері та дитини досліджуваного періоду ми відносимо: поширення венеричних захворювань, відсутність або недостатня кількість акушерських пунктів та пологових закладів у сільській місцевості регіону; недостатня увага з боку радянської влади до створення ясел та дитячих лікарень; формалізм та безвідповідальне ставлення до вирішення зазначених проблем з боку місцевих посадових осіб.

## ВИСНОВКИ

Проблема розвитку системи охорони здоров'я Подільського краю на сьогоднішній день є, з одного боку, найбільш актуальною темою, зважаючи, перш за все, на сучасні виклики, з другого боку - ця проблема у сучасній як історичній, так і професійній медичній літературі є недостатньо вивченою. При цьому, комплекс вивчених джерел та літератури дозволяє дійти висновків, що історія охорони здоров'я Поділля післявоєнного періоду є одним із аспектів соціальної історії, яка вимагає у майбутньому свого комплексного дослідження.

На основі поставлених завдань та мети дисертаційного дослідження авторкою були сформульовані такі узагальнення і висновки:

1. Історіографію проблеми організації охорони здоров'я на Поділлі у післявоєнний період умовно можна поділити на два періоди, які як за своєю внутрішньою сутністю, так і теоретико-концептуальною та методологічною направленістю принципово відрізнялися один від одного. Перший період – це період радянський, який хронологічно охоплює період з середини 40-х рр. по 1991 р. У свою чергу, цей період ми умовно поділяємо на три етапи.

Так, відразу по закінченні Другої світової війни у тогочасній медичній науці виникла необхідність систематизації та теоретичного переосмислення набутого досвіду по подоланню негативних медико-санітарних наслідків Другої світової війни. При цьому, досвід Поділля був найбільш актуальним, адже саме населення цього регіону найбільше постраждало від німецько-фашистської окупації.

Наступний етап історіографії по досліджуваній темі припадає на другу половину 50-х рр. – середину 80-х рр. ХХ століття. У цей період, у зв'язку з процесами лібералізації суспільно-політичного життя в СРСР та переглядом сталінських підходів щодо оцінки Великої Вітчизняної війни та її наслідків, для науковців були створені умови для більш повного і всестороннього дослідження теми організації охорони здоров'я у післявоєнний період. Слід



зазначити, що в цей період науковцями був накопичений певний досвід, який стосувався відновлення системи медичних закладів Вінницької та Кам'янець-Подільської областей, який, у свою чергу, вимагав свого вивчення та узагальнення. У цей період почала виходити ціла низка узагальнюючих праць з історії медицини та проблем охорони здоров'я, підготовлених вченими медичної галузі СРСР та України, де у певній мірі знайшло своє відображення і проблеми охорони здоров'я Подільського регіону.

Новий етап історіографії по досліджуваній темі припадає на другу половину 50-х рр. – середину 80-х рр. ХХ століття. У цей період, у зв'язку з процесом «десталінізації», який призвів до перегляду сталінських підходів щодо оцінки наслідків Другої світової війни, для науковців були створені умови для більш повного і всестороннього дослідження теми організації охорони здоров'я у післявоєнний період. Слід зазначити, що в цей період науковцями був накопичений певний досвід, який стосувався відновлення системи медичних закладів Вінницької та Кам'янець-Подільської областей, який, у свою чергу, вимагав свого вивчення та узагальнення.

Оцінюючи загалом позитивно внесок науковців медичної галузі у справу дослідження теми в межах даного історіографічного етапу, водночас зазначимо, що автори опублікованих праць, будучи фахівцями медичних спеціальностей, розглядали питання медико-санітарних наслідків війни та їх ліквідації в основному крізь призму медичної науки, не приділяючи достатньої уваги їх соціальним аспектам та науково-історичному осмисленню тогочасних проблем у сфері охорони здоров'я. Окрім того, Подільський регіон ними розглядався досить дотично і то у контексті загальносоюзних та загальноукраїнських процесів.

Третій етап радянської історіографії досліджуваної теми припадає на середину 1980-х рр. і тривав до 1991 р. У цей період у історичній науці починає формуватися оновлений, менш політизований і більш критичний погляд на політику радянського керівництва у сфері охорони здоров'я, на ряд

суспільних та соціальних питань означеного періоду, що базувався на критичному та реалістичному використанні значно ширшої, порівняно з попередніми десятиліттями, джерельної бази. Зокрема, вперше в радянській історіографії починають досліджувати згубні наслідки голодомору 1947 р. для населення регіонів України, зокрема і Поділля.

У зв'язку з проголошенням Незалежності України був започаткований новий, четвертий за своїм рахунком – сучасний, або пострадянський історіографічний період. У його рамках відбувається перегляд радянських концепцій у дослідженні подій та явищ Другої світової та Великої Вітчизняної воєн, формування нових підходів до вивчення історії України воєнного та повоєнного періодів, подолання партійно-ідеологічних стереотипів, втілення гуманістичних та цивілізаційних традицій, розширення проблематики досліджень, пов'язаних з післявоєнним періодом.

Однак саме дослідження проблем охорони здоров'я населення України в регіональному вимірі не проводилося.

2. Відсутність комплексних історіографічних праць по досліджуваній нами проблемі значною мірою компенсується обширною джерельною базою, яку ми використали при написанні цього дисертаційного дослідження. Вивчені та використані архівні джерела можна умовно розділити на 3 групи. Першу групу становлять документи центральних партійних органів, які стосувалися соціальної сфери загалом та сфери охорони здоров'я зокрема. До другої групи архівних джерел відносимо документи і матеріали, які пов'язані як із нормативною регламентацією, так і розпорядницькою діяльністю республіканських органів влади. Третя група джерел охоплює документи, які стосуються практичної роботи місцевих органів виконавчої влади Вінницької та Кам'янець-Подільської областей у медико-оздоровчій сфері.

При дослідженні теми дисертації нами був використаний широкий арсенал наукових методів, яка базуються на основоположних принципах гуманізму,

історизму, об'єктивності та ідейно-політичної незаангажованості. Керуючись названими принципами та методами наукового дослідження, дисертантка намагалася викласти матеріал у послідовній і логічно завершеній формі та найбільш адекватно відобразити картину медико-санітарних наслідків нацистської окупації на Поділлі та процес відбудови медичної мережі в середині 40-х – середині 50-х рр. ХХ ст.

3. Друга світова війна і німецько-фашистська окупація Подільського краю призвели до важких соціальних та демографічних наслідків у краї. За період німецької окупації Поділля відносилось до числа регіонів України, які найбільше постраждали від агресора. Величезної руйнації зазнала вся соціально – побутова сфера краю і особливо система охорони здоров'я. Все це негативно відобразилося як на загальному стані здоров'я, так і демографічній ситуації Поділля. Війна та окупація не лише призупинили нормальний приріст населення краю, а й катастрофічно різко скоротили його кількість майже вдвічі.

Аналіз опрацьованих нами джерел переконливо доводить, що фактично населення Поділля опинилося у той час у стані гуманітарної катастрофи, яка супроводжувалася голодом, епідеміями різних інфекційних захворювань, значною кількістю померлих тощо. При цьому, головна провина за ці демографічні втрати краю лежить на нацистській Німеччині як країні, що здійснила агресію і вчинила небачені в історії людства злочини, руйнування і пограбування.

4. З огляду на ситуацію, що склалася на Поділлі після його визволення, перед органами республіканської та місцевої влади та жителями постало складне завдання – докласти максимум зусиль для найшвидшого відновлення мережі закладів охорони здоров'я. У цих важких умовах відновлення сфери охорони здоров'я краю розпочали т.зв. евакошпиталі, які поряд з лікуванням військових поранених надавали також медичну допомогу і місцевим жителям Подільського краю. Мобілізація економічного потенціалу країни і героїчна праця радянських людей сприяла швидкому відновленню на Поділлі мережі закладів охорони здоров'я. У стислі терміни були відбудовані і запрацювали зруйновані під час війни

майже всі амбулаторії та поліклініки, міські та сільські лікарні, спеціалізовані диспансери, постійні дитячі ясла, аптечні пункти, аптеки тощо. Діяльність медичних закладів Подільського краю загалом сприяла перемозі на над німецькими окупантами, коли вперше в історії воєн вдалося вберегти тил і армію від епідемій. Фактично можна констатувати, що на середину 50-х рр. ХХ ст. мережа цих закладів була відбудована повністю і перевищувала за своєю чисельністю довоєнний період.

5. У післявоєнний період, у зв'язку з відбудовою системи охорони здоров'я краю, в середині 40-50 рр. ХХ ст. почала значно покращуватися і забезпеченість населення медичною допомогою. Особливо це покращення було помітно у сфері боротьби з важкими інфекційними хворобами. Поряд з цим, у справі надання медичної допомоги населенню мали місце серйозні недоліки, що негативно позначалися на її якості. Особливо негативно на якості медичної допомоги міському населенню позначалося значне відставання рівня діагностичної й лікувальної роботи у поліклініках і на дільницях від стаціонарів.

6. Однією з головних причин відставання поліклінічної й дільничної ланок була недостатня кваліфікація у загальній масі поліклінічних і дільничних лікарів. Профіль цих лікарів, що виробився за попередній період, на той час уже не відповідав належним чином інтересам охорони здоров'я. Щоб вирішити цю проблему, органи центральної та місцевої влади, а також громадськість Поділля ціною величезних зусиль відновили роботу місцевих медичних навчальних закладів і тим самим вирішили проблему нестачі висококваліфікованих медичних кадрів. Великий внесок у відбудову та відновлення матеріально-технічної бази Вінницького медичного інституту зробили професорсько-викладацький склад та студенти навчального закладу, який згодом перетворився у найбільш потужну як навчальну, так і науково – дослідну установу краю, де готувалися висококваліфіковані медичні кадри.

Поряд з цим, слід зазначити, що повоєнна відбудова системи вищої медичної освіти Поділля у дослідженнях радянської доби мала фрагментарний характер.

7. Характерною особливістю тогочасного періоду було керівництво всіма процесами у житті Подільського краю Комуністичною партією. Це стосувалося й відбудовних процесів у сфері охорони здоров'я. Попри всю суперечливість діяльності цієї політичної організації та її структур у центрі та на місцях у тогочасних умовах, слід наголосити, що загалом їхню роботу у справі відродження радянської системи охорони здоров'я у регіоні можна вважати конструктивною й позитивною. Партійні комітети всіх рівнів, від ЦК КП(б)У до районних, спільно з радянськими органами не лише визначали завдання, які необхідно було вирішувати органам охорони здоров'я, а й безпосередньо брали участь у їхньому здійсненні. Наявні документи засвідчують, що питання, пов'язані з відбудовою та роботою закладів охорони здоров'я були одними з найголовніших у переліку справ, які вирішували у тогочасних умовах партійні структури всіх рівнів.

Однак поряд з цим ми не можемо не помічати і негативних сторін, до числа яких відносимо те, що радянське керівництво, зробивши ставку на пріоритетний розвиток важкої промисловості, не приділяло належної уваги розвитку медичної сфери. Так, поза увагою залишалися питання якості медичної допомоги, взаємозв'язок між зростанням капіталовкладень у галузь і показниками здоров'я населення, вирішення проблеми забезпеченості медичними кадрами, особливо у віддалених районах Поділля. При цьому, як засвідчує аналіз опрацьованих нами архівних джерел, не в останню чергу негативну роль відіграли безвідповідальність керівників області та окремих керівників районів, які не розуміли значення сфери охорони здоров'я для розвитку суспільств.

Поряд з цим, на прикладі відбудови медичних закладів Вінниччини чітко прослідковуються всі вади тодішньої радянської тоталітарної системи. До таких

вад відносяться: забюрократизованість радянської державної системи, гоніння за кількісними показниками, відсутність ініціативи на місцях, налаштованість на виключне виконання вказівок «зверху» тощо.

8. У сфері подолання масових захворювань у краї досліджуваного нами періоду тогочасним керівництвом було здійснено цілий ряд комплексних і ефективних заходів. Зокрема у визволених від німецько-фашистських загарбників районах, особливо в тих, які не мали організованої цивільної системи охорони здоров'я, почали надавати мешканцям Поділля невідкладну медичну допомогу армійські санітарні загони, які здійснювали першочергові протиепідемічні заходи, зокрема допомагали відновлювати роботу медичних установ, госпіталізували інфекційних хворих та осіб з підозрою на інфекційні хвороби. Для госпіталізації використовувалися ізолятори та стаціонари, а для обслуговування хворих залучалися місцеві мешканці, особливо ті, хто мав медичну освіту та відповідну підготовку. При необхідності на небезпечні в епідемічному відношенні населені пункти накладався карантин.

Проведення протиепідемічних заходів також поєднувалося з цілеспрямованою організаційною роботою по налагодженню діяльності лікарень, амбулаторій, санітарно-епідеміологічних станцій.

Однак мережа зазначених закладів на Поділлі була обмеженою і не задовольняла всіх потреб післявоєнного періоду. При цьому слід також мати на увазі, що значна кількість кваліфікованих епідеміологів була залучена до санітарної служби Червоної Армії, тому в цивільній медицині відчувався значний дефіцит кадрів. Лише в 50-ті рр. ХХ ст. вдалося призупинити масове поширення в краї інфекційних хвороб.

9. Велике значення у покращанні роботи системи охорони здоров'я Поділля мала проголошена Радою Міністрів СРСР від 17 вересня 1947 р. медична реформа, суть якої полягала у об'єднанні амбулаторій та поліклінік з відповідними лікарнями. В результаті цієї реформи на 50-і рр. ХХ ст. на Поділлі вже була створена трирівнева система організації охорони здоров'я, що

включала дільничні, районні, міські і обласні лікарні. У ході цієї реформи у Подільському краї здійснювалися різноманітні цілеспрямовані заходи, які були спрямовані на подальшу відбудову та розвиток матеріальної бази мережі медичних закладів: ремонт та будівництво нових приміщень лікарень, поліклінік, амбулаторій, аптек, підприємств для виробництва медичного обладнання, інструментів, ліків, медичних навчальних закладів, забезпечення транспортними засобами та ін. При цьому держава щорічно збільшувала асигнування для цієї мети.

