

Лідія Лаврінєнко



**ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я
НА ЧЕРНІГІВЩИНІ
(1960–1980-ті роки)**

Монографія



Департамент інформаційної діяльності
та комунікацій з громадськістю
Чернігівської обласної державної адміністрації

Міністерство освіти і науки України
Чернігівський обласний інститут післядипломної
педагогічної освіти імені К. Д. Ушинського

Лідія Лавріненко

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я НА ЧЕРНІГІВЩИНІ (1960–1980-ті роки)

Монографія

Чернігів
ПАТ «ПВК «Десна»
2018

УДК 063(477) „1960/1980”:02:316.4

ББК 51.1(2Ук–4Чр)(1960–1980)

Л 13

Книга видана коштом обласного бюджету Чернігівської області в рамках обласної Програми підтримки розвитку інформаційної та видавничої сфер Чернігівщини на 2016–2020 роки за результатами конкурсу рукописів місцевих авторів 2018 року.

Не для продажу.

Рекомендовано до друку вченою радою Чернігівського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти імені К. Д. Ушинського (протокол № 02 від 26 квітня 2018 р.)

Рецензенти:

Пономаревський С. Б. – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки, дошкільної та початкової освіти Чернігівського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти імені К. Д. Ушинського

Гаврилов В. М. – кандидат історичних наук, доцент, заступник начальника управління освіти Чернігівської міської ради

Л 13 Лаврінченко Л. І.

Охорона здоров'я на Чернігівщині (1960 – 1980-ті роки) [Текст] : монографія / Л. І. Лаврінченко. – Чернігів : ПАТ «ПВК «Десна», 2018. – 200 с.

ISBN 978-966-502-603-7

Монографію присвячено історії розвитку системи охорони здоров'я й надання медичних послуг в окремо взятому регіоні України – Чернігівщині (1960 – 1980-ті роки). Автор на основі вивчення широкої джерельної бази (фондів центрального та місцевого архівів, монографій, нормативних документів, діловодної документації державних установ та органів місцевого самоврядування, різноманітних статистичних зведень, матеріалів періодичних видань) зосередила свою увагу на формах й методах державного регулювання медичної галузі, організації лікувально-санітарної допомоги населенню, спеціалізації медичних послуг та їхній результативності, науковому супроводі діяльності медичних установ, проблемах здоров'я населення.

Для наукових працівників, викладачів та здобувачів вищої освіти, учителів закладів загальної середньої освіти.

УДК 063(477) „1960/1980”:02:316.4

ББК 51.1(2Ук–4Чр)(1960–1980)

ISBN 978-966-502-603-7

© Лаврінченко Л. І., 2018

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	4
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ІСТОРИОГРАФІЯ ТА ДЖЕРЕЛА ДОСЛІДЖЕННЯ	
1.1. Стан наукової розробки проблеми	8
1.2. Джерельна база роботи	15
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ „ОХОРОНИ НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я” ТА ЇХ ПРОЯВИ НА ЧЕРНІГІВЩИНІ	
2.1. Форми й методи державного регулювання соціальної інституції	23
2.2. Лікувально-санітарна допомога як зміст і структурно-організаційна домінанта змін принципів організації в системі охорони здоров'я	40
РОЗДІЛ 3. РОЗВИТОК СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ЧЕРНІГІВЩИНІ	
3.1. Спеціалізація медичних послуг та їх результативність	63
3.2. Науковий супровід діяльності медичних установ	85
3.3. Проблеми здоров'я міського й сільського населення регіону	97
РОЗДІЛ 4. ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ НА ЧЕРНІГІВЩИНІ	
4.1. Загальні тенденції розвитку спеціалізованої бібліотечної справи, медичного краєзнавства та біографістики	121
4.2. Матвій Дуля – учений-краєзнавець і популяризатор медичних знань	133
ВИСНОВКИ	141
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ	152

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

НАН – Національна академія наук

УРСР – Українська Радянська Соціалістична Республіка

РСР – Радянська Соціалістична Республіка

ЦК – Центральний комітет

ЦК КПУ – Центральний комітет Комуністичної партії України

ЧАЕС – Чорнобильська атомна електростанція

МОЗУ – Міністерство охорони здоров'я України

КПРС – Комуністична партія Радянського Союзу

КПУ – Комуністична партія України

СРСР – Союз Радянських Соціалістичних Республік

ЦК КПРС – Центральний комітет Комуністичної партії Радянського Союзу

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВЦ РПС – Всесоюзна центральна рада професійних спілок

НДІ – Науково-дослідний інститут

ВУЗ – Вищий навчальний заклад

США – Сполучені Штати Америки

ВПК – Військово-промисловий комплекс

ЗМІ – Засоби масової інформації

РМ СРСР – Рада Міністрів Союзу Радянських Соціалістичних Республік

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ЛОР – лікар отоларинголог

НМІ – Наукова медична інформація

ЛПУ – Лікувально-профілактичні установи

ДФ – Довідково-інформаційний фонд

ОНМБ – Обласна наукова медична бібліотека

СЕС – Санітарно-епідеміологічна станція

Єдина краса – це здоров'я.
Г. Гейне

Здоров'я – не все, але все без здоров'я – ніщо.
Сократ

*Без здоров'я і мудрість незavidна, і мистецтво бліде, і сила
в'яне, і багатство без користі, і слово без сили.*
Герофіл

Медицина по істині є найшляхетніша з усіх мистецтв.
Гіппократ

*Твоє здоров'я – чисте повітря, вода і їжа. Вставай вранці
з радістю, лягай спати з посмішкою. Ти радієш, посміхаєшся –
значить, ти здоровий. Не лікуй хворобу, лікуй своє життя, живи
за законами природи, розуму. Коли немає здоров'я, мовчить му-
дрість, не може розквітнути мистецтво, не грають сили, марне
багатство і безсилий розум.*

Геродот Галікарнаський

*Знання про будову і функціонування власного організму потріб-
ні кожній людині незалежно від її посади, освіти чи віку. Кожна
людина має навчитися жити так, щоб не заподіяти шкоди ані
своєму здоров'ю, ані здоров'ю оточуючих, і завжди пам'ятати,
що людина – найвищий продукт природи, але для того, щоб отри-
мати насолоду від скарбів природи, вона має бути здоровою, силь-
ною та розумною.*

І. Павлов

*Моїм дорогим батькам Івану Панасовичу та
Наталії Антонівні Суржикам присвячую*

ВСТУП

На початку ХХІ століття, за умов глобалізації, нових цивілізаційних викликів, рівень здоров'я українства визначає майбутній розвиток України, спроможність духовного і культурного вдосконалення. Найбільшою соціальною цінністю, вирішальним чинником соціально-економічного розвитку, конкурентоспроможності, росту добробуту виступає здоров'я людини. Адже ефективно організована система охорони здоров'я не лише споживає матеріальні ресурси, а й забезпечує їх відтворення, інвестуючи розвиток людського капіталу.

Найсерйознішою проблемою сучасності стало погіршення здоров'я населення України. Сформована протягом 1990-х років модель охорони здоров'я, в основі якої небачений досі в історії симбіоз державної й приватної медицини, стримувала розвиток суспільства. Турбота про охорону й поліпшення індивідуального й громадського здоров'я належить до числа найважливіших соціальних завдань, вирішення яких покладається на державу, її органи та інститути зокрема, на систему охорони здоров'я.

Актуальність цієї проблеми зумовлена тим, що за умов пошуку ефективної моделі охорони здоров'я, нагальним постає завдання переосмислення недавнього радянського минулого, коли діяла одна з чотирьох культивованих у світі систем (М. Семашка), де процес організації й оплати медичної допомоги жорстко регламентувався державою. 1960 – 1980-ті роки стали періодом, коли найбільш повно проявились як позитивні сторони, так і вади цієї системи. Значним медико-соціальним тягарем для суспільства ставали хронічні дегенеративні захворювання (хвороби серця та судин, злоякісні утворення). Слабкою ланкою залишалася система попередження захворювань. Чернігівщина була одним із регіонів України, де мали місце досить нагальні

соціальні проблеми, які пов'язувалися з постійним зростанням смертності, зменшенням тривалості життя. Регіон один з перших зазнав депопуляції.

Дослідження проблем охорони здоров'я й медицини збагатило наукові знання широким фактичним матеріалом, надало можливість неупередженого висвітлення подій, забезпечило широку реконструкцію процесів і більш чітке відображення об'єктивних закономірностей, що були характерні для соціальної сфери Чернігівщини. Вивчення особливостей розвитку охорони здоров'я на Чернігівщині відбувається в руслі загальних тенденцій розвитку регіональної історії, соціальної історії, історії приватного життя, усної історії, історії охорони здоров'я як складової соціального захисту.

РОЗДІЛ 1

ІСТОРІОГРАФІЯ ТА ДЖЕРЕЛА ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Стан наукової розробки проблеми

Найявний комплекс літератури з історії охорони здоров'я на Чернігівщині, що сформувався протягом 1960 – 2000-х років, засвідчив про послідовність нагромадження знань, певну динаміку формування напрямків науково-дослідної роботи. У розвитку історіографії проблеми можна умовно виокремити два періоди: перший – 1960 – 1980-ті роки, другий – 1990 – 2000-ті роки.

Перший період – радянської історіографії, що характеризувався однобічністю підходів та наперед ідеологічною запрограмованістю висновків. Радянські історики були змушені коментувати суспільні події та явища, процеси в цій та інших сферах суспільного життя через призму принципів класовості й партійності, апологетики політики та практики комуністичної партії, що й призвело історичну науку в полон догматичних стереотипів.

Підготовлену радянськими істориками літературу варто поділити на загальну та спеціальну. Перша група характеризується зверненням уваги на характеристику суспільного життя та розвиток "народного благополуччя". Друга – присвячувалася проблемам охорони здоров'я.

Серед праць першої групи помітне місце посідали узагальнюючі роботи, що охоплювали переважно великі хронологічні відрізки часу. Найтиповіші підходи до наукового висвітлення історії українського суспільства демонструвала багатотомна праця "Історія Української РСР"[415]. У цьому фундаментальному виданні (том 10) зосереджено увагу на охорону здоров'я трудівників республіки, подано матеріал про матеріальну базу і кадрове забезпечення системи охорони здоров'я, шляхи і напрямки поглиблення медичного обслуговування. Значне місце дослідники відводили показу внеску у справу розвитку галузі партійних рішень, діяльності органів державної влади (вищих і місцевих). Незважаючи на тенден-

ційність та упередженість в історіографічних підходах, що мали місце, автори подавали важливі фактичні дані про діяльність окремих колективів медичних установ, науковців, які працювали в різних галузях медичної науки та охорони здоров'я. Ця робота не виходила за межі встановлених тогочасних доктрин, відтак була позбавлена критичності та об'єктивності. Авторська упередженість та заідеологізованість не дозволяли з'ясувати справжню суть системи охорони здоров'я.

Природна річ, що для робіт цієї групи була властивою надмірна політизація, тобто домінування політичної тематики над соціальною, економічною. Історія охорони здоров'я подавалася фрагментарно в розділах, які стосувалися духовного життя чи добробуту радянських людей. Тракткування проблем залишалося занадто схематичним, збідненим і традиційним. У радянській історіографії побутував термін “радянський спосіб життя”.

До загальної літератури слід віднести й ту, що присвячувалася розгляду проблем соціально-побутових умов життя населення України в другій половині ХХ ст. Ці роботи мали певне соціальне замовлення й повинні доводити переваги радянського способу життя, єдність суспільних інститутів [455, 462, 467].

Радянське керівництво поставило собі за мету створити суспільство нового зразка, яке б відрізнялося від усіх інших суспільств світу. Мета зрівняти село з містом, а селянина з городянином стала настільки явною, що про це вже писалось майже в кожній праці. Аби підкреслити, що селянство 1960 – 1980-х років докорінно відрізнялося від дореволюційного селянства, у наукових працях здебільшого йшлося про “колгоспне селянство”. Було підготовлено низку робіт, у яких розглядалися проблеми рівня та якості життя жителів міст і сіл. Більш активно в цьому плані розроблялася сільська тематика. У роботах, присвячених рівню та якості життя сільського населення, у досить звуженому форматі висвітлювалися виробничі та соціальні явища в житті селян. Добробут життя висвітлювався з комуністичних позицій ідейно-виховної роботи, цілеспрямовано описувалося поліпшення його рівня. Тенденційно добиралися приклади соціально-побутових

умов. Такий підхід був властивий роботам Л. Вітрук, М. Лавриновича, В. Петренко [360, 425; 449].

Цікавили радянських дослідників проблеми соціально-демографічних змін як на селі, так і в місті. Ситуація в цьому плані, як відомо, була досить непростюю. Стрімко зменшувалася кількість сільського населення. Історики, соціологи намагалися пояснити державні методи й заходи щодо цієї ситуації, і так виправдовувалися. Для цього часто використовувалися спотворені статистичні дані.

Цінність цих робіт у тому, що вони дозволяли сформуванню уявлення про весь комплекс статистичних відмінностей між селянством і робітниками. Одним з базових показників відмінностей і був доступ до тих чи інших видів медичних послуг. Крім того, радянські історики, досліджуючи проблеми охорони здоров'я міського й сільського населення України, цілком слушно вбачали в цьому процесі низку й деяких позитивних сторін: належна увага охороні матері й дитини, створення відповідних медичних органів, установ та організацій, наукові контакти медичних працівників і науковців.

У 1960 – 1980-ті роки було нагромаджено також і певний масив спеціальної літератури. Саме ці роки стали періодом, коли істориками медицини було підготовлено і видано перші монографії з історії розвитку охорони здоров'я. Особливість цих праць у тому, що в цей період навіть згадувалися деякі недоліки в політиці держави щодо розвитку системи охорони здоров'я. Зокрема це праці О. Грандо [372;374]; А. Сердюка [458] та 3-х томне видання під загальною редакцією А.Є.Романенка [402]. Ці праці також, незважаючи на ідеологічне забарвлення, містили досить важливі дані з історії медицини та розвитку інфраструктури охорони здоров'я на Чернігівщині.

Певні відомості про історію медицини Чернігівщини містили підручники “Історія медицини” С. Верхратського [359], які перевидавалися протягом 1964, 1974, 1977, 1983, 1991 рр. і практично залишалися єдиним такого роду виданням. Важливою складовою радянської історіографії є біографічні дослідження вітчизняних

діячів охорони здоров'я, представлені монографіями, розвідками, статтями. Разом із викладом біографічних даних, детальним аналізом творчого доробку науковців, практичних лікарів, краєзнавців, бібліотекарів ці студії містили відомості про їхню участь у громадській роботі, внесок в охорону здоров'я регіону України. У такому плані виконано роботу у формі монографії Р. Богатирьової, Ю. Спіженка, В. Черних та статті Г. Бобровської, Є. Жарінової, Л. Іванової, І. Давидова [412; 356; 397; 409; 378].

Специфічний сегмент літератури, який потребує історіографічного аналізу, складає науковий доробок краєзнавців Чернігівщини. Його репрезентують індивідуальні та колективні монографії, бібліографічні покажчики краєзнавчої літератури, статті й замітки в наукових, громадсько-політичних часописах. Чільне місце з-поміж цього спектру публікацій посідають два видання "Історія міст і сіл Української РСР (Чернігівська область)", здійснені 1972 та 1983 років й унікальний енциклопедичний довідник "Чернігівщина", який побачив світ 1990 року.

У досліджувані роки підготовлено праці, предметом яких була історія загалом Чернігівщини, історія різних її періодів та історії окремих районів, міст, сіл, медичних установ, будівель, бібліотек, пам'ятних місць. Краєзнавчі дослідження, як правило, охоплювали як більші хронологічні рамки та історичні періоди, так і, навпаки, обмежувалися подіями одного конкретного етапу місцевої історії.

У жанрі медичного краєзнавства виконана колективна робота "Из истории развития здравоохранения Черниговщины" [411]. Практично це було перше видання, де науково узагальнено зміни в матеріально-технічній базі лікувально-профілактичних закладів Чернігівщини, відображено стан здоров'я населення області.

Цікавий інформаційний матеріал містили бібліографічні покажчики, які готувалися співробітниками Чернігівської обласної наукової медичної бібліотеки [432;433;434].

Завдяки їм вдалося відтворити внесок учених у розвиток інфраструктури охорони здоров'я. Покажчик "Здравоохранение Черниговской области" (1987) [403] вмістив перелік видань: монографій,

статей, доповідей, тез, авторефератів дисертацій, опублікованих протягом 1918 – 1985 рр., які стосувалися розвитку охорони здоров'я регіону.

З проголошенням 1991 року незалежної Української держави розпочався другий (сучасний) історіографічний період вивчення історії розвитку охорони здоров'я. Сформувалась історіографія проблеми, яка включала видання НАН України з історії охорони здоров'я. Цьому сприяв розвиток низки нових історіографічних напрямків, у тому числі соціальної історії, субдисциплінами якої є історія повсякденності, мікроісторія тощо. Об'єктом вивчення все більше ставали як життя громадян міста й села, так і історія конкретних соціальних явищ – хвороб, смерті, дитинства, материнства. Певний досвід у цій царині істориками був набутий наприкінці 1980-х років, коли за умов горбачовської перебудови було отримано соціальне замовлення на показ соціальних аномалій радянського суспільства (життя так званих маргінальних груп – безпритульних дітей і дорослих, алкозалежних тощо).

У 2000-ті роки інтерес до історії повсякдення в Україні почав стрімко зростати. Цей напрям вніс новий імпульс до історичної науки, спонукав істориків до розв'язання такого важливого завдання – продовження набутого досвіду вітчизняної історіографії XIX століття щодо людинознавчої тематики. Соціальна історія сьогодні розкрила нові можливості поглянути на соціальну структуру й соціальну взаємодію в радянському суспільстві. Пріоритетним стало переосмислення й реконструкція людського життя – складової історичного процесу: як людина працює, як ставиться до власного здоров'я, лікує організм. Загальні історичні процеси, що стосувалися розвитку соціальної інфраструктури та її складової – охорони здоров'я як в Україні загалом, так і на Чернігівщині зокрема, проаналізовано в працях істориків: А. Ковпак, С. Падалки [418; 447].

З'явилися праці, у яких об'єктивно, враховуючи аспект історизму, аналізовано етапи становлення системи охорони здоров'я. Серед них колективна монографія авторства А. Підаєва, О. Возіанова, В. Москаленко, В. Пономаренко [448]. Побіжно проблеми

розвитку охорони здоров'я торкалися в роботах, де розглядалося матеріально-економічне становище, умови праці робітників і селян, соціального розвитку.

Серед спеціальних робіт вигідно позиціонуються праці О.М. Голяченка [369; 370; 371]. Автор – відомий фахівець із історії медицини, при розгляді низки проблем, які стримували розвиток охорони здоров'я в незалежній Україні, порушує й ряд вузлових питань дорадянської й радянської системи здоровохорони. Зокрема, цілком об'єктивно проведено аналіз організації радянської системи медичної допомоги. Вигідно позиціонує ці роботи й та обставина, що автор піднімає такі важливі проблеми сучасного державотворення, як збереження сільської людності, що залишається єдиним генофондом українства, села в цілому як вагомий чинник соціально-економічних перетворень.

Розкриттю теми сприяли наукові дослідження, проведені в рамках історичного аналізу соціального розвитку Чернігівщини. Протягом 1990 – 2000-х років помітне місце в історії медицини зайняли видання, що підготовлені М. Дулею, А. Грушею, С. Пасталицею [375; 376]. У них автори розглянули окремі віхи розвитку лікувальних установ, окремих галузей медицини, роботи обласної наукової медичної бібліотеки. Хронологічні рамки цих робіт досить широкі: від IX ст. – часу створення на Чернігівщині перших притулків і богаділень при монастирях – до початку 2000-х років.

Окрему групу складають студії, безпосередньо присвячені розвитку історичного краєзнавства на Чернігівщині. Загальну характеристику цього періоду в історії краєзнавчого руху в регіоні містять публікації О. Коваленка, М. Ігнатенко [417; 410], які констатують про загальні тенденції його розгортання. Тісний зв'язок між історичним і медичним краєзнавством засвідчують роботи М. Дулі, Н. Яременко. Досвід краєзнавчої роботи Чернігівської обласної наукової медичної бібліотеки узагальнено в роботах працівників обласної наукової медичної бібліотеки: Л. Марінової, М. Дулі, Н. Диньки, В. Тимошенко, І. Воронцовської, Т. Власенко, Т. Жердевої, Г. Мірошніченко, О. Шулежко, Н. Яременко [362;

363; 364; 365; 383; 384; 398; 430; 472; 475; 428; 388]. Таких публікацій небагато. Місцеві медичні музеї та їхня краєзнавча діяльність лише принагідно схарактеризовано в публікаціях, які мають суто інформаційний характер.

У 2000-і роки краєзнавцями Чернігівщини в жанрі “Портрети земляків” було підготовлено низку видань, авторами яких були С. Реп’ях, І. Воронцовська, М. Романюк, Н. Яременко [408; 427]. Передусім ці роботи присвячувалися відомим організаторам охорони здоров’я, бібліографам, бібліотекарям, ученим.

Захищено кілька дисертацій, які частково стосуються й теми нашого дослідження. Серед них – дисертації, що стосувалися історичного аспекту проблеми: Ю. Барабаш, Т. Ніколаюк, О. Трубенюк [352; 437; 465]. Водночас ці роботи виконано здебільшого на матеріалах 1920 –1930-х років, стосувалися інших регіонів України (Київщини, Донбасу чи загалом теренів України), у них розглядалися питання охорони здоров’я в контексті розв’язання низки соціальних проблем (поглиблення мотивації праці, поліпшення добробуту пересічних громадян тощо).

Нами широко використовувалися дисертаційні роботи, які виконані медиками-науковцями і віднесені до спеціальних видань. Тематика захищених дисертацій різна, включаючи загальні підходи до організації охорони здоров’я й закінчуючи проблемами окремих спеціалізованих напрямків медичної допомоги. Передусім це роботи: О. Грандо, Л. Ткач, І. Хорош, А. Яворської, Г. Сидоренко-Зелезінської [373; 464; 468; 473; 459].

Отже, аналіз історіографічного доробку попередників дозволяє зробити висновок про багатогранність дослідження проблеми охорони здоров’я на Чернігівщині. Того ж часу залишаються недоопрацьованими такі напрямки, як форми й методи державного регулювання соціальної інституції, організація лікувально-санітарної допомоги населенню, спеціалізація медичних послуг та її результативність, науковий супровід діяльності медичних установ, проблеми здоров’я міського й сільського населення регіону тощо.

1.2. Джерельна база роботи

Аналіз комплексу джерел, використаних у дослідженні, дозволяє виділити серед них кілька груп, залежно від їх походження, змісту, особливостей викладу матеріалу. До першої групи належать: законодавчі та нормативні акти, документи компартії, рішення місцевих органів влади, органів охорони здоров'я (відомчі документи). У процесі визначення концептуальних підходів до оцінки державної політики в галузі охорони здоров'я важливе місце посідала Конституція УРСР (1978 р.), саме в ній відображені загальні принципи, на яких вибудовувалася система охорони здоров'я, критерії легітимації політичних явищ і принципів функціонування владних структур.

Програмні документи компартії дозволили простежити напрямки соціального розвитку держави, з'ясувати шляхи розвитку системи охорони здоров'я.

До другої групи належали документи, опубліковані окремими книгами: “Відомості Верховної Ради Української РСР”, “Збірники постанов і розпоряджень уряду Української РСР”, “Комуністична партія України в резолюціях, рішеннях з'їзді, конференцій і пленумів ЦК” [256; 257; 259]. Вони дали уявлення про функціонування органів охорони здоров'я, дозволили простежити послідовність прийняття державно-партійних рішень з питань охорони здоров'я, проаналізувати їх характер. На їх основі було реконструйовано механізм державного фінансування галузі, виокремлені окремі статистичні дані, що віддзеркалювали її місце в п'ятирічних планах розвитку народного господарства.

Для дослідження проблем функціонування медичних установ Чернігівщини важливе значення мали дані Центрального статистичного управління УРСР, які публікувалися в щорічниках “Народне господарство Української РСР” [279]. Вони будувалися за тематичними рубриками, які змінювалися, доповнювалися й розширювалися. Водночас, для них була властивою поверховість даних, подання статистичних матеріалів, які мали демонструвати лише миттєві зміни, конкретні дані часто підмінялися загальними

показниками; деякі питання висвітлювали однобічно, спостерігався перехід від абсолютних показників до відносних. Свідомо приховувалися показники, які висвітлюють проблеми загального стану здоров'я населення. Центральне статистичне управління УРСР подавало дані в розрізі області, які розкривали зміни в кількісних параметрах розвитку охорони здоров'я: зростання чисельності кадрів, ліжок, лікарських установ, уведення до ладу нових приміщень тощо.

Поряд із щорічниками в досліджувані роки на Чернігівщині публікувалися довідники “Показники діяльності медичних установ Чернігівської області”, “Обеспеченность населения области коечным фондом и результаты деятельности в 1980 году”, “Некоторые показатели здоровья населения и деятельность лечпрофучреждений области за I полугодие 1980 года”, “Общая заболеваемость населения Черниговской области по результатам автоматизированной обработки “Статистического талона по учету уточненных диагнозов” [280; 282; 281; 283; 284]. Вони готувались працівниками оргмедвідділу, оргмедкабінету обласної лікарні на замовлення державних органів влади й мали гриф “для службового користування”. У них взято практично об'єктивну інформацію, яка розкриває процеси, пов'язані зі зміною кількості населення області, смертністю, народжуваністю, старінням, а також відображенням у розрізі районів і міст загальної динаміки зростання (зменшення) кількості захворювань, діяльність медичних установ.

Однак, незважаючи на всю важливість статистичного матеріалу, обмеження лише цифровими даними не дозволило б повно розкрити історичний зміст досліджуваних процесів і явищ в охороні здоров'я на Чернігівщині.

Важливим комплексом неопублікованих історичних джерел, покладених в основу дослідження, стали архівні джерела. Вони представлені всіма різновидами документів: нормативно-правовими актами, звітами, статистичними матеріалами, діловодною документацією. Унаслідок проведення значної евристичної роботи вдалося виявити розпорошений, але необхідний для досліджування комплекс матеріалів. Значний масив інформації використано з

документів Центрального державного архіву вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України). Виявлені у фонді Ради міністрів УРСР (Ф.2) матеріали (листи, матеріали з питань медичного обслуговування населення УРСР, доручення, доповідні записки, інформації, звіти) дозволили реконструювати напрямки діяльності уряду республіки щодо розвитку спеціалізованої медичної допомоги та санаторно-курортної мережі, удосконалення форм і методів охорони здоров'я, організації науково-дослідної роботи в медицині, зміцнення матеріально-технічної бази установ.

Базовими з точки зору осмислення процесів в охороні здоров'я республіки були матеріали фонду Міністерства охорони здоров'я УРСР (Ф. 342). Масив документів (довідки, матеріали листування, розпорядження, інформаційні листи, рішення медичних товариств, статuti, доручення) дозволили з'ясувати низку проблем організації на Чернігівщині наукових медичних досліджень, порівняти якісні показники лікувально-профілактичної допомоги, що досягалися на Чернігівщині і в сусідніх областях, виявити специфіку форм і методів надання медичної допомоги дітям і жінкам, жителям міст і сіл тощо. Крім того, були віднайдені дані, які дозволили висвітлити організацію профілактичної роботи.

Продуктивну частину дослідження склали матеріали, виявлені в Центральному державному архіві громадських об'єднань України (ЦДАГО України) (Ф. 1), особливо в тій його частині, що репрезентувала роботу загального відділу ЦК КПУ та його таємної частини (опис 24, 25, 32). За характером ці документи були найрізноманітніші (листи, доповідні записки секретарів ЦК КПУ, які були кураторами охорони здоров'я, інформації відділу науки й навчальних закладів, обкомів КПУ, Міністерства охорони здоров'я, управлінь охорони здоров'я облвиконкомів, матеріали листування загального відділу з Міністерствами). З їх допомогою вдалося відтворити зміст політичних рішень, які визначали стратегію розвитку охорони здоров'я в республіці, а також в окремих регіонах. Слід зауважити, що інформація, яка надсилалася з місць до ЦК КПУ, не була цілком об'єктивною й тому вимагала уточнень, зіставлень, наприклад, із даними Центрального статистичного управління. За

допомогою матеріалів вдалося дослідити низку проблем, пов'язаних зі здоров'ям міського й сільського населення, розподілу медичних кадрів для потреб регіону, відтворити роботу громадських медичних товариств, з'їздів, конференцій лікарів.

Різнопланову за змістом і найбільшу за обсягом інформацію віднайдено в Чернігівському обласному державному архіві (ЧОДА), який нині носить назву Державного архіву Чернігівської області (ДАЧО). Усього розвідки здійснювалися в 17 фондах. Зазначимо, які саме документи були залучені як джерело до вивчення змін в охороні здоров'я Чернігівщини:

– Фонд Р-5036 Виконавчий комітет Чернігівської обласної Ради депутатів трудящих: організаційні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування населення; інформації про хід виконання урядових постанов; заходи боротьби з туберкульозом та організацію в Харківській і Чернігівській областях експериментальних баз, рішення облвиконкому щодо поліпшення санітарного стану населених пунктів області, звіт про проведену роботу щодо боротьби з туляремією, наслідки лікування психоневрологічних хворих та хворих на алкоголізм, задоволення потреб у лікарях у районах, забруднених унаслідок аварії на ЧАЕС.

– Фонд Р-5153 Чернігівський обласний відділ охорони здоров'я: річні статистичні звіти; рішення і розпорядження Чернігівського облвиконкому щодо роботи обласного відділу охорони здоров'я; тексти виступів керівників органів охорони здоров'я на зборах активу медичних працівників; інформації вищим органам влади про хід виконання облздоровідділом постанов, наказів, рішень, рекомендацій Міністерства охорони здоров'я УРСР; плани основних організаційних заходів; матеріали про підсумки роботи органів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги населенню області, епідемічних захворювань, комплектування кадрами лікувальних установ; накази обласного відділу охорони здоров'я; довідки комісії Міністерства охорони здоров'я про стан медичної допомоги населенню області; документи про впровадження досягнень науки в практику роботи лікувально-профілактичних установ; протоколи засідань, плани, звіти роботи наукових

медичних товариств лікарів різних профілів; матеріали обласних науково-практичних конференцій, інформації щодо соціалістичного змагання в медичних закладах області.

– Фонд Р-90 Виконавчий комітет Чернігівської міської ради депутатів трудящих: протоколи засідання XI міської ради від 16 грудня 1970 р.

– Фонд Р-1505 Чернігівська обласна лікарня: матеріали про стан отоларингологічної допомоги населенню, науковий доробок лікарів-отоларингологів, відображених у практичній та науковій діяльності, покращання рентгенорадіологічної допомоги, інформації щодо діяльності різних напрямків наукових медичних товариств, доповіді та інші інформаційні матеріали всеукраїнських, обласних науково-практичних конференцій.

– Фонд Р-4996 Чернігівське обласне аптечне управління: інформація щодо діяльності обласного аптекоуправління, забезпечення ліками населення та надання хворим інших послуг, дані про проведення науково-практичних конференцій та школи передового досвіду аптечних закладів.

– Фонд Р-3621 Редакция областной газеты «Деснянская правда» – орган Черниговского областного комитета Компартии Украины и областного Совета депутатов трудящихся (с 1977 г. – орган Черниговского областного комитета Компартии Украины и областного Совета народных депутатов): інформація щодо боротьби з інфекційними хворобами, розвитку аптечної справи, ролі санітарних дружин в охороні здоров'я населення.

– Фонд Р-752 Отдел здравоохранения исполнительного комитета Черниговского губернского Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (губздрав): питання облікової медико-санітарної картини роботи губздороввідділу, дані про відкриття лікарень в області, боротьбу з інфекційними хворобами.

– Фонд Р-8822 Чернігівська обласна дитяча лікарня: теоретичні й практичні питання роботи лікарів-педіатрів щодо лікування дитячих хвороб, їхні наукові дослідження.

– Фонд Р-1545 Протитуберкульозний диспансер Чернігівського обласного відділу охорони здоров'я: матеріали щодо республі-

канських та обласних конференцій і семінарів, інноваційні підходи до лікування туберкульозу.

– Фонд Р-1499 Чернігівський обласний онкологічний диспансер: питання розвитку онкологічної служби області, інформації з республіканського симпозіуму щодо нових методів лікування хворих; матеріали обласних науково-практичних конференцій.

– Фонд Р-1869 Чернігівський обласний ендокринологічний диспансер: інформація щодо проведених обласних науково-практичних конференцій, нарад-семінарів лікарів-ендокринологів з питання лікування хвороб щитоподібної та підшлункової залоз.

– Фонд Р-4991 Чернігівська обласна психоневрологічна лікарня: протоколи засідань обласних нарад, семінарів, наукових конференцій лікарів-психіатрів, логопедів з питання надання кваліфікованої медичної допомоги психоневрологічним хворим та дітям з порушеннями мовлення, матеріали обласних наукових конференцій із психіатрії.

– Фонд Р-346 Обласний шкіро-венерологічний диспансер: питання діяльності шкіро-венерологічної служби області, матеріали обласних науково-практичних конференцій, засідань медичної ради, роботи обласного наукового медичного товариства лікарів шкіро-венерологів за 1960 – 1980 рр.

– Фонд Р-1385: Чернігівська обласна санітарно-епідеміологічна станція: статистичні дані та методи боротьби з епідемічними захворюваннями.

– Фонд Р-1032 Чернігівська обласна станція переливання крові: інформація щодо аналізу ефективності виробничої діяльності служби крові, матеріали щодо впровадження наукових досягнень та елементів наукової організації праці служби крові.

– Фонд Р-1064 Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка: накази облздороввідділу в питанні надання населенню стоматологічної допомоги, упровадження досягнень стоматологічної науки в практику роботи стоматологічної служби, протоколи семінарів і нарад лікарів-стоматологів.

– Ф. Р-937 Чернігівське обласне бюро судово-медичної експертизи: матеріали щодо роботи бюро, обласних науково-практичних

конференцій, семінарів судмедекспертів області з питань інноваційних методів діяльності.

Переважна більшість матеріалів, виявлених у 255 справах трьох архівосховищ, введено до наукового обігу вперше.

У дисертації широко використовувалися матеріали періодичних видань. Процеси, що відбувалися в охороні здоров'я Чернігівщини протягом 1960 – 1980-х років, систематично висвітлювалися в журналах і газетах. Але для періодичних видань радянської доби була характерна ідейно-політична одноманітність, відсутність критичних оцінок. Українська періодика неспроможна була виступати надійним засобом типологізації суспільних явищ. Зрештою опрацювання матеріалів періодичних видань дало змогу “вжитися” в епоху, глибше зрозуміти ті конкретно-історичні умови, у яких реалізовувалися загальні принципи організації “охорони народного здоров'я”. Змістовна інформація подавалася у республіканському міжвідомчому збірнику, інформаційному листі МОЗУ, газетах: “Правда”, “Медицинская газета”, “Молодь України”, “Ваше здоров'я”.

У процесі підготовки дисертації фронтально проглянуто повні комплекти обласних газет “Деснянська правда” (1961 – 1991 рр.), “Комсомольський гарт” (1967 – 1991 рр.). Це дозволило виявити й опрацювати значний масив публікацій на історико-медичну тематику, що істотно урізноманітнило й збагатило джерельну базу роботи. Використані матеріали місцевої преси поділяються за своєю формою й за змістом на кілька груп. Передусім це інформаційні повідомлення про поточні події – діяльність медичних установ, проведення наукових конференцій і семінарів, рішення місцевих органів влади з питань охорони здоров'я. Другу групу складають біографічні нариси про лікарів-практиків, науковців, поодинокі інтерв'ю з ними. До окремої групи слід віднести рецензії на нові видання з історії медицини, історії Чернігівщини, а також огляди наукової й науково-популярної літератури з тієї чи іншої проблеми: медицини, медичного красзнавства, бібліотекознавства. До наступної групи доцільно виокремити власне публікації лікарів, науковців, красзнавців.

Інформаційні листи МОЗУ містили матеріали, за допомогою яких реконструювалася робота Чернігівського обласного протитуту-

беркульозного диспансеру щодо організації протитуберкульозної допомоги населенню, обласної наукової медичної бібліотеки з бібліотечно-інформаційного обслуговування молодих фахівців-лікарів.

Широко використовувалися також матеріали журналів: "Агапіт", "Терапевтический архив", "Эндокринология", "Врачебное дело", "Проблемы туберкулеза", "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України", "Офтальмологический журнал", "Фармацевтический журнал", "Журнал ушных, носовых и горловых болезней", "Вестник отоларингологии", "Український історичний журнал", "Український пульмонологічний журнал", "Советское здравоохранение", "Журнал практичного лікаря", "Бібліотечний форум".

Окрему групу використаних джерел являють собою документи особових фондів відомих краєзнавців Чернігівщини: М. Дулі, Н. Яременко. Вивчення біографічних матеріалів, документів про службу, наукову та громадську діяльність (формулярів, особових листків з обліку кадрів, характеристик, представлень до відзнак) уможливило відтворення основних етапів життя цих справжніх сподвижників бібліотечної справи, медичного краєзнавства. В особових фондах М. Дулі наявні рукописи неопублікованих праць, невеликі колекції документів ХІХ – ХХ ст. в оригіналах та копіях, які свого часу за різних обставин потрапили до його особистого архіву.

Характер дослідницьких студій над проблемою потребував найширшого використання ресурсів Інтернет. Цей новий корпус джерел на швидко- й легкодоступних електронних носіях забезпечив передумови для усунення фактологічних прогалин та ознайомлення з оцінками широкого кола як вітчизняних, так і зарубіжних дослідників.

Окрему джерельну групу склали наукові праці вчених-лікарів, науковців, лікарів-практиків, зокрема А. Бугрея, Г. Дубини, В. Зуба, Б. Литвина, А. Груші [358, 405, 406].

Отже, тема дослідження базується на достатній джерельній базі, яка дозволяє розв'язати поставлені дослідницькі завдання. Водночас у роботі використані не всі архівні матеріали, наукові праці вчених, періодичні видання, а саме ті, які дозволяють повноцінно відтворити історичний процес нагромадження потенціалу системи охорони здоров'я Чернігівщини.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ "ОХОРОНИ НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я" ТА ЇХ ПРОЯВИ НА ЧЕРНІГІВЩИНІ

2.1. **Форми й методи державного регулювання соціальної інституції**

У 1960-ті роки вітчизняна система охорони здоров'я характеризувалася специфічним етапом свого розвитку. Причини цього явища загальновідомі й впливали головним чином з надр глибинної суспільної кризи. Принципи її організації, які були сформульовані в 1920-ті роки наркомом охорони здоров'я т. Семашком, включали в себе жорстку плановість, безкоштовність, загальнодоступність допомоги, профілактичну спрямованість, наявність дільниць не мали подальшого теоретичного розвитку, а отже, переставали відповідати завданням часу. Галузь за інерцією функціонувала як напіввійськова організація, яка могла б у разі необхідності розгорнутися як великий шпиталь. Головним девізом медицини цього періоду залишився: "Здоров'я людини – це багатство держави, цілісністю якого повинен піклуватись і лікар, і керівник підприємства, де працює громадянин". Критерієм якості лікування виступала максимальна тривалість життя без активного втручання медицини.

Такий підхід мав і позитивний, і негативний бік. Перший полягав у тому, що наголос у медицині робився на стаціонарній формі лікування, яка потребувала великих фінансових ресурсів, високого професіоналізму й самовіддачі від лікаря в справі порятунку життя пацієнта. Водночас ставка на стаціонар робила справу лікування примусовою, а багато в чому й каральною.

Крім того, орієнтація державної медицини на постійну готовність підпорядковуватися потребам часу (екстремальний характер) позбавляв її конкурентності, змагальності, здатності вести боротьбу за пацієнта, підвищуючи якість надання медичних послуг. Державою заборонялася приватна лікарська практика, діяльність народ-

них цілителів, нестандартні методи діагностики. У цій моделі взаємодія лікарів і пацієнтів суворо регламентувалася та підпорядковувалася принципам планово-розподільчої системи господарювання.

Чинна в досліджувані роки система охорони здоров'я ґрунтувалася на нормах, закріплених в Основах законодавства Союзу РСР і союзних республік (1969 р.) і Законі Української РСР "Про охорону здоров'я" (1971 р.), де підкреслювалося, що охорона здоров'я населення – одне з найважливіших завдань радянської держави та обов'язок усіх державних органів і громадських організацій. До 1969 р. принципи системи охорони здоров'я монополюсно визначалися директивами КПРС – КПУ. Зокрема, у прийнятій XXII з'їздом КПРС Програмі декларувалося, що соціалістична держава – єдина держава, яка бере на себе турботу про охорону і постійне поліпшення здоров'я усього населення. Це забезпечується системою соціально-економічних і медичних заходів [275, с. 96].

Поступово систему охорони здоров'я було облуптано тисячами жорстких і заборонних нормативних актів, які виключали будь-яку ініціативу на всіх рівнях її організації й управління. Це врешті-решт призвело до застою, а згодом і до глибокої кризи. Право на охорону здоров'я вперше закріплено в Конституції СРСР 1977 р., Конституції УРСР 1978 р., оскільки саме до цього часу в основному сформовано державну систему охорони здоров'я, набули широкого розвитку такі гарантії, як існування та діяльність державних медичних закладів, закладів для лікування й зміцнення здоров'я громадян. Організаційні принципи відповідали радянській дійсності й тією чи іншою мірою задовольняли потреби тогочасної системи охорони здоров'я. Але передовий світовий досвід розвитку відносин у цій сфері (Велика Британія, Канада та ін.) свідчив про те, що державний характер медицини слід поєднувати із децентралізованою формою управління та рівноправним існуванням приватної та комунальної форм власності. Гіперцентралізоване планування було однією з основних причин неефективності системи організації медичної допомоги, виключало ініціативу регіонів, поступово робило систему менш гнучкою, нездатною пристосовуватися до потреб життя.

Діяльність органів державного управління охороною здоров'я було також максимально регламентовано й здійснювалось в умовах "вертикалі управління". Отже, система охорони здоров'я України, будучи складовою частиною системи охорони здоров'я СРСР, протягом тривалого часу розвивалась екстенсивним шляхом – із року в рік, із п'ятирічки в п'ятирічку збільшувались капіталовкладення в неї, збільшувалася кількість закладів охорони здоров'я, медпрацівників і лікарняних ліжок. А разом із безплатністю й доступністю медичної допомоги ці показники становили одну із головних ідеологічних засад, що демонстрували переваги соціалістичного ладу над капіталістичним.

Радянська медицина певний час демонструвала свої переваги, коли йшлося про боротьбу з інфекційними хворобами й туберкульозом. Коли ж рівень громадського здоров'я почали визначати хронічні дегенеративні хвороби (системи кровообігу, злоякісні новоутворення тощо), мізерних коштів ставало все більше недостатньо.

Доступність медичної допомоги та послуг все більше залежали від можливостей бюджету держави. У 1960 – 1980-ті роки фінансування охорони здоров'я, незважаючи на зростання цих показників в абсолютних цифрах із п'ятирічки в п'ятирічку, здійснювали за відомим залишковим принципом: на охорону здоров'я виділяли тільки те, що залишалось від фінансування пріоритетних, стратегічно важливих програм і галузей – оборони, освоєння космосу та промислового виробництва. Проте в жодній із них не були враховані інтереси конкретної людини – гонку озброєнь здійснювали не заради людей, а заради підтвердження переваг соціалістичного ладу, консервації ідеологічних догм, підтвердження вірності ідеології та правильності вибору. Навіть у промисловому виробництві інтереси людини майже не враховували – часто виробництво існувало заради виробництва. Тому на охорону здоров'я виділяли лише кошти, які залишались у державному бюджеті після фінансування стратегічних галузей. Якщо до цього додати й неефективний економічний механізм забезпечення охорони здоров'я населення в колишньому СРСР і відомий ідеологічний міф про безплатну медицину та охорону здоров'я, то зрозуміло, що практично всі сучасні

проблеми охорони здоров'я виникли не нині, у часи незалежності України. Уже в 1970-ті роки стало помітно, що державних коштів для функціонування медичних закладів із новітнім дорогим обладнанням і новітніми лікарськими препаратами недостатньо. Для того, щоб нормально функціонували лікарні й клініки, які були оснащені дуже дорогою апаратурою й новітніми медикаментами, необхідно було збільшувати бюджет на охорону здоров'я щорічно не менше як на 40-45%. Але держава не мала можливості піти на такі величезні витрати й тому постала необхідність пошуку нових форм фінансування. Тому й не бралися до уваги пропозиції, що надходили й стосувалися переходу радянської системи охорони здоров'я на принципи страхової медицини, заперечувалася полеміка про вибір ліпшої системи тощо.

У 1960 – 1980-ті роки модель вертикального управління охороною здоров'я стала ще жорсткішою. 1962 року відбулися суттєві зміни. Замість райздоровідділів керівництво закладами району передавалося головному лікареві районної лікарні. Центральна районна лікарня ставала новою організаційною формою, яка за своїми функціями перетворювалася не тільки в осередок спеціалізованої медичної допомоги населенню району, але й ставала центром оперативного й стратегічного управління всіма лікувально-профілактичними закладами. Як показала практика, таке рішення мало позитивні наслідки щодо посилення централістських тенденцій в управлінні. Певна негативна сторона його виражалась у тому, що головному лікареві районної лікарні доводилося займатися не тільки лікувальною практикою, а й вирішувати господарчі питання, що, звичайно, позначалося на якості надання медичних послуг населенню району.

Проте загальнодержавна система управління охороною здоров'я (міністерство, обласне управління, центральна районна лікарня, медичний заклад) залишалась адміністративно-командною. Вона здавалася логічно стрункою, монолітною й стабільною, проте, на практиці мала застійний характер. Її особливості полягали в поклонінні перед верхами; мінімальному оновленні керівних кадрів; перетворенні кожного керівника зверху донизу лише у свого

представника ("гвинтика"), а не правомірного управлінця у сфері своєї компетентності; делегуванні прав лише "догори"; відсутності госпрозрахунку як антиподу; боязні неслуху перед "верхами".

Плановий характер радянської системи охорони здоров'я відбивав її виключно монопольний державний характер. Планування мало кілька взаємопов'язаних етапів. Спочатку вища державна інстанція в особі планово-бюджетної комісії Верховної Ради СРСР розробляла так звані контрольні цифри розвитку охорони здоров'я на певний період. В основу цифр клялися ймовірні бюджетні асигнування та нормативи забезпечення населення медичною допомогою. Контрольні цифри спускалися на рівень республіки, звідти – області і далі – району. Керуючись ними, органи управління охороною здоров'я району (міста) розробляли так звані базові плани розвитку. При їх розробці не стільки керувалися визначеними нормативами, скільки, про всяк випадок, просили більше. На рівні області зводились плани районів і враховувалися загальнообласні інтереси. Зведені плани на рівні країни, як правило, у десятки разів перевищували контрольні цифри, тому вищій інстанції нічого не залишалося, як суттєво їх коригувати [416, с.300 – 333].

Протягом 1965 – 1985 рр. державні видатки на охорону здоров'я Чернігівщини зросли більш ніж удвічі, з 30,1 до 70,5 млн. крб. Щорічне збільшення фінансування медицини дало можливість дещо поліпшити госпіталізацію хворих, поліпшити забезпечення лікувально-профілактичних установ обладнанням: діагностичною апаратурою, рентген-апаратами, електро- і світлоапаратурою. У більшості медичних закладів, у тому числі й дільничних лікарнях, почали працювати клінічні лабораторії та автотранспорт. Для районних, міських та сільських дільничних лікарень зросли поставки хірургічного інструментарію, безтіньових ламп, апаратів для газового наркозу тощо. Проте не вистачало фізіотерапевтичної апаратури: кварцу, солюксу, діатермії; лабораторного обладнання й реактивів [324, с. 2; 211, арк. 20-21; 209, арк. 2-10].

Водночас попри зростання абсолютних видатків, система охорони здоров'я постійно відчувала брак коштів, матеріально-технічний потенціал її розвивався неритмічно.

У досліджувані роки відбувалося нарощування кількісних показників: збільшувалася чисельність медичних кадрів, лікарняних ліжок, які були плановими показниками розвитку медичної допомоги. Саме за цими показниками галузь займала перше місце у світі й саме з їх допомогою обґрунтовувався її передовий характер.

Протягом 1960 – 1985 рр. на Чернігівщині вдвічі зросла кількість лікарняних ліжок з 9425 до 19500. У середньому на 10 тис. хворих припадало 135,8 ліжок [411, с. 83]. Проте беззмістовне гоніння за збільшенням кількості ліжок у лікувальних закладах радикально не призводило до поліпшення здоров'я населення. Зростання якості надання послуг блокувалося цілим комплексом причин, серед яких недостатня кількість державних асигнувань в інфраструктуру галузі та недосконала система підвищення кваліфікації медичних працівників тощо. Стрімке нарощування кількості ліжок і кадрів тягло за собою два економічні наслідки. По-перше, постійно зростала частка витрат на заробітну плату медичних працівників у загальному обсязі витрат. Вона сягнула 60% витрат. Тобто лише 40% витрачалося на все інше – обладнання, медикаменти, транспорт, зв'язок тощо. Закономірним стало невпинне відставання в забезпеченні медичних закладів новітнім медичним обладнанням та медикаментами. По-друге, пересічна заробітна плата медичних працівників була значно нижчою у порівнянні з іншими галузями народного господарства, і цей розрив також постійно зростав. Така система медичної допомоги могла продукувати лише дешевенькі, а отже, низькі за якістю й ефективністю медичні послуги. Саме тому пересічному українському хворому багато складних операцій, скажімо, з приводу аортокоронарного шунтування були недоступними.

В основі механізму фінансування медицини лежав принцип кошторисного та командно-адміністративного фінансування. Він ґрунтувався на бюджетному утриманні медичних установ і передбачав оплату праці лікарів та фінансування ліжко-днів, покриття витрат відповідно до обсягів реально наданих послуг.

Причиною безгрошів'я галузі було державне фінансування медичної галузі за залишковим принципом та її економічна неефек-

тивність. Марксизм-ленінізм не визнавав за медициною вартості. Уважалось, що медична послуга не є і не може бути товаром, а тому її виробництво не обов'язково узгоджувати з об'єктивними економічними законами. Обсяг коштів, які виділялися на медицину, обґрунтовувались не цими законами, а проявом піклування партії та уряду про свій народ, здоров'я якого проголошувалося найвищою цінністю. Тільки ця цінність була дуже дешевою: одне відвідування в поліклініку коштувало в середньому 80 коп., а один ліжко-день – 6 крб.

Постановою ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР №773 від 19 серпня 1982 р. “Про додаткові заходи щодо покращання охорони здоров'я населення” перед органами охорони здоров'я країни були поставлені важливі завдання, направлені на підняття рівня та якості медичного обслуговування трудящих країни, розробку й здійснення цільових комплексних програм.

Змінювалася структура ліжкового фонду. Ліжками поповнювалися нові й уже функціонувальні спеціалізовані відділення як у міських, так і в сільських лікарнях. Із ліжок терапевтичного профілю виділялися спеціалізовані ревматологічні, кардіологічні, гастроентерологічні, алергологічні, ендокринологічні, гематологічні, неврологічні ліжка. Структура ліжкового фонду хірургічного профілю свідчила про широкі можливості служби з надання спеціалізованої нейрохірургічної, торакальної, хірургічної, кардіохірургічної, проктологічної, урологічної, стоматологічної, ортопедичної, травматологічної, онкологічної допомоги. За даними ВООЗ тривалість використання лікарняного ліжка в Україні залишалася чи не найдовшою серед європейських країн. Інструкція ВЦРПС і Наркомздоров'я СРСР “Про порядок видання застрахованим лікарняних листків” № 1382 від 14.08.1937 р. (діяла до 2001 р) дозволяла перебувати на стаціонарному лікуванні хворим стільки часу, скільки було необхідно для повного одужання.

1989 року на Чернігівщині зберігалися величезні диспропорції між числом наявних у лікарнях ліжок і пацієнтами, яким було прописано госпіталізацію. Економістами обраховувалося перебіль-

шення строків перебування пацієнта на стаціонарі (надмірність термінів лікування), близько 4645 ліжок були непотрібними (надмірна кількість) [369, с. 125].

Протягом 1960 – 1987 рр. число лікарняних ліжок зросло з 15,6 до 20 тис. [279, с. 383].

У системі охорони здоров'я області ліжкова проблема тісно пов'язувалася з кадровою. Число ліжок служило засобом нарощування кадрового потенціалу в тій чи іншій медичній установі. Це було нонсенсом радянської системи охорони здоров'я.

У 1960-ті роки постійно нарощувалося будівництво медичних установ. Лише протягом 1960 – 1967 рр. у Чернігівській області було побудовано й уведено в експлуатацію 13 корпусів районних і центральних районних лікарень, 3 поліклініки, 16 інших приміщень. На селі за рахунок асигнувань колгоспів і місцевих бюджетів було побудовано 66 корпусів лікарень, 28 поліклінік, 80 фельдшерсько-акушерських пунктів, 19 колгоспних пологових будинків, 39 колгоспних дитячих ясель [197, арк. 108-111; 7, с. 3].

З середини 1960-х років на Чернігівщині розгорталося нове будівництво установ за спеціальними проектами. Водночас часто вони велися за найдешевшими нормами, були випадки, коли вартість ліжко-місця в лікарні була нижчою за вартість місця у тваринницькому комплексі.

1971 року збудовано нову поліклініку в Семенівці. Протягом 1970-х років у області завершено будівництво 358 медичних закладів, більшість з яких – у селах Сосницького, Менського, Ічнянського й Семенівського районів [433, с. 2].

У 1980 – 1985 рр. у селах Чернігівської області введено в дію п'ять амбулаторій, 24 фельдшерсько-акушерські пункти [279, арк. 38 -39].

Через брак фінансування не виконувались установлені завдання щодо будівництва лікарських амбулаторій і реконструкції фельдшерсько-акушерських пунктів. Протягом 1986 – 1989 рр. було побудовано лише 8 амбулаторій із 24 запланованих. Практично не велася ця робота в Прилуцькому, Срібнянському й Щорському районах [249, арк. 25-29].

Водночас мало місце відставання розвитку матеріально-технічної бази медичних закладів. Бракувало новітньої апаратури, лікувальних засобів тощо. Терміни будівництва часто значно перевищували планові. Недопустимо повільними темпами проводилася реконструкція й модернізація чинних лікувальних закладів. Значна кількість лікарень, пологових будинків, поліклінік, сільських амбулаторій залишалися в приміщеннях, що потребували капітального ремонту й не мали елементарних зручностей, працювали з перевантаженням. У середньому на одне ліжко припадало 4,7 кв. м. замість 7,4 кв. м. за нормативами [245, арк. 25-28; 63, арк. 18].

Брак приміщень часто стримував налагодження централізованого санітарного обслуговування.

Поряд із будівництвом великих лікарень реконструювалися й упорядковувалися лікарняні споруди, поліпшувалося їх обладнання. Укрупнювались дрібні лікарні, що призвело до зменшення їх загальної кількості.

У другій половині 1970-х років були нарощені темпи введення в дію приміщень для лікувальних установ. Велася реконструкція й добудова наявних. У Сосниці, Коропі, Михайло-Коцюбинському, Бахмачі завершилося спорудження нових корпусів для районних лікарень. Це були невеликі двоповерхові корпуси, розраховані на 60-200 ліжок. У ці роки в Сосниці, Чернігові й Козельці споруджено приміщення для поліклінік [231, арк. 23].

Протягом досліджуваного періоду на матеріально-технічне постачання, ремонт закладів охорони здоров'я використовувались як державні кошти, так і кошти промислових підприємств, колгоспів і радгоспів. Хоча кошти останніх були незначні. Протягом 1980-х років на будівництво в системі охорони здоров'я області було використано 27 млн. 85 тис. крб. [247, арк. 18].

Бракувало будівельних матеріалів. 1989 року для області з фондів Міністерства охорони здоров'я УРСР виділено лише 4,8% від потреби. Часто кошти не освоювалися. Лише цього року було недоосвоєно 1325 тис. крб. [249, арк. 81-83]. Відповідно затягувалося будівництво. З року в рік не виконувалися плани будівництва.

Водночас відбувалося нарощення матеріального потенціалу обласної лікарні. Було відкрито гемато-терапевтичне відділення, ендокринологічний диспансер; обласний онкологічний диспансер на 50 ліжок та пансіонат на 40 місць. За ними закріплено 52 лікарі та 264 медсестри [195, арк. 95- 98; 194, арк. 86; 1, арк. 50 – 68]. В обласній санітарно-епідеміологічній станції працювали бактеріологічна, вірусологічна, радіологічна, промислова, токсикологічна та інші санітарно-гігієнічні лабораторії [219, арк. 123].

Через відсутність необхідної техніки, обладнання, препаратів та фахівців тривалий час в обласній лікарні не впроваджувався метод гемодіалізу для лікування хворих на нирки. В обласній санітарно-епідеміологічній станції не було машини рефрижератора для завою термочувливих препаратів.

Попри те, що амбулаторії поліклінік поступово апаратно оснащувалися, система діагностики суттєво відставала від світових аналогів та контрастувала на рівні село↔місто.

Медичні заклади недостатньо постачались ліками, перев'язочним матеріалом і дезінфікуючими засобами.

Наприкінці 1980-х років гарячу воду мали лише 35% лікарень області, у 27% була відсутня каналізація, в 17% – водогін.

У 1960 – 1980-ті роки зберігалась практика попередніх років щодо нарощування числа медичних кадрів. Кадровий “вал” забезпечувався постійно зростаючою системою освітніх медичних закладів. Він мав забезпечити зрештою зростання обсягів доступної медицини. Крім стаціонарних форм підготовки, значна кількість кадрів готувалася через вечірню й заочну форми. Темпи поповнення галузі фахівцями були вражаючі. Так, протягом 1960 – 1980-х років на Чернігівщині їх число зросло в середньому втричі. Якщо 1960 року в області працювало 1359 лікарів і 6835 спеціалістів середньої ланки, то 1980 року їх чисельність становила відповідно 6835 і 13322 чол. [340, с. 2; 249, арк. 13-29].

Окремо слід зазначити про проблеми закріплення кадрів. Хронічного характеру набувала невирішеність житлового питання. Молоді спеціалісти часто мали низьку оплату праці тощо. Специфічних рис набувала й практика розподілу кадрів. В умовах спеціа-

лізації нагальним перед органами влади було завдання забезпечити основними спеціалістами обласні й районні лікарні. У цілому стабільно проходило поповнення системи охорони здоров'я області терапевтами, хірургами, акушерами-гінекологами, педіатрами, фтизіатрами, окулістами. Водночас не вистачало лікарів-стоматологів. [209, арк. 20-21].

Про обсяги забезпечення кадрами медичних установ області свідчить нижче наведена таблиця.

Зміни в чисельності медичних кадрів Чернігівщини

[282, с. 14; 284 с. 16]

Штатні посади	Роки		
	1976	1980	1989
Число штатних лікарських посад (включаючи стоматологів)	4022	4625	5763
На 10 тис. населення	26,5	30,9	40,7
Число лікарів фіз. осіб (включаючи стоматологів)	3173	3727	4306
На 10 тис. населення	20,9	24,9	30,4
УРСР	29,0	-	-
Число штатних лікарських посад (без стоматологів)	3955	4586	5732
На 10 тис. населення	26,1	30,6	40,5
Число лікарів фіз. осіб (без стоматологів)	2926	3546	4207
На 10 тис. населення	19,8	23,7	29,7
УРСР	27,6	-	-
Число штатних посад середнього медперсоналу	12496	13106	15268
На 10 тис. населення	82,5	87,7	107,8
Число середнього медперсоналу (фіз. осіб)	11442	12040	14096
На 10 тис. населення	75,5	80,5	99,5
УРСР	85,3	-	-

Протягом 1976 – 1989 рр. чисельність медичних кадрів постійно зростала. На кінець 1980-х років на Чернігівщині показник забезпечення медичними кадрами лікарняних установ на 10 тис.

населення складав 29,7% і значно відставав від загальнореспубліканського (37,8%) [60, арк. 39- 41].

Проте, незважаючи на стрімке чисельне зростання кадрів, паралельно зростав і їх дефіцит. Чинники саморозвитку системи, спеціалізація призвели її до кадрової ненаситності. Ще однією причиною цього явища стало існування паралельних структур у лікувально-профілактичних закладах. У республіці близько 20% лікарських посад залишалися вакантними. Хоча забезпеченість лікарями й була втричі більшою порівняно із західними країнами.

Значному припливу до області медичних працівників сприяв перехід вищів на дворічну спеціалізацію, розраховану на первинну (однорічну) субординатуру й наступну інтернатуру.

На Чернігівщину направлялися випускники практично з усіх вищих медичних навчальних закладів України. У регіоні для власних потреб готувалися спеціалісти середньої ланки в чотирьох медучилищах.

Нижче наведена таблиця ілюструє зміни в чисельності окремої групи медичних працівників.

Зміни в чисельності лікарів-спеціалістів Чернігівщини

[282, с. 17; 284, с. 18]

Категорії лікарів	Роки			
	1976	1980	1989	на 10 тис. населення 1989
Усього лікарів	2996	3546	4207	29,7
Терапевтів (уся група)	569	678	819	5,8
із них – ендокринологів	15	18	22	0,3
дільничних терапевтів	163	222	319	2,2
Хірургів (уся група)	312	369	440	3,1
із них – хірургів	180	207	212	1,5
нейрохірургів	5	6	5	0,03
анестезіологів	46	65	100	0,7
травматологів-ортопедів	40	48	73	0,5
онкологів	19	21	20	0,1
урологів	22	22	26	0,2

Акушерів-гінекологів	155	183	219	1,5
Педіатрів	301	380	472	3,3
дільничних педіатрів	118	165	226	8,3
Офтальмологів	81	78	79	0,5
Отоларингологів	68	78	83	0,6
Невропатологів	74	88	116	0,8
Психіатрів	77	87	97	0,7
Психіатрів-наркологів	5	8	53	0,3
Фтизіатрів	88	86	74	0,5
Дермато-венерологів	38	55	54	0,4
Рентгенологів	114	113	118	0,8
Фізіотерапевтів	24	27	36	0,2
Інфекціоністів	40	43	47	0,3
Лікарів-лаборантів	-	51	73	0,5
Лікарів швидкої допомоги	-	70	152	1,0
Усього лікарів санітарного профілю	204	220	231	1,6
у т.ч. епідеміологів	45	57	65	0,5
Стоматологів	281	344	516	3,6
Зубних лікарів	177	188	99	0,7
Усього стоматологів і зубних лікарів	458	525	615	4,3

Протягом 1976 – 1989 рр. область поповнювалася практично всіма категоріями лікарів. Водночас зберігалася висока плінність медичних кадрів. Причина цього явища полягала в незадовільних умовах проживання (відсутність житла тощо). На кінець 1980-х років 12% лікарів області не мали власного житла й проживали на квартирах та в гуртожитках [9, арк. 178; 19, арк. 43; 60, арк. 39-41]. У п'ятьох районах області: Ріпкинському, Козелецькому, Чернігівському, Семенівському, Корюківському щороку вибувало стільки ж лікарів, скільки влаштувалося на роботу.

Наступна таблиця ілюструє зміни в чисельності лікарів та середнього медперсоналу в розрізі районів і міст області.

**Зміни в чисельності медперсоналу в районах і містах
Чернігівської області [282, с. 18; 284, с. 19]**

Райони і міста	Роки										
	1975		1980		1989	1975		1980		1989	
	Лікарі на 10 тис. населення					Середній медперсонал на 10 тис. населення					
Бахмацький	86	11,1	121	17,8	118	475	61,5	481	70,6	519	76,3
Бобровицький	60	9,1	84	13,8	93	295	44,6	306	50,1	319	62,5
Борзнянський	64	9,5	79	12,4	89	459	68,4	364	57,1	367	67,9
Варвинський	29	12,3	36	15,4	47	156	66,1	161	68,8	213	96,8
Городнянський	54	10,4	74	15,1	84	301	57,9	371	75,7	396	90,0
Ічнянський	71	10,8	89	14,9	80	414	63,2	420	70,4	411	82,2
Козелецький	115	12,2	132	14,8	150	548	58,4	519	58,1	542	70,3
Коропський	48	9,7	57	12,5	64	291	59,1	294	64,3	352	90,2
Корюківський	48	11,3	57	14,0	72	309	72,7	291	71,5	317	83,4
Куликівський	36	10,7	49	15,4	52	229	68,4	230	72,5	235	83,9
Менський	69	11,4	86	14,8	91	369	61,1	412	71,1	426	80,3
Ніжинський	70	11,4	111	19,7	117	362	58,8	426	75,8	445	98,8
Н-Сіверський	68	12,9	79	15,8	85	372	70,3	355	70,8	390	90,6
Носівський	61	11,1	76	14,8	84	326	59,5	307	59,8	298	66,2
Прилуцький	103	14,6	120	18,3	123	526	74,6	579	88,4	660	120,0
Ріпкинський	63	10,4	78	14,0	91	395	66,5	415	74,3	420	89,3
Семенівський	44	12,2	48	14,2	53	256	71,7	267	79,4	315	112,5
Сосницький	38	11,0	56	16,8	61	238	68,6	263	78,4	277	95,5
Срібнянський	23	10,4	31	15,0	32	162	73,3	180	86,9	186	103,3
Талалаївський	39	11,9	34	14,4	35	199	81,9	186	79,1	187	93,5
Чернігівський	116	13,6	148	17,8	164	535	62,5	609	73,4	604	79,4
Щорський	53	12,0	60	14,3	64	311	70,5	295	70,4	280	73,6
по районах	1347	11,4	1705	15,3	1849	7550	64,1	7731	69,5	8159	84,2
м. Чернігів	589	27,4	646	26,3	975	1455	67,7	1390	56,7	2235	75,5
м. Ніжин	201	31,0	219	31,0	234	577	88,9	554	78,4	663	82,8
м. Прилуки	183	28,7	237	35,7	275	625	96,0	731	110,2	919	127,6
Обл. мед. уст.	571	3,3	674	4,5	782	1283	8,4	1621	10,8	2103	14,8
По області	2880	19,0	3546	23,7	4207	11639	76,6	12040	80,5	14096	99,5
По УРСР		26,9									

Практично в усіх районах і містах області відбувалися кількісні зміни в чисельності медперсоналу. Протягом 1960 – 1980-х років чисельність лікарів усіх спеціальностей в області зросла майже втричі: з 1,6 тис. до 4 тис. [279, с. 377]. А відповідно чисельність середнього медперсоналу зросла майже вдвічі: з 8,0 до 15,1 тис. чол. [279, с. 379].

У цілому в області з року в рік зростали якісні показники кадрового складу медпрацівників. Протягом досліджуваних років 54 лікарі були удостоєні звання ”Заслужений лікар УРСР”, п’ять – обиралися депутатами Верховної Ради УРСР, делегатами з’їздів КПУ. Орденами й медалями нагороджено 220 працівників, з них 39 – орденом Леніна. Ряд лікарів нагороджувалися Почесними Грамотами й Грамотами Верховної Ради УРСР, Укрпрофспілки, 618 – знаком “Відмінник охорони здоров’я” [375, с. 111-112; 411, с. 81].

Спеціалізація медичних послуг актуалізувала справу підвищення кваліфікації кадрів. Медичні працівники Чернігівщини свій фаховий рівень підвищували в Інститутах підвищення кваліфікації, а також на базі профільних лікувально-профілактичних установ. Форми були найрізноманітніші: місячні курси, семінари, декади. Зростало число лікарів, які проходили атестацію. Протягом 1960 – 1965 рр. було атестовано близько 800 лікарів. У наступні роки практично щорічно до півтисячі фахівців проходили такого роду підтвердження власного кваліфікаційного рівня. З метою поповнення чисельності лікарів-педіатрів 1978 року спеціалісти Київського науково-дослідного інституту педіатрії, акушерства і гінекології на базі Ніжинської дитячої лікарні провели курси для 28 лікарів. Аналогічну роботу проводили й учені Ленінградського інституту вдосконалення лікарів. Унаслідок таких різних форм роботи протягом 1975 – 1979 рр. кількість педіатрів на 10 тис. дітей зросла відповідно з 9 до 12,8 чол. [235, арк. 1-31]. Крім того, обласна лікарня стала базовою, де проводилися курси підвищення кваліфікації хірургів, акушерів-гінекологів. У Чернігівській області в 1980-ті роки вже працювало 13 шкіл передового медичного досвіду обласного рівня й 58 шкіл міського й районного рівня [235, арк. 4-12].

На Чернігівщині широко організовувалася робота щодо пере-профільювання фахівців на вужчі спеціальності, зокрема з дитячої стоматології, дитячої гінекології, дитячої психіатрії, сурдології, логопедії тощо. Проводилося навчання щодо освоєння деяких нових методів діагностики та лікування: бронхоєзографоскопії, серологічних досліджень і т.д. [3, арк. 35-41; 340, с. 2].

Зростав прошарок лікарів-науковців. 1976 року науковою роботою займалися близько 100 лікарів. Лише протягом 1970 – 1975 рр. ними опубліковано 146 наукових робіт [220, арк. 21-27]. У 1980-ті роки в області працювало 22 кандидати медичних наук. Протягом 1960 – 1980-х років 30 лікарями-практиками захищено дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук [375, с. 111-112; 411, с. 81]. Наукові результати втілювались у практику охорони здоров'я. Науковці регіону тісно співпрацювали з науковими установами Києва, Москви, брали участь у розробці договірних тем, винаходів тощо. Науково-методичну допомогу медичним установам області надавали: Київський медінститут ім. О.Богомольця, Київський НДІ туберкульозу, грудної хірургії ім. Ф.Яновського, Одеський НДІ офтальмології, Київський НДІ педіатрії, акушерства і гінекології, Київський НДІ гігієни праці і професійної освіти, Київський НДІ епідеміології, мікробіології і паразитології, Дніпропетровський НДІ гастроентерології, Всесоюзний НДІ офтальмології (Москва). Протягом 1960 – 1980-х років лікарями і фармацевтами Чернігівщини виконано 829 наукових робіт [72, 73].

Після ухвалення 1985 року постанови колегії Міністерства охорони здоров'я УРСР і президії республіканського комітету профспілок медичних працівників “Про участь медичних закладів, НДІ, ВУЗів у республіканському огляді використання в народному господарстві високоефективних винаходів і раціоналізаторських пропозицій” активізувалась творча атмосфера. Протягом 1984 – 1985 рр. кількість раціоналізаторських пропозицій зросла з 125 до 169. Більшість їх були впроваджені у практику [246, арк. 1-5; 244, арк. 1-24]. Щорічно медичні працівники вносили близько 90 рацпропозицій [220, арк. 21-27].

Отже, досліджуваний період в УРСР характеризувався запровадженням низки нормативно-правових актів, у рамках яких і відбувався розвиток охорони здоров'я на Чернігівщині. Поступово робота установ системи охорони здоров'я регламентувалася тисячами жорстких і заборонних нормативних актів, які виключали будь-яку ініціативу на всіх рівнях її організації й управління.

Існувала прямо пропорційна залежність надання медичної допомоги від можливостей бюджету держави. У 1960 – 1980-ті роки фінансування медичної галузі, незважаючи на зростання показників в абсолютних цифрах із п'ятирічки в п'ятирічку, здійснювалося за відомим залишковим принципом. Загальнодержавна система управління охороною здоров'я залишалася загальнокомандною, але ще жорсткішою стала модель вертикального управління. Економічний розвиток держави носив плановий характер, який теж був монопольним. Незважаючи на зростання абсолютних видатків, система охорони здоров'я відчувала брак коштів, матеріально-технічний потенціал її розвивався неритмічно. Щорічне збільшення фінансування охорони здоров'я дало можливість дещо поліпшити госпіталізацію хворих, покращити забезпечення лікувально-профілактичних установ обладнанням. Спостерігалось нарощування кількісних показників: збільшувалася чисельність медичних кадрів, лікарняних ліжок, які відображали стан медичної допомоги. Саме за цими показниками галузь займала перше місце у світі й саме за ними обґрунтовувався її передовий характер. В Україні спостерігалася негативна тенденція щодо використання лікарняного ліжка. На Чернігівщині існувала надмірна кількість лікарняних ліжок.