В ході медичної реформи також було запроваджено нову структуру і введено в дію нове положення про районну лікарню. Віднині районна лікарня ставала центром спеціалізованої медичної допомоги населенню сільського району. Сільська лікарська дільниця надавала різні види медичної допомоги під керівництвом районної лікарні, яка забезпечувала лікувально-профілактичну допомогу населенню районного центру і приписної дільниці, а також лікування хворих, які перебувають під наглядом сільської лікарської дільниці, й постійну методичну допомогу дільничним лікарям: виїзди районних лікарів на дільниці, організація районних конференцій, семінарів, фахових нарад фельдшерів і акушерок тощо. Медична реформа також зміцнила існуючі та створила нові обласні спеціалізовані заклади та відділення для надання консультативної й методичної допомоги районним і дільничним лікарням.

10. У ході реформи позитивно вирішувалося і питання кадрового забезпечення Подільського краю. На середину 50-х рр. ХХ ст. головне завдання, яке ставилося перед лікарями і середнім медперсоналом, – покращення профілактики захворювань, вчасно надана медична допомога, особливо сільським жителям, які проживали у віддалених районах області, загалом вирішувалося. Не менш важливим було запровадження нових методів діагностики і лікування з метою покращення рівня життя населення краю.

У післявоєнний період, завдяки активним діям органів центральної та місцевої влади та величезним зусиллям громадськості Поділля, протягом

короткого проміжку часу вдалося відновити роботу місцевих медичних навчальних закладів і тим самим вирішити проблему нестачі висококваліфікованих медичних кадрів. Великий внесок у відбудову та відновлення матеріально-технічної бази Вінницького медичного інституту зробили професорсько-викладацький склад та студенти навчального закладу, який згодом перетворився у найбільш потужну як навчальну, так і науково – дослідну установу краю, де готувалися висококваліфіковані медичні кадри.

11. У системі медико-гігієнічного виховання на Поділлі була організована і активно проводилася широка робота по пропаганді серед широкого загалу населення гігієнічних знань, умінь та навичок. Так, у перші післявоєнні роки особливо важлива роль у поширенні санітарно-гігієнічних знань і умінь на території Поділля відводилася посланцям Червоного Хреста. Також у Вінницькій та Кам'янець-Подільській областях діяли санітарно-епідемічні загони, які поряд з наданням медичної допомоги, здійснювали серед населення просвітницько-роз'яснювальну роботу протиепідеміологічного характеру. Активну участь у цій роботі брала місцева молодь. Велику допомогу організаціями Червоного Хреста у проведенні масово-оздоровчої та протиепідемічної роботи подавали шкільні сандружини та санітарні пости. Важливу роль у справі поширення санітарно-гігієнічних знань відігравали колгоспні медичні пункти. Їхня допомога колгоспникам була особливо потрібною, працівниці цих медпунктів, поряд з наданням першої медичної допомоги хворим, також намагалися проводити бесіди на предмет дотримання елементарних правил гігієни, надання в результаті виробничої травми першої медичної допомоги тощо.

На початку 50-х рр. ХХ ст. ця пропаганда санітарно-гігієнічних знань, вмінь та навичок вже носила системний характер і розглядалася як невід'ємна складова пропаганди здорового способу життя. З цього і випливає основна мета медико-гігієнічного виховання населення, яка полягає у формуванні знань і



умінь самостійно приймати рішення з питань збереження і зміцнення здоров'я. Особливо це стосувалося тогочасної молоді Подільського краю.

12. У повоєнний період органи державної влади та виконавчі структури Подільського краю намагалися забезпечити необхідною допомогою інвалідів як найбільш соціально незахищеної верстви населення. Неоціненну допомогу у справі реабілітації та забезпечення інвалідів війни надали громадські організації, трудові колективи та пересічні громадяни. Завдяки їх зусиллям значна частина інвалідів отримувала грошову допомогу, харчі та речі першої необхідності у тих випадках, коли держава залишалася дещо осторонь. Протягом 1940-х – 1950-х рр. ХХ ст. відбувалося подальше відновлення медико-санітарної мережі Подільського регіону, здійснювалися всебічні заходи щодо покращення життя місцевих мешканців, проводилася соціальна та медична реабілітація інвалідів.

Водночас, у справі організації працевлаштування інвалідів війни були серйозні недоліки та упущення. Насамперед, це стосувалося низької заробітної плати й незадовільних умов праці. Суттєвою вадою у ефективності працевлаштування інвалідів було недостатнє впровадження у технологічний процес простих механічних пристроїв, які могли б суттєво полегшити їх працю, відсутність спеціальних цехів, повільний розвиток мережі надомної праці для залучення до неї осіб з тяжкими формами каліцтв та захворювань.

13. Великою трагедією для населення Поділля, зокрема його сільської місцевості, став організований радянською владою третій штучний голодомор періоду 1946-1947 рр. У цей період різко зросла кількість захворювань на дистрофію, особливо серед сільського населення. Однак надавати належну допомогу хворим на дистрофію медичні заклади не мали змоги, бо не вистачало лікарняних ліжок у сільських лікувальних закладах, продуктів харчування для хворих, ліків, вітамінів. У міські лікарні хворих від недоїдання з села майже не брали через перевантаження міськими голодуючими. Погано також було організовано харчування хворих.

Лихоліття голодомору найбільчше вразило дітей. Вони були найменш захищені, оскільки не брали участі у виробництві, а відтак не одержували навіть мінімальної кількості хліба. Діти значно швидше захворювали внаслідок тривалого недоїдання і фізичного виснаження. Найбільш важким було становище дітей ясельного, дошкільного, молодшого шкільного віку. Голод викликав також різке зростання кількості безпритульних дітей та як результат - важку криміногенну ситуацію у краї. Діти гинули з різних причин: від опухання та хвороб, ставали жертвами людоїдів, від фізичної розправи над ними, від самогубств та переважно помирали від голоду. Централізованим виявленням дитячої смертності ніхто не займався.

14. Серед усіх галузей охорони здоров'я Подільського краю сфера охорони материнства і дитинства в досліджуваний нами період залишалася однією із найбільш складних сфер. Причиною більшості проблем, які виникали тут, стали лихоліття Другої світової війни та німецько-фашистської окупації, які пережили мешканці регіону. До числа основних проблем у сфері охорони матері та дитини досліджуваного періоду ми відносимо: поширення венеричних захворювань, відсутність або недостатня кількість акушерських пунктів і пологових закладів у сільській місцевості регіону; недостатня увага з боку радянської влади до створення ясел та дитячих лікарень; формалізм та безвідповідальне ставлення до вирішення зазначених проблем з боку місцевих посадових осіб.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

### Загальний список

1. Актуальные задачи в области санитарного благоустройства населенных мест Украины // Врачебное дело. – 1948. – № 12. – С.1093 – 1096.
2. Александровский А. Б. Лечение инвалидов Отечественной войны // Советское здравоохранение – 1944. – № 9. – С. 23 – 28.
3. Амосов Н.А., Шалимов А.А., Хохоля В.П., Хильченко Е.А., Богомолова Т.Н., Зайцев В.Т., Бендет Я.А., Горовенко Г.Г., Когосов Ю.А., Кнышов Г.В., Морозов С.Н., Атаманюк М.Ю., Гончаров А.И. Хирургическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 165 – 171.
4. Архіви окупації. 1941-1944 / Держ. ком. архівів України. Упоряд. Н.В. Маковська. – К.: Вид. дім “Києво-Могилянська академія”, 2006. – 872 с.
5. Афоніна О.Н. “Остарбайтери” Восточной Украины – рабы Гитлера // Східна Україна: актуальні проблеми історії та сучасності. – Донецьк, 1999. – С. 66 – 67.
6. Барсуков М.И. Великая Октябрьская социалистическая революция и организация Советского здравоохранения. – М.: Медгиз, 1951. – 316 с.
7. Барсуков М.И. Красный Крест и Красный Полумесяц СССР. (Исторический очерк). – М.: Медгиз, 1955. – 153 с.
8. Барченко І.П. Санітарна освіта в УРСР за 30 років // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С. 300-304.
9. Безсмертя. Книга Пам'яті України. 1941 – 1945. Головна редакційна колегія (голова І. О. Герасимов, заступники голови І.Т. Муковський і

- П.П. Панченко, відповідальний секретар Р.Г. Вишневецький). – К.: Пошуково – видавниче агенство “Книга Пам’яті України”, 2000. – 944 с.
10. Беренштейн Б.М. Українська рентгенологія за 30 років // Тридцятиріччя охорони здоров’я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С. 237 – 245.
  11. Бирковский Ю.Е. Задачи органов здравоохранения в борьбе с малярией // Врачебное дело. – 1948. – № 11. – С.1001 – 1004.
  12. Бирковский. Ю.Е. Очередные задачи в области борьбы с кишечными инфекциями на Украине // Врачебное дело. – 1946. – №10. – С.23-28
  13. Благоустройство села // Сельский строитель. – 1946. – № 3 – 4. – С. 20 – 22.
  14. Боголепова Л.С. Санитарное просвещение и самодеятельность // Сорок лет советскому здравоохранения / Гл. ред. М.Д. Ковригина. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1957. – С. 575 – 600.
  15. Богун І., Людний Ф. Україна в роки війни. – К.: Славутич-Дельфін, 2001. – 151 с.
  16. Бойко Л.Д., Меерсон Г.М., Любельський А.А. Развитие дезинфекционного дела на Украине за годы Советской власти // Материалы юбилейной сессии Киевского НИИ эпидемиологии, микробиологии и паразитологии. – К.: Здоров’я, 1967. – С. 75 – 79.
  17. Борьба за восстановление и развитие народного хозяйства в послевоенный период (1945 – 1953 гг.). Документы и материалы. – М.: Госполитиздат, 1961. – 403 с.
  18. Братусь В.Д., ДуPLENKO К.Ф. Здобутки охорони здоров’я України в сім’ї братніх народів. – К.: Здоров’я, 1970. – 150 с.
  19. Бурчинский Г.И. Итоги шестого съезда терапевтов УССР // Врачебное дело. – 1948. – № 10. – С.923 – 926.

20. Буцько Н.А. Коммунистическая партия – организатор всенародной помощи Советской Украине в восстановлении народного хозяйства в годы Великой Отечественной войны. – К.: Издательство Киевского университета, 1962. – 179 с.
21. Буцько М.О., Тараненко В.М. Дружба і співробітництво народів СРСР у відбудові та дальшому розвитку народного господарства України (1943 – 1950 рр.) // УІЖ. – 1962. – № 4. – С. 15 –25.
22. Буцько М.О., Лавринович М.І. Відродження колгоспного села (Комуністична партія України – організатор відбудови сільського господарства республіки в роки Великої Вітчизняної війни) – К.: Вид-во Київського ун-ту, 1968. – 168 с.
23. Бушин М.І., Перехрест І.В. Евакуація матеріальних ресурсів та населення України на початку Великої Вітчизняної війни (1941 – 1945 рр.) // Сторінки воєнної історії України. Зб. наук. статей. – К., 2002. – Вип.6. – С.176 – 183.
24. Валуєв В. Відбудова народного господарства на Україні // Агітатор. – 1944. – № 7. – С. 2.
25. Варава Г.И., Самодин В.И., Петрищенко Н.В. Стоматологическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А. Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 232 – 234.
26. Васютинский Н., Стаханович В. Сеть и кадры медицинских учреждений Украинской ССР в пятой пятилетке. – К.: Здоровье, 1957. – 124 с.
27. Великая Отечественная война 1941-1945: Энциклопедия / Гл. ред. М.М. Козлов. Ред. коллегия: Ю.Я. Барабаш, П.А.Жилин, В.И. Канатов и др. – М.: Советская энциклопедия, 1985. – 832 с.
28. Веселова О. Стан дослідження проблем третього радянського голоду в Україні // Голод 1946-1947 років в Україні: причини і наслідки: Міжнар.