В Україні постійно нарощувалося будівництво та реконструкція медичних установ. Не була виключенням і Чернігівщина, де будувались і вводились в експлуатацію корпуси районних і центральних районних лікарень, поліклініки та інші приміщення. Поряд з цим спостерігалось відставання розвитку матеріально-технічної бази медичних закладів. Бракувало новітньої апаратури, лікувальних засобів тощо. З року в рік на потреби медичної галузі області з фондів Міністерства охорони здоров'я УРСР виділялось

усе менше будматеріалів, що унеможливило освоєння коштів.

Важливим завданням було вирішення проблеми медичних кадрів. Постає необхідність збільшення кадрового показника галузі. Темпи поповнення галузі фахівцями були вражаючі. Їх число на Чернігівщині зросло в середньому втричі. Існувала проблема закріплення кадрів на місцях, основною причиною якої була невирішеність житлового питання. В умовах спеціалізації медицини важливим було завдання забезпечення основними спеціалістами лікувальних установ. Не вистачало лікарів-стоматологів. В області з року в рік зростали якісні показники кадрового складу медпрацівників. Широко організовувалася робота щодо перепрофілювання фахівців на вузчі спеціальності, зокрема дитячої стоматології, дитячої гінекології, дитячої психіатрії, сурдології, логопедії тощо. Зростав прошарок лікарів-науковців. Науковці регіону тісно співпрацювали з науковими установами республіки та СРСР.

Отже, важливим принципом радянської медицини ставало поглиблення засад державного регулювання. Саме тому вживалися заходи, метою яких було вибудовування ієрархічної системи охорони здоров'я, об'єднання її навколо єдиного центру управління, централізованого розподілу фінансування, а також забезпечення безпосередньої участі найвищих органів влади в розробленні та затвердженні програм розвитку громадської охорони здоров'я.

2.2. Лікувально-санітарна допомога як зміст і структурно-організаційна домінанта змін принципів організації в системі охорони здоров'я

У досліджувані роки посилювалося прагнення держави підпорядкувати справу організації охорони здоров'я стосовно розв'язання низки ідеологічних проблем. Ці обставини, безумовно, специфічно впливали на формування громадянського здоров'я. Медична допомога включала лікувальну справу, профілактичну допомогу й просту діагностику та суттєво відрізнялася від досконалих систем охорони здоров'я Європи і США, де, крім лікування, передбачалися заходи щодо сприяння організації громадського харчування,

забезпечення доброякісною водою, проведення санітарних заходів, охорону здоров'я матері й дитини, імунізацію, профілактику епідемічних хвороб, санітарну просвіту.

Лікувальна справа в радянській системі медичної допомоги відіграла провідну роль.

Санітарно-профілактичні ж заходи, які вважалися визначальними при попередниці радянської системи охорони здоров'я – громадській медицині, недооцінювалися й продовжували перебувати на другорядних позиціях. Це цілком відповідало природі радянського ладу (програми будівництва комунізму), коли, мовляв, разом з досягненням найвищого рівня добробуту суспільства автоматично відбувалось і масове його оздоровлення. Ключовим інструментом реалізації профілактичного напрямку охорони здоров'я залишалася диспансеризація. Суть її практично не змінювалася з 1920-х років і полягала в проведенні активних оздоровчих заходів, спрямованих на поліпшення умов і способу життя радянських людей, на раннє виявлення хронічних захворювань, на оздоровлення хронічно хворих і забезпечення їхньої активної життєдіяльності й працездатності. У 1960-ті роки в Україні було здійснено спробу відійти від практики домінування стаціонару як форми лікування та відновити призабуту ідею диспансеризації. Відповідно посилювалася роль амбулаторій і поліклінік. Поставлені державою завдання перед охороною здоров'я включали в себе налагодження профілактичних оглядів певних верств громадян-механізаторів, тваринників, робітників, взяття на диспансерний облік хворих з певними хронічними захворюваннями з метою зменшення втрат з тимчасової непрацездатності. Термін їх виконання, тобто досягнення суцільної диспансеризації, складав майже 20 років і мав завершитись у 1980-х роках. Для цього були розроблені інструкції, у яких містилися обсяги та частота профілактичних оглядів та спостереження за хронічно хворими. Визначальною рисою цих заходів було те, що кожний здоровий і хворий мав періодично, але не рідше, ніж раз на рік, обстежуватися трьома-чотирма, а то й більше фахівцями. У кінці 1980-х років профоглядами було охоплено більше половини здорових і майже всі хронічно хворі громадяни України й Чернігівщини зокрема.

Курс на суцільну диспансеризацію, як і інші радянські програми, що носили приставку "суцільна" не мали позитивного успіху й не позначилися на якісних змінах у здоров'ї громадян. Можна констатувати, що ідея диспансеризації в умовах радянської дійсності зазнала провалу. Підтвердженням цього було постійне погіршення показників здоров'я нації. До причин цього явища слід віднести обрану модель диспансеризації, коли ті соціальні прошарки, що мали гірше здоров'я, забезпечувалися й гіршою медичною допомогою. Скажімо, ті ж жителі сіл порівняно з міським населенням одержували зручніший асортимент медичних послуг.

Крім того, диспансеризація носила примусовий характер та поступово входила в русло формалізації цілей та результатів. Унаслідок цього заходу, як правило, мало були зацікавлені обидва учасники процесу. За недостатнього рівня загальної медичної культури громадяни часто виявляли байдужість до вибіркового обстеження власного організму. Через організаційну розпорошеність диспансерного спостереження (між чотирма і більше фахівцями) медичні установи були більше зацікавлені в належному складанні документації, яка б відображала кількісні показники, тобто чисельність громадян, залучених до обов'язкового щорічного огляду. Скажімо, сільський дільничний лікар-терапевт, який обслуговував дільниці, що в середньому охоплювали 2,5 тис. жителів, фізично не міг володіти в повному обсязі даними, що свідчили про динаміку зміни здоров'я у того чи іншого, хто проходив обстеження.

Диспансеризація головним чином зводилася до поверхових, часто неякісних і неефективних оглядів, які не могли задовольняти потреби громадян.

Первинна профілактика передбачала заходи, що спрямовувалися на збереження здоров'я здорових, запобігання дії на організм людини шкідливих чинників природного й соціального середовища. Вторинна профілактика передбачала усунення виражених чинників ризиків, які за певних умов можуть призвести до виникнення, загострення й рецидиву захворювання, зменшувала ризик виникнення ускладнень, сприяла збереженню працездатності. Мета

третинної профілактики – реабілітація після хвороби, лікування ускладнень захворювань, компенсація втраченої функції та збереження працездатності хворої людини.

Провідними закладами все більше ставали поліклініки й амбулаторії. Їх утримання для держави було вигіднішим (дешевшим), ніж стаціонарних лікарень, і цілком відповідало усталеній практиці врізання витрат з інших сфер на користь потреб ВПК. У 1960 – 1980-ті роки масово продовжували з'являтися амбулаторно-поліклінічні установи (головним чином у містах).

Диспансеризація мала виявляти хронічні захворювання в пацієнта й призначити йому відповідне лікування, яке в ідеалі повинно продовжувати йому життя й поліпшувати його якість. Вона перетворювалася на самоціль і проводилась із метою штучного декларування досягнень охорони здоров'я.

Особливо важливого значення набував перший етап диспансеризації – професійних оглядів. Усе більше населення охоплювалось обстеженнями в різного профілю диспансерах. Лікарі-терапевти позбавлялися т.з. пасивних форм роботи. Громадяни з хронічними захворюваннями брались на спеціальний (диспансерний) облік і періодично викликалися для повторного обстеження. У періоди загострення хвороб пацієнтам призначалося спеціальне безкоштовне лікування. Цим самим попереджалося загострення хвороби. Протягом 2-5 років хворі знімалися з обліку. За цих умов хворий не міг стати інвалідом. Метод протирецидивного лікування вперше застосували лікарі Чернігівщини. Його було рекомендовано для запровадження в лікувально-профілактичні заклади України [215, арк. 14-24; 211, арк. 34].

Участь громадян у справі охорони здоров'я витікала із соціальної сутності здоров'я. На думку вітчизняних фахівців, її слід було розуміти в т.з. широкому та вузькому аспектах. Оскільки здоров'я пацієнта залежало від умов та способу його життя, то марно сподіватися на поліпшення здоров'я без розуміння й участі в цьому кожної людини. Звісно, цьому мала передусім сприяти соціально-економічна система, яка мусила прагнути досягти найвищого економічного добробуту людини й у якій права людини не

обмежувалися. Тоді б охорона здоров'я спиралася на благодатну основу у вигляді загальної, всебічно розвиненої особистості.

Вузкий аспект полягав у безпосередній участі громадян у розвитку медичних закладів, у наданні медикам допомоги в проведенні профілактичних і лікувальних заходів. З цією метою створювалися громадські організації – товариства Червоного Хреста, санітарні пости та дружини на підприємствах та установах, санітарний актив тощо.

Радянська практика формування медичної культури загалом носила масовий характер і мала за мету передусім розв'язання ідеологічних завдань. На Чернігівщині під керівництвом Червоного Хреста діяли санітарні дружини як масові організації. Ними проводились агітаційно-масові, санітарно-оздоровчі, санітарно-захисні заходи [61, арк. 11]. Аби навчити населення цінувати власне життя, було відкрито 23 університети здоров'я, 37 шкіл здоров'я, 21 школа матері й дитини. Мала значення робота громадських рад при лікувальних установах. Уже в першій половині 1960-х років у області було створено 36 таких громадських рад, у яких працювало 1200 чол. [195, арк. 59; 306, с. 2].

Використання засобів фізкультури з метою профілактики в лікуванні різних захворювань і травм призвело до розвитку лікувальної фізкультури. В області відкривалися кабінети лікувальної фізкультури, лікувально-фізкультурні диспансери.

При домінуванні лікувальної допомоги на другий план відходили напрями оздоровлення. Пропаганда здорового способу життя зрештою була малоуспішною. Кошти витрачалися на боротьбу з алкоголізмом, наркоманією, курінням. Державні рішення про необхідність розвитку фізкультури й спорту часто носили декларативний характер. 1986 року на Чернігівщині у практику роботи лікувально-профілактичних закладів вводилися спеціальні програми, які передбачали оздоровлення засобами фізкультури. В області діяв лікувально-фізкультурний диспансер, де хворі проходили реабілітацію після перенесення ускладнень захворювання. Розпочалася підготовка відповідних фахівців. Засоби просвіти, які мали за мету пропагувати здоровий спосіб життя, зрештою не мали успіху

за умов низького рівня в переважній частині громадян медичної культури. На Чернігівщині діяло 64 університети здоров'я, обласні ЗМІ вели журнал “Ваше здоров'я” [248, арк. 86-88]. У містах і селах області було мало привабливих місць для занять фізкультурою. У фізичному вихованні школярів залишалося чимало формалізму. Ефективність цієї роботи залежала від аматорських здібностей вчителів. 1989 року в області займалися фізкультурою й спортом близько 103 тис. чол. Очевидно, що дані статистичних органів були перебільшені. Працювало чотири дитячо-юнацьких спортивні школи, 20 клубів для дітей і підлітків. Вони використовували методичні рекомендації: “Медичні аспекти фізичної культури і загартовування”, “Профілактика п'янства і алкоголізму”, “Боротьба з курінням і наркоманією”, “Раціональне харчування” тощо [248, арк. 1- 88].

Профілактичною роботою на підприємствах, в організаціях, установах займалися профілакторії. Особливо важливою їх роль була на підприємствах, де переважали шкідливі умови праці. На Чернігівщині в досліджувані роки позитивну роль у плані попередження професійних захворювань відіграли профілакторії при комбінаті “Хімволокно”, фабриці первинної обробки вовни, Ніжинському машинобудівному заводі [306, с. 2].

Радянська держава розглядала охорону здоров'я як засіб підвищення загальної продуктивності виробництва, впливу на робочу силу.

Перехід на суцільну диспансеризацію, що розпочався після 1983 р., вніс зміни в чинну лікувально-профілактичну систему. На першому етапі диспансеризації впроваджувалися заходи, пов'язані з задоволенням потреб щодо нагляду за здоров'ям осіб з підвищеним ризиком захворювань, за хворими на хронічні хвороби, виявленням ранніх ознак патологічних змін, несприятливих умов праці й побуту та вчасного призначення комплексу оздоровчих дій.

Важливим напрямком діяльності лікувально-профілактичних установ ставало відновлювальне лікування. У 1970-ті роки в області була організована анестезіолого-реанімаційна медична допомога й спеціалізовані бригади швидкої допомоги. Це сприя-

ло введенню ранньої медичної реабілітації. У 1971 – 1975 рр. на Чернігівщині для хворих кардіологічного, неврологічного й інших напрямків були створені спеціалізовані відділення й лікарні відновлювального лікування. Тут не лише проводилася медична реабілітація, але й відновлювалася професійна працездатність.

Протягом 1960 – 1980-х років у Чернігівській області здійснилося формування системи санаторно-курортних установ. До неї входило три санаторії-профілакторії, які перебували на балансі промислових підприємства, два – на балансі колгоспів і радгоспів, п'ять будинків відпочинку. Відомим за межами області був санаторій “Остреч”. Одночасно в них могли відпочивати й лікуватися 3027 чол. [375, с. 108-109].

На середину 1970-х років в області функціонувало 215 колгоспних профілакторіїв [220, арк. 38]. Крім того, на Чернігівщині діяло 222 фізіотерапевтичних кабінети, 229 кабінетів лікування фізичними методами у фельдшерсько-акушерських пунктах, 82 – у здорівпунктах [220, арк. 38-40].

1975 року було відкрито перший в області міжколгоспний санаторій “Десна” (с. Ладинка Чернігівського району). Він спеціалізувався на відновному лікуванні шлунково-кишкових захворювань, периферійної нервової системи й органів опорно-рухового апарату.

З метою запобігання захворюванням інфекційними хворобами санітарні лікарі й епідеміологи області брали проби води в колонках, колодязях, водогонах, артезіанських свердловинах. Проводилися хімічні аналізи, визначалися допустимі величини вмісту мінеральних сполук тощо [211, арк. 1-4].

У досліджувані роки вважалося, що сільськогосподарська продукція є екологічно бездоганною, тому її аналіз на вміст отрутохімікатів практично не проводився. Насправді ж, як показували дослідження спецлабораторії, 8-12% овочів були забрудненими. Не вдавалося утримувати в належному санітарному стані сепараторні пункти молочнотоварних ферм колгоспів і радгоспів [45; арк. 108]. Вимоги та інструкції, які висувалися та направлялися санітарними службами просто ігнорувалися керівниками господарства, а також керівниками окремих підрозділів.

Значна частина працівників ферм, машинно-тракторних парків працювали в антисанітарних умовах. Професійні захворювання займали вагоме місце в структурі загальної захворюваності. Ці хвороби частіше виникали в операторів машинного доїння й механізаторів. В операторів машинного доїння, зокрема, переважали захворювання периферичної нервової системи рук: тендовагініти, неврити, міалгії, невралгії, ангіоміотрофонеvroзи, а також згинальні контрактури пальців, артрити, гноячкові хвороби пальців та ін. Вони нерідко призводили до тимчасової, а іноді й стійкої втрати працездатності. Були навіть випадки, коли оператори машинного доїння з цієї причини прагнули змінити роботу на будь-яку іншу.

У механізаторів 17 % усіх випадків тимчасової втрати працездатності були наслідком виникнення й періодичного загострення таких хвороб, як артро- і дорсопатії (ураження суглобів і хребта).

Фізіотерапевтична допомога сільським трудівникам надавалася в районних і дільничних лікарнях, сільських амбулаторіях, на фельдшерсько-акушерських пунктах, але тваринники не мали змоги одержувати лікувальні процедури своєчасно й у повному обсязі через те, що тваринницькі комплекси, як правило, розміщувалися на значній відстані від населених пунктів, а значить, і від лікувальних закладів. Ось чому й виникла необхідність у створенні медичних профілакторіїв для тваринників безпосередньо на цих комплексах. Такі заклади були структурними частинами сільських лікарських дільниць і працювали під керівництвом та контролем лікарів дільничних лікарень або сільських амбулаторій. Ця форма безпосереднього наближення спеціалізованої фізіотерапевтичної допомоги до виробництва організовувалася на кошти колгоспів і радгоспів Чернігівщини. Основні завдання сільського медичного профілакторію визначалися спеціально розробленими методичними вказівками та інструкціями щодо організації й роботи колгоспного та радгоспного медичних профілакторіїв, інструкцією МОЗ УРСР “Організація лікувальної і профілактичної допомоги працівникам сільськогосподарського виробництва в умовах медичного профілакторію”, наказами Міністерства охорони здоров’я СРСР № 621 від 1 червня 1984 р. “Про затвердження положення

про медичний профілакторій” та № 700 від 19 червня 1984 р. “Про проведення обов’язкових попередніх при вступі на роботу і періодичних медичних оглядів трудящих, підданих впливу шкідливих і несприятливих умов праці”.

Медичні профілакторії свою роботу спрямовували на контроль за проведенням заходів щодо оздоровлення умов праці в сільському господарстві та запобігання захворюваності трудівників. Як один з важливих долікарських центрів охорони здоров’я профілакторій здійснював лікувально-профілактичне обслуговування насамперед тваринників колгоспних і радгоспних молочнотоварних ферм та механізаторів господарств.

На завідувачів сільськими медичними профілакторіями покладалися такі обов’язки:

- вивчати гігієнічні умови роботи тваринників, механізаторів та інших працівників сільського господарства;
- організовувати періодичні медичні огляди колгоспників і працівників радгоспів, передусім операторів машинного доїння та механізаторів;
- забезпечувати проведення профілактичних курсів фізіотерапевтичних процедур за призначенням лікарів і здійснювати нагляд за ефективністю лікування хворих;
- організовувати консультації районних спеціалістів для хворих;
- забезпечувати трудівників села першою медичною допомогою при травмах і раптових захворюваннях;
- проводити серед сільськогосподарських працівників санітарно-освітню роботу;
- домагатися на тваринницьких фермах сприятливого режиму праці.

Лікарі центральних районних і дільничних лікарень, проводячи щорічні медичні огляди тваринників, механізаторів та інших працівників сільського господарства, записували в амбулаторну картку відомості про стан їхнього здоров’я і разом із завідувачем медичним профілакторієм складали індивідуальний план профілактичних і лікувальних заходів.

У медичних профілакторіях застосовувалися світло- і теплолікування, електротерапія, масаж і лікувальна гімнастика. Для проведення процедур світлолікування використовувалися лампи солюкс, інфраруж, лампа Мініна, місцеві світлові ванни, ультрафіолетове опромінювання (кварц). Сприятлива біологічна дія інфрачервоних променів ґрунтується на тепловому ефекті, завдяки якому досягають болезаспокійливого, судинорозширювального й тонізуючого впливу на організм пацієнтів.

Велике значення для діяльності медичних профілакторіїв мала спеціальна підготовка кадрів, проведення семінарів для лікарів сільських дільничних лікарень, районних терапевтів, фізіотерапевтів, які відповідали за роботу медичних профілакторіїв.

На курсах для працівників профілакторіїв, що періодично працювали при обласній клінічній лікарні, висвітлювалися питання стоматології й методи лікування професійних хвороб, що могли виникати у тваринників і механізаторів у разі порушення гігієнічних вимог до умов праці, застосування фізіотерапевтичних методів профілактики й лікування цих захворювань.

Працівники профілакторіїв проводили медичний огляд перед виїздом у рейс водіїв господарств. Це сприяло їх дисциплінованості. Посилилась, набула наступального характеру санітарно-освітня робота в боротьбі за тверезість на селі. Виготовляли й вивішували в куточках санітарно-освітньої роботи сільських медичних профілакторіїв стенди, фотомонтажі протиалкогольного спрямування.

Значну роль відігравали медичні профілакторії під час польових робіт. У цей період графік обслуговування колгоспників перебудовувався так, щоб механізатори в разі захворювання могли проходити курс лікування в зручний для них час.

Через недотримання санітарних вимог до стану виробничого середовища, тобто при безпосередньому впливі на організм працівників різноманітних несприятливих виробничих чинників (пилу, шуму, вібрації, хімічних речовин), унаслідок тривалого перенапруження опорно-рухового та нервово-м'язового апаратів, а також зараження хворобами, що передавалися людині від тварин, могли розвинутися професійні захворювання. Так, наприклад, че-

рез тривале перебування в умовах дії високих концентрацій пилу (зернового, цементного та ін.) було можливим виникнення різних форм такої хвороби легень, як пневмоконіоз та інших захворювань дихальних шляхів; унаслідок впливу вібрації розвивається вібраційна хвороба; шуму – неврит слухового нерва; хімічних речовин – гостре та хронічне отруєння, захворювання очей, шкіри, легень тощо.

Бруцельозом, сапом, ящуром можна було заразитися при контакті з хворими тваринами. Професійними ці хвороби вважалися в тому випадку, коли зараження сталося під час роботи, а не поза виробничим середовищем.

Для виникнення професійних хвороб мали значення кількість шкідливих речовин, що надходять в організм людини (пилу, хімічних речовин), рівень несприятливих факторів (шуму, вібрації), тривалість їхнього впливу, умови праці та побуту, індивідуальна схильність до тих чи інших шкідливих чинників, що залежали від біологічних особливостей людини (загального стану здоров'я, перенесених раніше хвороб тощо).

Гострі форми професійних захворювань чи отруєння можливі були тоді, коли працівники зазнавали короткочасного впливу високих концентрацій хімічних речовин або високих рівнів температури, випромінювання електричної дуги під час зварювання, при порушенні правил техніки безпеки, технології виробництва, ігноруванні засобів індивідуального захисту. Негативний вплив перелічених виробничих шкідливих чинників на організм посилювався внаслідок вживання алкогольних напоїв, куріння, нераціонального харчування, неправильної організації праці й відпочинку, нехтування фізкультурою й спортом. Особливо згубно діяв алкоголь на центральну нервову систему осіб шкідливих професій. Це пояснювалося тим, що шум, вібрація, хімічні речовини переважно діяли саме на нервову систему, а, як зазначалося, алкоголь посилював вплив несприятливих виробничих чинників. Під впливом алкоголю людина ставала безвольною, втрачала працездатність.

Пияцтво було причиною різних травм – побутових, вуличних, виробничих.

Наукові дослідження підтверджували жорстокий висновок: смертність серед хворих на алкоголізм утрічі була вища, ніж серед людей, які не вживають спиртних напоїв.

Проникаючи в тканини організму, алкоголь швидко згорав, забираючи кисень і воду з клітин, порушуючи, таким чином, біохімічні процеси. При систематичній дії алкоголю руйнувалися капіляри мозку, функції його окремих клітин випадали. Крім того, алкоголь ушкоджував печінку, нирки, серце, що часто призводило до гострого та хронічного отруєння. Опірність організму дії професійних шкідливих чинників знижувалася при одноманітному харчуванні, недостатньому вживанні вітамінів, порушенні режиму харчування.

Як відомо, багато сільськогосподарських робіт виконувалося вручну на відкритому повітрі, нерідко за несприятливих метеорологічних умов, у незручній робочій позі, при значному фізичному навантаженні. Рільники зазнавали впливу весняної негоди, літньої спеки (інтенсивного сонячного опромінювання), осіннього холоду, опадів та вітру.

Несприятливі виробничі чинники діяли й на механізаторів сільського господарства – трактористів та комбайнерів. Робота механізаторів улітку характеризувалася впливом на них тепла від нагрітих частин трактора й комбайна, що в поєднанні з м'язовою роботою в умовах високої температури при високій відносній вологості негативно позначалася на організмі, оскільки при цьому утруднювалося випаровування поту, а значить, і тепловіддача.

Механізатори сільського господарства в процесі трудової діяльності зазнавали також впливу пилу (грунтового, зернового, мінеральних добрив, отрутохімікатів), вібрації, шуму, вихлопних газів, несприятливого виробничого мікроклімату. Їм доводилося тривалий час перебувати в незручній робочій позі в умовах підвищених вимог до зорового аналізатора, особливо в нічний час, в умовах нервово-емоціонального напруження.

Крім того, бензин, який застосовувався для роботи двигунів, містив тетраетилсвінець, що мав здатність проникати в організм через дихальні шляхи, харчовий канал, шкіру. Механізаторам до-

водилося користуватись у своїй роботі різноманітними мастилами, які забруднювали одяг і могли подразнювати шкіру.

Дія холоду й вологості на організм часто призводила до простудних захворювань, ревматизму, невралгії, ішіалгії, що виникали, коли роботи виконувались у непристосованому взутті, у вологому одязі та ін. Пил подразнював очі, верхні дихальні шляхи, бронхи, шкіру, особливо при спітнінні.

Профілактика професійних хвороб у тваринників мала свою специфіку. Як відомо, працівники ферм більшу частину свого робочого часу перебували в закритих приміщеннях, а отже, могли зазнавати впливу несприятливих чинників виробничого мікроклімату. У зимовий період на фермах великої рогатої худоби температура повітря не перевищувала 5°C, а вологість, унаслідок дихання тварин та випаровування від підстилок, годівниць, поїлок досягала 90 %. Повітряне середовище приміщень, де утримувалися тварини, забруднювалося різноманітними газами – продуктами їх життєдіяльності (сірководнем, аміаком, вуглекислим газом). Тривале вдихання сірководню пригнічувало центральну нервову систему, могло бути причиною хронічного отруєння тваринників. Аміак викликав подразнення слизових оболонок очей, носа, дихальних шляхів, міг призводити до головного болю, запаморочення, нудоти і т. ін. Унаслідок надмірного виділення в повітря робочого приміщення вуглекислого газу в працівників порушувався обмін речовин, діяльність серцево-судинної і дихальної систем.

Повітря на фермах забруднювалося мікроорганізмами, для яких виділення тварин і корм були поживним середовищем. Попадаючи в організм людини через дихальні шляхи, харчовий канал, подряпини на шкірі, ці мікроорганізми спричиняли гноячкові хвороби, так звані вузлики доярок, актиномікоз. Інфекційні хвороби могли виникати в різних працівників тваринницьких господарств, особливо в тих, хто безпосередньо обслуговує ферми, – операторів машинного доїння, тваринників, телятників, пастухів, чабанів, а також зоотехніків і ветеринарних працівників.

На жаль, на Чернігівщині в багатьох господарствах збереглися невеликі тваринницькі ферми, необладнані у ряді випадків усім

необхідним для підтримання гігієнічних умов праці, особливо для операторів машинного доїння. Загальним для таких ферм були: несприятливий мікроклімат, напружена фізична праця тваринників, контакт із виділеннями тварин.

Оператори машинного доїння – основні працівники молочно-товарних ферм, крім доїння корів, виконували ряд робіт по догляду за ними: готували й роздавали корми, чистили тварин, прибирали приміщення, мили бідони, підготовляли доїльні агрегати тощо. Машинне доїння цілком не усувало ручного доїння. Крім того, при машинному доїнні застосовувалося ручне додоювання, тому що жирність останніх порцій молока в кілька разів вища, ніж початкових.

При ручному доїнні оператор машинного доїння, сидячи на низькому стільчику праворуч від вимені корови, у швидкому темпі робив від 90 до 120–140 одноманітних стискань дійки на хвилину. Оскільки він обслуговував 10–12 корів, то за робочий день йому доводилося робити до 35 тисяч таких стискань. А ще ж перед доїнням треба було помити вим'я кожної корови й витерти його рушником.

Ручне доїння супроводжувалося значним динамічним напруженням м'язів кисті й передпліччя, а також статичним напруженням м'язів усього плечового пояса й спини, що пов'язувалося з вимушеним зігнутим положенням тулуба, з нахилом його вперед та з сидінням на низенькому стільчику або навпочіпки.

Крім того, приготування кормів узимку й обмивання вимені призводило до тривалого охолодження рук, до чого приєднувалися загальний вплив на організм низької температури, пов'язаної з порушенням теплового режиму в корівнику та збільшеної в зоні дихання операторів машинного доїння кількості вуглекислоти. На тих фермах, де недостатнє освітлення, можливими були випадки травматизму.

До хвороб, які виникали в операторів машинного доїння, належали різні форми тендовагініту, міальгія, невро- і вегетоміозит, міофасцикуліт, невралгія, артрит, мацерація, ерозія міжпальцевих ділянок шкіри, а також ангіоміотрофоневроз, що характеризували-

ся порушенням нервово-трофічної регуляції тканин опорно-рухового апарату внаслідок розладу живлення м'язів і зв'язок та зміни функціонального стану периферичної нервової системи.

Профілактика хвороб рук операторів машинного доїння полягала в механізації доїння, автоматизації напування корів, приготуванні й доставці їм кормів, систематичному чищенні тварин та прибиранні приміщень. До ефективних запобіжних заходів відноситься також правильна організація режиму праці й відпочинку цієї категорії тваринників.

У профілактиці захворювань жіночої статевої сфери велике значення має запобігання охолодженню організму. Тому необхідно було стежити за тим, щоб у корівниках не було протягів, мити руки лише теплою водою, а взимку надворі носити теплі рукавиці. Для створення зручнішої робочої пози необхідно, щоб ослінчик, на якому сидить оператор машинного доїння, відповідав його зросту, мав спинку, що регулюється, а дійниця була міцно встановлена на спеціальній підставці, прикріпленій до сидіння.

Перед доїнням оператори машинного доїння повинні робити самомасаж рук у напрямку від пальців до зап'ястя, після доїння – двохвилинну гімнастику пальців: багаторазово без зусиль стиснути й розтискати пальці, робити десяти-п'ятнадцятихвилинні теплі ванночки, занурюючи всю кисть і передпліччя по лікоть, змащувати на ніч руки індиферентним жиром, вершковим маслом чи кремом.

Професійним хворобам операторів машинного доїння можна запобігти, раціонально організувавши їх працю й відпочинок, усунувши дію на їхній організм шкідливих санітарно-гігієнічних факторів, здійснюючи постійний контроль за умовами виробничого середовища й станом здоров'я тваринників, а це можливо зробити тільки шляхом наближення лікувальної й профілактичної допомоги до працівників тваринницьких ферм, тобто шляхом створення медичних профілакторіїв.

Під час експлуатації сечозбірників у них нагромаджувалися аміак, сірковуглець і меркаптан. Концентрації цих речовин могла перевищувати гранично допустимі (ГДК): аміаку – в 1,5 – 2 рази,

сірковуглецю – в 2 – 6 разів, меркаптану – в 6 – 24 рази. При перебуванні працівника безпосередньо над ємностями для збору гноївки й особливо при проведенні робіт у них часто траплялися випадки гострих отруєнь.

Аналіз причин нещасних випадків при роботі в заглиблених ємностях свідчив, що в основному отруєння наставали з причини недотримання працівниками засобів індивідуального захисту, порушення ними трудової дисципліни, правил техніки безпеки, а також через недостатню обізнаність із безпечними прийомами ведення робіт [404, с. 1-47].

Особливо важко доводилося працювати механізаторам. Робота на тракторі вимагала постійного перевантаження. Наприклад, під час оранки частота дій важелями й педалями сягала 11 – 30 на хвилину, під час зусилля на органи ручного управління 12 – 18 кг. На колісному тракторі за 8 годин роботи сумарне зусилля становило 111 тонн. Лише педаль гальма вимагала одноразового навантаження на м'язи ніг у 70 кг, а муфти зчеплення – 68 кг. У процесі роботи з навісними знаряддями трактористові доводилося маневрувати багатьма важелями й кількома педалями із середньою частотою 10 – 18 раз за хвилину [455, с. 189]. Підприємства сільськогосподарського машинобудування суттєво відставали у введенні до управління технікою та механізмів автоматизованих та комп'ютеризованих технологій.

Робота на тракторах, комбайнах, автомашинах передбачала тривале сидіння в одній і тій же позі, що призводило до перевтомлення окремих м'язів шиї, спини, живота, рук, ніг. Довготривала робота в незручному положенні погіршувала кровообіг, викликала патологічні зміни в організмі, спричинювала захворювання нерво-м'язового й опорно-рухового апарату [377, с. 4].

Більшість сільськогосподарських робіт вимагали ненормованого часу. Середня тривалість робочого дня механізатора й тваринника становила 7,5 – 8,5 годин. У період напружених сільськогосподарських кампаній у 63% трудівників вона доходила до 10 годин, у 24 % була ще вищою [467, с. 73]. Учені-економісти підтверджували, що праця в сільському господарстві є просто виснажливою:

вдома настає вже після чотирьох годин роботи, інший час трудівник діє понад силу [474, с. 130]. Переважна більшість механізаторів фізично не мали змоги допрацювати до пенсії за спеціальністю. Безпосередньо з роботи на машинах виходили на пенсію в деяких районах Чернігівської області лише 3 % механізаторів. Решта втрачала можливість переносити велике напруження, запиленість, загазованість, гуркіт тощо й займалися таким видом діяльності, де були полегшені умови праці [462, с. 75].

У більшості господарств області залишався незадовільним виробничий побут. На початку 1970-х років у 85 % господарств діяли будинки механізаторів, але й вони мало відповідали своєму функціональному призначенню – надавати працівникам умови для відпочинку. У них влаштувалися усілякі червоні кутки, ленінські кімнати, агітпункти. Дошкуляв холод, не було можливості прийняти душ після брудної роботи, навіть руки помити – не існувало для цього спеціальних побутових приміщень.

Майстерні з ремонту техніки не укомплектовувалися спеціальними механізмами для полегшення ремонтних операцій. Доводилося лагодити машини “на руках”. Абсолютна більшість майстерень не опалювалась, ремонт відбувався на холоді. Техніка зберігалася на підвір’ї, навіть узимку механізатори й шофери змушені були сідати в холодні кабіни, що спричиняло часті простудні захворювання.

Аналогічними були умови праці на фермах. Тваринницькі приміщення мали примітивну конструкцію, не були обладнані вентиляційними пристроями та утепленням, що викликало постійні протяги. Працювати в них можна було тільки в гумовому взутті. Недосконала система прибирання гною призводила до його великого скупчення в приміщеннях і поблизу них. Відсутнім було тверде покриття доріг і підходів до ферми.

На своєму робочому місці протягом зміни доярки, свинарки, телятниці одночасно виконували близько 130 операцій, що призводило до великого фізичного перевтомлення. Наприклад, доярка мала прибирати приміщення, підносити й роздавати корм, доїти, визначати якість молока, мити посуд, доглядати за телятами, вигу-

лювати тварин тощо. Лише під час доставки кормів вона переносила сумарний вантаж у 800 кг, проходила за зміну 3,5 км.

У переважній кількості колгоспів і радгоспів праця залишалася ненормованою. День “розривався”, оскільки доводилося три рази приходити до ферми. Побутових умов практично не було. Наявні будинки тваринника здебільшого не діяли, а існували тільки тому, що так вимагалось.

Сільським трудівникам доводилося часто працювати в шкідливих умовах, порушувалася техніка безпеки. У господарствах ця справа була пущена на самоплив. Договори, що уклалися між адміністрацією й профкомом про відповідальність за додержання правил безпеки та санітарних вимог, фактично не виконувались. Нерідко керівники господарств, нехтуючи своїм прямим обов’язком і персональною відповідальністю за цю справу, перекладали її на інших осіб, які не мали юридичних прав і посадових повноважень. 1970 року близько 70 % колгоспів не мали інженерів із техніки безпеки. Схожа ситуація спостерігалась і в радгоспах.

Проведена 1965 року спеціальними оглядовими комісіями перевірка виробничих умов на Чернігівщині виявила чимало порушень: на 151 тракторі не було сигналів, у 201 – освітлення, у 22 кузнях були відсутні витяжні зонди, на 23 циркулярних пилках – захисні пристрої. У 84 випадках виявилися незаземленими електродвигуни, а в 64 тваринницьких приміщеннях непридатною до експлуатації електропроводка [51, арк. 79-86]. Такий стан був типовим для більшості господарств республіки. Спостерігалася незначна, але позитивна динаміка.

Особливо шкодила здоров’ю працівників некваліфікована робота з отрутохімікатами. Близько 13 % колективних господарств не мали для них спеціальних складів, а ті, що існували, здебільшого не відповідали промислово-санітарним вимогам. У Чернігівській – 46% [43, арк. 3]. Часто отрутохімікати зберігались у непристосованих для цього приміщеннях або просто надворі. До роботи з ними допускалися люди без належної підготовки, спецодягу та респіраторних масок. Через відсутність машин, призначених для хімічної обробки рослин, траплялось, що цю операцію здійснювали вручну.

Поширеним явищем 1960 – 1980-х років було залучення жінок до важкої фізичної праці. Існував навіть перелік сільськогосподарських робіт, на яких, як вважалося, доцільніше використовувати жіночу працю. Це, зокрема, 20 видів робіт у рослинництві, 10 – у тваринництві. На думку тогочасних керівників, жінки повинні були працювати на 23 видах сільськогосподарських машин, у тому числі – тракторах і комбайнах. Техніка, на якій вони працювали, не була модифікована, і їм доводилося мірятися силою з чоловіками.

Трудовітники сільського господарства частіше за представників інших сфер втрачали працездатність, отримували інвалідність. Основними причинами первинної інвалідності сільських трудовітників були серцево-судинні захворювання (18 %), травми (15 %), психоневрологічні (15 %) та онкологічні хвороби (12 %), виробничий травматизм (7 %), інші види захворювань (33 %) [10, арк. 143]. Часто до інвалідності призводило захворювання на туберкульоз.

Високим був рівень виробничого травматизму. Лише 1965 року в колгоспах Чернігівської області трапилося 54 випадки травмування працівників із смертельними наслідками. З них 21 % стався в дорожньо-транспортних пригодах, 16 % – під час ремонту й обслуговування техніки, 10,2 % – у процесі догляду за тваринами, 10 % – унаслідок перекидання тракторів і комбайнів, 8,5 % – через порушення техніки безпеки під час використання електрообладнання, 6 % – на роботах у кар'єрах, 21,7 % – за інших обставин [10, арк. 143]. Аналіз структури виробничого травматизму в наступні роки свідчить про деяке його зменшення. Так, якщо питома вага виробничого травматизму 1970 року складала 23,6 %, то 1986 року вона становила 16,8 % [411, с. 93].

Аналіз причин цього явища показав, що 80 % таких ситуацій траплялося через неправильну організацію праці, відсутність належного нагляду за дотриманням техніки безпеки й трудового законодавства, незадовільну організацію навчання колгоспників безпечним прийомам праці та через порушення трудової дисципліни.

Особливо багато травм виникало внаслідок виконання робіт у нетверезому стані. Відсутнім був належний медичний контроль у машинно-тракторних бригадах, не велася робота з подолання цього небезпеч-

ного й підступного зла адміністраціями та профспілками. Лише 1969 року з вини трактористів, що працювали в нетверезому стані, та через несправність техніки сталося 300 дорожньо-транспортних пригод. Органами внутрішніх справ виявлено близько 8 тис. порушень правил дорожнього руху колгоспниками і 1,3 тис. – працівниками радгоспів [10, арк. 143]. До таких умов праці трудівники звикали, почали вважати, що так і має бути, у них не виникало думки щось змінити на краще.

Наказ Чернігівського облздороввідділу від 7 грудня 1976 р. “Про медико-санітарне забезпечення працівників сільського господарства і осіб, залучених до сільськогосподарських робіт” передбачав ряд заходів щодо оздоровлення працівників до початку сільськогосподарських робіт, забезпечення якісного медичного обслуговування, перебудові графіку роботи медичних установ відповідно до графіку роботи працівників колгоспів та радгоспів [211, арк. 1-4].

Одним із напрямків роботи санітарно-епідеміологічних установ був контроль за санітарним станом населених пунктів. На Чернігівщині були проблеми із забезпеченням водопостачання значної кількості міст і сіл. Наявні випадки спалахів захворювань на черевний тиф, дизентерію, дифтерію. 1967 року з 120 тис. населення Чернігова користувалися водою з водогону лише 30% [343, с. 3]. Близько 90% сіл області мали єдиним джерелом забезпечення питною водою – колодязь. Ще більшою проблемою залишалося скидання стічних вод. У Чернігові, Ніжині, Прилуках поступово будувалися загальноміські очисні споруди. Водночас значна частина стоків нагромаджувалась, завдаючи цим самим навантаження на довкілля та погіршуючи санітарні умови проживання.

Лабораторії санітарно-епідемічних станцій працювали постійно. Лише 1979 року ними було проведено 4875 бактеріологічних і 21712 хімічних досліджень води й джерел водозабезпечення. За їх рекомендаціями протягом року було відремонтовано 1623 колодязі загального користування [59, арк. 28-29].

На кінець 1970-х років було охоплено навчанням з основ санітарії і гігієни 138 тис. 770 чол. Щорічно фахівцями читалося близько 650 лекцій, публікувалися статті в засобах масової інформації, транслювалися передачі по радіо, демонструвалися кінофільми з

питань здорового способу життя, боротьби зі шкідливими звичками: алкоголізмом і курінням [236, арк. 1-3].

1979 року в Чернігові завершено будівництво фтораторної установки для поліпшення якості питної води. Уведено чотири хлораторні та одну знезалізувальну установки в районах [28, арк. 66; 44, арк. 21-24].

Санітарна служба області постійно приділяла увагу благоустрою шкіл і дитячих дошкільних закладів. Поступово зростала кількість шкіл, що мали центральний водогін і центральне опалення [59, арк. 28-29].

Щорічно проводилося більше 15 тис. хімічних і бактеріологічних досліджень води відкритих водойм, атмосферного повітря й ґрунту [231, арк. 21-23, 27].

Протягом 1976 – 1979 рр. кількість населення, що користувалося водою з центрального водогону, збільшилася з 30 до 34,2% [59, арк. 28-29].

У цей період в області було проведено паспортизацію артезіанських свердловин, шахтних колодязів і джерел.

Протягом 1970 – 1980-х років в області введено в експлуатацію 15 каналізаційних очисних споруд [311, с. 3].

Санітарно-епідеміологічні установи проводили роботу стосовно поліпшення санітарної культури населення. Діяла обласна Рада санітарної освіти. Фахівці читали лекції перед спеціалістами, громадянами з питань технології ефективної профілактики інфекційних захворювань, медичної допомоги при отруєннях отрутохімікатами, способах попередження виробничого й побутового травматизму. Працівники тваринницьких ферм і харчових підприємств вивчали санітарний мінімум [211, арк. 1-4; 194, арк. 68; 195, арк. 98].

У 1970 – 1980-ті роки на Чернігівщині зменшилося число захворювань на такі інфекційні захворювання, як правець, коклюш, кір, скарлатина. Проте значними залишалися прояви захворювань на туляремію, зокрема в Щорському районі. Уживалися заходи щодо ліквідації захворювання: подвірні обходи з метою виявлення й лікування хворих, профілактичні щеплення, госпіталізація хворих, суцільна дератизація [219, арк. 43, 123].

Санітарно-епідеміологічна служба перебувала на периферії лікувально-профілактичного комплексу. Відповідно за залишковим принципом виділялися для її утримання й розвитку фінансові й матеріально-технічні ресурси. Лише 1979 року область одержала 61 автомобіль, в тому числі 32 високої прохідності. 1989 року всі санітарно-епідеміологічні станції були укомплектовані лікарями. Постачався автотранспорт [236, арк. 39]. Водночас санітарна служба постійно потребувала лабораторного устаткування. Хронічно відчувався брак електротермостатів та лабораторних реактивів [211, арк. 34-38; 210, арк. 1-4; 29, арк. 195-202].

Санітарно-епідеміологічна служба Чернігівщини проводила заходи щодо поліпшення умов праці й побуту трудівників, охорони навколишнього середовища, захисту природи.

1968 року в санітарно-епідеміологічних установах області трудилися 97 санітарних лікарів, 33 епідеміологи, 40 бактеріологів, 10 хіміків із вищою освітою та два інженери [375, с. 104].

Унаслідок Чорнобильської катастрофи значна територія області (20 з 22-х районів) зазнала радіоактивного забруднення: 1596 населених пунктів, землі 563 колгоспів і радгоспів загальною площею 1833 тис. га. Значно ураженими виявилися шість районів: Чернігівський, Ріпкинський, Козелецький, Семенівський, Корюківський та Сосницький (208,4 тис. чол.). У структурі медично-санітарної допомоги було створено спеціальну службу для контролю над гамма-фоном, радіонуклідами, продуктами харчування. Діяло три рівні спостереження: республіканський, обласний, місцевий [249, арк. 66-67; 50, арк. 157; 375, с. 221]. За умов боротьби з наслідками трагедії різко зросли потреби області у фахівцях. 1988 року залишалось незайнятими 184 посади лікарів-терапевтів, 53 – лікарів-педіатрів, 33 – лікарів-стоматологів та інших. Спостерігалась плінність фахівців. Молоді лікарі не бажали їхати працювати в радіаційно забруднену зону [205, арк. 2].

Як бачимо, у досліджувані роки продовжувала реалізовуватися концепція медичної допомоги, що включала лікувальну справу, профілактичну допомогу й просту діагностику. Ключовим інструментом реалізації профілактичного напрямку охорони здоров'я

залишалась диспансеризація. У кінці 1980-х років профоглядами було охоплено більше половини здорових і майже всі хронічно хворі громадяни України й Чернігівщини зокрема. Але з роками диспансеризація все більше носила примусовий характер, проводилася формально.

Як в Україні, так і на Чернігівщині відбувалося формування масової медичної культури (товариство Червоного Хреста тощо), що виявилася малоефективною. Пропаганда здорового способу життя також була малоуспішною.

В області сформувалася система санаторно-курортних установ: три санаторії-профілакторії, які перебували на балансі промислових підприємств, два – на балансі колгоспів і радгоспів, п'ять будинків відпочинку. Відомим за межами області був санаторій “Остреч”.

Санітарно-епідеміологічні установи проводили роботу щодо поліпшення санітарної культури населення, приділяли увагу покращанню благоустрою шкіл і дошкільних навчальних закладів, охороні навколишнього середовища, захисту природи тощо. На Чернігівщині це призвело до зменшення числа захворювань на ряд інфекційних хвороб. Проте ще значними залишалися їх прояви.

Лікувально-санітарна допомога, як домінуючий чинник організації охорони здоров'я й надання медичних послуг, мала свою специфіку й залежала від соціально-економічних заходів держави. Влада, беручи на себе зобов'язання щодо охорони здоров'я громадян, спрямовувала свої зусилля на поліпшення умов праці на виробництві, житлове будівництво. Були створені умови для підвищення культурного й санітарного рівня населення, удосконалювалася система соціального забезпечення. Важливе значення в охороні здоров'я громадян, лікуванні та профілактиці різних захворювань відіграло санаторно-курортне лікування, яке, зокрема, проводилося на базі курортів, санаторіїв, будинків відпочинку. У центрі особливої уваги й турботи радянської держави було здоров'я матерів та виховання дітей, яке здійснювалось у дитячих лікувально-профілактичних установах: санаторіях, поліклініках, лікарнях, дитячих відділеннях. Чернігівщина стала належним відображенням цієї системи.

РОЗДІЛ 3

РОЗВИТОК СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ЧЕРНІГІВЩИНІ

3.1. Спеціалізація медичних послуг та їх результативність

У досліджувані роки адекватно загальним тенденціям розвитку радянського суспільства реалізовувалася концепція спеціалізації медичних послуг, в основу якої закладалася фабула визначальності кількісних (не якісних) показників. З приходом 1964 року до керівництва охороною здоров'я СРСР Б. Петровського в умовах наростання загальної кризи радянської системи й намаганням пошуку все нових ідеологічних постулатів, які б обґрунтовували її переваги, цей крок виявився малопродуктивним. Спеціалізація дала новий могутній поштовх зростанню кількості кадрів, визначальним показником діяльності закладу охорони здоров'я ставала кількість наявних ліжок. На місце лікаря загальної практики приходив цілий спектр спеціалістів: терапевт, педіатр, акушер-гінеколог; потім терапевтична служба включала в себе наявність лікаря кардіолога, гастроентеролога, нефролога, гематолога, пульмонолога і т.д. Система потребувала величезних матеріальних витрат на підготовку, утримання таких значних кадрових ресурсів. Дійшло до того, що колишній СРСР за кількістю лікарів не лише випередив високорозвинуті країни, а й сконцентрував понад третину усіх лікарів у світі – 1 млн. 263 тис. (1990 р.). ”Кожен третій лікар у світі – радянський!” – гордо заявляли партійні керівники, скромно замовчуючи те, що, незважаючи на колосальні кошти, вкладені у забезпечення функціонування цієї системи, ефективність діяльності якої була вкрай низькою [431, с. 19].

Розроблені в 1960-ті роки державними органами нормативи чисельності лікарів передбачили наявність їх на 10 тис. громадян – від семи до 18,5. У 1980-ті роки ця норма складала 38 на 10 тис. чол. [370, с. 36]. Крім того, діяли штатні нормативи посад медичних працівників для міста й села.

Спеціалізація поглибила соціальне розшарування суспільства, зокрема, міської й сільської людності. Здоров'я першої було ліп-

шим, оскільки в містах, як відомо, проживав провідний клас – робітників, який якісніше забезпечувався медичною допомогою. У містах розвивалася не лише територіальна, як і в селах, а й виробнича медико-санітарна мережа. Отже, переважаючі матеріально-кадрові ресурси зосереджувалися не там, де було гірше здоров'я людей, а навпаки.

У кінці 1980-х років унаслідок політики спеціалізації, особливо на догоспітальному етапі, українська медицина опинилася в сумнівних “лідерах”. В Україні було зареєстровано 123 спеціальності, тоді як у деяких країнах їх нараховувалося всього 16-17 (Німеччина, Швейцарія). “Вузька” спеціалізація спричинила нераціональність у використанні фахівців. Більше половини робочого часу медики витрачали на профілактичні огляди та обслуговування пацієнтів за самозверненням, що не було їх основними функціями. Тоді як у сімейній медицині західних країн у руках лікаря концентрувались усі види медичної допомоги, що дозволяло вирішувати 80-85% проблем пацієнтів у рамках первинної ланки.

1977 року Чернігівський обласний комітет партії й облвиконком на виконання постанови ЦК КПРС і РМ СРСР від 22 вересня 1977 р. “Про заходи по дальшому поліпшенню народної охорони здоров'я” ухвалили план змін у системі охорони здоров'я. Він включав заходи щодо усунення різниці в медичній допомозі між містом і селом, розукрупнення терапевтичних і педіатричних дільниць, створення спеціалізованої кардіологічної служби [236, арк. 4].

Зі спеціалізацією пов'язувалася кваліфікація медичної допомоги. Вважалося, що чим вужчою буде сфера зацікавлень конкретного лікаря, тим якіснішою буде допомога, яку він надаватиме. З 1960-х років почала вибудовуватися трирівнева система медичної допомоги, за якою дільниці надавали первинну медико-санітарну допомогу, районні й міські лікарні – спеціалізовану, а обласні заклади – вузькоспеціалізовану. Кожен наступний рівень не лише надавав ліпшу і якіснішу допомогу, а й керував нижчим рівнем. За загальними обсягами медична допомога розподілялася так: первинний рівень – 5-20%, вторинний – 40-70%, третинний – 10-20% [347, с. 4].

1964 року було взято курс на ліквідацію малопотужних дільничних лікарень, особливо тих, що розташовувалися на селі. Протягом 1960-х років на Чернігівщині було ліквідовано й укрупнено 22 малопотужні (10-15 ліжкові) дільничні лікарні. Ліжковий фонд сільських медичних закладів області становив 8680 ліжок (70% загальнообласного ліжкового фонду). Така реорганізація в ряді випадків не давала бажаних наслідків, оскільки подекуди проводилася без урахування специфіки місцевості, зокрема наявності шляхів з твердим покриттям, віддаленості населених пунктів від районного центру [200, арк. 193-198]. Пагубність такої ліквідації визнавалась і самими чиновниками.

Протягом 1964 – 1969 рр. на Чернігівщині було укрупнено десять районних і одну міську лікарню. У наступні роки ця тенденція продовжувала зберігатися. В укрупнених лікарнях ліжковий фонд зріс удвічі й досяг у середньому 150 – 200 ліжок [219, арк. 123; 312, с. 2].

Часто укрупнення лікарень не супроводжувалося відповідним матеріально-технічним і кадровим постачанням. Врешті-решт вони залишалися малопотужними.

На Чернігівщині перші лікарські дільниці створено в Бахмачі, Борзні, Городні, Семенівці, Ічні, Носівці.

Протягом 1976 – 1979 рр. внаслідок розукрупнення на основі чинних лікарських дільниць додатково відкрито 48 терапевтичних, 26 педіатричних, 6 цехових дільниць [231, арк. 20].

Протягом 1960 – 1970 рр. унаслідок укрупнення середня потужність лікарень виросла, зокрема центральних районних з 256,4 ліжок до 260, обласних дитячих – з 550 ліжок до 565, обласного шкіро-венеричного диспансеру – від 100 до 160 ліжок [231, арк. 20]. У 1980-і роки середня потужність центральних районних лікарень зросла до 279 ліжок, міських – до 608, дільничних лікарень – до 26 ліжок [411, с. 83].

Основною організаційною формою надання медичної допомоги населенню в місті була багатопрофільна міська об'єднана лікарня, яка складалася з кількох основних частин: поліклініки, стаціонару, допоміжної діагностично-лікувальної служби й адміністративно-господарської служби.

Міські лікарні були двох типів: для дорослих і дітей. Вони виконували завдання:

1. Забезпечували мешканців закріпленої території первинною медико-санітарною допомогою.
2. Надавали мешканцям спеціалізовану медичну допомогу з основних профілів.
3. Здійснювали диспансеризацію населення.
4. Проводили експертизу тимчасової непрацездатності.
5. Забезпечували санітарно-епідемічний добробут у районі діяльності.
6. Проводили санітарно-освітню роботу.
7. Організовували громадськість для участі в справі поліпшення медичної допомоги.

Лікарські дільниці очолювали дільничні лікарі. Це – провідні фахівці міської лікарні. Їм допомагали дільничні сестри. Вони надавали мешканцям дільниці первинну медичну допомогу, направляли в разі необхідності пацієнтів до лікарів з вузьких спеціальностей, організовували профілактичні огляди своїх пацієнтів, виявляли хронічних хворих і брали їх під диспансерний нагляд. Дільничний лікар періодично спостерігав за перебігом хвороби в диспансеризованих і корегував їхнє лікування. Крім того, він установлював тимчасову непрацездатність особам, які працювали, проводив санітарно-освітню роботу й формував на своїй дільниці санітарний актив.

У 1971 – 1975 рр. відбувалося розукрупнення міських лікарських дільниць. Їх кількість зросла майже вдвічі, що дало можливість наблизити чисельність обслуговувального населення до нормативу – 2 тис. чол. на одного дільничного терапевта.

На початку 1970 р. при Чернігівській обласній та міській лікарнях працювали опіковий, нейрохірургічний, інфарктний, неврологічний, алергічний, гастроентерологічний та кардіологічний центри.

У 1960 – 1970-х роках формувалася система сільської медицини, яка передбачала етапність надання медичної допомоги. На кожному із наступних етапів пацієнти одержували більш кваліфіковану медичну допомогу, ніж на попередньому. Це етапи: фельдшерсько-акушерський пункт, лікарняна амбулаторія, сільська діль-

нична лікарня, номерна й центральна районна лікарні, міські й обласні медичні установи. Головний принцип організації спеціалізованої медичної допомоги сільському населенню – максимальна концентрація в межах району переважно в центральній районній лікарні, де перебувала основна частина ліжкового фонду області, а в поліклініці функціонували спеціалізовані кабінети.

Центральна районна лікарня була центром спеціалізованої допомоги й оперативного керівництва всіма закладами охорони здоров'я на території району.

У більшості районів області середня ліжкова потужність мала 50 – 100 ліжок, що було підставою для їх укрупнення, збільшення кількості медперсоналу. У середині 1970-х років у більшості районних лікарень функціонували 7 – 9 профільних відділень, у поліклініках проводився прийом з 15 – 18 лікарняних спеціальностей [231, арк. 20-28].

Первинну медичну допомогу на селі надавали лікарські амбулаторії або дільничні лікарні. Амбулаторія мала, зазвичай, у своєму штаті терапевта, педіатра й стоматолога, а також фельдшера амбулаторії, патронажну сестру, сестру фізіотерапевтичного кабінету, лаборанта. Лікувальна робота зводилася до простої діагностики та лікування, направлення в складних випадках захворювання на консультацію на більш високий рівень. Вторинну медичну допомогу мешканцям сіл надавали центральні районні лікарні. До їх складу входили поліклініки, стаціонар, відділення швидкої допомоги, організаційно-методичний кабінет, патологоанатомічне відділення, адміністративно-господарські служби. Тут надавалася спеціалізована амбулаторна допомога з 15 – 35 фахів, спеціалізована стаціонарна допомога в 5 – 10 відділеннях, а також цілодобова швидка допомога за викликом сільських дільничних лікарів або працівників фельдшерсько-акушерських пунктів.

Третинну медичну допомогу мешканцям сіл надавали обласні заклади – обласні лікарні та диспансери. Це допомога, що потребувала висококваліфікованого обслуговування, надавалась у спеціально обладнаних з цією метою центрах та лікарнях, які пройшли відповідну спеціалізацію. Обласні лікарні та диспансери зосереджували вершинні досягнення медичної науки й практики. У складі

обласних медичних закладів були відділи та кабінети, які забезпечували організаційно-методичне керівництво вторинною та первинною медичною допомогою. Працівники фельдшерсько-акушерського пункту проводили роботу в трьох напрямках: соціально-гігієнічному, лікувально-профілактичному та санітарно-протиепідемічному. Основний напрям його діяльності – соціально-гігієнічний, що зумовлювався самою соціальною суттю охорони здоров'я людини й соціально-економічними умовами, в яких вона перебувала.

Робота фельдшера та акушерки полягала в проведенні амбулаторного прийому й допомозі хворим удома, відбору хворих для лікарського огляду, організації прийому дільничного лікаря й лікарів-фахівців безпосередньо на пункті, участі в масових профілактичних медоглядах дорослого населення та в диспансерному нагляді за хворими, ретельне виконання призначень лікаря, патронаж вагітних, дітей, медикаментозна забезпечення хворих, експертиза тимчасової втрати працездатності, статистичний облік та аналіз стану здоров'я населення. Третина мешканців сіл починала й закінчувала лікування у фельдшера й акушерки. Ще 40 % фельдшер і акушерка спрямовували до дільничного лікаря. Отже, доля трьох чвертей жителів сіл прямо чи опосередковано перебувала в руках працівників фельдшерсько-акушерських пунктів.

Санітарно-протиепідемічний напрям у їх роботі охоплював: охорону довкілля, проведення щеплень проти інфекційних хвороб, поточний санітарний нагляд за об'єктами, виявлення епідемічних осередків, повідомлення санітарно-епідеміологічної станції про випадки інфекційних, паразитарних, професійних захворювань, отруєнь та порушення санітарно-гігієнічних вимог тощо.

Створювані сільські територіальні дільниці обслуговували 5–6 тис. сільських жителів. Лікарська амбулаторія, як ключова ланка дільниці, у середньому вкомплектовувалася трьома лікарями (терапевтом, педіатром і стоматологом), у своїй структурі мала клініко-діагностичну лабораторію, фізіотерапевтичний і зубопротезний кабінети, спеціальний транспорт.

У 1971 – 1975 рр. в області з метою вдосконалення спеціалізованої стаціонарної допомоги населенню великих міст: Чернігова, Ніжина, Прилук – створювалися спеціалізовані центри з важливих видів ме-

дичної допомоги. На базі однопрофільних відділень міських лікарень створювалися спеціалізовані стаціонари на 80–100 і більше ліжок.

У 1975 – 1980 рр. в області було створено низку міжрайонних відділень і центрів, що надавали вузькоспеціалізовану допомогу. Вони діяли, як правило, у великих містах – Чернігові, Ніжині, Прилуках, а також у деяких районних центрах. У цей час розпочали свою діяльність близько 20 відділень з надання послуг з офтальмології, отоларингології, онкології, урології, акушерства, гінекології тощо.

Надання медичної допомоги за місцем роботи було винаходом радянської системи охорони здоров'я. Практично на всіх великих промислових підприємствах були відкриті медико-санітарні частини, лікарські дільниці, фельдшерські пункти. Вони функціонували за кошти підприємств, але адміністративно підпорядковувались органам охорони здоров'я.

Лікувально-профілактичну роботу направлено на забезпечення медичним обслуговуванням робітників промислових підприємств, розширення контингентів, які підлягали оглядам. Найбільш поширеними формами й методами такої допомоги працівникам промисловості були цехові дільниці й диспансерне обслуговування. Продуктивно працювали внутрішньозаводські амбулаторії, здоров'я пункти, філіали поліклінік. Удавалося знизити кількість захворювань з тимчасовою втратою працездатності. На початку 1970-х років профілактичними оглядами було охоплено близько 90% робітників. Радянська система охорони здоров'я розглядала справу медичного обслуговування на виробництві як справу політичну, внесок до суспільного виробництва, виконання народногосподарських планів.

У 1970-ті роки органи охорони здоров'я Чернігівщини неодноразово констатували про зростання захворюваності з тимчасовою втратою працездатності [236, арк. 7-8]. Тому внесено корективи в організацію медичної допомоги робітникам на виробництві (замість самостійних лікарських пунктів створювалися цехові лікарські дільниці).

Уважалося, що поліклінічна допомога найоптимальніше забезпечувала гармонізацію лікувальної, профілактичної й оздоровчої роботи. У 1970 – 1980-ті роки зміцнювалася дільнична робота поліклінік області. Обслуговуючи хворих вдома, медперсонал дільниці забезпечу-

вав послідовне спостереження за динамікою захворювань населення, наближав меддопомогу до громадян, проводив профілактичні заходи.

У досліджувані роки зберігалася різниця між спеціалізованою поліклінічною допомогою в містах і селах області. У міру зростання відстані між будинком хворого й лікувальною установою число звернень сільського населення до лікарів значно знижувалося. Центральні районні лікарні часто не могли надавати необхідної допомоги. У них іноді бракувало вузькоспеціалізованих фахівців, зокрема нейрохірургів, гематологів тощо. Хворі, які потребували такої допомоги, направлялися до великих обласної й міських лікарень, диспансерів і спеціалізованих центрів. Сільське населення майже вдвічі рідше, ніж жителі міст відвідували лікарів. Значна частина його не мала можливості одержувати вчасно допомогу від лікарів-терапевтів, педіатрів, стоматологів.

Спеціалізація передбачала проведення медичного районування, при якому спеціалізована допомога надавалась у великих поліклініках кожного міського району, а окремі її види (гастроентерологічна, пульмонологічна, алергологічна) розраховувалася на кілька районів чи на місто в цілому.

У 1970-ті роки в поліклініках районів області створено спеціалізовані кабінети (з 15 – 20 спеціальностей), що наблизило до сільського населення багато видів спеціалізованої допомоги.

Уже в 1960-ті роки намітилися нові форми спеціалізованої поліклінічної допомоги. На Чернігівщині набула поширення бригадно-дільнична форма, коли на дільницях працювало розширене коло спеціалістів (крім терапевтів, акушерів-гінекологів і педіатрів, залучалися офтальмологи, отоларингологи, невропатологи, хірурги).

Великі поліклініки мали фізіотерапевтичні відділення, у яких проводилося комплексне відновлювальне лікування. Поліклініки в багатьох населених пунктах області розташовувались у тісних пристосованих приміщеннях [9, арк. 178].

У 1970-ті роки в Чернігові, Ніжині, Борзні, Варві, Городні, Талалаївці, Куликівці ще залишалися дрібні поліклініки, розташовані у непристосованих приміщеннях. Тут панувала низька культура обслуговування населення.

Як свідчать дані нижче наведеної таблиці в 1980-ті роки на піку спеціалізації відбувались інтенсивні зміни в медичній мережі області.

Зміна чисельності медичних установ Чернігівщини [284, с. 9]

Типи установ	Роки	
	1980	1989
Обллікарні для дорослих	1	1
Обллікарні для дітей	1	1
Центральні райлікарні	22	22
Районні лікарні	7	20
Міські лікарні й дільничні лікарні селищ	17	3
Міська дитяча лікарня	2	1
Пологові будинки	1	1
Онкологічний диспансер	1	1
Протитуберкульозні диспансери	3	4
Психіатричні лікарні	3	3
Шкірвенерологічні диспансери	3	3
Ендокринологічні диспансери і туб. лікарні	8	1
Облліксануправління	1	1
Лікувально-фізкультурний диспансер, госпіталь	2	1
Медсанчастини	2	4
Дитячі поліклініки	1	2
Стоматполіклініки	5	5
Лікувальні здоровпункти	6	6
Фельдшерські здоровпункти	119	132
Санаторії	6	4
Будинки дитини і ясла	11	1
Станції швидкої допомоги	1	3
Станція переливання крові	1	1
Санепідемстанції	26	26
Бюро судмедекспертизи	1	1
Обласний центр здоров'я	1	1
Дільничні сільські лікарні	111	111
Лікарські амбулаторії	22	26
Фельдшерсько-акушерські пункти	726	739
Колгоспні пологові будинки	113	5
Облнаркологічний диспансер		1
Міжрайонні наркодиспансери		3
Облкардіологічний диспансер		1
Облдіагностичний центр		1
Усього	1224	1136

Протягом 1980 – 1989 рр. відбулося зменшення медичних установ переважно внаслідок ліквідації колгоспних пологових будинків. Водночас з'явилися нові заклади, які спеціалізувалися на лікуванні дегенеративних хвороб.

У 1970-ті роки на Чернігівщині практично в усіх районних і міських лікарнях уже працювали електрокардіографічні кабінети.

В області набули розвитку основні види спеціалізованої медичної допомоги. Кардіологічна допомога надавалася створюваними спеціалізованими бригадами, палатами інтенсивної терапії, спеціалізованими протиінфарктними й реабілітаційними відділеннями. Починаючи з 1960-х років, в області серед хворих гіпертонічною хворобою й інфарктом міокарда зростала частка осіб у віці 30 – 45 років. Діяльність органів охорони здоров'я області стосовно запобігання росту серцево-судинних захворювань була малоефективною. Не створено систему поетапного лікування хворих. Лише 1985 року в Чернігові було відкрито новий кардіологічний диспансер. В області налагоджувалося лікування й профілактика хвороб системи кровообігу, особливо ішемічної хвороби серця й артеріальної гіпертензії.

Діяла розгалужена спеціалізована кардіологічна служба, яка включала сім кардіологічних відділень із потужністю 330 ліжок, 26 кардіологічних кабінетів у поліклініках. Лікування забезпечувало 28 лікарів-кардіологів [231, арк. 18].

Розвивалася ревматологічна служба. Створювалися спеціалізовані установи, які вели як лікувальну, так і науково-методичну роботу. Здійснювалось амбулаторне протирецидивне лікування хворих ревматизмом. Поліпшувалася діагностика. У другій половині 1970-х років в області відкрито ряд кардіоревматичних кабінетів.

Починаючи з 1968 р., суттєво розширилася мережа лікувально-профілактичних установ, у яких населення Чернігівщини одержувало гастроентерологічну допомогу. 1972 року в Чернігові почало роботу гастроентерологічне терапевтичне відділення. Упроваджувалися нові форми й методи диспансеризації й реабілітації при захворюванні органів травлення. З 1970 р. все більше уваги в області приділялося удосконаленню спеціалізованої хірургічної

допомоги при захворюваннях прямої кишки. Створювалися відділення хірургії органів травлення, проктологічних.

У 1970 – 1980-ті роки відбувалося становлення ортопедо-травматологічної допомоги. В області працювало сім травматологічних відділень. Напрямок забезпечувався відповідно кадрами спеціалістів-травматологів і хірургів, що мали спеціалізацію [308, с. 93]. 25 листопада 1980 р. МОЗ УРСР видало наказ “Про додаткові заходи щодо попередження травматизму й інших нещасних випадків”. Бюро Чернігівського обкому КПУ і облвиконкому 13 жовтня 1980 р. ухвалили постанову з аналогічною назвою. 26 листопада 1981 р. і 11 березня 1983 р. були видані накази облздороввідділу “Про додаткові заходи щодо покращання охорони здоров’я населення області”, “Про вивчення травматизму серед працівників, зайятих у сільськогосподарському виробництві”. Крім того, виробили спільне рішення облздороввідділу та УВС Чернігівського облвиконкому (22.01.1986) “Про додаткові заходи щодо профілактики дорожньо-транспортних пригод і вдосконалення медичної допомоги потерпілим”.

Ці рішення були направлені на мобілізацію системи охорони здоров’я щодо розв’язання проблем попередження різних видів травматизму: побутового, виробничого, дорожньо-транспортного, вуличного тощо.

Особлива увага зверталася на попередження дитячого травматизму. При обласній дитячій лікарні працювало дитяче ортопедо-травматологічне відділення, при Чернігівській міській лікарні – відділення реабілітації, а при поліклінічних відділеннях Ніжинської й Прилуцької міських лікарень – реабілітаційні кабінети, у яких застосовувалися фізіотерапевтичні методи лікування [248, арк. 70-75].

У кінці 1980-х років порівняно з 1970 р. число проявів промислового травматизму скоротилося на 3,8% [2209, арк. 55- 56].

У плані розвитку обсягів неврологічної допомоги спостерігалися кількісні зміни. У 1960 – 1968 рр. відбувалося механічне наращення ліжкового фонду неврологічних відділень центральних районних лікарень [51, с. 111]. Після 1984 р. на виконання наказу Міністерство України “Про заходи по дальшому вдосконаленню

неврологічної допомоги населенню” при Чернігівській міській лікарні було відкрито неврологічне відділення для лікування хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу. Крім того, в області функціонував 41 неврологічний кабінет, працювало 128 лікарів-невропатологів, 22 лікарів-голкеорефлексотерапевтів. При обласній дитячій лікарні відкрито неврологічне відділення. Для забезпечення відновлювального лікування при поліклінічному відділенні №3 у Чернігові працювали реабілітаційний кабінет та неврологічне відділення, у Ніжині – неврологічне відділення [248, арк. 17- 18].

У кінці 1970-х років відкрито обласну психоневрологічну лікарню. Психоневрологи області розпочали роботу з надання допомоги хворим на статеві розлади. Вона активізована наказом МОЗ УРСР від 28.01.1974 р. “Про заходи щодо покращення лікувально-профілактичної допомоги хворим зі статевими розладами”. В обласній психоневрологічній лікарні відкривалися кабінети сексопатології. У районних лікарнях організовували лише консультативну допомогу. Загалом бракувало ефективних методик, направлених на індивідуальну роботу з пацієнтами. Вона значною мірою замінювалася санітарно-просвітницькими заходами, направленими на підтвердження тези про те, що “в СРСР сексу не було”, а також утвердження в свідомості розуміння, що радянські люди не можуть хворіти на статеві розлади. Переважали такі напрямки санітарно-просвітницької роботи: поширювалося видання “Пам’ятка майбутнім молодят”, лекторії, кінолекторії тощо [248, арк. 27-32].

У 1960-ті роки в області розпочалося становлення нейрохірургії. Цей напрям був новим. Одночасно зі створенням інфраструктури організовано підготовку та перекваліфікацію кадрів. 1961 року при хірургічному відділенні обласної лікарні відкрито нейрохірургічний підрозділ. У 1969 році він трансформований у самостійне відділення. До роботи запрошувалися фахівці Київського інституту нейрохірургії. В області почали діяти шість опорних пунктів: в Прилуках, Ніжині, Ічні, Новгороді-Сіверському, Бахмачі, Сосниці, де надавалася невідкладна допомога хворим на нервові розлади [358, с. 25]. У наступні роки цей вид спеціалізованої допомоги релієфно розвивався, в цілому задовольняючи потреби хворих.

У 1970 – 1980-ті роки на Чернігівщині спостерігалось нарощення можливостей психоневрологічної допомоги. У попереднє десятиліття в області спостерігалась диспропорція між числом хворих і наявністю стаціонарного ліжкового фонду. Причому число хворих удвічі перевищувало можливості їх прийому [194, арк. 87]. У 1970-ті роки при центральних районних лікарнях відкривалися психіатричні й наркологічні кабінети, а при обласній психоневрологічній лікарні – наркологічне диспансерне відділення [220, арк. 21; 13, арк. 97]. Був уведений у дію профілакторій (360 місць) для лікування та трудового перевиховання наркотично-залежних осіб [63, арк. 33-36].