- наук. конф., Київ, 27 трав, 1997 р.: Матеріали / Редкол.: С.Кульчицький (відп. ред.) та ін.– Київ – Нью-Йорк: Вид-во М.П.Коць. –1998. – С. 40 – 42.
29. Викентьев А. Очерки развития советской экономики в четвертой пятилетке. – М.: Госполитиздат, 1952. – 252 с.
  30. Вінниччина в роки Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр.: 36. документів і матеріалів. – Одеса: Маяк, 1971. – 307 с.
  31. Виноградов Н.А. Работа с медицинскими кадрами и мероприятия по повышению их квалификации // Советское здравоохранение. – 1944. – № 1 – 2. – С. 34 – 49.
  32. Виноградов Н.А. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны (1941 –1945 гг.). – М.: Медгиз, 1955. – 39 с.
  33. Виноградов Н.А. Здравоохранение в послевоенный период // Лекции по организации здравоохранения для врачей / Под общ ред. Н.С. Хмелева, Н.А. Виноградова.– М.: Медгиз, 1955. – Лекции XI – XII. – 67 с.
  34. Волков И.М. Колхозное крестьянство СССР в первые послевоенные годы (1946 – 1950 гг.) // Вопросы истории. – № 6. – С.3 – 9.
  35. Володарский Л.М. Возрождение районов СССР, пострадавших от немецкой оккупации. – М.: Госполитиздат, 1946. – 104 с.
  36. Володарський Л.М. Піклування Радянської держави про населення визволених районів. – К.: Укрдержвидав, 1946. – 36 с.
  37. Волох Д.С., Губский И.М., Ена М.Г., Родина М.С. Медико-фармацевтическое обеспечение // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А. Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 258 – 277.
  38. Волошин В.П., Гаевский Л.А., Захарченко Н.Л., Тайцлин В.И., Гонюкова С.Г. Неврологическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в

- Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 122 – 130.
39. Врачебные кадры. Сборник указов, постановлений правительства и ведомственных материалов / Под ред. Н.А. Виноградова. – М.: Медгиз, 1949. – 203 с.
  40. Вронская Т.В. Общественно – политическая деятельность молодежи на освобожденных территориях Украинской ССР в период Великой Отечественной войны (1943 – 1945 гг.): Автореф. дис. ...канд. ист. наук: 07.00.02 / Институт истории Украины. – К., 1989. – 18 с.
  41. Габрилович М.А. Санитарные последствия гитлеровской оккупации БССР и первоочередные мероприятия по ликвидации этих последствий // Гигиена и санитария. – 1945. – № 4 – 5. – С. 41 – 47.
  42. Гальчак С.Д. Нацистський геноцид на Вінниччині // Сторінки воєнної історії України: Зб. наук. статей / НАН України. Ін – т історії України. – К., 2002. – Вип. 6. – С. 209 – 214.
  43. Гальчак С.Д. “Остарбайтери” з Поділля (1942 – 1947 роки): Автореф. дис...канд. ист. наук. – К., 2002. – 22 с.
  44. Георгиевский А.С., Гаврилов О.К. Социально-гигиенические проблемы и последствия войн. – М.: Медицина, 1975. – 256 с.
  45. Гигиена и эпидемиология в сельских населенных местах. В кн.: „XII съезд гигиенистов, эпидемиологов-микробиологов и инфекционистов 13 – 20 октября 1945 г.”.– М.: Медгиз, 1949 – Т.1. – С.52 – 55.
  46. Гигиена и эпидемиология сельских населенных мест // Гигиена и санитария. – 1947. – № 12. – С. 9 – 17.
  47. Гигиенические основы послевоенного жилищного строительства // Гигиена и санитария. – 1949. – № 1. – С.7 – 12.
  48. Голиш Г.М. Експлуатація неповнолітніх громадян на території рейхскомісаріату „Україна” у 1941 – 1944 рр. // Історія України.

- Маловідомі імена, події, факти (збірник статей). Випуск 26. – К.: Інститут історії України НАН України, 2004. – С.203 – 216..
49. Голиш Г.М. Наслідки радянсько – німецької війни для неповнолітніх громадян України // УГЖ. – 2005. – № 3. – С. 37 – 49.
  50. Голиш Г.М. У вирі війни. Становище неповнолітніх громадян України в 1941 – 1945 рр.. – Черкаси: Черкаський ЦНТЕІ, 2005. – 324 с.
  51. Голиш Г.М. Становище неповнолітніх громадян України в період німецько – радянської війни 1941 – 1945 рр. // Автореф. дис....канд.іст. наук. – Черкаси, 2005. – 20 с.
  52. Головка М.Л. Суспільно-політичні організації та рухи України в період Другої світової війни. 1939 – 1945 рр. – К.: Олан, 2004. – 704 с.
  53. Головка М.Л., Лисенко О.Є. Профспілки України у період Великої Вітчизняної війни 1941 – 1945 рр. – К., 2002. – 312 с.
  54. Голод в Україні 1946 – 1947. Документи і матеріали / Упор. О.М. Веселова, гол. ред. кол. В.А. Смолій. – К. – Нью-Йорк, 1996. – 375 с.
  55. Грабовский П. Здравоохранение в УССР/ Статистический справочник. – К.: Госмедиздат УССР, 1957. – 140 с.
  56. Голяченко А.М., Обухов А.Т. Лікарняна допомога сільському населенню УРСР. – К.: Здоров'я, 1974. – 102 с.
  57. Грандо А.А., Межиров Л.С. Історія гігієни і санітарії на Україні. (Бібліографічний покажчик). – К.: Здоров'я, 1964. – 124 с.
  58. Грандо А.А. Развитие гигиены в Украинской ССР. – К.: Здоров'я, 1975. – 200 с.
  59. Грандо А.А., Каган В.Я., Росич Г.Н. Образование и развитие санитарной организации Украины (к 50-летию Декрета «О санитарных органах республики»). – К.: Б. и. – 38 с.
  60. Григорович Д.Ф., Замлинский В.А., Немятый В.Н. Коммунистическая партия Украины в годы Великой Отечественной войны. – К.: Политиздат Украины, 1980. – 335 с.



61. Гриф секретности снят. Потери Вооруженных Сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах: Статистическое исследование / Под общ. ред. Г.Ф. Кривошеева. – М.: Воениздат, 1993. – 393 с.
62. Гриценко Т.Т. Забота партии о материально – бытовом обеспечении населения освобожденных районов. // Коммунистическая партия – организатор освобождения Советской Украины от фашистских захватчиков. – К., 1975. – С. 319 – 328.
63. Грищенков Н.И., Лисицын Ю.П. Здравоохранение в СССР и достижения советской медицины. – М., 1958. – 124 с.
64. Губергріц М.М. Досягнення УРСР в галузі внутрішньої медицини за тридцять років // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.163 – 177.
65. Губський І.М., Ткачук В.А. Відбудова і розвиток аптечного господарства в післявоєнні роки // Фармацевтичний журнал. – 1975. – № 2. – С. 10 – 14.
66. Гупан Н. Голод в Україні 1946-1947 років мовою документів // Голод 1946-1947 років в Україні: причини і наслідки: Міжнар. наук. конф., Київ, 27 трав, 1997 р.: Матеріали / Редкол.: С.Кульчицький (відп. ред.) та ін.– Київ – Нью-Йорк: Вид-во М.П.Коць. –1998. – С.124 – 126.
67. Даниленко В.М. Повсякденне життя українських селян у повоєнний період (1945–1953 рр.) Україна ХХ ст.: культура, ідеологія, політика. Збірник статей/Відп. ред. В.М. Даниленко.–К.: Інститут історії України НАН України, 2005. – С. 3-16.
68. Денисенко П.І. Комуністична партія України – організатор відбудови народного господарства республіки (1943-1945 рр.). – К., Політвидав України, 1968. – 176 с.
69. Дзвони пам'яті: Книга про трагедію сіл Київщини, знищених фашистами у роки війни. Художні та документальні твори / Упоряд.: Л.Н. Горлач, Я.С. Пальчик; Ред. кол.: Ю.Збанацький (голова) та ін. – К.: Радянський письменник, 1985. – 206 с.

70. Для колгоспників і селян України споруджено понад 680 тисяч будинків // Колгоспник України. – 1948. – № 2 (1052). – 3 січня. – С. 1.
71. Добронравов В.Н. Опыт советской медицины в годы Великой Отечественной войны 1941 – 1945 гг. – М.: Медгиз, 1953. – 73 с.
72. Документы обвиняют: Сб. док. о чудовищных преступлениях немецко-фашистских захватчиков на советской территории. В 2 вып. – М., 1945. – Вып.2. – 392 с.
73. Домбровская Ю.Ф. Изменения организма ребенка после перенесенных заболеваний военного времени // Медико-санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации: Труды II конференции (17-19 декабря 1946 года). – М.: Издательство Академии медицинских наук СССР, 1948. –Т.1. – С.135 – 144.
74. Украина в годы Великой Отечественной войны (1941 —1945 гг.): Сб. док. и материалов. – Донецк, 1980. – 311 с.
75. Доповідна записка інформатора управління з перевірки парторганів ЦК ВКП(б) про збільшення захворюваності на дистрофію колгоспників ряду областей України. 18 березня 1947 р. // Опублік. в: Горбунов К.Є. Голод 1946-1947 років на території півдня УРСР. – К.: Вид-во ПП Шамрай П.М., 2006. – С.211 – 213.
76. Доповідь Ректора Вінницького Національного медичного університету ім. М.І. Пирогова Мороза В.В. на зборах трудового колективу, вересень 2016р. - [www.vnmu.edu.ua](http://www.vnmu.edu.ua) › downloads › pdf › Zvit\_2016.
77. Достижения советской медицинской науки за 30 лет. – М.: Медгиз, 1947. – 616 с.
78. Друга світова війна і Україна: Матеріали наукової конференції, 27-28 квітня 1995 р. / М.В.Коваль (відп. ред.): НАН України, Інститут історії України. – К., 1996. – 253 с.

79. Дупленко К.Ф., Васютинский Н.А., Зелинская Г.М. О снижении заболеваемости колхозников и трудовых потерь в сельскохозяйственном производстве // Врачебное дело. – 1954. – № 4. – С.343 – 348.
80. Дьяченко Л.И., Захарченко Н.Л., Сосин И.К. Вольфовский О.И. Психиатрическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 131 – 136.
81. Жученко А.Н. Лекарственное обслуживание сельского населения Винницкой области через аптечные пункты // Аптечное дело в Украинской ССР. – К., 1958. – С. 5-29
82. Заболеваемость сельского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи / Под ред. проф. И.Д. Богатырева. – М.: Медицина, 1973. – 280 с.
83. Закон про п'ятирічний план відбудови й розвитку народного господарства УРСР на 1946 – 1950 рр. – К.: Укрполітвидав, 1946. – 44 с.
84. Заривайская Н.А. К истории развития жилищной гигиены в городах и рабочих поселках Украины // Материалы к истории гигиены и санитарного дела на Украине. – К.: Госмедиздат УССР, 1962. – С. 11 –17.
85. Заходи щодо санітарного впорядкування сіл // Буценко А.О. “Планування і забудова сіл УРСР”. – К.: Держмедвидав, 1947. – С.43 – 55.
86. Збаровская Ф.И. Санитарные последствия войны среди детского населения и мероприятия по их ликвидации // Санитарные последствия войны и меры по их ликвидации: Труды Первой конференции 22–24 квітня 1946 г. / Под ред. И.А. Семашко, П.А. Кувшинникова– М.: Медгиз, 1947. – С. 129 – 137.
87. Збірник Постанов і розпоряджень Уряду Української Радянської Соціалістичної республіки. – К.: Поліввидав України, 1947. – № 11. – 24 с.

88. Зверства немецко-фашистских захватчиков. Документы. – М.: Военное изд-во народного комисариата обороны, 1945. – Вып. 13. – 84 с.
89. Здравоохранение в УССР. Статистический справочник. – К.: Госмедиздат УССР, 1957. – 140 с.
90. Зелинский А.Н., Леоненко Н.А., Козлюк В.М., Стефановская Н. В., Тарасенко И.В. Развитие лечебно-профилактической помощи в Украинской ССР // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 52 – 93.
91. Здоров'я народу – державна справа // Радянська Україна. – 1943. – 29 травня.
92. Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг. – Л.: Медицина, 1985. – 304 с.
93. Иванов В.М. Онкологія Української РСР за 30 років // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С. 178 – 191.
94. Иванюта О.М., Жуковский Л.И., Гавриленко А.Ф., Рыбак Ю.Н. Фтизиатрическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А. Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 137 – 143.
95. Из истории здравоохранения Украинской ССР / Под ред. В.Д. Братуся, К.Ф. Душленко, К.Г. Васильева. – К.: Здоров'я, 1970. – 160 с.
96. Из истории работы по санитарному оздоровлению Донбасса (окончание) // Гигиена и санитария. – 1955. – № 3. – С.3 – 7.

97. Історія застерігає: Трофейні документи про злочини німецько-фашистських загарбників та їхніх посібників на тимчасово окупованій території в роки Великої Вітчизняної війни / Упоряд. В.М. Нем'ятей та ін. Редколегія: В.І. Юрчук та ін. – К.: Політвидав України, 1986. – 265 с.
98. История Коммунистической партии Советского Союза . В 6-ти т. – Т. 5. Коммунистическая партия накануне и в годы Великой Отечественной войны, в период упрочнения и развития социалистического общества 1938 – 1958 гг: Кн. 2 (1945 – 1959 гг.).– М.: Политиздат, 1980. – 692 с.
99. История медицины и здравоохранения Украинской ССР. Научно-вспомогательный указатель литературы (1918 – 1980 гг.). – К.: Б.и., 1982. – 622 с.
100. Історія міст і сіл Української РСР: 26 т. Вінницька обл. / Ред. колегія А.Ф. Олійник та ін. – К., Гол. редакція УРЕ АН УРСР, 1972. – 779 с.
101. Історія міст і сіл Української РСР: В 26 т. Хмельницька область / Ред. кол. тому: Мехеда М.І. (гол. редкол.) – К.: Голов. ред. УРЕ АН УРСР, 1971. – 708 с.
102. Історія України / В.Ф. Верстюк, О.В. Горань, О.І. Гуржій та ін.; під ред. В.А. Смолія. – К.,1997. – 416 с.
103. Історія українського селянства. Нариси в 2 тт. // Голова ред. ради В.М. Литвин. – К.: Наукова думка, 2006. – Т.1. – 633 с.
104. Історія українського селянства. Нариси в 2 тт. // Голова ред. ради В. М. Литвин. – К.: Наукова думка, 2006. – Т.2. – 655 с.
105. Іщенко І.М. Досягнення радянської хірургії в УРСР // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.192 – 200.
106. К санитарным врачам Украины // Врачебное дело. – 1948. – № 9. – С. 844.
107. Каган С.С. Медико – санитарные кадры Наркомздрава УССР в первый год его восстановительной деятельности // Здравоохранение УССР в 1944 году: Сводно – аналитический обзор составленный на основании отчетов