Відповідно до рішень, зокрема постанови ЦК КПУ й Ради Міністрів УРСР від 14.10.1980 р. “Про подальше покращення психоневрологічної допомоги населенню республіки”, наказів Міністерства охорони здоров’я УРСР від 05 .01. 1981 р. та Чернігівського облздороввідділу від 18. 03. 1981 р. визначали завдання на період 1981 – 1990 рр. щодо розвитку й удосконалення позалікарняних видів психіатричної й наркологічної допомоги населенню. Унаслідок розукрупнено і вдосконалено дільничну психіатричну службу. Вводилося комплексне відновлювальне лікування психічних хворих. В області, зокрема на підприємствах: картонажній, галантереїній фабриках, камвольному комбінаті, комбінаті “Хімволокно”, фабриці гумово-технічних виробів організовувалися спеціальні реабілітаційні центри. Проводились обов’язкові профілактичні огляди в дитячих установах. При поліклінічних відділеннях міських і центральних районних лікарень відкрито наркологічні кабінети. 1985 року почали працювати підлітковий наркологічний кабінет, міжрайонний наркологічний диспансер у Сосниці; при наркодиспансері відкрито кабінет експертизи алкогольного сп’яніння з цілодобовим режимом роботи. З 1981 р. почав функціонувати платний наркологічний кабінет для лікування хворих алкоголізмом і нікотиновими токсинами, організовано примусове лікування при обласному тубдиспансері [248, арк. 14-16; 212, арк. 12-15; 202, арк. 72].

У 1960-ті роки в області спостерігався спалах захворюваності населення на туберкульоз. До цієї обставини виявилася прикутою

увага республіканських і місцевих органів влади. Відповідно до постанови Ради Міністрів СРСР “Про заходи по дальшому зниженню захворюваності на туберкульоз у СРСР” від 05.11.1960 р. та Ради Міністрів УРСР “Про стан і міри щодо подальшого посилення боротьби з туберкульозом в УРСР” від 31.10.1966 р. були ухвалені рішення виконкому Чернігівської обласної Ради депутатів трудящих “Про хід виконання заходів по боротьбі з туберкульозом в області” від 8 лютого 1962 р. та “Про стан та заходи по дальшому посиленні боротьби з туберкульозом в Чернігівській області”.

В області були розроблені Комплексні плани боротьби з туберкульозом на 1961 – 1965-ті рр. і на 1966 – 1970-ті рр. В їх основу покладено концентрацію фтизіатричної служби. Укрупнювалися протитуберкульозні диспансери та відділення лікарень. Протягом 1960 – 1966 р. кількість протитуберкульозних установ в області скоротилося з 55 до 31. Число ліжок було доведено до 1925 [198, арк. 42-45]. На основі підрахунків можна констатувати, що в середньому в установі було 50-60 ліжок, працювало четверо чи п'ятеро лікарів.

Протягом 1960-х років у сільських лікарських дільницях введено посади патронажних сестер, обов'язком яких було виконання протитуберкульозних заходів. Далеко не всі населені пункти їх мали. 1966 року в області працювало лише 166 таких фахівців [198, арк. 42-45]. У значній частині сіл області таку роботу не проводили. У селах, де працювала патронажна сестра, боротьба із захворюваннями на туберкульоз набувала системності. Створювали спеціальну картотеку, до якої заносилися хворі. Це давало змогу організувати спостереження за перебігом хвороби, динамікою одужання.

У цілому в області досить повільно вирішували проблему запобігання поширення захворювань на відкриті форми туберкульозу. Особливо це відчувалося в містах. За умов загального дефіциту житла проблема забезпечення окремим помешканням цієї категорії хворих була особливо гострою. На кінець 1960-х років лише 39% хворих одержали житло [7, арк. 154].

На Чернігівщині боротьба із захворюваністю на туберкульоз поступово ставала науково обґрунтованою, набував певний по-

зитивний практичний досвід лікування й профілактики. Чернігівський обласний протитуберкульозний диспансер напрацював методики, які використовувалися аналогічними установами республіки [235, арк. 43; 215, арк. 150-151; 375, с. 103]. У 1973 – 1977 рр. в області проведений Всесоюзний експеримент, суть якого полягала в якомога повному охопленні населення області флюорографією. На постійній основі працювало дев'ять пересувних флюорографів. Удалося в такий спосіб продіагностувати майже 60% населення. Такий захід головним чином був направлений на боротьбу з наслідками, а не з першопричинами поширення захворюваності. Однак внаслідок вчасного виявлення захворювань на початкових стадіях удалося зменшити число хворих.

У ході експерименту було виявлено хворих, які лікувалися вдома або припинили лікування. Майже втричі зменшилася кількість смертей, що наступила вдома. Зроблений вагомий крок у напрямку якомога повнішого охоплення хворих стаціонарним лікуванням [231, арк. 21; 220, арк. 55-56; 439 с. 2]. Але цих заходів було недостатньо. Органи охорони здоров'я області в закритій інформації подавали дані, які свідчили про поширення захворюваності. Практично в більшості районів збільшувалася питома вага хворих на бактеріальні форми туберкульозу. Чернігівщина мала одну з найгірших в республіці статистику росту числа хворих [22, арк. 88, 201-202].

У досліджувані роки на Чернігівщині системного характеру набула робота з надання допомоги хворим на шкіро-венеричні недуги. Протягом 1965 – 1975 рр. спостерігалася тенденція до росту числа хворих. За цей період їх кількість зросла в п'ятеро, з 1,6 до 8,1 тис. чол. [8, арк. 86-87]. У 1980-ті роки внаслідок запровадження якісних стандартів діагностики вдалося дещо сповільнити тенденцію поширення цих захворювань.

Унаслідок реалізації заходів, що впливали з рішення Чернігівської обласної Ради народних депутатів (1964 р.) “Про посилення заходів по профілактиці захворювань на туляремію серед населення області” вдалося сповільнити темпи захворюваності на черевний тиф, дизентерію, гострі кишкові захворювання, скарлатину, поліомієліт, висипний тиф [211 арк. 1-4].

Однією з наймасовіших видів спеціалізованої медичної допомоги виступала стоматологія. У 1960-ті роки на Чернігівщині на основі стоматологічних кабінетів почали створюватися стоматологічні поліклініки. Здебільшого це відбувалося у великих містах та районних центрах [212, арк. 265-267]. У другій половині 1970 – 1980-х років органи влади ухвалили низку рішень, направлених на поліпшення ефективності цієї допомоги. На виконання постанови Ради Міністрів УРСР від 20 грудня 1976 р. ”Про заходи щодо дальшого покращання стоматологічної допомоги населенню республіки”, Міністерство охорони здоров’я УРСР ухвалило накази: від 27.01.1977 р. “Про заходи щодо подальшого покращення стоматологічної допомоги населенню республіки”, від 26.06.1979 р. “Про заходи щодо подальшого покращення ортопедичної стоматологічної допомоги населенню”, від 05.12.1980 р. “Про заходи щодо подальшого покращення стаціонарної допомоги стоматологічним хворим”. З 1977 р. в області в рамках рішення сесії облвиконкому “Про заходи щодо дальшого покращення стоматологічної допомоги населенню області” реалізовувався комплексний план, направлений на покращення стоматологічної допомоги населенню.

1979 року в Чернігові відкрито дитячу міську стоматологічну поліклініку. В обласній лікарні відкрито відділення щелепно-лицьової хірургії. Лише протягом 1977 – 1979 рр. введено 18 стоматологічних відділень і кабінетів. Були розширені потужності для прийому хворих міських стоматологічних поліклінік, відділень районних лікарень. Функціонувало близько 150 пересувних стоматологічних кабінетів, п’ять пересувних зубопротезних кабінетів для надання ортопедичної допомоги сільському населенню. На селі при дільничних лікарнях і лікарських амбулаторіях відкривалися стоматологічні кабінети. Крім того, працювали 32 стаціонарні стоматологічні кабінети на промислових підприємствах, два – у вишах, 38 – у школах, вісім – у ПТУ [235, арк. 15-17; 248, арк. 37-40].

Стоматологічні установи поповнювалися фахівцями, у тому числі лікарями, техніками. Темпи зростали з року в рік. Якщо 1976 року стоматологічна служба поповнилась 11 фахівцями, то

1980 року вже 30. 1979 року на 10 тис. населення припадало 3,3 лікарі-стоматологи [235, арк. 15-17]. Цього було недостатньо для забезпечення максимальної доступності громадян до цього виду допомоги. На Чернігівщині з певним запізненням приступили до підготовки зубних техніків. Лише 1977 року в Чернігівському медичному училищі було відкрито зуботехнічне відділення. Як наслідок, стримувалося впровадження нових технологій протезування. З 1979 р. в області почалося виготовлення зубних протезів. Освоювалося виготовлення зйомних протезів з фарфорових матеріалів. 1980 року 17 стоматологічних установ використовували дорогоцінні матеріали [238, арк. 15-18]. У дев'яти районах області не було технологічних можливостей для цього. Отже, громадяни одержували цю послугу в сусідніх районних центрах, містах Чернігові, Ніжині. Районні стоматологічні відділення найчастіше відчували потребу в медичній техніці, інструментах і матеріалах.

У 1970 – 1980-ті роки на Чернігівщині були суттєво розширені можливості щодо охорони здоров'я матері й дитини. В області практично в кожному районі функціонували пологові будинки, діяла сітка санаторіїв і будинків відпочинку. Створено систему постійного медичного нагляду за вагітними жінками, а також новонародженими [215, арк. 1-24; 306, с. 2].

Ріст дитячої смертності спонукав державні органи влади до пошуку механізмів, які б комплексно впливали на ситуацію. На виконання постанов Ради Міністрів УРСР від 13 січня 1976 р. "Про заходи щодо подальшого покращання лікувально-профілактичної допомоги дітям" та від 17 квітня 1979 р. "Про основні заходи по поліпшенню охорони материнства і дитинства та дальшому зниженню дитячої смертності" і наказу Міністерства охорони здоров'я від 15 червня 1977 р. "Про стан і заходи по зниженню дитячої смертності в Українській РСР" Чернігівським облздороввідділом розроблено план, який включав низку заходів: посилення нагляду за вагітними жінками; організацію шкіл матері; проведення профілактичних щеплень новонароджених [235, арк. 4-12]. Вводився постійний медичний нагляд за вагітними й новонародженими.

У 1970 – 1980-ті роки установи, що надавали акушерсько-гінекологічну допомогу відчували певні труднощі у своїй роботі. Через низьку заробітну плату відбувався значний відплив кадрів, зокрема молодшого медичного персоналу (санітарок, медсестер).

Зростала чисельність спеціалізованих лікувально-профілактичних установ, які обслуговували жінок. Великі акушерсько-гінекологічні відділення створювалися при багатопрофільних спеціалізованих лікарнях, що сприяло якості стаціонарної допомоги. Зростала роль районних акушерсько-гінекологічних відділень. Вони обслуговували сільських жінок. Втрачали свою роль сільські родильні будинки.

На початку 1960-х років у Чернігівській області лише в 12 районних лікарнях були дитячі відділення, а в 16 сільських дільничних лікарнях – дитячі консультації [195, арк. 96; 194, арк. 84].

У кінці 1970-х років на Чернігівщині діяла дитяча поліклініка (у Чернігові), 79 дитячих амбулаторно-поліклінічних закладів, 43 молочні кухні [195, арк. 4].

Відкривалися будинки дитини. 1979 року, у рік проголошення ООН Міжнародного року дитини, у Прилуках було введено до ладу нове приміщення установи.

У 1970-ті роки в обласній дитячій лікарні надавали допомогу хворим дітям за 16 спеціальностями. Цілодобово працював дитячий травматологічний пункт.

На Чернігівщині лікарі-акушери, лікарі-педіатри постійно використовували нові методики профілактики, діагностики й лікування дітей. Більшість їх намагалися працювати по-новаторськи, поєднували практику й наукові рекомендації. В області лише протягом 1979 – 1980-х рр. було впроваджено 65 нових методів [375, с. 109; 348, с. 2].

У кінці 1970-х років у Чернігівському міському пологовому будинку відкрито спеціалізовані відділення акушерської й внутрішньої патології вагітних.

У досліджувані роки на Чернігівщині було чимало зроблено в справі диспансеризації вагітних сільських жінок. Ця робота ставала все системнішою й включала певну етапність. Лікарський кон-

троль за вагітністю включав низку комплексних профілактичних заходів, просвітництво.

Медичні установи регіону залишалися недостатньо укомплектованими діагностичною апаратурою. Діяли лише поодинокі кабінети діагностики. Вагітні жінки області лише в одному місці – кабінеті пренатальної діагностики (Чернігів), могли пройти обстеження при допомозі апарату “Алока” [249, арк. 13-15]. На таке обстеження направляли невелику кількість жінок, здебільшого тих, у кого були проблеми з вагітністю.

У досліджувані роки вагітні жінки області несли на своїх плечах тягар матеріальних труднощів. Вагітним виплачували, як правило, мізерну матеріальну соціальну допомогу. Лише в 1980-ті роки було подовжено термін декретної відпустки [67, арк. 1-3].

У 1970-ті роки на Чернігівщині в окрему спеціалізацію було виведено лікування патологій новонароджених. При міських лікарнях Прилук і Ніжина відкрито спеціальні палати [235, арк. 4]. В обласній дитячій лікарні працювало відділення на 40 ліжок.

У радянському законодавстві, положеннях директивних органів нечітко прописувалися права й можливості батьків при їх догляді за хворою дитиною. Практично не було прописано порядку виходу на лікарняний по догляді за дитиною її батька чи матері. Установи (місце роботи батьків) часто висували власні умови. Отже, батьки хворих дітей намагалися одержати листок непрацездатності по благу, по знайомству. Цей документ ставав усе більше послугою, яку робив той чи інший лікар заклопотаним недугою дитини батькам [16, арк. 30].

В області слабо просувалася робота щодо попередження проявів спадкових захворювань, появи вроджених аномалій у новонароджених. Можна однозначно стверджувати, що вітчизняна медицина ні технологічно, ні фахово не була готова до виконання такого виду робіт. У 1970 – 1980-ті роки показники проявів вроджених вад (спадкових хвороб) зростали. Особливо контрастно вони почали проявлятися після Чорнобильської трагедії. Якщо 1988 року народжувалося 17,3% дітей зі спадковими хворобами, то 1990 року таких дітей було 23,4%. Від спадкових хвороб страждав майже кожний п'ятий під-

літок області. Можна припустити, що однією з причин зростання спадкових хвороб стали наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції, а причиною виявлення – посилені профілактичні огляди. Зростала летальність від таких хвороб. Протягом цих років смертність дітей віком 1 – 14 років зросла з 24,9 % до 32,6% (у загальній смертності дітей цієї вікової групи) [375, с. 228].

На Чернігівщині охоплення профоглядами школярів досягало 98,4%, а підлітків – 99,7% [235, арк. 4-6].

У 1970-ті роки справа народження дитини, як основної соціальної функції сім'ї, набувала виняткового значення. Входила в практику роботи пологових відділень лікарень та пологових будинків урочиста виписка новонароджених. Для цього відводилися спеціальні кімнати. 1979 року першу таку кімнату в області відкрито в Ніжині [164, арк. 77; 235, арк. 1].

У 1980-ті роки на Чернігівщині, як власне і в Україні, відбувалося становлення спеціальних служб щодо надання консультацій подружнім парам, які планували народження дітей. В області працювало лише два консультаційні кабінети "Шлюб і сім'я" [248, арк. 11-12]. Зароджувалася справа медико-генетичного консультування. Таких центрів було кілька, вони розташовувались у великих містах області.

Одним із напрямків охорони здоров'я новонароджених ставала така форма допомоги, як молочні кухні. В області було створено систему централізованого постачання продуктів дитячого харчування (соків, сумішей). Водночас існував їх дефіцит.

У 1970 – 1980-ті роки на Чернігівщині склалася певна система санаторно-курортного лікування та оздоровлення дітей. Більшість санаторіїв належали й фінансувалися колгоспами й радгоспами й мали статус міжколгоспних. Найпопулярнішим серед населення відносно непогано обладнаним апаратурою був дитячий санаторій "Пролісок". Водночас він мав невелику кількість ліжок. Ліжковий фонд дитячих санаторіїв області значно відставав чисельно від загальнореспубліканських показників. 1979 року на 10 тис. дітей було лише 7,3 ліжка. У республіці він досягав 11,9 (при нормі 20,2) [215, арк. 14-24].

На Чернігівщині протягом досліджуваних років в окремий спеціалізований напрям виокремилася отоларингологічна допомога. В області діяло два сурдологічні кабінети, фоніатричний кабінет. У 1970 – 1980-ті роки в регіоні бракувало фахівців, які надавали вузькоспеціалізовану допомогу при захворюваннях вуха, горла, носа. У більшості сіл області хворим на ці органи першу допомогу надавали фахівці із суміжних спеціальностей. Повільно впроваджувалися новітні методи лікування, особливо при гострих респіраторних захворюваннях. Освоювались нові методики хірургічного лікування. Установи мали слабку матеріальну базу [284, арк. 61-62; 133 арк. 2; 134, арк. 20].

У досліджувані роки на Чернігівщині було зроблено чимало в справі наближення екстреної медичної допомоги до місць пригод і збільшення її об'ємів при загрозливих для життя умовах. З цією метою, починаючи з 1960 р., у системі швидкої допомоги почали створювати спеціалізовані реанімаційні, протиінфарктні, токсикологічні та інші бригади. Їх укомплектовували висококваліфікованими лікарями, забезпечували сучасною апаратурою, медикаментами, запасом крові й кровозамінниками. Завдяки цьому, екстрену допомогу надавали безпосередньо вдома хворого або в спеціальній машині на шляху до лікарні [212, арк. 191-192].

У 1970-ті роки в області створено кілька лікарень швидкої допомоги, до складу яких увійшли спеціалізовані відділення: протиінфарктні, травматологічні й ін. Організація лікарень швидкої медичної допомоги, об'єднаних зі станціями, сприяла поліпшенню якості діагностики й лікування, скороченню термінів госпіталізації.

Спеціалізація позначилася на організації швидкої медичної допомоги. Були створені спеціалізовані бригади швидкої допомоги.

Отже, у 1960 – 1980 рр. важливим було питання спеціалізації медичних послуг, що стало надбанням радянської держави й поглибило соціальне розшарування суспільства. Зі спеціалізацією пов'язували кваліфікацію медичної допомоги. У 1960-х роках започаткували трирівневу систему надання медичної допомоги, за якою дільничні лікарні надавали первинну медико-санітарну до-

помогу, районні й міські лікарні – спеціалізовану, а обласні медичні заклади – вузькоспеціалізовану. Протягом 1964 – 1969 рр. на Чернігівщині інтенсивно відбувався процес укрупнення лікарень. У наступні роки ця тенденція зберігалася. В укрупнених лікарнях ліжковий фонд зростав удвічі й досягав у середньому 150 – 200 ліжок.

У досліджувані роки формували систему сільської медицини, яка передбачала етапність надання медичної допомоги: фельдшерсько-акушерський пункт, лікарняна амбулаторія, сільська дільнична лікарня, номерна й центральна районна лікарні, міські й обласні медичні установи. Кожен наступний етап відрізнявся від попереднього одержанням більш кваліфікованої медичної допомоги.

Досягненням радянської системи охорони здоров'я було надання вузькоспеціалізованої медичної допомоги. З цією метою на Чернігівщині було створено сітку міжрайонних відділень і центрів. У 1975 – 1980 рр. почали свою діяльність близько 20 відділень стосовно надання послуг з офтальмології, отоларингології, онкології, урології, акушерства, гінекології. Вони існували, як правило, у великих містах – Чернігові, Ніжині, Прилуках, а також у деяких районних центрах.

У досліджувані роки жителі міст і сіл Чернігівщини отримували різну спеціалізовану допомогу. Вона надавалась у великих поліклініках кожного району міста, а окремі, дуже вузькі її види (пульмонологічна, гастроентерологічна, алергологічна), розраховували на кілька районів або ж на місто в цілому. У 1970-ті роки в районних поліклініках області створено спеціалізовані кабінети (з 15–20 спеціальностей), що наблизило до сільського населення багато видів спеціалізованої допомоги.

На Чернігівщині набули розвитку основні види спеціалізованої медичної допомоги: кардіологічної, ревматологічної, гастроентерологічної, травматологічної, отоларингологічної, психоневрологічної, нейрохірургічної, неврологічної. Боротьба з туберкульозом мала наукове підґрунтя, набувався певний практичний досвід лікування й профілактики. Чернігівський обласний протитуберкульозний диспансер упроваджував інноваційні методи ліку-

вання, які використовувались аналогічними установами України та інших республік СРСР. У 1973 – 1977 рр. в області проведено Всесоюзний експеримент.

Заслуговує на увагу розвиток стоматологічної служби Чернігівщини як однієї з наймасовіших видів спеціалізованої медичної допомоги. У великих містах та районних центрах на основі стоматологічних кабінетів створювалися стоматологічні поліклініки. Для надання ортопедичної допомоги сільському населенню почали функціонувати пересувні стоматологічні кабінети, пересувні зубопротезні кабінети. На селі при дільничних лікарнях і лікарських амбулаторіях відкривали стоматологічні кабінети.

У досліджувані роки на Чернігівщині належна увага приділялась охороні здоров'я матері й дитини. Практично в кожному районі функціонували пологові будинки, діяла сітка санаторіїв і будинків відпочинку. Досягненням медиків Чернігівщини стала створена система постійного медичного нагляду за вагітними жінками, а також новонародженими. Але потребувала вдосконалення робота стосовно попередження проявів спадкових захворювань, патологій у новонароджених. У 1970 – 1980-ті роки показники проявів уроджених вад зростали: майже кожний п'ятий підліток області страждав від спадкових хвороб. Спеціалізація внесла докорінні зміни в організацію медичної допомоги, розвиток медичної науки й зв'язок її з практикою.

3.2. Науковий супровід діяльності медичних установ

У досліджувані роки на Чернігівщині науковий супровід залишався основоположним чинником діяльності медичних установ. Водночас за умов переважання в системі управління ними адміністративно-командних методів значення наукових новацій недооцінювалося, вони часто підмінялися директивами державної бюрократії як останньої інстанції.

У 1960 – 1980-ті роки у всій системі медичної допомоги зростала роль з'їздів лікарів, науково-практичних конференцій, нарад активу медичних працівників тощо. Протягом окресленого

періоду на Чернігівщині відбулося близько півсотні таких зібрань. Народи активу медичних працівників, крім розгляду різного роду політичних проблем, відігравали велику роль у налагодженні обміну досвідом лікарями, їх співпраці з колегами України, Союзу, зарубіжжя. На нараді, що відбувалася в Чернігові 1960 року, лікарі, адміністративні працівники ділились успішним досвідом проведення ранньої діагностики з наступною диспансеризацією, лікуванням ревматизму, гіпертонічної хвороби, виразкової хвороби шлунка, туберкульозу, онкозахворювань; перетворенням сезонних дитячих закладів у постійно функціональні, організацію молочних кухонь на базі колгоспних дитячих ясел, профілактику й лікування рахіту та гіпотрофій у дітей; попередження травматизму, діагностики гострих хірургічних захворювань; упровадження в практику організаційних, лікувально-діагностичних і хірургічних методів лікування жіночих хвороб, зокрема хоріонепітеліоми; способів вивчення потреб населення й медичних закладів у медикаментах, обладнанні, інструментах, інформування лікарів про наявність лікувальних засобів у аптеках [466, с. 34-61].

На Чернігівщині протягом досліджуваних років проведено більше 40 науково-практичних конференцій. Вони стали однією з форм налагодження співпраці лікарів-практиків і науковців, вироблення продуктивних методів лікування й профілактики. На конференціях, присвячених проблемі туберкульозу, спільно з науковцями Києва, Москви, областей України розглядалися проблеми організації роботи великих диспансерів, результативність томографічної, бронхологічної, бактеріологічної діагностики, ролі підшкірного методу вакцинації (пілотний проект уперше реалізовувався на Чернігівщині) [440, с. 7]. На конференції, що проходила в травні 1969 р., “Профілактика, діагностика і лікування кавернозних форм туберкульозу легень” науковці Чернігова виступили з доповідями, присвяченими методам лікування туберкульозу легень у хворих похилого віку (Б. Яценко, І. Слепуха), хіміотерапії хворих (Г. Смирнов), пневмоектомії при поширеному фіброзно-кавернозному туберкульозі (Б. Брусиловський) [452, с. 20].

На Чернігівщині проводились експериментальні дослідження мінливості мікобактерій туберкульозу людського типу в організмі свійських птахів (В. Ротов, П. Савченко) [452, с. 70-80].

1977 року на обласній науково-практичній конференції розглядалися питання підвищення якості й ефективності роботи на сільських лікарських дільницях, наближення найбільш масових видів медичної допомоги до сільського населення, поліпшення медичного обслуговування дітей, удосконалення акушерсько-гінекологічної допомоги тощо.

Лікарі-практики внесли ряд пропозицій щодо наукової організації праці на сільській лікарській дільниці (А. Данько), організації терапевтичної допомоги (М. Биховець), підвищення якості стоматологічної допомоги (А. Зозульченко), профілактики дермато-венеричних захворювань (Б. Вацак), основних принципів поліпшення онкологічної допомоги (Л. Березовський), раннього виявлення хворих на глаукому завдяки профілактичним оглядам (Є. Ярошенко), організації хірургічної допомоги (А. Заворотний), основних напрямків санітарно-протиепідемічної роботи (Н. Добичина), зі зниження захворюваності туберкульозом (Л. Орел), удосконалення організації наркологічної допомоги (В. Гридньова), зниження материнської й перинатальної смертності (В. Синиця) тощо. Крім того, науково обговорювали проблеми медичної деонтології, аналізували демографічні дані в оцінці здоров'я [222, арк. 6-9].

1984 року на Всесоюзній конференції-семінарі лікарів-фізичних пропонувалися наукові програми вдосконалення протитуберкульозних заходів на експериментальних територіях, обговорювалися різні інноваційні методики стосовно лікування захворювань легень [296, с.4]

Науковці Чернігівщини розробляли наукові засади лікувально-профілактичної допомоги: форми й методи роботи лікувальних закладів, упровадження диспансерного методу й соціально-гігієнічних підходів.

У 1960 – 1980-ті роки розвивались дослідження з епідеміології злоякісних пухлин. 1964 року в Чернігові на обласній конференції розглянуто найновіші методи лікування, у тому числі й променевої

терапії, етіології й патогенезу злоякісних пухлин. Пропонувалися методики лікування раку кишківника, прямої кишки.

Лікарі-невропатологи Чернігівщини регулярно презентували свої наукові доробки з різних питань неврології: добової динаміки гострих розладів мозкового кровообігу у хворих на гіпертонічну хворобу та частоту попереково-крижових радикулітів при патології міжхребцевих дисків (Г. Скочій), гіпертонічних психозів (А. Шевченко, С. Тимофєєва), лікування хворих із захворюванням судин (А. Соломко, М. Кононенко), розвитку спеціалізованої неврологічної допомоги на Чернігівщині (М. Кононенко, А. Груша), порушення кровообігу в спинному мозку (А. Груша), підшкірного застосування кисню в комплексі з іншими методами лікування при захворюваннях периферичної нервової системи (А. Клименко), лікування невралгії трійчастого нерва (В. Білий), впливу промислового шуму на нервову систему (А. Мазур), захворюваності периферійної нервової системи на промислових підприємствах Чернігова (В. Гірина, В. Салата) [379, с. 3-26].

Розробляли і обговорювали технології акушерсько-гінекологічної допомоги: профілактики й лікування маткових кровотеч при пологах й у ранньому післяпологовому періоді, застосовуючи техніку внутріартеріального накачування крові тощо.

Проблема охорони здоров'я матері й дитини на сільській лікарській дільниці була у центрі уваги на науково-практичній конференції лікарів, що відбулася 11-12 грудня 1978 р. Лікарі Чернігівщини поділилися досвідом стосовно надання медичної допомоги дітям та зниження дитячої смертності: профілактики, своєчасної госпіталізації, раціонального вигодовування, проведення щеплень та організації шкіл молодих матерів (А. Яценко); раннього взяття на облік вагітних, обстеження й своєчасного виявлення екстамістальної патології й патології вагітності, обов'язкових онкологічних профілактичних оглядах жінок (Г. Могильчак); щоденного диспансерного огляду хворих дітей та організації лікувальних і оздоровчих заходів (Н. Нікітіна); питання активної імунізації й створення кабінетів для щеплень та їх оснащення (Н. Добигіна); підвищеної уваги до дітей з мінімальною патологією нервової системи та

обов'язковому їх направленні на стаціонарне лікування (В. Гирін); механізмів вивчення катамнезу дітей, що перенесли стафілококову пневмонію в грудному віці й причинах, що призводять до небажаного кінця стафілококових пневмоній у дітей першого року життя (В. Пасічник); раннього виявлення, обліку, диспансеризації дітей із хірургічними захворюваннями, своєчасного направлення їх на планові операції, підвищення рівня знань з питань хірургії (А. Шиш); початкових клінічних симптомів пневмоній у новонароджених, диспансеризації й лікування (В. Лихута); ранньої діагностики опорно-рухового апарату в дітей (А. Соколова); профілактичних заходів із попередження туберкульозу серед дитячого населення на селі (Г. Чернявська); надання допомоги дітям із захворюваннями органів дихання (В. Чабанюк) тощо [227, ар. 16-68; 252, арк. 67-70].

Науковці й лікарі-практики пропонували чимало ефективних способів лікування психоневрологічно хворих дітей, зокрема використання психотерапії в лікуванні заїкання, фонетико-фонематичного недорозвитку мовлення, дизартрії, розвитку дрібної моторики рук тощо [168, арк. 5; 170, арк. 1-17]. Міжобласна науково-практична конференція офтальмологів, що проходила в Чернігові 3-5 червня 1969 р., присвячувалася проблемі охорони зору дітей, боротьбі з травмами очей і глаукомою [316, с.3].

Лікарі-практики області запропонували напрацювання щодо лікування косоокості й амбліопії в дітей (Г. Неділько), діагностики й лікування короткозорості (К. Дюссек), обов'язкової диспансеризації дітей із туберкульозними захворюваннями очей (І. Раскіна), хірургічного лікування вроджених катаракт (Л. Бойко), методики проведення діасклеральних магнітних операцій (Л. Коряк) [303, с. 467-469]. Напрямки допомоги дітям при пораненні очей запропонував лікар О. Губенко [302, с. 2].

На 27 міжобласній науково-практичній конференції офтальмологів (червень 1984 р.) розглянуто питання використання фізики й техніки в діагностиці й лікуванні хворих очей, імунологічних досліджень та імунотерапії, новоутворень органу зору тощо [286, с. 382-384].

Лікарі-практики й науковці мали напрацювання в отоларингології, зокрема в лікуванні інфекцій верхніх дихальних шляхів та вуха, хірургічного лікування ЛОР-органів. Розроблялися методи кріотерапії в лікуванні захворювань вуха, горла, носа ультразвуком і впровадження цих методів у практику охорони здоров'я. 17 листопада 1963 р. під девізом "Людина повинна чути" відбувся обласний семінар лікарів-отоларингологів Чернігівщини, де апробувалися напрацювання в отохірургії. На конференції 27-28 квітня 1970 р. продемонстровано методики лікування тонзилітів, етіології, патогенезу, отиту. Дослідження лікарів стосувались: причин виникнення кровотеч після тонзилектомії і аденотомії та диспансеризації дітей із захворюваннями вуха, горла і носа (І. Сизий); профілактики ускладнень після тонзилектомії (Г. Ігнатенко); лікування підшкірної емфіземи обличчя й шиї після тонзилектомії (А. Лавріненко); аналізу результатів диспансеризації дітей, хворих хронічним тонзилітом (І. Сизий, Г. Миرون); зниження захворюваності ангіною на промислових підприємствах Чернігова (В. Єдомаха); віддалених результатів тимпанопластики (І. Пономаренко); лікування отитів у дітей грудного віку (Н. Глушко); аналізу аудіометричних досліджень (О. Барабаш-Гец) [341, с. 117-118].

Протягом 1970-х років лікарями отоларингологами Чернігівщини було одержано 18 авторських свідоцтв, 12 винаходів [321, с. 84-85].

Лікарі й науковці-медики Чернігівщини досліджували впливи виробничих факторів промисловості й сільського господарства на органи слуху й верхні дихальні шляхи на конференції 24-25 грудня 1981 р. А в квітні цього ж року розглянуто пропозиції з удосконалення клініки й діагностики аденотонзилітів у дітей, методики вилучення сторонніх тіл, лікування гострих ларинготрахеобронхітів, захворюваності на дифтерію та слухопротезування [334, с. 84].

На обласних науково-практичних конференціях ендокринологів (1979 і 1982 рр.) запропоновано технології клінічної класифікації цукрового діабету, його ускладнень, принципи діагностики й лікування; лікування тиреотоксичної енцефалооптальмопатії,

порушень і класифікації статевого розвитку, особливостях захворювань щитоподібної залози в дітей [158, арк. 15-17; 155, арк. 16].

На конференції дермато-венерологів (1967 р.) лікарями області запропоновано методи лікування: дерматозоонозів (Л. Корнієнко), форм сифілісу (М. Калінер), чесотки (І. Крутик), піодермій (А. Соломко), використання лазерного випромінювання, селективної терапії тощо [76, арк. 21; 78, арк. 49].

1970 року розглянуто напрацювання в лікуванні кандидозу, застосування гемосорбції в дерматології; діагностики, лікування й профілактики герпесу; застосування вегетотропних засобів у комплексному лікуванні хворих псоріазом; нових методів у діагностиці сифілісу [77, арк. 1-5; 91, арк. 7], ролі алергії в розвитку захворювань шкіри хімічної етіології.

Лікарі-практики поділилися досвідом роботи з питань: вивчення причин, що впливають на зростання захворюваності сифілісом; лікування червоної вовчанки, псоріазу; застосування комплексних методів терапії хворих на екзему; клініки, діагностики, лікування й профілактики чоловічої, жіночої й дитячої гонореї; застосування кортикостероїдів у дерматології; диспансеризацію хворих урогенітальним трихомоніазом тощо [278, арк. 206-207].

На наукових зібраннях розглядалися проблеми стоматології. На Чернігівщині розроблено методи лікування карієсу (використання фтористого лаку); слизової оболонки порожнини рота (рідким азотом) [342, с.4].

Хірурги Чернігівщини досягли успіхів у питаннях упровадження нових методів хірургічних втручань при хворобах органів травлення [314, с. 1].

Пропонувалися шляхи поліпшення санаторно-курортного лікування. 12-15 травня 1981 р. в Чернігові відбулася Всесоюзна конференція, де обговорювалася ефективність лазеротерапії, озонолікування, механотерапії, водних процедур [301, с.3].

У роботі медичних установ Чернігівщини значне місце посідали громадські чинники. Радянська держава використовувала різні посередницькі формування, у тому числі й наукові товариства, які виконували роль громадських формувань. Вони мали завдання: від

імені політичних інститутів доводити до широкого загалу переваги радянської системи охорони здоров'я. Водночас вони відігравали позитивну роль у консолідації медиків-науковців, сприяли розвитку медичної науки. Чернігівське наукове медичне товариство створено 1967 року й діяло на основі Статуту Всесоюзного медичного товариства. 1968 року внаслідок упровадження концепції спеціалізації медичних послуг товариство було реорганізовано в низку спеціалізованих товариств. Для координації їх роботи створено Координаційну раду щодо впровадження науки в практику. Її головою був призначений Л. Замдборг, секретарем – М. Дуля [375, с. 135].

На Координаційну раду покладалися завдання щодо організації допомоги в науковій розробці питань теорії й практики медицини й охорони здоров'я; підвищення кваліфікації членів наукових медичних товариств; пропаганди кращих традицій вітчизняної медицини. Крім того, вона надавала допомогу органам охорони здоров'я в справі поліпшення медичного забезпечення населення області й упровадження в практику передового досвіду й досягнень науки; узагальнювала професійний досвід практичних лікарів і окремих медичних закладів; брала участь у здійсненні медико-санітарно-просвітницької роботи, проводила в життя рішення вченої Ради Міністерства охорони здоров'я УРСР. Рада організувала діяльність обласних спеціалізованих наукових медичних товариств; обговорювала плани, звіти й доповіді їх роботи; організувала й проводила лекції й диспути з актуальних питань медичної науки; налагоджувала зв'язки й підтримувала контакти з науковими товариствами й організаціями України й СРСР, направляла своїх представників для участі в їх роботі; брала участь в атестації лікарів; створювала за необхідності комісії для вирішення тих чи інших питань; готувала й видавала друковані матеріали [214, арк. 28-31].

Сприяла розвитку наукових досліджень і постанова ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 5 липня 1968 р. “Про заходи щодо подальшого покращення охорони здоров'я і розвитку медичної науки в країні”. Зокрема наголошувалося на необхідності ефективного використання досягнень науки й техніки, ліквідацію відставання

в розвитку наукових досліджень, пошуку нових засобів і методів профілактики, діагностики й лікування хвороб [272].

Наукові медичні товариства об'єднували від кількох десятків до кількох сотень членів. Найчисленнішим було Чернігівське медичне товариство терапевтів (250 членів) [223, арк. 1-7]. Основною формою роботи виступали наукові засідання, на яких заслуховувались і обговорювались доповіді й повідомлення, що супроводжувалися демонстраціями хворих, узагальнювалися підсумки наукових спостережень, висвітлювалися найновіші досягнення в галузі теоретичної, клінічної й профілактичної медицини. Товариства проводили публічні лекції й наукові диспути зі спеціальних питань, організовували дискусії з важливих питань медичної науки, вели широку санітарно-просвітницьку роботу серед населення.

На початок 1980-х років на Чернігівщині функціонувало 18 обласних наукових медичних товариств (ОНМТ). Вони виконували роль філій республіканських товариств. Товариства очолювали: терапевтів (О. Федорченко, кандидат медичних наук), невропатологів (А. Груша, доктор медичних наук), психіатрів (Е. Лапинський, кандидат медичних наук), педіатрів (В. Пасічник, кандидат медичних наук), отоларингологів (А. Светлейший, кандидат медичних наук), хірургів (А. Заворотний, кандидат медичних наук), епідеміологів, мікробіологів, гігієністів (М. Донець, кандидат біологічних наук), акушерів-гінекологів (Н. Кезля), окулістів (О. Ярошенко), дермато-венерологів (Б. Вацак), стоматологів (Л. Бондик), радіологів (С. Сакун), патанатомів і судмедекспертів (В. Синиця), клінічних лаборантів (Н. Кіншова), лікарів-інфекціоністів (В. Устименко), фізіотерапевтів (І. Герасименко), фтизіатрів (В. Дубров), фармацевтичне товариство (Т. Фесюра) [375, с. 135-136].

Товариства проводили засідання щомісяця. Розглядалися питання всіх розділів внутрішньої медицини: кардіології, гастроентерології, ендокринології, гематології, нефрології, алергології, пульмонології. Учені-терапевти вивчали методичні листи, у яких містилися нові методи діагностики, лікування в медичних закладах міста й села. Лікарі готували доповіді з клінічної й теоретичної медицини, організації охорони здоров'я [223, арк. 1-7].

У 1980-ті роки секція лікарів-гастроентерологів при науковому товаристві терапевтів піклувалася про впровадження нових фізико-хімічних методів дослідження, гастроскопії, рентгеноскопії, ексfolіативної цитології, електрофореграм шлункового соку тощо [242, арк. 14-15].

Робота наукового товариства лікарів акушерів-гінекологів була направлена на вироблення методик лікування запалень органів жіночої статеві системи, токсикозів вагітності, рентгеностерилізації жінок, застосування кесаревого розтину тощо [232, арк. 18-20].

Наукове медичне товариство лікарів-педіатрів акцентувало увагу на лікуванні дітей, хворих на інфекційно-алергічний міокард, гострий лейкоз, стенозуючий ларинготрахеїт. Заслуховувалась інформація про роботу всесоюзних і республіканських конференцій і семінарів [435, с. 174].

Наукове товариство офтальмологів, крім справи підвищення кваліфікації лікарів, залучення їх до наукової роботи, розгорнуло допомогу щодо зміцнення офтальмологічної сітки медичних установ, організувало роботу з лікування органів зору: глаукоми, трахоми тощо [288, с. 236-237].

Члени обласних наукових медичних товариств надавали практичну допомогу органам охорони здоров'я, проводили обласні й міжрайонні конференції, декадникі, семінари, читали лекції для лікарів. Щорічно здійснювали більше 50 консультаційних прийомів хворих, близько 200 планових виїздів у райони, близько 100 вильотів по санітарній авіації [242, арк. 19].

Наукове товариство акушерів-гінекологів щорічно здійснювало більше 150 виїздів у райони. Спільно з епідеміологами двічі на рік проводили перевірки всіх пологових стаціонарів щодо дотримання санітарно-гігієнічного режиму [228, арк. 8-18]. Товариства організували курси підвищення кваліфікації при інституті вдосконалення лікарів у Києві, Кривому Розі, Дніпропетровську. Регулярно проводилися заняття висококваліфікованих спеціалістів із лікарями-інтернами [242, арк. 25-27].

Члени обласних наукових товариств працювали над дисертаційними дослідженнями, друкували науково-практичні статті

у фахових періодичних виданнях. Лише за 1978 – 1979 рр. терапевтами області підготовлено дев'ять наукових праць. За досліджуваний період над кандидатськими дисертаціями працювали 22 лікарі різних спеціальностей. Усі вони захистили свої наукові роботи. Лікарі-практики вносили раціоналізаторські пропозиції щодо діагностики, профілактики й лікування захворювань. Лише протягом 1978 р. в практику охорони здоров'я впроваджено 66 нових раціоналізаторських пропозицій, які стосувалися виявлення артеріальної гіпертензії та її лікування, методів радіонуклідної діагностики захворювань серцево-судинної системи, діагностики хронічних гастритів, стандартизованих методів рентгенологічних досліджень легень і шлунково-кишкового тракту, методів діагностики й профілактики залізодефіцитних станів тощо [240, арк. 10-14]. Психіатри щороку освоювали й впроваджували в практику до 30 нових методик, серед яких схеми лікування психічних захворювань, застосування антинікотинової жувальної гумки “Гемібазин” тощо. Невропатологи впроваджували більше десяти нових методів лікування, зокрема методу масового обстеження організованого контингенту населення з метою виявлення осіб, схильних до інсульту, методів діагностики та лікування вегето-судинних дистоній тощо [243, арк. 1].

Лікарі-педіатри постійно працювали над удосконаленням методів діагностики, лікування й профілактики дитячих хвороб. Щороку впроваджувалося до 10 раціоналізаторських пропозицій: схеми оцінювання й групування за станом здоров'я й аналізу масових обстежень дітей; методи інтенсивної терапії та інтенсивного догляду за недоношеними дітьми; методи визначення імунологічної реактивності здорових і хворих дітей та інші [244, арк. 17].

Лікарі обласних наукових товариств брали активну участь у розповсюдженні наукових знань. Друкувались у районних і обласних ЗМІ, випускали пам'ятки для хворих, виступали з лекціями в мережі товариства “Знання”.

Лікар-психіатр В. Худик досліджував інтелектуально-амnestичні порушення у хворих алкоголізмом; психологічні механізми рецидиву алкоголізму; психологічну корекцію шкідливих звичок

у дітей дошкільного віку; клініко-психологічну діагностику наркоманії; психічні аномалії в дітей у сім'ях, хворих алкоголізмом, проводив санітарно-просвітницьку роботу щодо профілактики й попередження шкідливих звичок в осіб молодого віку тощо [243, арк. 6-8]. Лікарі-отоларингологи І. Пономаренко та І. Сизий опублікували роботу “Розвиток ЛОР-допомоги в Чернігівській області” [129, арк. 6].

Досліджувані роки виявилися загалом сприятливими для наукової діяльності лікарів. Протягом 1960 – 1970-х років підготовлено 450 наукових праць практичних лікарів і провізорів області [433]. Ці обставини можна пояснити такими причинами: по-перше, до 1960-х років набралось досвіду покоління лікарів, які закінчили медичні інститути в перші післявоєнні роки. По-друге, наявністю в регіоні обласної науково-медичної бібліотеки, необхідного фонду літератури довідково-пошукового апарату, який включав 1 млн. 750 тис. бібліографічних джерел інформації [375, с. 135].

Підсумовуючи сказане, приходимо до висновку, що в досліджуваній період щороку зростала роль наукових зібрань лікарів: з'їздів, науково-практичних конференцій, нарад активу тощо. Це були форми налагодження співпраці лікарів-практиків і науковців з метою випрацювання продуктивних методів лікування й профілактики.

Громадські чинники посідали значне місце в роботі медичних установ Чернігівщини. Важливу роль відіграло Чернігівське наукове медичне товариство. 1968 року внаслідок упровадження концепції спеціалізації медичних послуг товариство реорганізовано в низку спеціалізованих медичних товариств. Для координації їх роботи створено Координаційну раду з впровадження науки в практику.

На початок 1980-х років на Чернігівщині функціонувало 18 обласних наукових медичних товариств (ОНМТ). Вони виконували роль філіалів республіканських товариств. Необхідно зазначити, що медичні товариства були найбільш масовою формою участі лікарів у науковій роботі. Вони відігравали роль посередника між

центрами теоретичної наукової думки й лікарями, які прагнули вдосконалювати свої знання для забезпечення найбільш якісних умов лікування хворих.

Період 1960 – 1980 рр. характеризувався зростанням науково-го супроводу в діяльності медичних установ. Підвищувалася роль з'їздів лікарів, науково-практичних конференцій, нарад активу медичних працівників тощо. Протягом досліджуваного періоду на Чернігівщині відбулося близько півсотні таких зібрань. На них розглядалися питання діагностики, лікування та профілактики туберкульозу; онкологічних, неврологічних, гінекологічних, стоматологічних, психоневрологічних, отоларингологічних, ендокринологічних, хірургічних та інших захворювань. Пропонували шляхи поліпшення санаторно-курортного лікування.

Отже, принцип наукового підходу розглядався як один з основоположних засад соціалістичної системи охорони здоров'я та ґрунтувався на синтезі й єдності прогресивних технологій, методик, організаційних форм у медицині й актуальних на той час розробок, досягнень медичної науки й практики. Відбувалось об'єднання наукових зусиль, використовувались досягнення передової медичної науки, визначалися напрямки досліджень в галузі медицини.

3.3. Проблеми здоров'я міського й сільського населення регіону

У досліджувані роки інтегрована оцінка здоров'я громадян Чернігівщини фахівцями класифікувалась як незадовільна. Серед причин цього явища слід виокремити різкі диспропорції між ставово-віковими групами, що складалися протягом тривалого часу, прорахунками в організації надання медичної допомоги, чисельним переважанням сільського соціуму над міським.

Негативний вплив на загальний стан здоров'я населення Чернігівщини мала Чорнобильська трагедія. Майже вдсятеро зросли захворювання щитоподібної залози, лейкомія (порівняно з показниками по Україні). Система нагляду за постраждалими працювала недостатньо. Хоча видатки на програму ліквідації наслідків і

були достатні, але вони неправильно розподілялися й стосувалися насамперед соціальних допомог. Коштів на оздоровлення ліквідаторів виділялося невинувато мало.

Хоча різноманітні обстеження свідчили, що здоров'я посідало чільне місце в системі цінностей більшості громадян, лише певна частина реально дбала про його збереження й своєчасно зверталася до лікаря; решта відвідувала на стадії загострення недуги. На селі звичним явищем ставало самолікування. Причиною цього був передусім низький рівень довіри громадян до чинної системи медичної допомоги.

У досліджувані роки обмежувальні тенденції щодо вивчення здоров'я окремих категорій населення лише посилювалися. На Чернігівщині, де переважало сільське населення, вони проявлялись особливо виразно й рельєфно. Селянство мало гірші, порівняно з міськими жителями, умови проживання. Сільське житло лише на 3-4% забезпечувалося такими комунальними зручностями, як газ, центральне опалення, водогін. Значна частина селян проживала за межею бідності. На селі зберігалися значно гірші умови харчування, залишалася порівняно низька санітарна культура людей. Лише половина сільських мешканців Чернігівщини одержували триразове регулярне, збалансоване харчування. На кінець досліджуваних років менше половини селян відвідували лазню, близько 70% мили руки з милом перед харчуванням, близько 40% користувалися зубною щіткою. Зростала тенденція зловживання алкоголем і тютюном. У 1980-і роки на Чернігівщині близько 8% селян і 9% містян зловживали алкоголем і відповідно 37% і 45% постійно курили. Зростало число громадян, які набували шкідливих звичок у ранньому підлітковому віці. Частка здорових громадян на селі була більше ніж удвічі меншою порівняно з містом [268, арк. 97].

Якість харчування залежала від соціально-економічної обстановки в регіоні загалом. Енергетична цінність раціону харчування значної частини громадян Чернігівщини була нижчою за 2100 кКал, що за визначенням ВООЗ було порогом бідності. Населення області недостатньо вживало фруктів, продуктів, що містили тва-

ринний білок (м'ясо, риба, молоко). Водночас надмірним було споживання картоплі, хліба, цукру та олії, які були найбільш доступними групами продуктів.

Збалансованому харчуванню належала основна роль у процесі всмоктування, виведення, характеру розподілу і нагромадження шкідливих речовин. А від їх кількості та хімічного складу залежало збереження здоров'я та попередження захворюваності. У досліджувані роки на Чернігівщині, як і в цілому по Україні, недостатньо приділяли увагу профілактиці захворювань шляхом оптимізації харчування. Актуальність цього питання постійно зростала в країнах Європи і Америки. Громадянами надмірно багато вживалося цукру, що спричиняло перевантаження гормональної системи організму.

Відсутність належних матеріальних умов для забезпечення повноцінного харчування та інших видів споживання не могла не позначитися на стані загального, репродуктивного й статевого здоров'я. Попри те, що в повсякденному житті громадян деякі позитивні зміни справді відбулися, але їх масштаби явно поступалися обіцянним. Зростала, хоча і повільно, купівельна спроможність. Проте, починаючи з початку 1970-х років, для пересічного громадянина ключовим словом ставав "дефіцит". З кожним роком у розряд дефіцитних товарів потрапляло все більше й більше продовольчих товарів. Тому "доставання" дефіцитних товарів ставало ледь не сенсом життя більшості громадян.

На Чернігівщині періодично виникали продовольчі труднощі, не вдавалося досягти належного рівня в забезпеченні громадян високоякісними, достатньо калорійними, у необхідній кількості продуктами харчування. 1989 року Чернігівська обласна рада ветеранів війни й праці направила М. Горбачову листа, у якому йшлося про порушення соціальної справедливості щодо результатів праці в процесі визначення обсягів поставок тваринницької продукції до союзного, республіканського й обласного фондів споживання. Область за розмірами поголів'я худоби була другою в республіці, а за споживаннями відповідних продуктів

харчування – на 18 місці. Мешканцям Чернігова та інших міст регіону доводилося їздити за м'ясом, молоком, маслом до Москви, Києва чи Гомеля [72, арк. 98-101]. Органи державної влади проголошували завдання збільшення споживання м'яса. Заради цього СРСР, починаючи саме з 1964 р., витрачав величезні кошти на імпорт зерна, яке використовувалося на відгодівлю худоби з метою збільшення частки м'яса в раціоні харчування. На Заході докладали багато зусиль, аби змінити дієтичні вподобання громадян у протилежний бік. Як свідчить статистика, громадяни України загалом, і Чернігівщини зокрема, понад норму споживали хліба та недоспоживали молочних продуктів. Наявна структура харчування виконувала роль важливого фактора ризику розвитку серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань. Профілактична стратегія, що пропонували науковці й лікарі-практики, суперечила проголошеним політичним гаслам, що стосувалися неухильного збільшення в СРСР фондів споживання й поширеному у свідомості громадян “культу ковбаси”.

За даними соціологічних опитувань, більшість сільських жителів області були невдоволені не стільки якістю побутового обслуговування, скільки взагалі його відсутністю. Сільський сервіс так і залишався “ненав'язливим”, не дійшов до кожної сільської оселі, зосереджувався в райцентрах і центральних садибах. У кожному четвертому селі області діяла лазня. Якщо врахувати, що в переважній більшості сільських домівок були відсутні ванни та душеві кімнати, то показник наявності лазень можна розглядати як неприпустимо низький рівень благоустрою більшості сіл області [420, с. 117].

Особливо нерозвинутою на селі залишалася мережа закладів побуту непромислового характеру: лазень, перукарень, фотоательє тощо. Причому вони були відсутні й у великих населених пунктах. Селяни користувалися послугами підприємств, що розташовувались у районних центрах. Головна маса сільського населення через відсутність лазень вимушена митись у примітивних умовах у себе вдома, а стригтись й голитись в приватних осіб або займатися самообслуговуванням.

Обмеженість сфери побутового обслуговування особливо гостро відчували сільські жінки. Адже саме їм доводилося нести головний тягар облаштування сімейного побуту. Відсутність пралень та лазень оберталася додатковим фізичним навантаженням на їхні руки. Вони не мали змоги користуватися й послугами перукарень: аби зробити зачіску, доводилося їхати до райцентру.

Будинки побуту та комплексні приймальні пункти досить повільно розвивали нові прогресивні види послуг: пошиття верхнього одягу за жилетно-макетним методом. Одним із факторів, який стримував розвиток сфери послуг, була недостатня забезпеченість матеріально-технічними ресурсами та засобами деревообробного обладнання, будівельної техніки й механізмів, достатньої кількості палива, окремих видів сировини. 1983 року 50-80% чинних на селі побутових підприємств не виконували замовлень щодо ремонту трикотажних виробів і меблів, радіо- й телеапаратури. Постійно скорочували кількість закладів, які ремонтували холодильники, пральні машини, пиломоктувачі та іншу побутову техніку [52, арк. 58]. Особливі труднощі сільські мешканці переживали під час ремонту складної побутової техніки. Мережа ательє, майстерень і приймальних пунктів діяла в райцентрах і великих селах; майстерні з ремонту годинників часто розміщувались у пристосованих приміщеннях, контроль за їх роботою був ускладненим, тому часто порушувалися преїскуранти цін на виконані послуги.

Торговельні заклади в період відповідальних сільськогосподарських робіт долучалися до справи підвищення та стимулювання трудової активності працівників шляхом організації, доставки безпосередньо на виробництво дефіцитних товарів, яких не було на прилавках сільмагів. Ці форми торгівлі частково виконували поставлене завдання й компенсували недостатність роботи торговельних закладів на селі. Проте вони були позбавлені здорового глузду, оскільки не користувалися популярністю в виробничників, адже з'являлися стихійно та потребували перерви в роботі доярок, механізаторів, інших працівників. Адекватно не може сприйматися випадок, коли доярка, облишивши доїти корів, ста-

вала в чергу біля автокрамниці, аби придбати товари, або механізатор зупиняв трактор серед поля, щоб купити тютюнові вироби.

Нерозвинутою залишалася на селі система громадського харчування. Протягом досліджуваних років мережа її закладів розширювалася: функціонували як державні, так і кооперативні підприємства. Більшість таких об'єктів розташовувалися на території центральних садиб і були збудовані силами самих господарств.

У 1970-ті роки, залежно від обслуговування різних контингентів населення, склалося декілька головних груп підприємств громадського харчування закритої мережі, які функціонували на території радгоспів, навчальних закладів. Крім того, діяли й заклади відкритого типу: їдальні, ресторани, кафе тощо.

Найпоширенішим типом громадського харчування на селі продовжували залишатися колгоспні їдальні, які відкривали на польових станах, у бригадах під час напружених сільськогосподарських робіт, а також фермах. Але громадське харчування в колгоспах і радгоспах розвивалось дуже повільно, оскільки переважна їх кількість не мала матеріально-фінансових ресурсів для забезпечення безплатним харчуванням своїх працівників. У деяких районах області до 90% господарств не мали змоги це робити. З цього випливає висновок, що приготування й споживання їжі в домашніх умовах залишалось традиційним на селі. За даними соціологічних обстежень, на ці цілі витрачалось 43% хатньої праці сільської жінки [454, с. 206].

У 1980-ті роки розрив у забезпеченні закладами громадського харчування міського й сільського населення поглибився. На селі не вдалося розвинути мережу спеціалізованих підприємств громадського харчування (чайних, кав'ярень, барів) до рівня, коли б вони могли відігравати роль важливого місця спілкування, обміну інформацією, проведення розумного відпочинку тощо. Робота щодо їх створення та налагодження ефективного функціонування здійснювалася хаотично. Державні й господарські органи, замість послідовних дій стосовно збільшення значення підприємств, задовольнялись збором інформації про

кількість колгоспників і робітників радгоспів, що були охоплені гарячим харчуванням під час збирання врожаю чи загальну чисельність закладів. Основним показником якості роботи підприємств громадського харчування залишалося виконання планів розширення посадочних місць. Вони не могли самостійно економічно розвиватися, регулярно просили “допомоги” в партійних і господарських органів з метою забезпечення необхідних поставок ресурсів. Більшість їх залишалися збитковими. Сільськогосподарські підприємства, що не мали матеріальних можливостей будувати заклади за типовими проектами, розташовували їдальні, кав’ярні в пристосованих приміщеннях, у яких іноді навіть не можна було встановити необхідне обладнання й прилади. На середину 1970-х років майже половина колгоспних їдалень розміщувались саме в таких приміщеннях. Більшість не мала централізованого водопостачання, узимку не опалювались.

Технологічне, електричне, механічне та теплове обладнання, що тут використовували, часто виходило з ладу саме через відсутність на селі служб із його обслуговування.

Організація харчування в полі ускладнювалася відсутністю достатньої кількості збірно-розбірних та пересувних їдалень. У 1970-ті роки для підприємств харчування, що підпорядковувалися Мінрадгоспів УРСР, не виділено жодної такої їдальні. Не налагоджували виробництво й індивідуальних спецконтейнерів для перевезення та обслуговування обідами. У поле вони часто вивозилися непристосованим транспортом (вантажними автомобілями, гужовим транспортом).

Підприємства громадського харчування залишалися істотно не забезпеченими висококваліфікованими спеціалістами. Більшість тих, хто тут працював, не мали спеціальної підготовки, часто були необізнані з порядком обліку й витрат продуктів, унаслідок чого допускалися порушення в технології виготовлення їжі, не додержувались санітарні вимоги. Траплялися наявні випадки, коли через обмежені фонди на м’ясо працівники їдалень, кав’ярень занижували калорійність їжі.

Якість харчування в шкільних їдальнях часто залежала від рівня розвитку сільськогосподарських підприємств. Лише економічно міцні господарства мали можливість виділяти необхідні ресурси та забезпечувати безкоштовне харчування школярів. У переважній більшості сіл виконкоми не могли належно вирішувати питання ефективної роботи шкільних їдалень. Кожна п'ята сільська школа не мала можливості забезпечити учнів молоком і чаєм. Мало поставлялось соків, готувалось овочевих блюд. Практично в більшості сільських шкіл асортимент харчових продуктів не відповідав нормам дієтичного харчування. У досліджувані роки слабкий розвиток сфери побутових послуг призвів до диспропорцій у грошових прибутках і видатках громадян.

Показники захворюваності населення Чернігівщини зростали. Вагоме збільшення розповсюдження хвороб крові, уроджених аномалій пов'язували з погіршенням загального стану довкілля. Зростання кількості хвороб системи кровообігу обумовлювали такими хворобами, як гіпертонічна, яка збільшилась на третину, ішемічної хвороби серця – на 6%, стенокардії – на 5,7%, мозковаскулярних хвороб – на 4,4%. Це було результатом впливу соціально-економічних чинників.

Охорона здоров'я в досліджувані роки концентрувалася переважно на лікувальній медицині, яка була економічно затратною, оскільки оберталася невиправданими демоекономічними втратами як на рівні держави, так і господарств, оскільки значна частина захворювань могла бути попередженою, а ще частина хворих, яка могла бути вилікувана амбулаторно, потрапляла в стаціонари, де лікування було доволі витратним.

У 1960 – 1980-ті роки період тривалого обов'язкового стаціонарного лікування від моменту захворювання до певного або часткового одужування давав свої результати. Водночас протягом 20 років захворюваність на серцево-судинні, онкологічні, шкіро-венерологічні хвороби поширювалась. Цьому сприяли фактори зростання серед населення груп хворих на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, недостаній рівень диспансерної та профілактичної роботи.

У містах Чернігівщини були вищими ризики ураження злоякісними утвореннями. Це зумовлювалось головним чином інтенсивною зміною компонентів довкілля: гравітаційними, термічними, електромагнітними, фізичними. У 1960 – 1970-ті роки найчастіше злоякісні новоутворення з'являлися на шлунку, легенях, шкірі, губах, молочній залозі, шийці матки і сечовому міхурі. Щорічно захворюваність міських і сільських жінок на цю недугу збільшувалася на 2 – 2,5%. Сільські жінки менше хворіли на рак, ніж міські. Це зумовлювалося переважно екологічними чинниками [471].

Професійна захворюваність акумулювала категорію хвороб, що виникли внаслідок впливу на організм людини несприятливих факторів виробничого середовища, а також самого трудового процесу. Окрім медичних, соціальних і моральних збитків окремим людям, професійні захворювання приносили величезні економічні втрати суспільству. У досліджувані роки як в області, так і в Україні у цілому не вели серйозних досліджень економічних втрат у зв'язку з нещасними випадками й професійними захворюваннями. Дослідження вчених Західної Європи і США засвідчували, що ці втрати були більшими, ніж втрати від серцево-судинних захворювань або новоутворень. Рівень травматизму й професійної захворюваності безпосередньо був пов'язаний з умовами праці на виробництві. Чинна система профілактики ґрунтувалася на ідеології, яка передбачала фіксацію вже наявних випадків хвороб і травм. Прогнозування й оцінку ризиків практично ніхто не вивчав. Економічний принцип “виробництво заради виробництва” нівелював цінність людського життя, а отже, тотально допускали серйозні порушення санітарних норм, часто не реєстрували профзахворювання.

Найбільша небезпека формування профпатологій існувала в хімічних галузях. У сільському господарстві на тлі несприятливих умов праці спостерігали зниження показників профзахворюваності, що скоріш за все було пов'язано з недостатнім їх виявленням через погіршення медичного та профпатологічного обслуговування сільського населення.

Загалом структура професійної захворюваності на Чернігівщині протягом 1970 – 1980-х років переважно визначалася хронічними хворобами (до 95%) за невеликою кількістю хронічних інтоксикацій і гострих форм патології.

Серед професійних хвороб перше місце посідали хвороби органів дихання. Вони ставали серйозною проблемою, причому не тільки гігієнічною, а й соціально-економічною. Наступні рангові місця посідали хвороби кістково-мозкової системи й сполучної тканини, вібраційна хвороба. Майже не реєструвалися численні професійні патології захворювання шкіри, гострі професійні отруєння (пестицидами). Пилова, вібраційно-шлункова патологія, захворюваність опорно-рухового апарату спричинили появу таких важких хвороб, як туберкульоз та новоутворення. Тотально порушували вимоги нормативних документів про охорону праці й техніку безпеки.

Серед травм переважали побутові травми, далі йшли дорожньо-транспортні й виробничі. Вони посідали вагоме місце в захворюваності громадян Чернігівщини. Розповсюдження травм мало певну статево-вікову особливість. Дві третини травм припадало на чоловіче населення. Виключно до середини 1970-х років стрімко зростав дорожньо-транспортний травматизм. У подальший період, після введення більш суворих правил дорожнього руху, цю тенденцію вдалося сповільнити. Стрімкі темпи поширення травматизму серед сільського населення області зумовлювалися шкідливими умовами праці, наявністю несприятливих родинних стосунків, зловживання алкоголем. Частота самогубств у селах Чернігівщини була на третину вищою порівняно з містами [220, арк. 55-56; 411, с. 93-96].

У 1964 – 1985 рр. як в Україні, так і на Чернігівщині зростала смертність, що було викликано розвитком хвороб системи кровообігу серед дорослого населення, особливо чоловіків працездатного віку. Лише протягом 1985 – 1986 рр. відбулося падіння темпів смертності. Цей феномен однозначно був пов'язаний з антиалкогольною кампанією. На думку фахівців, зменшення тривалості життя, що мало місце в досліджувані роки, впливало

із загальної політики радянської держави, коли стимулювалися кількісні показники споживання, не дбаючи про їх вплив на ризик хронічних хвороб. У СРСР протягом 1960 – 1980-х років виробництво цигарок зросло на 72%, зростало вживання алкоголю, цукру, харчових продуктів з високим вмістом насичених жирів та холестерину на тлі зменшення вживання зернових та овочів. Характерно, що зміни в харчуванні зумовлювались не попитом, а пропозицією [15, арк. 71].

У 1960 – 1980-ті роки відбувалося зношення й виснаження трудових ресурсів села. Важкі умови праці досить швидко давалися взнаки й негативно позначалися на здоров'ї зайнятих фізичною сільськогосподарською працею. 1980 року на сільське господарство припадало до 8% уперше зареєстрованих випадків професійної патології [422, с. 250].

Суттєво руйнувало громадське здоров'я регіону зловживання алкоголем. Його споживання вирізнялося передусім нерегулярними, але значними дозами вживання. "Ударні" одноразові дози алкоголю завдавали доволі сильного токсичного впливу на організм. Така нераціональна й шкідлива модель споживання алкоголю була результатом комбінованого впливу певних історичних традицій, особливостей державної політики. Уживання спиртних напоїв було не лише атрибутом святкувань, але й невід'ємним способом вирішення професійних питань. Цьому сприяла державна монополія на виробництво й реалізацію напоїв.

Протягом 1960 – 1985 рр. обсяги вживання міцних напоїв жителями області зростали. Серед причин алкоголізації науковці виокремлювали кілька чинників. Близько 95% хворих на цю недугу починали вживати спиртне у віці до 15 років. До т.з. "пускових" чинників відносилися також родинні традиції, незадовільну організацію відпочинку. У 16 – 19-річних юнаків формулася звичка під дією т.з. "питтєвих" звичаїв, алкогольної облуди й забобон. До 26 років уже більше спрацьовували психологічні установки, тобто закріплювалася потреба у вживанні спиртних напоїв.

Алкоголізм як соціальне явище мав низку негативних наслідків: соціальну деградацію особистості, економічні збитки, самогубства. Пияцтво відкривало шлях до зловживань, злочинів. Вчинки, скоєні громадянином у стані сильного алкогольного сп'яніння, вирізнялися жорстокістю й безглуздістю. Економічні збитки внаслідок прогулів та витрат на медичну допомогу тим, хто зловживав алкоголем, були втричі більші порівняно з тими, хто не випивав.

У 1960 – 1980-ті роки на Чернігівщині показники смертності від хвороб, які піддавалися лікуванню, залишалися стабільними, що свідчило про незмінність ефективності надання медичної допомоги. У країнах Західної Європи, зокрема у Великобританії, у ці роки смертність зменшувалася, що свідчило про розвиток системи надання медичних послуг. Тут одночасно використовували заходи, що обмежували вплив факторів ризику та надавали можливість розвитку нових методів лікування, що дозволило далі зменшувати смертність від хвороб систем кровообігу. У кінці 1980-х років у структурі смертності громадян Чернігівщини неінфекційні хвороби склали 82%, травми та зовнішні причини – 12%, інфекційні – 6% [283, с. 37, 40, 47].

Ефективних способів стримання смертності від хронічних неінфекційних хвороб не було винайдено. У цій справі використовувався чисто радянський підхід. Починаючи з 1975 р., інформація про рівень смертності переставала публічно поширюватися або ж друкувалась під грифом “для службового користування”. Проте західним дослідникам ці дані були відомі, оскільки СРСР вимушений був надавати статистичні дані для Всесвітньої організації охорони здоров'я. Громадяни ж були позбавлені даних про стан смертності.

Дані нижче наведеної таблиці дають характеристику змін цих показників у розрізі районів і міст області.

Зміни в показниках смертності дітей (на тис. новонароджених померло у віці до року) [280, с.3; 284, с. 8; 282, с. 7]

№	Райони і міста	Роки			
		1972	1975	1980	1988
1	Бахмацький	18,5	13,5	16,7	10,1
2	Бобровицький	8,4	17,9	14,2	12,3
3	Борзнянський	17,5	24,1	19,3	13,5
4	Варвинський	19,0	10,1	10,4	3,6
5	Городнянський	20,5	27,1	13,6	11,5
6	Ічнянський	15,3	13,5	12,5	8,9
7	Козелецький	9,4	13,6	16,6	12,7
8	Коропський	16,3	25,1	15,9	4,7
9	Корюківський	16,1	16,7	20,9	15,8
10	Куликівський	39,0	29,5	19,7	15,1
11	Менський	23,9	15,8	18,2	4,5
12	Ніжинський	5,3	21,2	7,5	13,2
13	Новгород-Сіверський	13,5	17,4	25,5	14,7
14	Носівський	13,5	16,7	13,8	11,3
15	Прилуцький	12,0	10,8	11,5	13,3
16	Ріпкинський	18,3	15,6	11,2	13,7
17	Семенівський	7,7	10,7	10,9	6,3
18	Сосницький	11,2	21,4	12,2	6,1
19	Срібнянський	12,9	32,6	12,4	9,3
20	Талалаївський	23,3	17,1	10,7	14,5
21	Чернігівський	10,0	14,7	12,7	9,9
22	Щорський	10,0	18,8	11,1	9,2
23	м. Чернігів	25,0	17,3	19,3	14,8
24	м. Ніжин	12,1	20,9	21,7	11,1
25	м. Прилуки	14,4	17,6	10,4	14,7
По області		16,5	17,7	15,6	12,0
По УРСР			19,7	16,2	14,24

Протягом 1972 – 1988 р. у більшості регіонів області показники смертності знижувались. Водночас у шести районах вони зростають, що свідчило про прорахунки в роботі медустанов. Найчастіше причинами смерті немовлят були різного роду такі соціальні

чинники, як матеріальні нестатки, тяжкі умови праці вагітної на виробництві, напружені психоемоційні стосунки в сім'ї, невчасне звернення за медичною допомогою тощо. У досліджувані роки на Чернігівщині в третині районів число дитячих смертей переважало середньореспубліканські показники.

Більшість дітей на першому році життя вмирили від ситуацій, що виникали навколо пологів і вроджених аномалій. Половина померлих дітей до року вмирили на першому тижні життя.

Зростала частка смертей від злоякісних утворень. Протягом 1980-х років практично в усіх районах області зберігався ріст загальних показників смертності. У кінці 1970-х уповільнилась смертність від раку шлунка та зросла від раку органів дихання, молочної залози. Статистика смертності від злоякісних новоутворень серед міського й сільського населення тривалий час залишалася недостовірною через те, що певна частина померлих сільських мешканців не піддавалися патологоанатомічним дослідженням через відсутність у деяких районах відповідних спеціалістів, діагностичного обладнання тощо. Органи охорони здоров'я подавали у цілому об'єктивну інформацію про причини захворюваності (ризиків захворюваності). В області 96% померлих від раку легенів регулярно курили. Крім того, до причин смертності дослідники відносили радіоактивне забруднення повітря, у тому числі канцерогенними речовинами, аборти, раннє відлучення малюка від грудного вигодовування тощо.

У досліджувані роки першочерговою проблемою громадсько-го здоров'я населення Чернігівщини залишалися хвороби системи кровообігу (судин і серця). Вони були основною причиною інвалідності. У 1980-ті роки від хвороби серця й судин страждали переважно люди середнього й похилого віку. Це та частина населення, що відзначалася не лише значною працездатністю, а й життєвим досвідом. Тенденції поширення цих хвороб були діаметрально протилежними тим, що мали місце в країнах Європи. Скорочення смертності тут стало результатом продуманої й послідовно впровадженої системи первинної та вторинної профілактики. На Чернігівщині, як і в Україні, смертність від хвороб системи кровообігу зростала виключно до середини 1980-х років. На цей вид

захворювання страждало майже вдвічі більше сільських громадян, ніж міських. А на такі патології, як гіпертонія, ішемічна хвороба, судинні враження мозку більш, ніж удвічі.

Як свідчать дані нижче наведених таблиць, у регіоні стрімко зростали темпи показників смертності від злоякісних утворень та туберкульозу.