- органов здравоохранения УССР за 1944 год / Под общ. ред. С.С. Кагана. – К.: Государственное издательство УССР, 1947. – С. 9 – 29.
108. Каган С.С. Основные итоги здравоохранения в УССР за 1944 г. // Советское здравоохранение. – 1947. – № 10 – 11. – С.38 – 47.
109. Каган С.С. Радянська охорона здоров'я – дітище Великого Жовтня // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С. 37 – 64.
110. Каган С.С. Первые итоги ликвидации последствий войны и германо-фашистской оккупации УССР в области охраны народного здоровья // Медико-санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации. Труды II конференции (17-19 декабря 1946 года). – М.: Издательство Академии медицинских наук СССР, 1948. – Т.1. – С.13 – 24.
111. Каган С.С. Основні досягнення соціалістичної охорони здоров'я в УРСР. (Матеріали до лекції). – К., 1957. – № 21 (Серія X). – 47 с.
112. Каневский Г.Л. История развития физиотерапии на Украине и задачи ее послевоенной помощи // Труды научной сессии, посвященной 25-летию института физиотерапии. – К.: Госмедиздат УССР, 1948. – Вып. 11. – С. 373 – 376.
113. Карпенко В.С., Павлова Л. П., Сайдакова Н.А. Урологическая помощь // Здравоохранение в Украинской ССР. Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – В 3-т. – Т. 1. – С. 213 – 223.
114. Касьяненко А.М. Организация санитарно-эпидемического обслуживания населения. – К.: Здоров'я, 1979. – 122 с.
115. Касьяненко А.М., Ветчинин В.В., Грандо А.А., Мельник М.Н., Каган В.Я., Росич Г.Н., Проклина Т.Л., Петрова Л.Ф. Развитие санитарно-эпидемиологической службы // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в

- Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 277 – 300.
116. Кенц В.В., Андреева Н.А., Рожкова Е.О. Физиотерапевтическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 154 – 160.
117. Клейн Б.І. Успіхи мікробіології в зв'язку з епідеміологією в УРСР за тридцять років // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.116 – 127.
118. Клименко О.Ю. Джерела до вивчення проблеми охорони здоров'я в Україні під час Великої Вітчизняної війни // Історичні і політологічні дослідження. Науковий журнал. – Вид-во ДонНУ, Історичний факультет. – 2005. – №1(23). – С.12 –18
119. Ключев М.А., Мельниченко А.К. Аптечное дело // Сорок лет советскому здравоохранения / Гл. ред. М.Д. Ковригина. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1957. – С. 557 –574.
120. Коваленко П.И. Достижения здравоохранения в Украинской ССР за 50 лет Советской власти // Вопросы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. – К., 1969. – Вып. 3. – С. 3 – 14.
121. Коваль М.В. Все – для перемоги. Подвиг трудящих України у Великій Вітчизняній війні. 1941-1945 рр. – К.: Наукова думка, 1970. – 195 с.
122. Коваль М.В. У горнілі війни. (Співдружність українського народу з братніми народами СРСР у роки Великої Вітчизняної війни. 1941-1945 рр.) – К.: Наукова думка, 1972. – 155 с.
123. Коваль М.В. Товариство Червоного Хреста і Червоного Півмісяця УРСР – фронту і тилу (1941 – 1945 рр.) // УІЖ. – 1975. – № 4. – С. 78 – 87.
124. Коваль М. В. Україна: 1939 – 1945. Маловідомі і непрочитані сторінки історії. – К.: Вища школа, 1995. – 194 с.

125. Коваль М. В. Друга світова і Велика Вітчизняна війни та сьогодення. Роздуми історика // УІЖ. – 1995. – № 3. – С. 3 – 22.
126. Коваль М. В. Друга світова війна і Україна (1939 – 1945 рр.): Історіософські нотатки. – К., 1999. – 75 с.
127. Коваль В. М. Друга світова війна та історична пам'ять // УІЖ. – 2000. – № 3. – С. 3 – 21.
128. Коваль М. В., Петляк Ф. А. Друга світова і Велика Вітчизняна війни: історія і сучасність (Роздуми на межі віків) // Сторінки воєнної історії України: Зб. наук. статей / НАН України. Ін – т історії України. – К., 2001. – Вип. 5. – С. 3 – 13.
129. Коваль М. В., Чернега П. М. Участь профспілок у налагодженні матеріально-побутового обслуговування трудящих Української РСР // УІЖ. – 1980. – № 5. – С. 51 – 61.
130. Коваль М. В., Чернега П. М. Основні напрями діяльності профспілок у процесі відбудови народного господарства УРСР (1943-1945 рр.) // УІЖ. – 1980. – № 11. – С. 52 – 61.
131. Ковпак Л.В. Соціально-побутові умови життя населення України в другій половині ХХ ст. (1945-2000 рр.). – К.: Інститут історії України НАНУ, 2003. – 250 с.
132. Кожевников В.К. Служба крови Украины во время Великой Отечественной войны // Проблемы гематологии и переливания крови. – 1975. – Т. 20. – № 5. – С. 12 – 14.
133. Козлюк В.М. Медицинская помощь инвалидам Великой Отечественной войны // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 238 – 253.



134. Колесников С.А. Организация специализированного лечения инвалидов Великой Отечественной войны // Советское здравоохранение. – 1943. – № 6. – С. 3 – 10.
135. Колесников С.А. Очередные задачи работы городских больниц // Советское здравоохранение. – 1944. – № 3. – С. 7 – 26.
136. Колесников С. А. Санитарная агитация и пропаганда в годы Великой Отечественной войны // Советское здравоохранение. – 1944. – № 9. – С. 14 – 23.
137. Комиссаренко В.П., Ларичев Л.С., Белый А. Д. Эндокринологическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 113 – 115.
138. Кондуфор Ю.Ю., Клоков В.І. Деякі питання методології і завдання дослідження періоду Великої Вітчизняної війни // Вісник АН УРСР. – 1985. – № 5. – С. 14 – 19.
139. Кононенко И.Ф. Здравоохранение Украины на пути к полному возрождению // Врачебное дело. – 1945. – № 3 - 4. – С.97 – 104.
140. Кононенко И.Ф. Изучение состояния здоровья инвалидов Отечественной войны на Украине // Медико-санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации. Труды II конференции (17-19 декабря 1946 гг.). – М.: Изд-во АН СССР, 1948. – Т. 2. – С. 83 – 93.
141. Константинов Г.Ф., Калью П.И. Лечебно-профилактическая помощь сельскому населению // 40 лет советскому здравоохранения / Гл. ред. М.Д. Ковригина. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1957. – С. 191 – 220.
142. Король В.Ю. Військові втрати слов'янських народів СРСР у роки Великої Вітчизняної війни (1941-1945) // Трибуна. – 2000. – № 9 – 10.

143. Король В.Ю. До питання про військові втрати України у роки Другої світової війни // Сторінки воєнної історії України: Зб. наук. статей / НАН України. Ін – т історії України. – К., 2002. – Вип. 6. – С. 104 – 108.
144. Король В.Ю. Трагедія радянських військовополонених на окупованій території України в 1941 – 1944 рр. // Сторінки воєнної історії України. Зб.наук. праць. – 2004. – Вип.8. – С.239 –252.
145. Косик В. Україна в Другій світовій війні у документах: Збірник німецьких архівних матеріалів (1941 –1942). – Львів, 1998. – Т.7. – 574 с.
146. КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и Пленумов ЦК (1938 – 1955 гг.): 9-е изд. – М.: Политиздат, 1985. – Т. 7. – 574 с.
147. Кравец Э.М. Забота о новорожденных детях в военное время // Медицинская сестра. – 1946. – № 1 – 2. – С.116 – 122.
148. Кравченко В.И., Краснонос Ю.Н. Помощь армии населению освобожденных районов Украины 1943-1945 гг. // Историчні і політологічні дослідження. Науковий журнал. – Вид-во ДонНУ, Историчний факультет. – 2005. – №1(23). – С. 227 – 234.
149. Кричевський О.М. Тридцять років української дерматологічної і венерологічної наук // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.267 – 279.
150. Кротков Ф.Г. Советская гигиена в Отечественную войну // Советское здравоохранение. – 1944. – № 7-8. – С. 9 – 14.
151. Крышень П.Ф., Кривицкий А.А., Коврова А.А., Левенец Г.Г., Петречук Л.Н. Гастронтерологическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 100 – 102.

152. Кузьмин М.К. Героизм медицинских работников и достижения советской медицины в годы Великой Отечественной войны. – Дис...док. мед. наук. – М., 1968. – 615 с.
153. Кузьмин М.К. История медицины. – М.: Медицина, 1978. – 197 с.
154. Кузьмин М.К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны (очерки). – М.: Медицина, 1979. – 259 с.
155. Кундиев Ю.И., Добровольский А.Л., Быстрова Л.Е. Деятельность санитарно-эпидемиологической службы в области гигиены труда // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 300 – 326.
156. Кучер В.І., Чернега П.М. Україна у Другій світовій війні. – К.: Генеза, 2004. – 272 с.
157. Лазарев О.З. У боротьбі за життя і здоров'я нашої зміни // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.220 – 228.
158. Ларин А.Ф. До питання про матеріально-побутове постачання населення України (1943-1945 рр.) // УІЖ. – 1978. – № 5. – С.102 –106.
159. Ларін А.Ф. Допомога Червоної Армії населенню в ході визволення території УРСР // УІЖ. – 1980. – № 2. – С. 92 – 95.
160. Ларін А.Ф., Маковська Н.В. Боротьба за поліпшення санітарного стану визволених районів УРСР (1943-1945 рр.) // УІЖ. – 1986. – № 12. – С. 55 – 61.
161. Ларін А.Ф., Сахарчук І.М. Братерська допомога народів СРСР у відновленні роботи лікувальних закладів УРСР (1943–1945 рр.) // УІЖ. – 1982. – № 8. – С. 75 – 78.
162. Ларичев Л.С., Шалковский И.Г., Лобода М.В., Фастовой А.М. Санитарно-курортная помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской

- СССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 253 – 258.
163. Латиш О.Ю. Розвиток системи охорони здоров'я в Україні періоду Великої Вітчизняної війни: Автореферат дис. ... к. і. н. – Донецьк, 2004. – 23 с.
164. Левит В.С. Краткие очерки истории советской хирургии. – М., 1960. – 197 с.
165. Лекарев Л.Г. и др. Потребность населения Винницы в стационарной помощи и методика её определения//Врачебное дело. – 1957. - №6. – С.635-640.
166. Лекарев Л.Г. Розвиток охорони здоров'я в Подільській губернії – Вінницькій області // Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні / Під ред. К.Ф. Душленко. – К.: Держмедвидав УРСР, 1959. – С. 216– 279.
167. Лекарев Л.Г. Некоторые итоги изучения заболеваемости сельского населения Винницкой области // Советское здравоохранение. – 1951. – №4. – С.29-33
168. Лиманский М. Е. Первые итоги объединения больниц с поликлиниками // Врачебное дело. – 1948. – № 9. – С.827 – 828.
169. Лисенко О.Є. Ідеологічні аспекти початкового періоду війни: реалії та їх відлуння // Сторінки воєнної історії України: Зб. наук. статей./ НАН України. Ін – т історії України. – К., 2002. – Вип. 6. – С. 6 – 9.
170. Лисенко О.Є. Друга світова війна як предмет наукових досліджень та феномен історичної пам'яті // УІЖ. – 2004. – № 5. – С. 3-9.
171. Лысенко Е.А. Развитие сети детских лечебно-профилактических учреждений и обеспеченность кадрами педиатров в УССР в послевоенный период // Вопросы организации охраны здоровья населения УССР. – 1968. – Вып. 11. – С. 76 – 82.
172. Литвин В.М. Україна в Другій світовій війні (1939-1945). – К., 2004. – 464 с.

173. Лукьянова Е.Н., Михайленко Е.Т., Коломийцева А.Г., Диденко Л.В., Множинский О.Б., Писарева С.П., Циборовский О.М., Неделько В.П., Кузнецова Н.Н., Сидоренко Г.Н., Тураева Н.М. Охрана здоровья женщин и детей // *Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 234 – 238.*
174. Лукьянчук Л.Я., Маковская Н.В. Ликвидация медико-санитарных последствий войны в УССР // *Советское здравоохранение. – 1985. – № 6. – С. 43 – 45.*
175. Лур'є О.Ю. Вклад акушерсько-гінекологічної клініки у вітчизняну науку // *Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.212 – 219.*
176. Мавров И.И., Волкославская В.Н. Дерматовенерологическая помощь // *Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 144 – 153.*
177. Майструк П.Н., Попик С.Я., Блазнева Б.Л. Деятельность санитарно-эпидемиологической службы в области гигиены питания // *Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А. Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С.342 – 366.*
178. Маковська Н.В., Пелешенко М.В., Сахарчук І.М. Про роботу парторганізацій закладів охорони здоров'я УРСР (1943-1945 рр.) // *УІЖ. – 1983. – № 12. – С. 71 – 76.*
179. Маковська Н.В., Сахарчук І.М. Піклування Радянської держави, допомога братніх республік – вирішальна умова відбудови сітки охорони

- материнства і дитинства УРСР (1943 – 1945 рр.) // Акушерство і гінекологія. – 1982. – № 6. – С.34 – 37.
180. Маковская Н.В. Деятельность КПСС по восстановлению системы здравоохранения освобожденных районов УССР в годы Великой Отечественной войны (1943 – 1945 гг.). – Автореф. дис...канд. ист. наук. – К., 1985. – 24 с.
181. Маковська Н.В. Архівні джерела про відновлення системи охорони здоров'я УРСР в роки Великої Вітчизняної війни (1943 – 1945 рр.) // Архіви України. – 1985. – № 1. – С. 70 – 72.
182. Маньковський Б.М. Розквіт української неврології в епоху соціалізму // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С. 245 – 254.
183. Марзеев А.Н. Санитарно-эпидемиологическое обслуживание движущихся масс // Гигиена и санитария. – 1945. – № 6. – С.37 – 40.
184. Марзеев А.Н. Актуальные задачи в области санитарного благоустройства населенных мест на Украине // Врачебное дело. – 1948. – № 2. – С.1093 – 1096.
185. Марзеев А.Н. Санитарные последствия разрушений городов Украины // Медико-санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации. Труды II конференции (17-19 декабря 1946 года) / Под ред. Н. А. Семашко. – М.: Издательство Академии медицинских наук СССР, 1948. – Т.1. – С. 89 – 121.
186. Марзеев А.Н. К истории развития и возникновения санитарных станций на Украине // Очерки истории медицинской науки и здравоохранения на Украине. – К.: Госмедиздат УССР, 1954. – С.195 – 203.
187. Марзеев А.Н. Записки санитарного врача. – К.: Здоров'я, 1965. – 175 с.
188. Марочко В. «Третій радянський»: голод 1946 – 1947 років // Голод 1946-1947 років в Україні: причини і наслідки: Міжнар. наук. конф., Київ, 27

- трав, 1997 р.: Матеріали / Редкол.: С.Кульчицький (відп. ред.) та ін.– Київ – Нью-Йорк: Вид-во М.П.Коць. – 1998. – С.13 – 19.
189. Марьяхин Г.Л. Очерки истории налогов с населения в СССР. – М.: Финансы, 1964. – 252 с.
190. Материалы к истории гигиены и санитарного дела в УССР / Под ред. П.Д. Лещенко, Д.Н. Калюжного, А.А. Грандо. – К.: Госмедиздат, 1959. – 256 с.
191. Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні / Під ред. К.Ф. Дупленко. – К.: Держмедвидав УРСР, 1959. – 383 с.
192. Медведовский Э.С. Физическое развитие рабочих подростков в военные и послевоенные годы // Медико-санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации: Труды Второй конференции. 17-19 декабря 1946 г.: В 2 т. / Под ред. М.А. Семашко, П.А. Кувшинникова. – М.: АМН СССР, 1948. – Т. 1. – С. 166 – 173.
193. Медведь Л.І. Розквіт медичної науки і охорони здоров'я населення в УРСР // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С. 1 – 36.
194. Медико-санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации. Труды II конференции (17-19 декабря 1946 года) / Под ред. Н.А. Семашко. – М.: Издательство Академии медицинских наук СССР, 1948. – Т.1–180 с.
195. Медико-санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации. Труды II конференции (17-19 декабря 1946 года) / Под ред. Н.А. Семашко. – М.: Издательство Академии медицинских наук СССР, 1948. – Т.2. – 127 с.
196. Медичне обслуговування колгоспників // Колгоспник України. – 1948. – № 44 (1094). – 10 квітня. – С. 4.
197. Митерев Г.А. Очередные задачи здравоохранения в освобожденных районах // Советское здравоохранение. – 1942. – № 3. – С. 3-7.
198. Митерев Г.А. Советское здравоохранение в годы Великой Отечественной

- войны // Советское здравоохранение. – 1944. – № 7 – 8. – С.3-7.
199. Митерев Г.А. Забота о матери и ребенке – важнейшая государственная задача. – М.: Медгиз, 1948. – 63 с.
200. Митерев Г.А. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание городского населения в период Великой Отечественной войны // Советское здравоохранение. – 1946. – № 10 - 11. – С. 3 – 15.
201. Митерев Г.А. Система санитарных и противоэпидемических мероприятий периода Великой Отечественной войны. – М.: Медгиз, 1945. – 105 с.
202. Митерев Г.А. В дни войны и мира. – М.: Медицина, 1977. – 225 с.
203. Мовчанюк О.В., Ермолаев М.М., Меламент Л.Е. Санитарное просвещение // Здравоохранение в Украинской ССР. Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – В 3-т. – Т. 1. – С. 386 – 392.
204. Моисеева А.В., Серебряков Л.В. Развитие дезинфекционного дела // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 379 – 386.
205. Молотков В.Н., Брусиловский Б.М. Пульмонологическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 103 – 108.
206. Муковський І.Т. Військові втрати українського народу у Великій Вітчизняній війні // Трибуна. – 2000. – № 7 – 8. – С. 3.
207. Муковський І.Т. Використання людських резервів України для поповнення Червоної Армії в 1941 – 1945 рр. // Сторінки воєнної історії України: Зб. наук. статей./ НАН України. Ін – т історії України. – К., 2002. - Вип. 6. – С. 99 – 103.



208. Муковський І.Т., Лисенко О.Є. Звитяга і жертвність: Українці на фронтах Другої світової війни / За ред. В.Д. Конашевича. – К.: Пошуково-видавниче агентство «Книга Пам'яті України», 1996. – 568 с.
209. Мухина Е. Восстановим детские ясли // Работница. – 1944. – №1. – С. 17
210. Народне господарство Української РСР в 1959 році. Статистичний щорічник. – К.: Державне статистичне вид-во, 1960. – 731 с.
211. Народне господарство Української РСР в 1971 році. Ювілейний статистичний щорічник. – К.: Статистика, 1972. – 532 с.
212. Народне господарство Черкаської області. – Дніпропетровськ: Промінь, 1977. – 135 с.
213. Нариси історії Комуністичної партії України. – К., 1977. – 535 с.
214. Натрадзе А.Г., Качалов С.Ф. Материальный ущерб, причиненный здравоохранению Союза ССР немецко-фашистскими захватчиками в Великую Отечественную войну // Советское здравоохранение. – 1946. – № 3. – С. 10 – 22.
215. Натрадзе А.Г. Очерк развития химико-фармацевтической промышленности СССР. – М.: Медицина, 1977. – 328 с.
216. Научная работа санитарно-эпидемиологических станций // Гигиена и санитария. – 1952. – № 10. – С.44 – 46.
217. Немятый В.Н. Всенародная борьба против экономических мероприятий фашистских оккупантов на Украине 1941 – 1945 гг. – К., 1980. – 62 с.
218. Німецько-фашистський окупаційний режим на Україні: Збірник документів і матеріалів / Упор. А.А. Батюк, І.Л. Бутич, П.М. Кострита та ін. – К.: Держполітвидав, 1963. – 488 с.
219. Новаченко М.П. Ортопедія і травматологія до ХХХ-річчя Радянської України // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.201 – 206.
220. Нюрнбергский процесс над главными немецкими военными преступниками. Сборник документов в 7-и тт. / Под общ ред. Р.А.

- Руденко. – Т.2. Преступления против мира – М.: Государственное издательство юридической литературы, 1958. – 863 с.
221. Нюрнбергский процесс над главными немецкими военными преступниками. Сборник документов в 7-и тт. / Под общ ред. Р.А. Руденко. – Т. 3. Военные преступления и преступления против человечности. – М.: Государственное издательство юридической литературы, 1958. – 816 с.
222. Нюрнбергский процесс над главными немецкими военными преступниками. Сборник документов в 7-и тт. / Под общ ред. Р.А. Руденко. – Т. 4. Военные преступления против человечности. – М.: Государственное издательство юридической литературы, 1959. – 896 с.
223. Нюрнбергский процесс над главными немецкими военными преступниками. Сборник документов в 7-и тт. / Под общ ред. Р.А. Руденко. – Т. 5. Допросы подсудимых и речи адвокатов. – М.: Государственное издательство юридической литературы, 1960. – 884 с.
224. Нюрнбергский процесс над главными немецкими военными преступниками. Сборник документов в 7-и тт. / Под общ ред. Р. А. Руденко. – Т. 6. Преступные организации. – М.: Государственное издательство юридической литературы, 1960. – 748 с.
225. Нюрнбергский процесс над главными немецкими военными преступниками. Сборник документов в 7-и тт. / Под общ ред. Р.А. Руденко. – Т. 7. Заключительные речи обвинителей. Последние слова подсудимых. Приговор. – М.: Государственное издательство юридической литературы, 1961. – 760 с.
226. О внутреннем совместительстве врачей. Приказ уполномоченного Государственного Комитета Обороны по проведению противоэпидемических мероприятий от 19 февраля 1943 г. – Бюл. Московск. обл. здравоохран. – 1943. – № 4. – С.5 – 8.
227. О выполнении постановления СНК СССР и ЦК ВКП (б) от 21-го августа

- 1943 года “О неотложных мерах по восстановлению хозяйства в районах, освобожденных от немецкой оккупации”. Отчет. – М., 1944. – 32 с.
228. О материальном ущербе, причиненном немецко-фашистскими захватчиками государственным предприятиям и учреждениям, колхозам и общественным организациям и гражданам СССР // Сборник сообщений Чрезвычайной государственной комиссии о злодеяниях немецко-фашистских захватчиков. – М.: Огиз, 1946. – 456 с.
229. Общественно-политическая жизнь трудящихся Украины в годы Великой Отечественной войны: Сб. научных трудов / АН УССР Институт истории; Редкол. Коваль М.В. (отв. ред.) и др. – К.: Наук. Думка, 1988. – 232 с.
230. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг. – Т.1 – 35. – М.: Медгиз, 1949 – 1955.
231. Очерки истории медицинской науки и здравоохранения на Украине / Под ред. Б.Д. Петрова, В.Д. Братуся, К.Ф. Дупленко. – К.: Госмедиздат, 1954. – 437 с.
232. Очерки истории здравоохранения СССР / Под ред. М.И. Барсукова. – М.: Медгиз, 1957. – 393 с.
233. Очерки истории советской военной медицины / Под ред. Д.Д. Кувшинского, А.С. Георгиевского. – Л.: Медицина, 1968. – 525 с.
234. Очередные задачи по укреплению санитарных кадров // Гигиена и санитария. – 1945. – № 1-2. – С.1 – 9.
235. Перехрест І.В. Медико-санітарні наслідки Великої Вітчизняної війни для населення України та їх ліквідація у період відбудови (1943-1950 рр.): автореф. дис. на здоб. н. с. канд. іст. наук. – Донецьк, 2007. – 21 с.
236. Перехрест О.Г. Нищення житла в українському селі в період німецько-радянської війни (1941-1945) // Сторінки воєнної історії України. – Зб. наук. статей / НАН України. Інститут історії України. – К., 2005. – Вип. 9. – С. 137 – 156.

237. Перехрест О.Г. Наслідки нацистської окупації українського села в період німецько-радянської війни 1941 – 1945 рр. // Історичні і політологічні дослідження. – 2005. – №1(23). – С. 251 – 243.
238. Перковський А.Л., Пирожков С.І. Демографічні втрати народонаселення Української РСР у 40-х рр. // УГЖ. – 1990. – № 2. – С. 15 – 25.
239. Перший Пленум Ради по кадрах НКОЗ УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1946. – 263 с.
240. Першина Т.В. Фашистский геноцид на Украине 1941 – 1945 гг. – К.: Наук. думка, 1985. – 170 с.
241. Першина Т.С. Господарська номенклатура в Україні 1941 – 1945 рр. – К., 1997. – 114 с.
242. Петляк Ф.А. Партийное руководство Советами на Украине в годы Великой Отечественной войны. (1941-1945). – К.: Вища школа, 1986. – 186 с.
243. Пиріг Любомир. Українська медицина і суспільство // Розбудова держави. – 1998. – № 3-4. – С.19 – 25.
244. Пиріг Р. Архівні джерела про голод 1946-1947 років в Україні // Голод 1946-1947 років в Україні: причини і наслідки: Міжнар. наук. конф., Київ, 27 трав,1997 р.: Матеріали / Редкол.: С.Кульчицький (відп. ред.) та ін.– Київ – Нью-Йорк: Вид-во М.П.Коць. –1998. – С.21 – 25.
245. Пирожков С. Смертність населення України та демографічні втрати в екстримальні ситуації // Голод 1946-1947 років в Україні: причини і наслідки: Міжнар. наук. конф., Київ, 27 трав,1997 р.: Матеріали / Редкол.: С.Кульчицький (відп. ред.) та ін.– Київ – Нью-Йорк: Вид-во М.П.Коць. – 1998. – С. 28 – 39.
246. Пігідо-Правобережний Ф. «Велика Вітчизняна війна». – Вінніпег: Вид-во «Нового шляху», 1954. – 230 с.
247. Поділля у Великій Вітчизняній війні (1941-1945 рр.): Збірник документів і матеріалів. – Львів: Каменярь, 1969. – 416 с.