**Зміни показників смертності від злоякісних новоутворень
(на 100 тис. населення) [282, с. 44; 284, с. 40]**

№	Райони і міста	Роки	
		1980	1989
1	Бахмацький	142	207,4
2	Бобровицький	117	177,2
3	Борзнянський	143	211,2
4	Варвинський	91	152,7
5	Городнянський	143	229,7
6	Ічнянський	111	225,4
7	Козелецький	133	203,9
8	Коропський	132	248,7
9	Корюківський	155	240,2
10	Куликівський	141	240,0
11	Менський	174	187,2
12	Ніжинський	142	247,8
13	Новгород-Сіверський	140	278,7
14	Носівський	151	276,8
15	Прилуцький	155	207,9
16	Ріпкинський	159	234,7
17	Семенівський	190	242,9
18	Сосницький	124	185,6
19	Срібнянський	202	202,3
20	Талалаївський	97	165,8
21	Чернігівський	160	242,7
22	Щорський	149	220,7
23	м. Чернігів	131	179,7
24	м. Ніжин	155	155,7
25	м. Прилуки	213	184,9
По області		145	207,7

Дані таблиці переконливо ілюструють про значний ріст смертності у всіх районах і містах області. Виняток становили Прилуки як аграрний регіон із більш прийнятним довліллям.

Нижче наведені статистичні дані характеризують результативність зусиль органів охорони здоров'я Чернігівщини стосовно попередження смертності від туберкульозу.

Зміни в показниках смертності від туберкульозу

[280, с. 27; 284, с. 46]

№	Райони і міста	Число померлих	
		1975	1989
1	Бахмацький	18	3
2	Бобровицький	16	15
3	Борзнянський	19	4
4	Варвинський	4	3
5	Городнянський	6	7
6	Ічнянський	17	1
7	Козелецький	13	3
8	Коропський	10	1
9	Корюківський	4	2
10	Куликівський	4	4
11	Менський	14	3
12	Ніжинський	12	8
13	Новгород-Сіверський	7	3
14	Носівський	8	4
15	Прилуцький	19	11
16	Ріпкинський	13	4
17	Семенівський	5	-
18	Сосницький	4	3
19	Срібнянський	10	1
20	Талалаївський	2	1
21	Чернігівський	20	6
22	Щорський	14	3
23	м. Чернігів	4	7
24	м. Ніжин	5	11
25	м. Прилуки	15	16
По області		263	124

Протягом 1985 – 1989 років практично у всіх районах (крім Гордниського) зберігалась тенденція до скорочення кількості смертей від цієї недуги.

У 1960 – 1980-ті роки в області відбувалося невпинне скорочення сільського населення. Сільське населення Чернігівщини посідало одне з перших місць і за рівнем смертності від нещасних випадків. Основною причиною цього явища стала низька виробнича дисципліна в сільгоспідприємствах, де нерідко діяв принцип: ”Вмієш? Тоді ставай до роботи”. Понад третину смертельних випадків трапилося через пияцтво.

Негативно позначилася на демографії сіл Чернігівщини широка міграція жителів, особливо молоді, у такі міста, як Чернігів, Київ, Ніжин, Прилуки, селища міського типу. Активний відтік селян до міст був визначальним фактором зростання загальної кількості містян. Величезна міграція молоді із сіл до міст деформувала сільську родину, сповільнила колись могутню здатність до відтворення.

За таких умов чи не єдиним джерелом поповнення сільського населення залишався природний приріст. Однак він щорічно зменшувався. 1975 року лише в чотирьох районах області спостерігався незначний природний приріст. У наступні роки в усіх районах був від’ємний природний рух. 1979 року Чернігівщину охопила депопуляція, тобто смертність населення вже перевищувала його народження.

На Чернігівщині досить помітними й вагомими виявилися деформації в статевій структурі населення. Це явище своїм корінням сягало в попередні десятиріччя, коли чоловіче населення понесло колосальні втрати на фронті й горнилі репресій, унаслідок оргнаборів на відбудову та освоєння цілини, спорудження промислових об’єктів, мобілізації до шкіл фабрично-заводського навчання. На початку 1960-х років серед міських жителів області на тисячу чоловіків приходилося 1210 жінок, а серед сільських – 1293 [278, с. 462]. Надалі протягом 1970 – 1980-х років у співвідношенні статей відбулося деяке вирівнювання: у межах одного відсотка щороку збільшувалась кількість чоловіків, відповідно зменшувалася

число жінок. У віці 40 років і старше диспропорції статей залишалися особливо значними. Така ситуація пояснювалася, з одного боку, збільшенням народжуваності хлопчиків, а з іншого – вищою порівняно з жінками смертністю чоловіків.

З 1960-х років розпочалося активне “старіння” сіл Чернігівщини. Водночас знижувалася й народжуваність головним чином через зменшення чисельності осіб 20-30 років (тобто найбільш репродуктивного віку). Унаслідок цього відбувалося скорочення працездатного населення. Ці вікові диспропорції цілком визначили демографічну ситуацію наступного десятиліття. Чисельність осіб пенсійного віку в селах Чернігівщини зростала й на початку 1980-х років досягла 15%.

Перевищення, починаючи з кінця 1970-х років, смертності над народжуваністю означало припинення природного приросту в сільській місцевості, тобто депопуляцію сіл, їхнє демографічне спустошення. Крім цього, із них щорічно вибувала переважна більшість молоді – найактивнішої, найбільш перспективної частини населення.

Показники природного руху населення протягом усього досліджуваного періоду знижувались. Якщо 1986 року спостерігали зменшення на 0,1%, то в 1989 р. вже на 2,1% [375, с. 228].

Нижче наведена таблиця містить дані в розрізі районів і міст області.

Зміни у природному русі населення Чернігівщини

[136, с. 2; 137, с. 3; 140, с. 7]

№	Райони і міста	Роки				
		1965	1970	1975	1980	1989
1	Бахмацький	2,8	0,7	-2,2	-3,1	-5,2
2	Бобровицький	3,7	0,2	-1,6	-5,8	-7,6
3	Борзнянський	3,3	-	-2,1	-5,1	-5,9
4	Варвинський	-	1,7	+0,9	-1,1	-1,8
5	Городнянський	6,3	0,7	-1,0	-4,0	-1,0

6	Ічнянський	2,7	-	-3,7	-6,6	-9,3
7	Козелецький	4,5	-	-0,8	-4,4	-8,5
8	Коропський	4,0	-	-5,6	-7,6	-7,5
9	Корюківський	-	1,9	+0,9	-2,3	-2,8
10	Куликівський	-	-	-1,6	-4,0	-8,7
11	Менський	6,6	0,3	+1,2	-0,8	-3,1
12	Ніжинський	6,7	0,7	-0,6	-5,4	-6,4
13	Новгород-Сіверський	5,8	1,6	-0,6	-3,5	-6,0
14	Носівський	4,6	2,0	-0,8	-1,8	-4,4
15	Прилуцький	1,7	4,5	-4,4	-8,2	-8,2
16	Ріпкинський	4,6	-	-3,5	-4,0	-6,6
17	Семенівський	4,6	-	-4,6	-5,8	-6,0
18	Сосницький	5,0	1,7	-2,5	-2,5	-4,9
19	Срібнянський	1,3	-	-3,5	-6,2	-6,9
20	Талалаївський	-	-	-3,3	-3,9	-5,7
21	Чернігівський	5,2	1,8	-0,8	-3,3	-5,8
22	Щорський	4,0	1,4	-0,9	-1,8	-4,5
23	м. Чернігів	6,6	6,9	-1,7	+9,9	+3,6
24	м. Ніжин	7,2	8,5	+6,9	+6,7	+6,0
25	м. Прилуки	10,6	13,6	+7,7	+4,4	+7,1
По області		5,0	2,4	+1,0	-1,0	-2,0
По УРСР		7,7	6,3	+5,1		

Як бачимо, у семи районах області ці зміни були менш помітними. У містах темпи смертності й народжуваності практично наближалися.

Наступна таблиця ілюструє динаміку змін у чисельності міського і сільського населення регіону.

Зміни чисельності міського і сільського населення Чернігівщини [136, с. 12, 121]

Райони і міста	Роки								
	1975			1980			1989		
	всього тис. чол.	міське	сільське	всього тис. чол.	міське	сільське	всього тис. чол.	міське	сільське
Бахмацький	75,8	35,4	50,4	76,0	28,7	47,3	68,0	30,7	37,3
Бобровицький	64,0	14,0	50,0	61,0	15,0	45,0	50,8	15,2	37,6
Борзнянський	66,1	10,7	55,4	63,7	11,7	52,0	53,7	12,5	41,2
Варвинський	23,4	7,3	16,1	23,4	7,9	15,5	21,6	8,9	12,7
Городнянський	51,1	11,7	39,4	49,0	12,1	36,9	44,4	15,1	29,3
Ічнянський	64,3	19,0	45,2	59,6	17,9	41,7	49,7	17,4	32,3
Козелецький	93,3	21,8	71,5	89,3	23,1	66,2	76,5	24,8	51,7
Коропський	48,3	9,4	38,8	45,7	9,1	36,6	39,0	9,1	29,9
Корюківський	41,8	15,3	26,5	40,7	15,9	24,8	38,3	17,8	20,5
Куликівський	38,8	4,7	28,1	31,7	5,1	26,6	27,5	6,1	21,4
Менський	60,1	21,5	38,6	57,9	20,9	37,0	52,9	22,2	30,7
Ніжинський	60,6	5,8	54,8	56,2	10,7	45,5	45,6	9,5	30,1
Н.-Сіверський	51,8	12,4	38,4	50,1	14,7	35,4	42,7	15,4	27,3
Носівський	58,6	19,0	34,8	51,3	18,7	32,6	44,8	18,3	26,5
Прилуцький	69,1	15,3	58,8	65,5	14,9	50,6	55,3	13,9	41,4
Ріпкинський	52,9	17,5	40,4	55,8	18,8	37,0	47,3	18,6	28,7
Семенівський	35,1	9,8	25,8	33,6	10,3	23,3	28,4	10,5	17,9
Сосницький	34,3	7,2	27,1	33,4	7,8	25,6	29,1	8,4	20,7
Срібнянський	21,8	5,3	16,5	20,7	5,4	15,3	17,8	5,4	12,4
Талалаївський	23,9	4,4	19,5	23,5	5,3	18,2	19,9	5,8	14,1
Чернігівський	85,0	9,3	75,7	82,9	8,5	74,4	75,8	8,1	67,7
Щорський	43,1	11,4	31,7	41,7	12,1	29,6	37,6	13,5	24,1
По районах	1157,1	279,2	877,9						
м. Чернігів	224,5	224,5		245,3	245,3		296,5	296,5	
м. Ніжин	68,2	68,2		70,6	70,6		80,6	80,6	
м. Прилуки	65,5	65,5		66,3	66,3		71,9	71,9	
По області	1515,3	637,4	877,9	1494,9	678,8	818,1	1415,7	756,2	659,5

Підраховано, що протягом 1975 – 1989 рр. населення області скоротилося на 99,6 тис. чол. Відповідно зростала частка міського й скорочувалася сільського населення.

Негативно впливала на народжуваність і висока зайнятість жінок у суспільному виробництві. Чернігівщина, як традиційно аграрний регіон, мала досить високі розміри зайнятості в колгоспно-радгоспному виробництві. У кінці 1980-х років у деяких районах області ситуація у сфері народжуваності загострилася до краю. В області практично в кожному п'ятому селі не народилося жодної дитини. У значній кількості сіл не було ні дітей, ні підлітків.

Протягом досліджуваних років практично по висхідній змінювалися показники смертності населення. Рівень смертності в області був одним із найвищих у республіці, про що свідчать дані нижче наведеної таблиці.

Зміни в динаміці народжуваності і смертності населення Чернігівщини (% на тис. чол.)

[280, с. 2; 282, с. 6; 284, с. 7]

Райони і міста	Роки					
	1975		1980		1989	
	народжуваність	смертність	народжуваність	смертність	народжуваність	смертність
Бахмацький	11,3	18,5	14,2	17,3	10,2	15,4
Бобровицький	11,5	13,1	10,3	16,1	10,2	17,8
Борзнянський	10,8	13,9	10,6	15,7	10,1	16,0
Варвинський	12,6	11,7	12,5	13,6	12,5	14,3
Городнянський	11,3	12,8	12,1	16,1	12,5	13,5
Ічнянський	10,1	13,6	10,8	17,4	9,8	19,1
Козелецький	11,7	12,5	11,5	15,9	9,6	18,1
Коропський	9,6	15,2	9,8	17,4	9,4	16,9
Корюківський	14,6	13,6	14,1	16,4	12,5	15,3
Куликівський	12,6	14,2	11,4	15,4	8,9	17,6
Менський	13,8	11,6	13,4	14,2	12,1	15,2
Ніжинський	10,7	11,3	9,5	14,9	9,8	16,2
Н.-Сіверський	12,1	12,7	12,7	16,2	10,6	16,6
Носівський	12,1	12,8	12,8	14,6	11,6	16,0
Прилуцький	10,0	14,4	9,3	17,5	9,6	17,8
Ріпкинський	11,3	14,0	11,3	15,3	9,9	16,5
Семенівський	10,0	14,6	11,0	16,8	10,8	16,8
Сосницький	10,0	12,6	12,4	14,9	9,8	14,7
Срібнянський	10,8	13,6	12,0	18,2	10,7	17,6

Талалаївський	12,1	14,3	12,1	16,0	9,6	15,3
Чернігівський	12,0	12,2	11,6	14,9	9,6	15,4
Щорський	12,9	12,9	12,9	14,7	11,1	15,6
По районах	11,4	13,1	11,7	15,9	10,4	16,3
м. Ніжин	16,0	5,7	17,0	7,1	13,9	10,3
м. Прилуки	16,8	9,1	16,5	9,8	14,5	8,5
м. Чернігів	17,5	8,2	14,8	10,4	15,0	7,9
По області	12,7	11,7	12,8	13,8	11,8	13,8
По УРСР	15,1	10,0				

Як бачимо, у досліджувані роки у цілому в області зберігалася висока смертність дітей. Проте в 1970 – 1980-ті роки вдалося дещо запобігти смертності від деяких конкретних видів захворювань. Протягом 1977 – 1980 рр. смертність від сепсису скоротилася майже в п'ятеро (з 19,6 до 4,2 випадки на 10 тис. народжених), хвороб органів дихання з 90,5 до 65,5 [195, арк. 4, 6, 9]. Проте смертність від патологій органів дихання ще залишалася досить високою.

У 1971 – 1974 рр. в області відбувся сплеск дитячої смертності. За цей період вона досягла 18,5% [13, арк. 11-13]. Основними причинами були захворювання в перші місяці після народження на різні хвороби органів дихання, прогрес вроджених аномалій. Нижче наведена таблиця ілюструє ці зміни в розрізі районів і міст області.

Зміни у співвідношенні чисельності дітей і дорослих на Чернігівщині [282, с. 4; 284, с. 4]

№	Райони і міста	Роки			
		1980		1989	
		дорослі	діти	дорослі	діти
1	Бахмацький	62,2	13,8	55,1	12,9
2	Бобровицький	49,6	11,4	42,2	8,6
3	Борзнянський	51,8	11,9	44,0	9,7
4	Варвинський	18,8	4,6	17,3	4,3
5	Городнянський	39,4	9,6	35,3	9,1
6	Ічнянський	49,0	10,6	41,6	8,1
7	Козелецький	72,9	16,4	63,3	13,2
8	Коропський	37,7	8,0	32,4	6,6

9	Корюківський	32,4	8,3	30,5	7,8
10	Куликівський	25,9	5,8	22,8	4,7
11	Менський	46,2	11,7	42,6	10,3
12	Ніжинський	45,5	10,7	38,7	6,9
13	Новгород-Сіверський	40,3	9,8	34,6	8,1
14	Носівський	41,3	10,0	36,2	8,6
15	Прилуцький	54,1	11,4	48,5	8,8
16	Ріпкинський	45,3	10,5	39,4	7,9
17	Семенівський	27,2	6,4	23,4	5,0
18	Сосницький	26,8	6,6	23,8	5,3
19	Срібнянський	17,0	3,7	14,7	3,1
20	Талалаївський	19,2	4,3	16,5	3,4
21	Чернігівський	67,3	15,6	62,0	13,8
22	Щорський	33,8	7,9	31,1	6,5
23	м. Чернігів	194,9	50,4	231,3	65,2
24	м. Ніжин	56,2	14,4	62,9	17,7
25	м. Прилуки	52,1	14,2	55,8	16,1
Усього		1206,9	288,0	1144,0	271,7

Протягом 1980 – 1989 рр. практично у всіх районах області спостерігалися тенденції скорочення числа дорослих і дітей. Ці обставини свідчать про розвиток демографічної кризи в регіоні.

У період 1960 – 1980 рр. негативний вплив на загальний стан здоров'я населення Чернігівщини мали багато чинників, у тому числі й наслідки Чорнобильської трагедії. Спостерігався ріст захворювань щитоподібної залози, лейкемії (порівняно з показниками по Україні майже в десять разів). Система нагляду за постраждалими працювала недостатньо.

Зростання показників захворюваності населення Чернігівщини пов'язувались із погіршенням екологічного стану області. Вагомим було збільшення розповсюдження хвороб крові, уроджених аномалій. Негативний вплив соціально-економічних чинників призвів до зростання кількості хвороб системи кровообігу: гіпертонічної, ішемічної хвороби серця, мозковаскулярних хвороб. Це особливо стосувалося чоловіків працездатного віку. Відбувалося зношення

й виснаження трудових ресурсів села. 1980 року на сільське господарство припадало до 8% уперше зареєстрованих випадків професійної патології [66, арк. 7].

Хвороби органів дихання займали перше місце серед професійних хвороб. Серед травм переважали побутові, потім дорожньо-транспортні й виробничі. Причинами поширення травматизму в сільського населення були: шкідливі умови праці, наявність несприятливих родинних стосунків, зловживання алкоголем. У селах Чернігівщини частота самогубств була на третину вищою порівняно з містами.

Серед основних причин летальних випадків залишались: неінфекційні хвороби (82%), травми та зовнішні причини (12%), інфекційні (6%). Причинами смерті немовлят частіше всього ставали тяжкі умови праці вагітних, напружені психоемоційні стосунки в сім'ї, невчасне звернення за медичною допомогою. Негативно впливала на народжуваність зайнятість жінок у суспільному виробництві. Зростала смертність від злоякісних новоутворень та туберкульозу. Одне з перших місць щодо смертності на селі посідали нещасні випадки. Поряд із цим відбувалось "старіння" сільського населення. Чисельність осіб похилого віку в селах Чернігівщини на початок 1985 р. досягла 22% [411, с. 97].

Отже, на демографію Чернігівщини, як і в цілому по Україні, вирішальний вплив у досліджувані роки мали такі фактори, як загальний стан здоров'я населення, збільшення захворюваності, зростання кількості венеричних хворих, наркоманів, а також надзвичайно згубні рецидиви наслідків Чорнобильської катастрофи.

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ НА ЧЕРНІГІВЩИНІ

4.1. Загальні тенденції розвитку спеціалізованої бібліотечної справи, медичного краєзнавства та бібліографістики

У 1960 – 1980-ті роки осередком організаційно-методичної, інформаційної, історико-краєзнавчої, бібліографічної роботи була Чернігівська обласна наукова медична бібліотека. Медичне краєзнавство було пріоритетним у діяльності бібліотеки й відіграло велику роль у відновленні історичної пам'яті народу, становленні його національної свідомості, вихованні гідності й справжнього патріотизму серед медичних працівників області. Установа пройшла нелегкий шлях становлення та розвитку [245, с. 11-12]. Функціонувала з 28 лютого 1933 р. Розміщувалась у приміщенні науково-дослідного бактеріологічного інституту. Першим директором призначено Гайсинську М. – лікаря-психіатра. Протягом 1933 – 1934 рр. відбувалося комплектування установи спеціальною літературою. До цієї справи долучали прогресивну громаду медиків Чернігівщини. Проходив збір фундаментальної літератури [467, с. 11]. Надходили приватні благодійні дарунки. Певний обсяг літератури наданий Державною центральною науковою медичною бібліотекою (Москва), Харківською науковою медичною бібліотекою, Республіканською науковою медичною бібліотекою. За даними Всесоюзного перепису наукових і спеціальних бібліотек (1934 р.), книжковий фонд Чернігівської обласної наукової медичної бібліотеки складав 2880 книг (без брошур), передплачували 124 періодичні видання медичного профілю, суміжних наук тощо [262, с. 288-289]. 1933 року було налагоджено обслуговування читачів, контингент постійно розширювався. Протягом року видавали до 1800 примірників книг: 1300 – з індивідуального абонента, 500 – колективного. 1936 року розпочалося запровадження заочного та міжбібліотечного абонементів [385, с. 3]. Протягом 1933

– 1941 рр. книжковий фонд збільшився майже в 15 разів (до 41 тис. примірників видань). 1941 року в бібліотеці працювало сім працівників [475, с. 3]. У перші дні Великої Вітчизняної війни, унаслідок бомбардування німецько-фашистською авіацією, бібліотека зазнала значних матеріальних втрат. Удалося поновити роботу лише 1 січня 1944р. [349, с. 9]. У післявоєнні часи бібліотека розпочала роботу з відбудови, ремонту приміщення, налагодження системи обслуговування, комплектування фондів. Працівники абонементу в цей час заклали основи етики бібліотекаря, суть якої – ввічливе, оперативне надання читачам бібліотечної інформації.

З 1952 р. бібліотека бере участь у комплектуванні бібліотек районних лікарень [269]. До 1956 р. фонд літератури відновлено до довоєнного рівня. 1957 року було введено нові технології комплектування й обробки літератури [409, с. 69-72]. Вивчався склад відвідувачів бібліотеки, їх потреби тощо [305, с. 24-27].

Було укладено угоди про співпрацю з низкою видавництв: "Медицина", "Здоров'я", "Штиинца", "Наука", "Наукова думка", "Вища школа", "Картя молдавеняске", "Зинатне"; газетами "Книжное обозрение", "Книготорговые бюллетени", "Бланки для замовлень". Складено списки книжкових магазинів з інших міст України. У наступні роки налагоджуються контакти з іншими науковими бібліотеками країни. Фонд поповнювався матеріалами медичних конференцій, з'їздів, збірниками праць науково-дослідних інститутів та інших наукових медичних закладів, патентами й авторефератами дисертацій. Значним імпульсом для розвитку установи стало призначення в червні 1957 р. директором бібліотеки Дулі М. – лікаря-стоматолога, бібліотекознавця [475, с. 4].

Медична бібліотека стала науково-методичною базою розвитку мережі спеціалізованих медичних бібліотек в області. Робота щодо створення бібліотек була ініційована М. Дулею в 1950-ті роки. У досліджуваній період мережа бібліотек розширювалася значними темпами. На початку 1960-х років в області при медичних установах діяло 60 бібліотек, серед яких – чотири бібліотеки при медичних училищах, вісім – при міських та обласних лікарнях, 22 – при центральних районних лікарнях, три – інших медичних закладах.

Більшість їх були невеликі, часто розміщувалися не в пристосованих приміщеннях. Книжковий фонд їх досяг 2 тис. примірників [475, с. 2]. 1966 року, додалось ще чотири бібліотеки дільничних лікарень і санаторіїв.

Співробітники бібліотеки напрацьовували методичні розробки, які були потрібні для організації роботи медичних бібліотек, установ і організацій. Лише протягом 1962 – 1967 рр. було опубліковано: ”Методическая помощь библиотекам районных больниц по организации библиотечного обслуживания медицинских работников села” (1962), “Работа библиотеки Куликовской районной больницы по обслуживанию книгой всех медицинских работников района” (1962), “Вопросы классификации медицинской литературы и организации каталогов в медицинских библиотеках области” (1965), “Комплектование книжных фондов медицинских библиотек” (1967), “Медицинская литература в практической и научной работе врачей-фтизиатров. Опыт борьбы с туберкулезом в Черниговской области” (1967) [365, с. 15]. Пізніше було підготовлено низку інструктивно-методичних листів, пам’яток, рекомендаційних списків літератури, тематичних покажчиків. Районні бібліотеки одержали методичні листи: “О составлении годового отчета”, “О составлении годового плана работы библиотек районных и городских больниц” [386, с. 79-88].

У Чернігівській науковій медичній бібліотеці поступово сформувався потужний колектив фахівців, висококваліфікованих знавців бібліотечної справи. У досліджуваній період у бібліотеці працювали: Шейна О., Гаркава Л., Яценко О., Шкаранда А., Середенко Г., Тимошенко В., Мірошниченко Г., Єсипенко С., Новик О., Динька Н., Яременко Н., Третьяк А., Жердева Т., Шулежко О., Марінова Л., Власенко Т., Воронцовська І., Мельникова І.

У кінці 1980-х років у фондах Чернігівської наукової медичної бібліотеки налічувалося 209735 примірників літератури. У читацький обіг задіявалося 166836 одиниць. Щорічно бібліотеку відвідувало близько 5 тис. читачів [475, с. 6].

Щороку передплачувалася значна кількість найменувань літератури, що включала майже всі галузі медицини, а також суміжних

наук: біології, фізіології, генетики, радіології, психології. Нижче наведена таблиця ілюструє загальне зростання фондів установи.

Динаміка руху примірників книг бібліотеки

Показник	Роки				
	1962	1972	1977	1982	1987
Надійшло	7532	5342	5311	5247	6431
Вибуло	2370	125	98	409	583
Було наявним	87588	109138	140641	149608	166477

Як бачимо, фонд бібліотеки зріс майже вдвічі. Значна частина літератури передавалася до місцевих медичних бібліотек.

Серед фондів бібліотеки помітне місце посідали рідкісні видання. Серед них – *Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона* (1901), Грефа “*Ринопластика или искусство восстанавливать потерю носа*” (1882), Караваева В. “*Оперативная хирургия*” (1886), Мечникова И. “*Сорок лет искания рационального мировоззрения*” (1914), Пирогова Н. “*Начала общей военно-полевой хирургии*” (1865), Крымова А. “*Учение о грыжах*” (1911), Загорского П. “*Сокращенная анатомия или руководство к познанию человеческого тела*” (1808), Беца В. “*Морфология остеогенеза. Систематический очерк истории развития и роста костей человека*” (1887), Дроботька В. “*Мікробіологія*” (1936), Улезько-Строганової К. “*Нормальная и патологическая анатомия и гистология женских половых органов*” (1939), Богомольця О. “*Основи патологічної фізіології*” (1933) [476, с. 34-36].

Обласна медична бібліотека була ініціатором централізованого комплектування книжкових фондів бібліотек медичних закладів області. Воно здійснювалося цілеспрямовано й планово відповідно щорічних планів видавництва “Здоров’я” й “Медицина”. Це сприяло якісному комплектуванню фондів, у тому числі цінними підручниками, монографіями, атласами, довідниками тощо [383, с. 2].

Співробітники бібліотеки вели наукову роботу, досліджували проблеми медичного краєзнавства, історії розвитку медицини

та медичної науки на Чернігівщині. Вони регулярно готували до друку й публікували наукові роботи. Протягом 1960 – 1980-х років ними було опубліковано близько 50 наукових праць [289, с. 5]. Фондами бібліотеки користувались аспіранти й докторанти, науковці, лікарі-практики. Близько 50 кандидатам медичних наук було надано бібліографічну допомогу [475, с. 5].

Чернігівська наукова медична бібліотека виконувала роль установи, яка забезпечувала спеціалістів у галузі медичної науки та охорони здоров'я бібліотечними та інформаційно-бібліографічними послугами.

У 1980-ті роки медична бібліотека мала оптимальну організаційну структуру: п'ять відділів займалися питаннями обслуговування та книгозберігання; методичним забезпеченням, каталогізацією; комплектуванням та обробкою літератури; науково-медичним інформуванням. Упроваджувалися такі форми обслуговування, як видача особливо цінних книг під грошову заставу, видача літератури “на ніч”, “на вихідні дні”. Зменшувалася кількість читачів на заочному абонементі, оптимізувалося списання літератури, що втрачала наукову цінність [398, с. 13].

Бібліографічна робота бібліотеки організовувалася за напрямками, проводилося поповнення наявних і створювалися нові картки, організовувалися книжкові виставки, робилися бібліографічні огляди, складалися бібліографічні довідки (на замовлення читачів), розсилались у медичні заклади інформаційні бюлетені нових надходжень, окремим медичним працівникам – списки літератури з їх спеціальності, розповсюджувалися рекомендовані покажчики на актуальні теми, поповнювалися та створювалися нові папки, розміщувалися матеріали в засобах масової інформації [387, с. 79-83].

У 1970 – 1980-ті роки суттєво було поліпшене обслуговування читачів. Цьому сприяв створений обмінно-резервний фонд. Бібліотечний фонд складався з загального, суспільно-політичного, довідкового, газетного, журнального, обмінного відділів.

У загальному відділі розміщалися друковані видання з різних галузей медицини. Співробітники бібліотеки організовували те-

матичні виставки. Діяло спеціалізоване обслуговування читачів. Пріоритет в обслуговуванні надавався читачам, які вели наукові дослідження [398, с. 11].

У 1960 – 1980-ті роки алфавітний каталог бібліотеки залишався єдиним джерелом інформації про наявну літературу. Система каталогізації залишалася без особливих змін, за винятком систематичного поповнення даних про нові надходження. Спеціалісти бібліотеки створили ефективну форму допомоги читачам при пошуках необхідної літератури. Алфавітний каталог містив 142 тис. карток і виконував роль сполучної ланки всієї системи каталогів [385, с. 68-75]. У каталогах персоналій і періодичних видань нараховувалося 22896 карток [397, с. 57], а в систематичному було відображено 105 тис. позицій [392, с. 60-62].

Змінювалася система каталогізації з інвентарної на систематичну, журнали мали систематично-алфавітну порядкову систему.

У 1960-ті роки в лікувально-профілактичних установах відкривалися пункти видачі літератури, які згодом переростали в медичні бібліотеки. Універсалізувалося науково-технічне забезпечення: вводилися апарати “Мікрофот”, “Пентакта”, електрографічний апарат “ЕРА”.

Служба науково-медичної інформації медичним працівникам області була конче потрібною, адже Чернігівщина не мала науково-дослідних інститутів. Велика армія фахівців медиків (4 тис. лікарів та 12,5 тис. середніх медичних працівників) потребувала задоволення фахових запитів [389, с. 54-57].

Наукова медична інформація надавалася з 1968 р. [472, с. 26]. 1969 року Дуля М. у співавторстві зі Старушкевич Г. видали кілька наукових праць, присвячених формам і методам поширення медичних знань в області. А 1971 року вже створено відділ наукової медичної інформації (НМІ), опрацьовано “Положення про відділ медичної інформації Чернігівської обласної науково-медичної бібліотеки”, яким регламентувалася його робота з трьох основних напрямків: науково-інформаційного, організаційно-методичного, науково-дослідного. Крім того, ще 19 документами, регулювалася діяльність служби науково-медичної інформації. Передусім, це

методичні листи та методичні рекомендації: ”Підготовка і методика проведення інформаційних і тематичних оглядів”, “Організація роботи груп НМІ в ЛПУ”, “Основи наукової медичної інформації” тощо [472, с. 27].

У бібліотеці робота з науково-інформаційного обслуговування читачів проводилась у трьох режимах: вибіркового розповсюдження інформації (ВРІ), підготовки інформаційних видань, робота в режимі запитань та відповідей. У режимі ВРІ за визначеними темпами обслуговувалися керівники охорони здоров’я, головні фахівці області, лікарі-практики, які проводили наукові дослідження. Забезпечення абонентів ВРІ та групове інформування проводилося шляхом сигнальної інформації (СІ). Листки СІ за 18 медичними спеціальностями отримували всі медичні установи області та головні спеціалісти управління охорони здоров’я. Відділ наукової медичної інформації бібліотеки щорічно видавав інформаційні покажчики “Про періодичні видання, які передплачено до ДІФу ОНМБ”, постійно надавав матеріали до “Медичного інформаційного вісника” Чернігівського обласного управління охорони здоров’я та Центру інформаційно-аналітичних технологій та пропаганди здорового способу життя [389, с. 54-57]. Науковцями відділу щорічно збиралися карти нововведень, які після експертної оцінки комісії обласного управління охорони здоров’я склалися, розмножувалися та розповсюджувались у виданні “Перелік нововведень, упроваджених у практику роботи лікувально-профілактичних установ області”.

Чернігівська обласна наукова медична бібліотека зайняла одне з провідних місць як інформаційний, організаційно-методичний центр мережі медичних бібліотек області, зробила вагомий внесок щодо поширення знань багатьох поколінь лікарів і вчених-медиків. Колектив нагромадив багатий професійний досвід, славні традиції. Установа стала однією з провідних медичних бібліотек України за розміром фондів, відвідуваністю читачів, бібліографічною впорядкованістю, досвідом каталогізації, джерелознавством.

Краєзнавчу роботу бібліотека спрямовувала на виявлення, добір та розповсюдження знань про медицину краю. Вона сприяла

медичному, соціальному та культурному розвитку області, відродженню національної культури та збереженню медичної спадщини.

Розвиток краєзнавчої роботи сприяв унікальності бібліотеки, вигідно позиціонував її на фоні інших аналогічних установ. Проводилася робота щодо збору й зберігання краєзнавчої інформації, інформаційному забезпеченню краєзнавства.

Краєзнавча бібліотечна діяльність – це та сфера, яка давала змогу читачам познайомитися з цікавими, але часто невідомими сторінками діяльності окремих медичних працівників та установ, які часто бували незаслужено забуті.

Фундаментом краєзнавчої діяльності бібліотеки був краєзнавчий фонд, що включав книги, журнали, бібліографічні покажчики. Крім того, на основі копій публікацій зі збірників, енциклопедій, журналів, газет створювалися краєзнавчі папки: “Наукові праці лікарів Чернігівщини”, “Медичні заклади Чернігівщини”, “Материнство та дитинство”, “Видатні діячі медицини, уродженці Чернігівської області (губернії)”, “Медичні працівники Чернігівщини – революціонери”, “Залужені лікарі УРСР і інших союзних республік колишнього СРСР, діяльність яких пов’язана з Чернігівщиною”, “Медичні працівники Чернігівщини, нагороджені орденами за звитяжну працю”. Своєрідність цього фонду полягала в тому, що краєзнавчі документи збиралися й зберігалися, незалежно від їхньої актуальності, і не підлягали списанню як застарілі за змістом. Для краєзнавства пріоритетне значення мало також збереження краєзнавчих та місцевих документів.

Одним із напрямків краєзнавчої роботи бібліотеки було створення довідково-бібліографічного апарату з краєзнавства. За його допомогою задовольнялися запити читачів. Співробітники готували довідки краєзнавчого характеру, склали бібліографічні покажчики, готували статті до газет та журналів. Краєзнавча картотека від звичайних систематичних каталогів і картотек відрізнялася за характером відображуваних у ній матеріалів. Тут містилися записи книг, аналітичні записи зі збірок та періодичних видань краєзнавчого змісту, аналітичні матеріали.

У систематичній краєзнавчій картотеці застосовувався зворотньо-хронологічний принцип розташування матеріалів, що давало змогу насамперед ознайомити користувачів з новими краєзнавчими надходженнями.

Протягом 1960 – 1980-х років спеціалісти бібліотеки підготували низку краєзнавчих видань. Серед них: “Показчики наукових робіт, виконаних лікарями і фармацевтами Чернігівської області (губернії)”, “Топографо-хронологічний показчик про окремі медичні заклади області”, “Показчик ювілейних дат медичних закладів області”, бібліографічний показчик “Історія медицини і охорони здоров’я Чернігівської області”. Краєзнавцям удалося витягнути з-під пластів десятиліть цінні матеріали, які стали в пригоді при написанні наукових праць, монографій, статей. У досліджуваних роки краєзнавцями й особисто М. Дулею було напрацьовано основний масив матеріалів, які лягли в основу фундаментальної роботи “Історія медицини Чернігівщини”, що була опублікована дещо пізніше – 1999 року.

Співробітники бібліотеки готували бібліографічні довідки, тематичний спектр яких був надзвичайно широкий, наприклад, “Наркоманія на Чернігівщині”, “Безпритульні діти”, “Нове в лікуванні гіпертензії”, “Нові інфекційні захворювання”. Для органів охорони здоров’я готувалися довідки, інформативні матеріали, наукові узагальнення [276]. Видавалися бібліографічні матеріали з рекомендованою літературою: “К аттестации врачей Черниговщины”, “Доброе имя медика”, “Бец Владимир Алексеевич”, “Охрана здоров’я дітей”, “Працівникам фельдшерсько-акушерських пунктів про туберкульоз”, “Буяльский И.В. (к 150-летию со дня рождения)” та багато інших [389, с. 54-57].

Крім того, щорічно видавався й розповсюджувався серед бібліотечної мережі медичних закладів області “Календар. Пам’ятні дати медицини”.