248. Позмогов А. И., Арендаревский Л. Ф. Рентгенологическая, радиологическая и онкологическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А. Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 209 – 212.
249. Політична історія України ХХ ст.: У 6 тт. / Гол. ред. І. Ф.Курас, ред. кол. Ю.І. Шаповал, Ю.А. Левенець, В.О. Котигоренко та ін. – Україна у Другій світовій війні (1939 – 1945). – К.: Генеза, 2003. – Т. 4 – 584 с.
250. Полтавщина у Великій Вітчизняній війні Радянського Союзу 1941 – 1945: Збірник документів і матеріалів / Ред. колегія І.Ю. Горобець та ін. – К.: Наук. думка, 1977. – 273 с.
251. Полякова Л.Е. Цена войны. Демографический аспект. – М.: Финансы и статистика, 1985. – 136 с.
252. Преступные цели – преступные средства: Документы об оккупационной политике фашистской Германии на территории СССР (1941 – 1945 гг.): 2-е изд. / Сост. Г.Ф. Заставенко, Т.А. Иллерицкая, А.М. Козочкина и др. – К.: Политиздат, 1968. – 383 с.
253. Преступные цели гитлеровской Германии в войне против Советского Союза: Документы и материалы / Под ред. П.А. Жилина – М.: Воениздат, 1987. – 302 с.
254. Про будівництво жилих будинків колгоспників, виробничих будівель у колгоспах і культурно-побутових споруд на селі. Постанова РНК УРСР і ЦК КП(б)У від 27 квітня 1945 р. // Радянська Україна. – 1945 р. – 8 травня.
255. Про руйнування звірства, заподіяні німецько-фашистськими загарбниками. Повідомлення Надзвичайної Державної Комісії. – Київ - Харків: Укрдержвидав, 1944. - 56 с.
256. Здобутки у будівництві в селах і колгоспах. Виступ Голови Раднаркому УРСР і Секретаря ЦК КП(б)У М.С.Хрущова на Пленумі ЦК КП(б)У 8

- червня 1945 р. Скорочена стенограма // Колгоспник України. – 1945. – № 73 (654). – 21 червня. – С. 1–2.
257. Протопопов В.П. До тридцятиріччя радянської психіатрії на Україні // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.255 – 261.
258. Пыриг Л. А., Мельман Н. Я. Неврологическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 223 – 232.
259. Ранц Я.Я. Розвиток протезної допомоги в УРСР // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.207 – 211.
260. Реєнт О.П. Криза сучасної історичної науки: методологічний та джерелознавчий аспекти // Історія. 4.2. ХХ століття. Четвертий міжнародний конгрес україністів. Одеса. – 26 – 29 серпня 1999 р. – С. 9 – 22.
261. Реєнт О.П. Сучасна історична наука в Україні: шляхи поступу // УІЖ. – 1999. – № 3. – С. 23 – 27.
262. Резанов В.А. Некоторые данные о санитарных последствиях войны по РСФСР и задачи государственной санитарной инспекции // Санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации: Труды Первой конференции 22–24 квітня 1946 г. / Под ред. И.А. Семашко, П.А. Кувшинникова. – М.: Медгиз, 1947. – С. 9 – 17.
263. Рибак І.В. Відбудова селянських осель у повоєнний період (1945-1955 рр.) // Український селянин. – 2003. – Вип. 7. – С. 159–161.
264. Рибак І.В. Стан соціально-побутової сфери українського повоєнного села (1946-1955 рр.) // УІЖ. – 1994. – № 1. – С. 61 – 72.

265. Рибак І.В. Соціально-побутова інфраструктура українського села (1921-1991 рр.): Наукове видання. – Кам'янець-Подільський: Абетка, 2000. – 304 с.
266. Рибак І.В. Впорядкування українських сіл у повоєнний період (1945-1955 рр.) // Український селянин: Зб. наук. праць / НАН України, Інститут історії України, Черкаський державний університет ім. Б.Хмельницького. За ред. С.В. Кульчицького, А.Г. Морозова. – 2002. – Вип. 6. – С. 130–132.
267. Рибак І.В. Відбудова селянських осель у повоєнний період (1945-1955 рр.) // Український селянин: Зб. наук. праць / НАН України, Інститут історії України, Черкаський державний університет ім. Б. Хмельницького. За ред. С.В. Кульчицького, А.Г. Морозова. – 2003. – Вип.7.– С. 159–161.
268. Рикман О.О. Детские инфекции в годы Великой Отечественной войны // Медико-санитарные последствия войны: Труды Второй конференции. 17-19 декабря 1946 г.: В 2 т. / Под. ред. И. А. Семашко, П. А. Кувшинникова. – М.: АМН СССР, 1948. – Т. 1. – С. 145 – 165.
269. Рогозин И.И. Борьба с инфекционными болезнями в СССР // Двадцать пять лет советского здравоохранения. – М.: Медгиз, 1944. – С. 85 – 86.
270. Романець Л.М., Романюка І.М. Повсякденне життя та соціальний статус вчительства України повоєнного періоду (1944 – друга половина 1950-х рр.) – Вінниця: ТОВ “Вінницька міська друкарня”, 2015. – 220 с.
271. Романенко А.Е. Магистральные пути развития здравоохранения в Украинской ССР // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А. Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 11 – 51.
272. Романюк І. Трагічні події 1946-1947 рр. на Вінничині // Голод 1946-1947 років в Україні: причини і наслідки: Міжнар. наук. конф., Київ, 27 трав, 1997 р.: Матеріали / Редкол.: С.Кульчицький (відп. ред.) та ін.– Київ – Нью-Йорк: Вид-во М.П. Коць. – 1998. – С.150 – 155.

273. Ромоданов А.П., Пронзелев П.А. Нейрохирургическая помощь // Здоровоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здоровоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 193 – 196.
274. Руденко Н.В., Остапчук Н.А. Ревматологическая помощь // Здоровоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здоровоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 93 – 99.
275. Сабуров А.Н. У друзей одни дороги. – М.: Воениздат СССР, 1965. – 214 с.
276. Савченко Є.М. Сільське і колгоспне будівництво на Україні у повоєнні роки // УІЖ. – 1962. – № 3. – С. 63 – 70.
277. Санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации: Труды первой конф. 23-24 апреля, 1946. – М.: Медгиз, 1947. – 263 с.
278. Сахарчук І.М. Про відбудову медичної промисловості (1943 – 1945 рр.) // УІЖ. – 1987. – № 5. – С. 82 – 88.
279. Сборник важнейших официальных материалов по санитарным и противозэпидемиологическим вопросам. – М.: Медгиз, 1953. – Т. 1. – С. 44 – 49.
280. Семашко Н.А. Об изучении санитарных последствий войны // Советское здравоохранение. – 1945. – № 12. – С. 11 – 19.
281. Семашко Н.А. Состояние мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий войны // Медико-санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации: Труды второй конференции (17-19 декабря 1946 г.). – М.: АМН СССР, 1948. – Т.1. – С.3 – 12.
282. Сільський лікар // Колгоспник України. – 1945. – № 120 (701). – 6 жовтня. – С. 2.



283. Склярченко И.Н. Руководство КПСС восстановлением и дальнейшим строительством сел в 1945-1950 гг. (На материалах Украины). – М., 1960. – 255 с.
284. Слепушкина И.И., Камышова Р.Д. Деятельность санитарно-эпидемиологической службы в области гигиены детей и подростков // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987.– С. 366 – 379.
285. Смирнов Е.И. Сельские участковые врачи // Медицинский работник.– 1945. – № 42. – 2 августа. – С. 2.
286. Смирнов Е.И. Медицина и организация здравоохранения (1947 – 1953 гг.). – М.: Медицина, 1989. – 432 с.
287. Советская Украина в годы Великой Отечественной войны: Документы и материалы: В 3 т. – К.: Наук. думка, 1985. – Т. 1: Украинская ССР в первый период Великой Отечественной войны (22 июня 1941 – 18 ноября 1942 г.): 2 изд. / Сост. Д.Ф. Григорович, М.К. Архипенко, П.И. Денисенко и др. – 518 с.
288. Советская Украина в годы Великой Отечественной войны: Документы и материалы: В 3 т. – К.: Наук. думка, 1985. – Т. 2: Украинская ССР в период коренного перелома в ходе Великой Отечественной войны (19 ноября 1942 – конец 1943): 2-е изд. / Сост. В.И. Немятый, К.М. Архипенко, Н.А. Буцько и др. – 510 с.
289. Советская Украина в годы Великой Отечественной войны: Документы и материалы: В 3 т. – К.: Наукова думка, 1985. – Т. 3: Украинская ССР в завершающий период Великой Отечественной войны (1944 – 1945 гг.) / Сост. П.И. Денисенко, К. М.Архипенко, Т. Т.Гриценко и др. – 510 с.

290. Содружество русской и украинской санитарной организации (к 300-летию воссоединения Украины с Россией) // Гигиена и санитария. – 1954. – № 6. – С.3 – 9.
291. Стецкевич В.В. Воєнна історіографія України // Безсмертя. Книга Пам'яті України. 1941 – 1945 / Ред. колегія І.О. Герасимов та ін. – К.: Пошуково-видавниче агентство „Книга Пам'яті України”, 2000. – С. 633 – 662.
292. Стецкевич В.В. Історія України в роки війни 1941 – 1945 рр.: теоретичний контекст осмислення (деякі аспекти проблеми) // Сторінки воєнної історії України: Зб.наук. статей / НАН України. Ін-т історії України. – К., 2002. – Вип.6. – С. 25 –31.
293. Стецкевич В.В. Історіософські осягнення війни 1939–1945 рр. М.В.Ковалем (Суб'єктивні роздуми, рефлексії та прикладні висновки) // Сторінки воєнної історії України. – Збірник наукових статей – К., 2004. – Вип. 8. – Ч.1. – С. 3 – 8.
294. Стражеско М.Д. Нове в радянській медицині // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.153 – 162.
295. Суєтін М.Я. Комунальна гігієна – дітище Жовтня // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.287 – 291.
296. Суєтин Г.М. Санитарное законодательство УССР в послевоенный период // Врачебное дело. – 1948. – № 9. – С.287 – 291.
297. Советские... в период Великой Отечественной войны в 1941-1945 гг. Сборник документов и материалов. – К.: Наукова думка, 1988. – 438 с.
298. Супоницький М.Я. Шляхи розвитку гігієни праці в УРСР // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С.280 – 286.
299. Сьома сесія Верховної Ради УРСР. Стенографічний звіт. – К., 1946. – 38 с.

300. СССР в Великой Отечественной войне 1941 – 1945. Краткая хроника. – М.: Политиздат, 1970. – 358 с.
301. Тарнавський І.С. Фашистський геноцид проти єврейського населення Донеччини (1941 – 1943 рр.) // Вісник Донецького університету. Гуманітарні науки. – 1998. – Вип. 2. – С. 51 – 55.
302. Терехов Н.Т., Гутник Р.Б., Качаровский Б.В., Муравова Л.П., Яролова В.Г., Бабенко Я.К., Сенник А.А., Мазурок А.А. Практическая трансфузиология и гематологическая помощь // Здоровоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здоровоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 116 – 121.
303. Терещенко Т.В., Перехрест І.В. До питання про медичне обслуговування сільського населення Центральної України в період відбудови народного господарства (1943 – 1950 рр.) // Сторінки воєнної історії України: Зб. наукових статей / НАН України. Ін-т історії України. – К., 2003. – Вип.7. – С. 231 – 240.
304. Терещенко Т.В. Роль постанови РНК УРСР і ЦК ВКП(б)У від 27 квітня 1945 р. у відбудові житлового фонду сіл Центральної України // Матеріали Першої Міжнародної науково-практичної конференції „Науковий потенціал світу ’2004”. – Т. 29. Історія України. – Дніпропетровськ: Наука і освіта, 2004. – С. 65 – 66.
305. Терещенко Т.В. До питання про медичне обслуговування сільського населення Центральної України у початковий період відбудови народного господарства (1943 – 1945 рр.) // Знаки питання в історії України: українська історія у європейському контексті: Збірник матеріалів II міжнародної конференції / Упор. Страшко Є.М. – Ніжин: Вид-во НДУ ім. М.Гоголя, 2005. – С.136 –138.
306. Типовий проект житлового будинку колгоспника. Виступ Голови Раднаркому УРСР і секретаря ЦК КП(б)У М.С. Хрущова на Пленумі ЦК

- КП(б)У 6 червня 1945 р. Скорочена стенограма // Колгоспник України. – 1945. – № 92 (673). – 2 серпня. – С.2.
307. Ткачова А.І. Радянська Армія – українському народові. – К.: Наукова думка, 1971. – 164 с.
308. Третьяков А.Ф. О мероприятиях по улучшению медико-санитарного обслуживания населения // Советское здравоохранение. – 1944. – №1-2. – С. 15 – 33.
309. Трещенский А.И., Заброта Г.С., Самонин Н.М., Ващук Ф.С. Анестезиологическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 184 – 192.
310. Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. 1917 – 1947. – К.: Держ. мед. вид-во УРСР. – 306 с.
311. Удод О. Деромантизація історії світових воєн ХХ століття: методологічні аспекти // Історія в школах України. – 2005. – № 1. – С. 45 – 50.
312. Указ Президії Верховної Ради СРСР «Про збільшення державної допомоги вагітним жінкам, багатодітним і одиноким матерям, посилення охорони материнства і дитинства, про встановлення почесного звання «Мати-героїня» і заснування ордена «Материнська слава» і медалі «Медаль материнства» // Кіровоградська правда. – 1944. – 11 липня. – № 99 (854). – С. 1 – 2.
313. Українська РСР у Великій Вітчизняній війні Радянського Союзу 1941 – 1945 рр. – В 3-х т. – Т.3. – К., 1968. – 518 с.
314. Украинская ССР в Великой Отечественной войне Советского Союза 1941 – 1945 гг.: В 3 т. – К.: Политиздат, 1975. – Т.2: Советская Украина в период коренного перелома в ходе Великой Отечественной войны

- (ноябрь 1942 – 1943 гг.) / А. А. Вовк, С. З. Голиков, М. И. Кравчук и др. – 512 с.
315. Украинская ССР в Великой Отечественной войне Советского Союза 1941 – 1945 гг.: В 3 т. – К.: Политиздат, 1975. – Т.3: Советская Украина в завершающий период Великой Отечественной войны (1944 – 1945 гг.) / Н.А. Буцько, Н.М. Власов, П.И. Денисенко и др. – 461 с.
316. Україна в Другій світовій війні у документах: Збірник німецьких архівних матеріалів (1939 – 1941) / Упоряд. В.М. Косик / НАН України, Інститут української археографії та джерелознавства ім. М.Грушевського. – Львів, 1997. – Т.1. – 382 с.
317. Україна в Другій світовій війні у документах: Збірник німецьких архівних матеріалів (1941 – 1942) / Упоряд. В. М. Косик. – Львів: Інститут українознавства ім. І.Крип'якевича НАН України; Львівський державний університет ім. І.Франка, Інститут української археографії та джерелознавства ім. М.Грушевського НАН України, 1998. – Т.2. – 384 с.
318. Україна в Другій світовій війні у документах: Збірник німецьких архівних матеріалів (1942 – 1943) / Упоряд. В.М. Косик. – Львів: Інститут українознавства ім. І. Крип'якевича НАН України; Львівський державний університет ім. І.Франка, Інститут української археографії та джерелознавства ім. М.Грушевського НАН України, 1999. – Т.3. – 384 с.
319. Україна в Другій світовій війні у документах: Збірник німецьких архівних матеріалів (1944 – 1945) / Упоряд. В.М. Косик. – Львів: Інститут українознавства ім. І. Крип'якевича НАН України; Львівський державний університет ім. І.Франка, Інститут української археографії та джерелознавства ім. М. Грушевського НАН України, 2000. – Т.4. – 368 с.
320. «Україна: хронологія розвитку. Новітня історія. 1917-2010 рр.»/ Голова ред. колегії В.А. Смолій. – Том VI. Книга 2. 1945 - 2010 рр.– Київ:«Кріон», 2012. – 528 с.

321. Філатов В.П., Єрошкевич І.Г. Радянська офтальмологія на піднесенні // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С. 229 – 236.
322. Финансирование просвещения и здравоохранения. Сб. постановлений, распоряжений и инструкций. – М.: Госфиниздат, 1949. – 272 с.
323. Фуркало Н.К., Вовченко Е.М., Оноприенко З.В. Кардиологическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 52 – 92.
324. Харьковщина в годы Великой Отечественной войны, июнь 1941 – 1943 гг.: Сборник документов и материалов / Сост. Н.К. Калюжная и др. – Харьков: Прапор, 1965. – 428 с.
325. Хорош И.Д. Основные этапы и перспективы развития сельского здравоохранения в Украинской ССР. – Дисс. ...док. мед. наук. – К., 1964. – 828 с.
326. Хронологічний збірник законів, указів Президії Верховної Ради, постанов і розпоряджень уряду Української РСР. – К., 1963. – 231 с.
327. Хрущов М.С. Визволення українських земель від німецьких загарбників і чергові завдання відбудови народного господарства Радянської України. Доповідь на VI сесії Верховної Ради Української РСР Х.: Укрдержвидав, 1944. – 63 с.
328. Хрущов М.С. Добре і швидко відбудуємо міста й села Радянської України: З виступу на нараді працівників Української філії Академії архітектури СРСР, скликаній Раднаркомом УРСР у м. Києві. – К.: Укрдержвидав, 1944. – 7 с.
329. Хрущов М.С. Підсумки першого року відбудовних робіт на Україні і наші чергові завдання. Доповідь голови Раднаркому УРСР, секретаря ЦК КП(б)У на урочистому засіданні партійно-радянського активу м. Києва

- 13-го жовтня 1945 р. – К.: Укрдержвидав, 1945.– 40 с.
330. Чеботарев Д.Ф. Педиатрическая помощь // Здоровоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А. Е. Романенко. – Том первый: Здоровоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 161 – 164.
331. Черкес О.І. Фармакологія і токсикологія на службі соціалістичної охорони здоров'я // Тридцятиріччя охорони здоров'я трудящих в УРСР. – К.: Держмедвидав УРСР, 1948. – С. 99 – 116.
332. Чернега П.М. Профсоюзы Украинской ССР в годы Великой Отечественной войны. – К., 1987. – 175 с.
333. Чернега П.М. Участь профспілок України в забезпеченні трудящих житлом і створенні побутових умов життя в роки Другої світової війни. Сторінки воєнної історії України: 36. наук, праць. – К., 2002. – С. 7-76.
334. Черниговщина в период Великой Отечественной войны (1941 – 1945 гг.): Сборник документов и материалов / Редколлегия В.И. Половец и др. – К.: Политиздат, 1978. – 419 с.
335. Чернушенко Е.Ф., Аронов Г.Е. Аллергологическая помощь // Здоровоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здоровоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 109 – 112.
336. Чиркова Л.Н. Великая Отечественная война: трагедия и героизм // Історичні і політологічні дослідження. Науковий журнал. – Вид-во ДонНУ, Історичний факультет. – 2005. – №1 (23). – С. 63 – 68.
337. Шандала М.Г., Орловский В.М., Дорошенко В.П. Деятельность санитарно-эпидемиологической службы в области коммунальной гигиены // Здоровоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый:

- Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 326 – 346.
338. Швидкий В.П. Бродяжництво і жебрацтво як елемент соціального життя в Україні у першій половині 1950 рр. // УІЖ. – 2007. – № 1. – С. 152 – 158.
339. Шкляр Б.М. Мероприятия по ликвидации санитарных последствий войны и оккупации в Днепропетровской области // Медико-санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации: Труды Второй конференции 17-19 декабря 1946 г.: В 2 т. / Под ред. И.А. Семашко, П.А. Кувшинникова. – М.: АМН СССР, 1948. – Т. 1. – С. 51 – 65.
340. Шкляр Б.М. До історії розвитку охорони здоров'я в Дніпропетровській області // Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні / Під ред. К.Ф. Дупленко. – К.: Держмедвидав УРСР, 1959. – С.182 – 216.
341. Шумада И.В., Корж А.А., Ревенко Т.А., Мартыненко Г.Ф., Цимиданова Н. Б., Новичкова В. Г. Травматологическая и ортопедическая помощь // Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: В 3-х т. Пути и итоги развития / Под ред. А.Е. Романенко. – Том первый: Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: Пути и итоги развития. – К.: Здоровье, 1987. – С. 172 – 183.
342. Шумада И.В., Хохол М.И., Радзиевский Г.С. Диспансеризация и реабилитация инвалидов Отечественной войны с нарушением опорно-двигательного аппарата // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1975. – № 3. – С. 1 – 9.
343. Юрчук В.І. Боротьба Компартії України за відбудову і розвиток народного господарства (1945-1952 рр.). – К.: Політвидав, 1965. – 255 с.
344. Юрчук В. Тоталітаризм і голод в Україні у 1946-1947 рр. // Голод 1946-1947 років в Україні: причини і наслідки: Міжнар. наук. конф., Київ, 27 травня, 1997 р.: Матеріали / Редкол.: С. Кульчицький (відп. ред.) та ін.– Київ – Нью-Йорк: Вид-во М.П.Коць. – 1998. – С.59 – 64.



345. Яковлева Г.С. Основные этапы развития советского здравоохранения в Житомирской области // Вопросы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. Респ. межведомственный сборник. – К.: Здоров'я, 1969. – Вып. 3. – С.162 – 178.
346. Ястреб Н.И. Организация медицинского обслуживания и социального обеспечения инвалидов Отечественной войны в Украинской ССР // Врачебное дело. – 1975. – № 4. – С. 1 – 7.
347. 40 лет Советского здравоохранения / Гл. редактор М. Д. Ковригина. – М., 1957. – 662 с.
348. 40 лет Советского Красного Креста 1918 – 1958 / Гл. ред. Г. А. Митерев. – М.: Госмедиздат, 1959. – 224 с.
349. 50 лет Советского здравоохранения. Статистический справочник. – М.: Медицина, 1967. – 413 с.

### Архівні джерела

350. Центральний державний архів вищих органів влади України (далі ЦДАВО України). – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 1449. Матеріали (звіти) про проведення санітарної очистки міст і робітничих селищ. – 113 арк.
351. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 1450. Матеріали про проведення санітарної очистки міст і робітничих селищ. – 18 арк.
352. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 1451. Матеріали про проведення санітарної очистки міст і робітничих селищ. – 32 арк.
353. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 1553. Матеріали про роботу НКОЗ УРСР по боротьбі з інфекційними хворобами. Т. 1. – 108 арк.
354. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 1554. Матеріали про роботу НКОЗ УРСР по боротьбі з інфекційними хворобами. Т. 2. – 118 арк.
355. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 2803. Матеріали про роботу Республіканської Повноважної протиепідемічної комісії. – 173 арк.

356. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 2808. Матеріали про відновлення роботи лікувальних закладів системи НКОЗ і забезпечення їх матеріалами. – 48 арк.
357. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 2809. Матеріали про відновлення роботи лікувальних закладів системи НКОЗ і забезпечення їх матеріалами. – 71 арк.
358. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 2652. Матеріали з питань фінансування відбудовних робіт житлового і комунального господарства. – 150 арк.
359. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 3833. Матеріали з питань благоустрою міст УРСР. – 163 арк.
360. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 4003. Матеріали про роботу МОЗ УРСР по боротьбі з інфекційними захворюваннями. – 181 арк.
361. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 5610. Матеріали про стан і відновлення роботи лікувальних закладів в УРСР. – 176 арк.
362. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 5615. Матеріали про заходи по боротьбі з інфекційними хворобами в УРСР. – 125 арк.
363. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 5618. Матеріали про роботу Головного аптечного управління МОЗ УРСР. – 150 арк.
364. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп. 7. – Спр. 7311. Матеріали по боротьбі з епідеміями гострозаразних хвороб. – 47 арк.
365. ЦДАВО України. – Ф.–342. – Оп.14. – Спр.420. Розпорядження по Народному комісаріату охорони здоров'я УРСР за 1944 р. – 35 арк.
366. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп.14. – Спр.429. Оперативне листування з закладами та окремими особами по відновленню та відбудові медичних закладів. – 162 арк.
367. ЦДАВО України. – Ф.–342. – Оп.14. – Спр.445. Листування Раднаркому ЦК КП(б)У і Верховної Ради про відновлення діяльності закладів охорони здоров'я та інших питаннях. – 54 арк.

368. ЦДАВО України.– Ф.–342. – Оп.14. – Спр. 522. Розпорядження по Міністерству охорони здоров'я УРСР за 1948 г. – 43 арк.
369. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп.14. – Спр.557. Копії Постанов Раднаркому та інші директивні матеріали законодавчих органів. – 33 арк.
370. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп.14. – Спр.558. Постанови Головної Держсанінспекції УРСР за 1944 р. – 104 арк.
371. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп.14. – Спр.563. Звідний річний звіт про діяльність Держсанінспекції УРСР за 1944 р. – 109 арк.
372. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп.14. – Спр.577. Листування з інститутом комунальної гігієни в житловій справі. – 72 арк.
373. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.580. План роботи відділу на 1944 р. та звіти про виконання плану та доповіді відділу комунальної санітарії ГДСІ УРСР. – 5 арк.
374. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.585. Листування з інститутом Комунальної гігієни у справі каналізації. – 29 арк.
375. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.610. Обіжні інструктивні вказівки та розпорядження Головної Держсанінспекції УРСР. – 74 арк.
376. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.614. Звіти держсанінспекторів НКОЗ УРСР, що були у відрядженні. – 5 арк.
377. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.667. Копії постанов, наказов та інших директивних матеріалів вищестоячих організацій. Т.1. – 145 арк.
378. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.668. Копії постанов, наказов та інших директивних матеріалів вищестоячих організацій. Т.2. – 165 арк.
379. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.1637. Копии постановлений и распоряжений Совмина УССР относительно деятельности Госсанинспекции и справки о выполнении. – 197 арк.

380. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.990. Листування про мережу санітарної організації та її діяльність. (Листування з облдержсанінспекцією, облздороввідділами). – 47 арк.
381. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.995. Доповідні записки та проекти постанов, що вносилися на утвердження у вищі урядові та партійні органи. – 98 арк.
382. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.1106. Розпорядження, інструкції та інші директивні матеріали вищестоячих організацій (МОЗ СРСР) за 1950 р. – 82 арк.
383. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.1156. Відомості про мережу протиепідемічних закладів УРСР. – 52 арк.
384. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.1158. Оперативне листування, плани, накази про боротьбу з інфекційними захворюваннями. – 201 арк.
385. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.1162. Річні звіти про протиепідемічні заходи в УРСР за 1944 р. (по ф. № 87). – 35 арк.
386. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп.14. – Спр.1171. Протоколи засідань обласних ПНПК за 1944 р. – 1945 р. -
387. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.1582. Листування з венерологічними інститутами, облздороввідділами та відомості про вензахворювання. – 79 арк.
388. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.1584. Листування з сільськими лікарськими дільницями про роботу. – 207 арк.
389. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.1596. Матеріали про стан лікарської мережі (списки лікарень та ін.). – 118 арк.
390. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.1635. Відомості НКОЗ про стан лікувальної мережі для інвалідів Великої Вітчизняної війни. по УРСР за 1945 р. – 18 арк.

391. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп.15. – Спр.8162. Статистичний довідник про мережу, діяльність та кадри медичних закладів УРСР за 1940 – 1961 рр.– 104 арк.
392. ЦДАВО України.– Ф. – 342. – Оп.14. – Спр.2636. Листування в справі санітарно-профілактичних заходів. – 13 арк.
393. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2641. Звіт Київського облздороввідділу по лікувальній мережі за 1944 р. – 19 арк.
394. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2652. Матеріали республіканського з'їзду сільських лікарів. – 185 арк.
395. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2692. Матеріали про відновлення сільських лікувальних закладів силами населення. – 62 арк.
396. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2706. Переписка с облздороввідділами щодо організації лікувальної роботи на селі. – 219 арк.
397. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2730. Довідка управління про лікувальну допомогу сільському населенню УРСР за 1941 – 1946 гг. – 57 арк.
398. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2737. Річні звіти облздороввідділів про діяльність сільської лікувальної мережі за 1946 – 1947 рр. – 112 арк.
399. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2748. Переписка з облздороввідділами та іншими закладами про розгортання сільської лікувальної мережі. – 55 арк.
400. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2783. Матеріали по управлінню сільською лікарською мережею, які були надані комісії з передачі справ Міністру охорони здоров'я УРСР Кононенку та Міністру охорони здоров'я СРСР Медведю Л.І. – 70 арк.
401. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2800. Звіти облздороввідділів про виконання наказу Міністерства охорони здоров'я

- СРСР № 201 «Об улучшении медицинской помощи сельскому населению». – 40 арк.
402. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2824. Відомості Міністерства охорони здоров'я УРСР та областей з обліку сільської лікувальної мережі. – 55 арк.
403. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2855. Звіти сільських райлікарень за 1948–1949 рр. – 263 арк.
404. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2886. Комплексний план заходів з профілактики та боротьби з шлунково-кишковими інфекціями по УРСР на 1949 р. – 13 арк.
405. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.2940. Оперативна переписка з сільськими лікарськими дільницями. – 28 арк.
406. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.4913. Накази, доповіді, довідки І Пленуму Ради по кадрам НКОЗ УРСР. – 282 арк.
407. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.4922. Доповідь Зам. Наркома охорони здоров'я УРСР т. Луганського Н.І. на колегії НКОЗ СРСР про стан лікарських кадрів 18.06.1945 р. – 121 арк.
408. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.5062. Епідогляд по УРСР за 1944 р. – 132 арк.
409. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.5065. Копія річного звіту по епідзахворюваності в областях та районах у розрізі за 1944 р. по УРСР. – 156 арк.
410. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.5069. Звіт про плинність гострозаразних хвороб по УРСР за 1946 р. – 52 арк.
411. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.5099. Звіт про плинність гострозаразних хвороб по УРСР за 1947 р. – 44 арк.
412. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.5200. Річні звіти областей по ф. № 85 про плинність гострозаразних хвороб за 1949 р. – 132 арк.

413. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр.5686. Річні звіти облздороввідділів про мережу здоровохорони за 1948 рік. – 173 арк.
414. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп. 14. – Спр. 6052. Листування з рад наркомом УРСР про фінансування, розбудову та ін. питанням. – 13 арк.
415. ЦДАВО України. – Ф. – 342. – Оп.15. – Спр.8162. Статистичний довідник про мережу, діяльність та кадри медичних закладів УРСР за 1940 – 1961 рр.– 104 арк.
416. ЦДАВО України. – Ф. – 348. – Оп. 3. – Спр.138. – Звіт про виконання постанов ЦК КП(б)У “Об улучшении работы органов социального обеспечения”. – 69 арк.
417. ЦДАВО України. – Ф. – 348. – Оп.3. – Спр.149. – Переписка з Наркомздоровом УРСР, центральними організаціями про лікування інвалідів Вітчизняної війни. – 98 арк.
418. ЦДАВО України. – Ф. – 348 – Оп.3. – Спр.210. – Переписка з Радою Міністрів про роботу соціального забезпечення в УРСР за 1947 р. – 58 арк.
419. ЦДАВО України. – Ф.- 348. – Оп. 3. – Спр.241. – Річний звіт про кількість інвалідів, що навчаються в будинках інвалідів для дорослих та дітей, за 1947 р. – 93 арк.
420. ЦДАВО України. – Ф. – 348. – Оп. 3. – Спр. 294. – Доповідь про роботу органів соціального забезпечення УРСР за 1948 р. – 80 арк.
421. ЦДАВО України. – Ф. – 348. – Оп. 3. – Спр. 419. – Річний звіт про інвалідів, що навчаються в будинках інвалідів для дорослих та дітей, за 1949 р. – 62 арк.
422. ЦДАВО України. – Ф. – Р – 4620. – Оп.3. – Спр.313. Виписка із доповідних записок про збитки на території Вінницької області (1944 р.). – 43 арк.
423. ЦДАВО України. – Ф. – Р – 4620. – Оп.3. – Спр.321. Зведені відомості та акти НДК про збитки нанесені німецькими загарбниками культурним та

- медичним установам Кам'янець – Подільської області (1944 р.). – 183 арк.
424. Центральний державний архів громадських об'єднань і організацій України (далі ЦДАГО України). – Ф. – 1. – Оп.23. – Спр.1360. Заходи, що були проведені Наркомздором УРСР по боротьбі з інфекційними захворюваннями (1943 р.). – 7 арк.
425. ЦДАГО України. – Ф. – 1. – Оп. 23. – Спр.1840. – Доповідні записки та переписка про працевлаштування інвалідів Вітчизняної війни. – 110 арк.
426. ЦДАГО України. – Ф. – 1. – Оп. 23. – Спр.1841. – Постанови РНК УРСР і ЦК КП(б)У, Вінницького, Львівського, Кам'янець-Подільського облвиконкомів, довідки та переписка про працевлаштування, виробниче навчання та матеріально-побутове обслуговування інвалідів Вітчизняної війни. – 217 арк.
427. ЦДАГО України. – Ф. – 1. – Оп.23. – Спр.2198. Довідки, інформація, переписка про відновлення житлово-комунального господарства. – 267 арк.
428. ЦДАГО України. – Ф. – 1. – Оп. 23. – Спр. 3987. – Короткий довідник секретаріату управління справами Раднаркому УРСР «Основные показатели народного хозяйства СССР» 1948 г. – 217 арк.
429. ЦДАГО України. – Ф. – 1. – Оп. 23. – Спр.5487. Питання здоровохорони. – 279 арк.
430. ЦДАГО України. – Ф. – 1. – Оп. 23. – Спр.5885. – Основні показники виконання народногосподарчого плану по УРСР за 1948 р. – 311 арк.
431. ЦДАГО України. – Ф. – 1. – Оп. 23. – Спр.5992. – Працевлаштування інвалідів Вітчизняної війни та демобілізованих із армії. – 47 арк.
432. ЦДАГО. – Ф. – 1. – Оп.23. – Спр.5996. Питання здоровохорони (основні підсумки здоровохорони в УРСР за 1948 р.). – 262 арк.
433. ЦДАГО України. – Ф.1 – Оп.23. – Спр.6253. Питання здоровохорони (інформація по міністерству здоровохорони за 1949 р.). – 214 арк.



434. ЦДАГО України. – Ф. – 1. – Оп. 30. – Спр. 915. Матеріали до республіканської наради керівних працівників системи Міністерства соціального забезпечення УРСР. – 37 арк.
435. ЦДАГО України. – Ф. – 1. – Оп. 30. – Спр. 1715. – Питання соціального забезпечення та доповідні записки адміністративного відділу ЦК КП(б)У, міністерства соціального забезпечення та здоровохорони. – 64 арк.
436. ЦДАГО. – Ф. – 1. – Оп.30. – Спр.2583. – Повідомлення державної планової комісії та статистичного управління УРСР про підсумки виконання четвертого (першого післявоєнного) п'ятирічного плану Української РСР 1946 – 1950 рр. – 242 арк.
437. ЦДАГО України. – Ф. – 1. – Оп. 30. – Спр. 2702. – Звіт Міністерства соціального забезпечення УРСР про роботу органів соціального забезпечення УРСР за 1950 р. – 74 арк.
438. ЦДАГО України. – Ф. – 1. – Оп. 30. – Спр. 2704. – Звіт Міністерства соціального забезпечення УРСР про роботу органів соціального забезпечення УРСР за 1950 г. – 150 арк.
439. ЦДАГО. – Ф. – 1. – Оп.46. – Спр.361. – Зведені відомості про облік населення м.Київа за 1943 – 1944 рр. – 50 арк.
440. ЦДАГО. – Ф. – 1. – Оп.70. – Спр.212. – Діяльність народних агітаторів. – 79 арк.
441. ЦДАГО. – Ф. – 1. – Оп.83. – Спр.46. – План роботи профспілок УРСР на 1944-1945 рр. – 126 арк.
442. Державний архів Вінницької області (ДАВО ) – Ф. 136. – Оп.12. – Спр.33. – Листування обкому КП(б)У з ЦК КП(б)У, РНК УРСР, облвиконкома, РК, МК КП(б)У й іншими обласними організаціями з питань охорони здоров'я і боротьби з інфекційними захворюваннями. – 24.01.- 10.12.1945. – 36 арк.
443. ДАВО – Ф.Р. – 43. – Оп.2. – Од.зб.10. – Акты и сведения по установлению нанесенного ущерба народному хозяйству Вороновицкого района

- Винницької області німецько-фашистськими загарбачиками за період тимчасової окупації за 1944 рік – 15 арк.
444. ДАВО – Ф.Р. – 151. – Оп.9. – Од.зб.5. – Протоколи виконкому Вінницької міської Ради депутатів трудящих за 1944 рік – 72 арк.
445. ДАВО – Ф.Р. – 151. – Оп.9. – Од.зб.25. – Протокол №33 засідання виконкому Вінницької міської Ради депутатів трудящих від 2 грудня 1944 року (про збитки, про допомогу багатодітним і самотнім матерям, про звільнення від податків, про стан роботи артелі промислової інвалідної кооперації, про бюджет міста) – 110 арк.
446. ДАВО – Ф.Р. – 151. – Оп.9. – Од.зб.246. – Матеріали про роботу постійнодіючих комісій Виконавчого комітету Вінницької міської ради депутатів трудящих 1948 р. – 376 арк.
447. ДАВО – Ф.Р. – 151. – Оп.9. – Од.зб.352. – Матеріали про роботу постійнодіючих комісій Виконавчого комітету Вінницької міської ради депутатів трудящих 1950 р. – 271 арк.
448. ДАВО – Ф.Р. – 151. – Оп.9. – Од.зб.9686. – Виконавчий комітет Вінницької міської ради народних депутатів 1920 – 1994 рр. - 456 арк.
449. ДАВО – Ф.Р. – 1357с. – Оп.1. – Од.зб.3. – О конфіскації майна німецької армією у населення України. Вінницька управа. – 1942 рік. – 172 арк.
450. ДАВО – Ф.Р. – 2700. – Оп.5. – Од.зб.49. – Протокол ІХ і Х сесії Вінницького облсовета депутатів трудящих за 1945 рік – 449 арк.
451. ДАВО – Ф.Р. – 2700. – Оп. 5. – Од. зб. 10119. – Вінницька обласна рада 1932-2000 рр. – 365 арк.
452. ДАВО – Ф.Р. – 2700. – Оп.6. – Од.зб.130. – Протокол VII сесії 2 скликання Вінницької обласної Ради депутатів трудящих від 6 грудня 1949 року – 103 арк.

453. ДАВО – Ф.Р. – 2700. – Оп.7с. – Од.зб.436. – Статистическое и экономическое описание Винницкой области по состоянию на 1 января 1948 г. (сов. секретно) – 200 арк.
454. ДАВО – Ф.Р. – 3822 – Оп.2 – Од.зб.268 – Отчет председателя государственной экзаменационной комиссии Винницкого медицинского института им.Н.И.Пирогова за 1957 год – 63 арк.
455. ДАВО – Ф.Р. – 4422 – Оп.1 – Од.зб.10 – Хронологічні довідки про тимчасову окупацію німецько – фашистськими загарбниками населених пунктів Джуринського району і взволення їх Червоною Армією 1945-1949 рр. – 40 арк.
456. ДАВО – Ф.Р. – 5053 – Оп.1 – Од.зб.181 – Переписка Могилев-Подольского Исполкома с Винницким Облсоветом и другими организациями за 1949 год – 526 арк.
457. ДАВО – Ф.Р. – 5053, -- Оп.1, – Од.зб.1651 – Виконавчий комітет Могилів – Подільської міської ради народних депутатів 1937-1993 рр. – 670 арк.
458. ДАВО – Ф.Р. – 5073 – Оп.2 – Од.зб.2 – Матеріали (акти, відомості) про нанесені збитки німецько-фашистськими окупантами за період тимчасової окупації за 1944 рік Виконавчого комітету Бершадської районної Ради депутатів трудящих – 88 арк.
459. ДАВО – Ф.Р. – 5073 – Оп.2 – Од.зб.50 – Протоколи сесій виконкому Бершадської районної Ради депутатів трудящих за 1950 рік – 138 арк.
460. ДАВО – Ф.Р. – 5073 – Оп.2, Од.зб. 1246 – Виконавчий комітет Бершадської районної Ради депутатів трудящих 1930-1991 рр. – 315 арк.
461. Державний архів Хмельницької області (ДАХМО) Ф.Р.338 – Хмельницька обласна рада, 12858 од.зб., 1937-1941, 1944-1992 – 456 арк.
462. ДаХМО – Ф.Р.418 – Кам'янець-Подільський гебітскомісаріат, 33 од.зб., 1941-1944 рр.

463. ДАХМО – Ф.Р. – 625 – Відділ народної освіти виконкому Кам'янець-Подільської районної ради народних депутатів, 345 од.зб. 1947-1956 рр. – 67 арк.
464. ДАХМО – Ф.Р. 863 – Кам'янець-Подільська обласна комісія сприяння Надзвичайній Державній комісії по встановленню та розслідуванню злочинів німецько-фашистських загарбників та їх пособників і нанесених ними збитків громадянам, колгоспам, громадським організаціям, державним підприємствам та установам СРСР, 1032 од.зб., 1943-1944 рр. – 78 арк.
465. ДАХМО – Ф.Р. 903 – Обласний комітет з фізичної культури і спорту виконкому Хмельницької обласної ради, 800 од.зб., 1937-1941рр., 1945-1956 рр. – 145 арк.
466. ДАХМО. – Ф.Р. – 919 – Відділ охорони здоров'я виконкому Кам'янець-Подільської міської ради, 622 од.зб., 1934-1935, 1944-2001 рр. – 230 арк.
467. ДАХМО – Ф.Р. – 3605 – Орининська районна санепідемстанція, 118 од.зб., 1944-1955 рр., 1959-1962 рр., 1965-1992 рр. – 134 арк.
468. ДАХМО – Ф.Р. 3608 – Відділ охорони здоров'я виконкому Орининської районної ради, 698 од.зб., 1944-1958 рр. – 276 арк.