Краєзнавчий зміст мало оформлення бібліотеки. На постійній основі працювали виставки, діяло кілька стендів. На стенді “Наші земляки – видатні діячі медицини” розміщували портрети все-світньовідомих корифеїв медичної науки та практики: Д. Самой-

ловича, І. Буяльського, М. Волковича, Б. Маньківського, В. Беца, В. Неговського та ін. Стенд “Сторінки історії медицини Чернігівщини”, що в читальному залі, знайомив із першими лікарями, медичними установами краю. Постійно оформлялися книжкові виставки: “Рідний мій край”, “Участь медиків Чернігівщини у війні”, “Відомі лікарі Чернігівщини” тощо. Це сприяло формуванню почуття вдячності до тих медичних працівників, які своїми практичними й науковими розробками внесли неоціненний вклад у медицину всього світу. Своїм жертвним життям вони рятували від тисяч жахливих захворювань і смертей жителів області.

З року в рік об’єм краєзнавчої інформації нагромаджувався. Відповідно зростав до неї фаховий інтерес.

Бібліотека проводила збір бібліографічних даних, обслуговувала читачів краєзнавчими документами, популяризувала краєзнавчу роботу, брала участь у підготовці посібників, пропагувала краєзнавчу літературу, поширювала знання про край через форми масової роботи.

Бібліотека поповнювалася матеріалами історичного, етнографічного, краєзнавчого характеру. Проводився моніторинг матеріалів газет, журналів і збірок. Замовлялася література з бібліотек Києва, Москви, Ленінграда. Співробітниками було опрацьовано, систематизовано близько 6,5 тис. документів, які хронологічно охоплюють період у 212 р. [464, с. 18].

Працівники бібліотеки брали участь у поширенні краєзнавчої інформації. Активною була їх співпраця з засобами масової інформації. Виступали на сторінках газет “Деснянська правда”, “Комсомольський гарт”, низки журналів.

Співробітники бібліотеки до обласного радіо, галузевого щотижневика “Ваше здооров’я” та місцевих газет подавали авторські матеріали, присвячені життю й діяльності В. Підвисоцького, К. Улезько-Строганової, Б. Маньківського, С. Носа, Г. Гецова, П. Піддубика-Сущевського, Т. Глухенького, П. Нарановича, Д. Самойловича та інших [469, с. 18].

Проводили архівну роботу, яка мала на меті відбір і систематизацію документів, що ілюстрували тенденції розвитку охорони

здоров'я, медичних установ області. Опрацьовували фонди Центральних державних архівів Києва, Чернігівського обласного державного архіву (нині Державний архів Чернігівської області).

Краєзнавці систематично брали участь у регіональних, загальноукраїнських науково-практичних конференціях. На конференції, що проходила в Чернігові в грудні 1983 р. й присвячувалася 50-річчю від дня заснування медичної бібліотеки, М. Дуля в доповіді підсумував роботу установи в царині краєзнавчих історико-медичних досліджень.

Краєзнавці Чернігівщини систематизували медичні пам'ятки. Було підготовлено серію матеріалів для Музею охорони здоров'я України. Медична бібліотека виступила ініціатором увічнення пам'яті відомих медиків: І. Буяльського, П. Загорського. Надавали методичну допомогу медичним установам області при створенні історико-медичних куточків, музейних кімнат тощо.

Готували історію лікувальних закладів. Співробітники бібліотеки розпочали вивчення розвитку загальних тенденцій охорони здоров'я на Чернігівщині з найдавніших часів.

Робота установи з цього напрямку поділялася на кілька взаємопов'язаних і послідовних етапів: на першому – вивчалася робота сільських бібліотек, книгозбірень, освітніх, духовних закладів та формування колективу пошуковців-краєзнавців; на другому – проводилася робота щодо залучення колективів медичних закладів до комплексних історико-медичних досліджень, унаслідок чого пошуково-краєзнавчими дослідженнями займалося 43 лікувально-профілактичні заклади; на третьому – працівники бібліотеки систематизували, узагальнювали історико-медичну літературу; на четвертому – освоювалися методи обробки джерел [396, с. 2].

Протягом 1970 – 1980-х років співробітниками бібліотеки напрацьовано концепцію історії медицини Чернігівщини. Очолював цю роботу М. Дуля. Ураховувалися напрацювання стосовно періодизації вітчизняного розвитку охорони здоров'я. Передбачалося, що матеріал мав базуватися на достовірних фактах і цифрових даних. Історія мала наповнюватися людьми й містити опис життєвого й творчого шляху видатних діячів медицини [396, с. 1-2].

М. Дуля запропонував власну періодизацію історії медицини Чернігівщини: період народної медицини (до середини XVIII ст.); період приказної медицини (Приказ громадського опікування було введено в 1782 р. до 1864 р.); період земської медицини (від 1865 р. до Першої Світової війни); радянський період в історії медицини [396, с. 2].

Співробітники бібліотеки активно займалися бібліографічними дослідженнями, біографістикою. Ними встановлено й науково реконструйовано діяльність ряду постатей, внесок яких у медичну науку й практику визначався як вагомий. Серед них – Й. Каменецький, І. Буяльський, С. Ніс, В. Бец, П. Загорський, М. Волкович, брати Павло та Петро Нарановичі, О. Шафонський, Д. Самойлович, В. Підвисоцький, брати Тимофій та Тихон Глухенькі.

Виявлялися, обліковувалися й систематизувалися наукові праці лікарів-практиків і науковців. 1974 й 1984 рр. опубліковано покажчики “Научные работы медицинских и фармацевтических работников области”. До ювілейних дат також опубліковано бібліографічні покажчики робіт І. Буяльського, М. Волковича, В. Беца.

Отже, осередком організаційно-медичної інформаційної та історико-краєзнавчої бібліографічної роботи в період 1960 – 1980 рр. була Чернігівська обласна наукова медична бібліотека. Значно сприяло розвитку установи призначення в червні 1957 р. директором Дулі М.М. – лікаря-стоматолога, бібліотекознавця. Співробітники бібліотеки напрацьовували методичні розробки для організації роботи районних медичних бібліотек, вели наукову роботу, досліджували проблеми медичного краєзнавства, історії розвитку медицини та медичної науки на Чернігівщині. Протягом досліджуваного періоду ними опубліковано близько 50 наукових праць.

Бібліографічна робота проводилася щодо поповнення наявних і створення нових карток, організації книжкових виставок та бібліографічних оглядів, складанні бібліографічних довідок тощо. 1971 року вже створено відділ наукової медичної інформації (НМІ).

Отже, на Чернігівщині було сформовано інфраструктуру поширення медичних знань. Нагромаджувалася медична інформація. Область посідала провідне місце в Україні за формами й напрямками організації медичного краєзнавства та медичної бібліографії.

4.2. Матвій Дуля – учений-красзнавець і популяризатор медичних знань

1960 – 1980-ті роки стали найпродуктивніші в трудовому житті талановитого бібліотекознавця, організатора, науковця, громадянина, патріота, автора та співавтора багатьох фундаментальних бібліографічних покажчиків та книг з історії медицини й охорони здоров'я Чернігівщини, публікацій із медичного бібліотекознавства, наукової медичної інформації Матвія Дулі.

На основі різнопланової інформації в цьому дослідженні вперше встановлено невідомі сторінки його біографії. Народився 14 жовтня 1924 р. в с. Козел (нині с. Михайло-Коцюбинське). Виховувався в сім'ї службовця. У кінці 1920 – 1930-х років сім'я жила бідно, зазнала поневірянь під час голодомору 1932 – 1933 рр. Як згадував ті роки вчений: “Весь час хотілось їсти, а тіло пухло від голоду”. Батьками виховувався глибоко віруючим, прищеплювалася любов до України й рідного краю. І, мабуть, в подальшому віра в Бога змусила його адекватно оцінити політику більшовизму, стати на позиції гуманізму та демократичних цінностей. Згодом він кілька разів відмовлявся від членства в КППС.

Дитячі роки М. Дулі пройшли в Батурині, куди переїхали жити батьки. Старовинне місто – резиденція гетьманів Лівобережної України суттєво вплинуло на формування його світогляду, захопило його історією рідного краю [477, с. 7-8]. 1937 року закінчив Чернігівську середню школу № 15 (нині середня школа № 1). Їде вступати на факультет іноземних мов Ленінградського педагогічного університету. Але на перешкоді стали загальноморальні негативні традиції радянської системи. При складанні іспиту з іноземної мови одна з екзаменаторів дорікнула: “Хлопче, не муч себе і нас. Ти ніколи сюди не поступиш, адже ти проживав у часи війни на окупованій території”. Це було свого роду тавро, яке в подальшому впливало на життєву долю М. Дулі. Проти його волі було відмовлено в обов'язковому призові до армії. Медична комісія визнала непридатним до військової служби через хворобу серця. 1942 року вступає до Чернігівського медичного училища на сто-

матологічне відділення, яке успішно закінчує 1945 року. Як молодий лікар-стоматолог, їде на роботу до Ізмаїла. 23 березня 1945 р. його призначено директором Ізмаїльської медичної бібліотеки. За сумісництвом працював інспектором лікувально-профілактичного сектору Ізмаїльського обласного відділу охорони здоров'я. Під час виїздів у відрядження районами області М. Дуля зрозумів значення для загальної лікувальної справи кваліфікованих знань і професійного досвіду. Визрів задум створити при районних лікарнях медичну бібліотеку. Повоєнна матеріальна база лікувальних закладів була слабкою й втілити задум у життя було практично неможливо. Проте добрі наміри підтримали в Ізмаїльському обласному відділі охорони здоров'я. 1947 року було ухвалено відповідне рішення. Створювалися районні науково-медичні пункти. 1948 року відкрито й Ізмаїльську обласну медичну бібліотеку. Директором призначено М. Дулю [382, с. 727].

Відсутність бібліотечної освіти спонукало його вступити до Харківського бібліотечного інституту (1949). Закінчивши 1950 року й отримавши диплом бібліотекаря-бібліографа, Дуля М. втілює свої задуми на практиці. Медична бібліотека перетворювалася на обласний бібліотечно-методичний центр для надання медичним працівникам найнеобхідніших знань, популяризації книг. При лікарнях відкривалися книжкові пункти. Згодом вони трансформувались у бібліотеки [477, с. 6].

13 квітня 1951 р. Міністерством охорони здоров'я УРСР М. Дулі винесено подяку “За виявлену ініціативу і активність в організації бібліотечних пунктів області і успішне підвищення своєї ділової кваліфікації” [274, с. 1].

Після ліквідації Ізмаїльської області М. Дуля переводиться на посаду директора Черкаської обласної медичної бібліотеки. 1957 року переїжджає на Чернігівщину, де його було призначено директором обласної медичної бібліотеки.

Установа під його керівництвом набувала значних темпів у своєму розвитку. На перший план роботи було поставлено поліпшення культури обслуговування читачів. Кредом бібліотеки стало чуйне, коректне, увічливе ставлення до медичного працівника чи

будь-якого іншого пересічного читача та його потреб у медичній книзі [353, с. 3]. М. Дуля розвивав матеріально-технічну базу бібліотеки. Було впорядковано фонди. Реконструйовано та добудовано приміщення, встановлено водяне опалення, закуплено апарати “Мікрофот”, “Пентакта”, “ЕРА” та друкарські машинки. Поряд з цим перекласифіковано книжковий фонд з таблиць Русінова на “Універсальну десятичну класифікацію” (УДК), що значно покращило роботу бібліотекарів і полегшило обслуговування читачів. Здійснювався чіткий індивідуальний і сумарний облік усіх надходжень літератури й започатковувалася масова робота з читачами [438, с. 141].

Велика увага приділялася кадровому питанню. Припинено плінність спеціалістів [350, с. 3]. На початку 1960-х років майже всі працівники бібліотеки мали медичну освіту. Працівники, яким потрібно було знати основи медицини, медичної термінології, вивчення розділів та підрозділів, класифікацію медичної науки відвідували лекційні курси, які вели головні спеціалісти обласного відділу охорони здоров’я.

Чимало співробітників бібліотеки, що мали середню спеціальну освіту, навчалися у Київському державному інституті культури [477, с. 12-13]. М. Дуля разом із колегою Г. Старушкевич розпочали створення бази даних наукової медичної інформації. М. Дуля ініціював проведення першого обласного триденного семінару для бібліотекарів медичних бібліотек області. Обговорювалося питання розширення в області мережі медичних бібліотек. Цим самим започатковано велику роботу. Протягом 1960 – 1966 рр. в області відкрито чотири бібліотеки. Обласна наукова медична бібліотека стала науковим методичним центром. Усього працювало 64 установи.

Бібліотечний абонемент налагоджував ділові зв’язки з медичними бібліотеками СРСР. Літературою бібліотеки користувалися здобувачі наукових ступенів практично з усіх республік. Протягом 1958 – 1980 рр. на матеріалах медичних бібліотек області та даних бібліотечного абонементу захищено близько 30 дисертацій.

1972 року до штату бібліотеки введено посаду бібліографа-перекладача. Практично започатковано роботу щодо впровадження

іноземної періодики, видань, які одержувала бібліотека з США, Німеччини, Румунії, Болгарії, Чехії та інших країн. Це суттєво підвищило статус бібліотеки як наукової установи в Україні та СРСР [477, с. 15].

1960 – 1980-ті роки стали піком трудової, наукової діяльності М. Дулі. Він перебував у постійному науковому пошуку. Готував наукові статті до періодичних видань, праці у співавторстві з досвідченими фахівцями. Теми його наукових розвідок стосувалися питань надання методичної допомоги бібліотекарям районів, ролі та значення медичної книги в роботі лікаря, роботи окремих медичних бібліотек, комплектування й класифікації медичної літератури, проблем стоматологічної науки, наукової медичної інформації, медичного краєзнавства тощо.

У 1960-ті роки М. Дуля бере активну участь у роботі наукових конференцій. Ним у співавторстві з головним лікарем обласного протитуберкульозного диспансеру Л. Замдборгом підготовлено доповідь на конференцію “Розвиток протитуберкульозної служби на Чернігівщині” (1967 р.), що викликала великий інтерес. Пізніше її тези опубліковано в книзі “Борьба с зоонозами и болезнями животных и растений” [401, с. 109-115].

Найбільше часу в М. Дулі відбирала робота в царині медичного краєзнавства Чернігівщини. Він активно поринув у вивчення історії медицини. Регулярно працює в архівах і бібліотеках Москви, Ленінграда, Києва та багатьох інших міст. У 1970-ті роки М. Дуля приступив до підготовки бібліографічного покажчика джерел та літератури з історії медицини від найдавніших часів до сьогодення. Спільно з бібліографом Г. Середенко проведено величезну роботу стосовно збору публікацій та їх систематизації. 1987 року опубліковано першу частину покажчика “Охорона здоров’я Чернігівської області” (1918 – 1985 рр.). 1991 року до 1300-річчя Чернігова видано другу частину, значно розширену, яка охоплювала 1783 – 1917 рр. Третя частина, присвячена періоду 1985 – 1995 рр., вийшла в кінці 1990-х років. У цих виданнях зібрано близько 6,5 тис. позицій джерел та літератури. Вони стали ілюстрацією історії медицини та охорони здоров’я Чернігівщини за 212 років [477, с. 17-18].

Видання такого роду стали першими в Україні. Вони одержали позитивні рецензії. В одній із них ішлося: "... науковцям Чернігівської обласної наукової медичної бібліотеки вдалося підняти такий пласт історії медицини свого краю, який не вдалося підняти іншим бібліотекам" [444, с. 10].

Паралельно М. Дуля працював над складанням покажчика "Наукові праці медичних та фармацевтичних працівників Чернігівської області". Перший випуск вийшов 1974 року [289, с. 2].

Під науковим керівництвом М. Дулі регулярно публікувалися бібліографічні матеріали. Вони готувалися провідними спеціалістами Чернігівської обласної наукової медичної бібліотеки. Протягом 1960 – 1980-х років опубліковано близько 50 матеріалів, з яких більше 30 підготовлені директором [438, с. 142].

Чернігівщина стала першою серед областей України, де було налагоджено інформування лікарів-практиків. Модель її схвалено Всесоюзним науково-дослідним інститутом науково-медичної інформації та Республіканським центром науково-медичної інформації й рекомендовано до впровадження іншим областям України та республікам СРСР [444, с. 9].

Вона передбачала, що функції центру виконувала обласна медична бібліотека. Координував роботу відділ охорони здоров'я облвиконкому (на громадських засадах). Первинними ланками були групи наукової медичної інформації при лікувально-профілактичних закладах і медичних училищах.

Служба групи створювала умови для налагодження поінформованості лікарів, а також сприяла впровадженню передового досвіду та інновацій у роботу лікувальних установ. Розповсюджувались інформаційні видання. Крім того, працівники бібліотеки використовували також традиційні форми інформаційно-масової роботи: відкриті перегляди документів, "Дні спеціаліста", "Дні інформації", виставки, бібліографічні огляди тощо [384, с. 47-48].

Важливе значення мало інформування лікарів про нові лікарські препарати. Фахівці бібліотеки направляли в медичні установи інформаційні листки сигнальної інформації (СІ), звіти про участь

провізорів і фармацевтів у конференціях і нарадах медичних працівників, організовували стенди та виставки лікарських препаратів тощо [388, с. 63-64].

Наукова медична інформація мала велике значення для практичних лікарів. Їм менше часу доводилося витратити на пошук тієї чи іншої інформації. Більш раціональною була їх практика щодо надання медичної допомоги.

Із досвідом поширення наукової медичної інформації на Чернігівщині часто знайомилися лікарі з регіонів, працівники медичних бібліотек України та областей Росії [394, с. 195-196].

1983 року обласну науково-медичну бібліотеку відзначено грамотою Міністерства охорони здоров'я України. 1984 року на її базі проходив Республіканський семінар завідувачів відділів обробки літератури обласних медичних бібліотек з питань систематизації та каталогізації [375, с. 206; 470, с. 2].

Активною була участь М. Дулі в громадському житті області, республіки. Підтримував творчу співпрацю з багатьма істориками, краєзнавцями, літераторами. Був гостинним, чітким у висловлюваннях. Любив повторювати: “За кожним словом повинна стояти справа” [477, с. 22].

Після аварії на Чорнобильській атомній електростанції колектив бібліотеки й особисто М. Дуля активно включилися до просвітництва. Були підготовлені аналітичні матеріали для широкого загалу, у яких подавалася інформація про вплив малих доз радіації на організм людини. Підібрано літературу: енциклопедії, довідники, монографії. Створено тематичну картотеку. М. Дуля у своїх публічних виступах одним із перших говорив про справжні наслідки трагедії, прагнув, аби “медичні служби” більш наполегливо діяли в напрямку зменшення негативної дії радіації. Відомо, що мало місце зволікання з йодною профілактикою захворювань щитоподібної залози, особливо в дітей і людей молодого віку [477, с. 34-35].

М. Дуля багато працював як лектор. Його лекції стосувалися різних аспектів охорони здоров'я. Доповіді: “Зуби людини та догляд за ними” (1957), “Показання и протипоказання к несъемному протезированию и выбор конституции протезов” (1966), “Предор-

топтическая общестоматологическая подготовка больного” (1967), “Осложнения в слизистой оболочке полости рта, вызываемые пластинчастыми и листовидными протезами” (1969), “Методы определения центральной окклюзии и ошибки, встречающиеся при этом” (1970), “Профилактика термических повреждений зубов при их препарировании” (1971) прочитані ним протягом 1966 – 1971 рр. на науково-практичних конференціях, нарадах, семінарах, курсах підвищення кваліфікації лікарів та для інших працівників.

У кінці 1980-х р. М. Дуля спільно з колективом бібліотеки багато працював над впровадженням інноваційних комп’ютерних технологій. Започатковувалася робота щодо створення електронного каталогу [477, с. 46-47].

Продуктивними в житті М. Дулі були і 1990 – 2000-ті роки. Після звільнення 26 лютого 1995 р. з посади директора він працює на посаді провідного бібліографа [270, с. 1-2]. Водночас основну роботу поєднує з роботою на посаді керівника обласної Ради з наукової медичної інформації, секретаря правління обласного науково-медичного товариства, члена правління Українського наукового товариства істориків медицини. У цей час йому вдається реалізувати основний задум свого життя. Разом зі своїм однокласником, другом і колегою А. Грушею, розпочали підготовку книги про історію медицини Чернігівщини з часу зародження до сьогодення. 1999 року видання побачило світ. У книзі “3 історії медицини Чернігівщини” узагальнено всі попередні нариси, статті, матеріали. М. Дуля, як автор зазначав, що “є ще багато невичерпного матеріалу з історії медицини Чернігівщини. Але ми зробили перший упевнений крок на цьому шляху. Будемо дуже раді, якщо за нами підуть інші” [326, с. 13]. Книгу високо оцінено медичною спільнотою та істориками медицини, громадськістю [298, с. 56].

2003 року завершено підготовку й опубліковано нове видання під назвою: “Розвиток медицини та фармації на Чернігівщині” (у співавторстві із С. Пасталицею та А. Грушею). Автори на основі дібраного солідного матеріалу зробили спробу викласти поступальний шлях розвитку медицини, аптек та аптечної справи на Чернігівщині [376, с. 3-4].

У 2001 – 2003 рр. М. Дуля працює над створенням музею з історії розвитку медицини Чернігівської області. Довести справу до кінця не вдалося. 2003 року раптово на 80-му році життя М. Дуля помер. Дуля М. вніс вагомий вклад у розвиток бібліотечної справи України, медичної бібліографії та історії медицини [446]. Протягом 1960 – 1980-х років ним опубліковано більше 30 праць, які стосувалися різних питань охорони здоров'я. Праця невтомного дослідника, краєзнавця, лікаря й громадського діяча відзначалася численними подяками, грамотами, нагородами. Йому присвоєно звання Відмінник охорони здоров'я України.

Підсумовуючи сказане, відзначимо, що постать М. Дулі та його творча спадщина, громадська робота залишаються маловідомими й не були предметом комплексного вивчення істориків. Формування особистості та наукового світогляду відбувалося в сім'ї та під час навчання в провідних галузевих освітніх закладах, що стало в подальшому фундаментом наукового професіоналізму. М. Дуля відіграв помітну роль у розгортанні галузевої бібліотечної мережі, розвитку медичного краєзнавства на Чернігівщині. Він став автором теоретичних основ наукової медичної інформації (НМІ). Помітною була його науково-організаційна участь у багатьох з'їздах, конференціях, нарадах загальнодержавного значення. Високий рівень професіоналізму, державницьке бачення нагальних проблем дало йому змогу не лише взяти участь, а й достойно організувати й провести знакові для того часу зібрання галузевих фахівців. За період його творчої наполегливої праці майже всі його найвищі досягнення перебували на рівні піонерських відкриттів.

ВИСНОВКИ

Вивчення джерельної бази, історичної та спеціальної літератури дає можливість стверджувати, що ця проблема залишалася не розробленою.

Охорона здоров'я на Чернігівщині в досліджувані роки вбудовувалася на принципах, які включали в себе жорстку плановість, безкоштовність, загальнодоступність, профілактичну спрямованість. У 1960 – 1980-ті роки в області вживалися заходи щодо розширення мережі медичних закладів шляхом спрямування капіталовкладень, насамперед на будівництво лікарень, поліклінік, пологових будинків, забезпечення кваліфікованою медичною допомогою й підвищення культури медичного обслуговування населення. Здійснення цього напряму державної політики мало поліпшити госпіталізацію хворих туберкульозом, психічно- та онкологічнохворих, а також стану здоров'я матерів і дітей. При цьому заохочувались ініціативи щодо будівництва за рахунок колективних господарств місцевих лікарень, аптек, фельдшерсько-акушерських пунктів. Таким господарствам надавалася допомога в будівництві цих об'єктів шляхом забезпечення їх будівельними матеріалами, обладнанням та ін.

Після постанови ЦК КПРС і Ради міністрів СРСР “Про заходи щодо подальшого поліпшення охорони здоров'я і розвитку медичної науки в країні” (1968 р.) органи виконавчої влади вживали рішучих заходів щодо вдосконалення роботи медичних установ і підвищення відповідальності органів охорони здоров'я, науково-дослідних інститутів, вищих медичних навчальних закладів і лікувально-профілактичних установ за подальше поліпшення якості медичної допомоги й охорони здоров'я населення, наукових досліджень і підготовки медичних кадрів. До найважливіших завдань у сфері охорони здоров'я населення було віднесено проведення профілактичних і лікувально-оздоровчих заходів, спрямованих на зниження загальної та інфек-

ційної захворюваності й травматизму серед населення, поліпшення умов праці й побуту, удосконалення роботи лікувальних і санітарно-профілактичних закладів охорони здоров'я, широке впровадження в практику охорони здоров'я новітніх досягнень медичної науки й наукової організації праці. Передбачалося продовжити здійснювати будівництво лікарень у районних центрах і сільській місцевості та зміцнювати матеріально-технічну базу охорони здоров'я.

1969 року проголошено, що охорона здоров'я населення – одне із найважливіших завдань радянської держави та обов'язок усіх державних органів і громадських організацій. Розпочалося вдосконалення охорони здоров'я: продовження будівництва великих спеціалізованих і багатопрофільних лікарень, поліклінік, диспансерів із метою підвищення якості медичної допомоги й ширшого забезпечення населення всіма її видами; розширення мережі станцій швидкої допомоги й санітарно-епідеміологічних станцій; збільшення кількості лікарняних ліжок тощо. 1969 року на законодавчому рівні регламентовано та закріплено принципи й положення радянського державного управління у сфері охорони здоров'я, а також форми медичної допомоги населенню.

Принцип наукового підходу розглядався як один з основоположних засад соціалістичної системи охорони здоров'я та ґрунтувався на синтезі й єдності прогресивних технологій, методик, організаційних форм у медицині й сучасних на той час розробок, досягнень медичної науки й практики. Відбулося гармонійне злиття науки й практики медицини, оскільки новітні наукові відкриття відразу впроваджувалися й використовувалися на практиці, а спостереження й боротьба з масовими захворюваннями спонукали створювати нові наукові принципи й завдання. Радянський підхід до розвитку системи охорони здоров'я, зокрема в частині розвитку вищої медичної освіти та підготовки кваліфікованих кадрів, був взірцем для багатьох інших розвинутих країн світу. Після відносної економічної та політичної стабілізації, упровадження держав-

ної політики, спрямованої на об'єднання практичної діяльності в галузі охорони здоров'я та медичної науки, унаслідок якої поповнилися ряди кваліфікованих медичних працівників, медицина повернулася в русло професіоналізму. За таких обставин участь широких верств населення в громадській медичній освіті перестала бути необхідністю.

Адміністративно-командна система на перший план висувала чиновника, основним завданням якого був централізований розподіл ресурсів і благ. Керування охороною здоров'я зводилося до планування й нормування. Централізація не припускала навіть необхідності керувати охороною здоров'я на місцях: усе спускалося зверху, лікарю залишалося тільки виконувати. Система особливо цінувала виконавчих, а не ініціативних лікарів. У результаті лікарі перестали цікавитися питаннями підвищення ефективності своєї діяльності.

Цьому певною мірою сприяла витратна система фінансування. Оскільки здоров'я людей декларувалося як патріотичне завдання держави, гроші на утримання охорони здоров'я практично ніхто не рахував. Основною одиницею планування й головним показником успіхів медицини став ліжко-день. Логіка міркувань при цьому проста: чим дорожче платить держава за лікування, тим більше вона піклується про здоров'я радянської людини. Високі витрати на утримання медицини стали загальною нормою.

Як бюджетні працівники, лікарі України загалом і Чернігівщини зокрема одержували зарплату, що, як і у всіх радянських людей, залежала від кількості годин, відпрацьованих за день. Зрозуміло, що погодинна форма оплати праці не стимулювала лікарів до якості лікування. Єдина можливість заробляти більше реалізовувалася тільки тоді, коли лікарю вдавалося стати чиновником від медицини. Система оплати праці стимулювала лікарів займатися не медициною, а адмініструванням.

Намагаючись розв'язувати насамперед ідеологічні проблеми, радянська держава продовжувала вибудовувати систему охорони

здоров'я, яка включала специфічні методи формування громадянського здоров'я й відрізнялась від систем охорони здоров'я Європи й США.

Профілактична спрямованість розглядалася генеральною лінією в розвитку радянської охорони здоров'я. На практиці цей принцип реалізовувався в державній системі соціальних і медичних установ, метою діяльності яких було запобігання виникненню хвороб, а також ужиття заходів щодо охорони здоров'я, працездатності й активного довголіття. Профілактична спрямованість охорони здоров'я забезпечувалася соціально-економічними заходами держави й специфічною лікувально-профілактичною діяльністю. Виконуючи взяті на себе зобов'язання щодо охорони здоров'я громадян, уряд постійно піклувався про поліпшення умов життя населення країни.

У контексті здійснюваної в цьому напрямі державної політики утворено установи з нагляду за дотриманням санітарно-гігієнічних вимог у країні: державна санітарна служба, система санітарно-епідеміологічних станцій тощо. Досить важливим було усвідомлення того, що епідемічні ускладнення в країні виникли не з глобальних причин, а внаслідок відсутності елементарних умов праці, поганого харчування на підприємствах і погіршення побутових умов життя громадян через брак коштів і часу. З метою усунення цих недоліків введено постійний санітарний контроль не лише на підприємствах, а й у приватному житті людей: постійні перевірки санітарними лікарями обстановки вдома спонукали людей до дотримання санітарно-гігієнічних норм, оскільки за їх порушення медичні працівники мали право звернутися до суду з відповідними наслідками.

Пріоритетними напрямками лікувально-профілактичної допомоги в державі загалом і на Чернігівщині зокрема стали охорона здоров'я матері та дитини, яка включала широкий комплекс заходів з надання акушерсько-гінекологічної та педіатричної допомоги профілактичного характеру, а також робота з налагодження санітарного стану регіону, зокрема боротьба з епідемічними та

соціальними інфекційними захворюваннями. Розгортання санаторно-курортної мережі також свідчило про закладання підвалин профілактичної справи в регіоні. Аналізуючи динаміку втілення профілактичної роботи, зазначимо, що особливого поширення набула просвітницька діяльність, яка шляхом проведення лекцій, бесід, розповсюдження листівок і брошур сприяла підняттю санітарно-культурного рівня населення.

Принцип спеціалізації медичних послуг докорінно змінив розвиток системи медичної допомоги на Чернігівщині. В основу лікувально-профілактичного обслуговування населення як в Україні, так і на Чернігівщині покладено принцип соціальної профілактики, який застосовувався у синтезі з лікувальною та спеціалізованою допомогою. Цю допомогу побудовано на дільнично-територіальному принципі та диспансерному методі. Він являв собою активний метод охорони здоров'я, який дозволяв на основі обліку захворюваності населення, динамічного нагляду за станом здоров'я та умов праці й побуту організувати боротьбу за зниження захворювань та показників смертності. Диспансерний метод роботи лікувально-профілактичної мережі дозволяв рано виявляти початкові стадії захворюваності, попереджати їх розвиток та поширення, реалізувати на практиці профілактичні напрямки охорони здоров'я. Саме такий стан справ сприяв максимальній роботі у сфері профілактики.

Кожний міг одержати безкоштовну медичну допомогу, але різну: для державних чиновників – один стандарт обслуговування, для населення – інший. Але й для тих, і для інших здоров'я розглядалося в утилітарному аспекті: головним критерієм лікування хвороби держава наказувала вважати відновлення працездатності. Іншими словами, незважаючи на декларації й високі слова про здоров'я, і чиновники, і населення розглядалися як матеріал, робоча сила для міністерств, відомств, будівництв, заводів тощо.

Період 1960 – 1980 рр. характеризувався зростанням наукового супроводу в діяльності медичних установ. Підвищувалася роль

з'їздів лікарів, науково-практичних конференцій, нарад активу медичних працівників тощо. Протягом окресленого періоду на Чернігівщині відбулося близько півсотні таких зібрань. На них розглядалися питання діагностики, лікування та профілактики туберкульозу; онкологічних, неврологічних, гінекологічних, стоматологічних, психоневрологічних, отоларингологічних, ендокринологічних, хірургічних та інших захворювань. Пропонувалися шляхи поліпшення санаторно-курортного лікування.

Соціалістична медицина не передбачала професійних асоціацій, оскільки їхнє існування руйнувало струнку систему централізованого керування. Асоціації лікарів (Пироговське суспільство та ін.), що діяли якийсь час після революції, розпущено, а їхні основні функції, які пов'язані з атестацією лікаря й давали змогу визначити його кваліфікацію, передано адміністрації. Лікарям дозволялося поєднуватися, але тільки для здійснення наукової діяльності. Суб'єктивізм чиновників при атестації, кваліфікація лікарів за формальними ознаками (стаж, посада, підвищення кваліфікації) істотно знизили загальний рівень кваліфікаційних вимог.

Намагання владних структур подолати глибоке коріння проблем медичної галузі не було однозначним. З одного боку, закладалися теоретичні основи розвитку галузі, з іншого ж – спостерігалися певні прояви, які одночасно заважали розв'язанню вузла проблем. Зокрема, це стосувалося визначення пріоритетів у наданні медико-санітарної, профілактичної допомоги представникам робітничих професій. У той же час це позбавляло можливості інших суспільних мас отримати елементарну допомогу. Серед інших недоліків спостерігалася відсутність наукового обґрунтування організаційних заходів, недостатність фінансування. Розв'язання ж питань на практиці залишалося поза увагою урядовців. Такий стан спостерігався не лише в рамках функціонування медичної галузі, а й в усій соціально-економічній сфері, що було характерним для суспільства того часу. Нерідко, вирішуючи загальнополітичні проблеми в державі, ке-

рівництво не мало часу на розгляд інших аспектів життя. А це призводило до спалаху епідемічних захворювань, що спричиняли погіршення стану здоров'я населення. Зростали показники смертності, погіршувалася демографічна ситуація. Небажані наслідки вимагали від виконавців державної політики досягнення позитивних змін у ситуації, що виникла, удосконалення форм та методів боротьби, пошуку нових напрямків допомоги, координованості дій.

Недосконалість багато в чому соціальної інфраструктури в містах і особливо селах, збідненість послуг підприємств побуту спричиняли погіршення стану здоров'я населення як в державі, так і в регіонах, у тому числі і на Чернігівщині. Усе це призводило до спалахів епідемічних та соціальних захворювань. Серед останніх вирізняються туберкульоз, венеричні захворювання, проблеми алкоголізму та інші, у боротьбі з якими в лікарів виникали труднощі. Однак це не означає, що діяльність представників медичної інтелігенції була відсутньою чи не впливовою. Навпаки, керівні органи охорони здоров'я намагалися максимально задовольняти цю ланку соціальної сфери, яка дійсно відставала у своєму розвитку. Але наявні й матеріальні сторони проблеми, що були спричинені рядом економічних та історичних умов, недостатністю наповнення бюджету охорони здоров'я як у країні, так і в регіонах. Не відповідало нагальним потребам населення краю й забезпечення лікувальних установ. Тому різні соціальні захворювання спалахували майже одночасно. У таких умовах основне вістря спрямовувалося на боротьбу з їхнім попередженням, але бракувало досвіду проведення просвітньо-профілактичної роботи в регіоні.

У роки застою внаслідок зниження рівня добробуту населення, незадовільних умов праці й побуту, поширення пияцтва, наркоманії проблема охорони здоров'я населення як країни, так і Чернігівщини вирішувалася надзвичайно незадовільно. На перший погляд, держава робила багато для того, щоб медичне обслуговування трудящих було, як говорили радянські керівники, на

рівні, відповідному світовим стандартам. Для цього виділялися значні кошти, які вкладалися в будівництво нових поліклінік, лікарень, санаторіїв, будинків відпочинку. Проте їх не вистачало на забезпечення медичних закладів новітньою апаратурою й препаратами.

До середини 1960-х років смертність населення на Чернігівщині зростала. Зниження основних її показників відбувалося переважно під впливом державної санітарно-гігієнічної політики – знезаражування питної води, профілактичних щеплень від основних інфекційних захворювань, здобутків охорони здоров'я тощо. Менше стало помирати немовлят, дітей та матерів. Істотно знижувалися втрати населення від так званої екзогенної, тобто зумовленої переважно зовнішніми чинниками, смертності. Водночас відбувалося зростання ендогенної смертності, тобто зумовленої переважно процесами всередині людського організму, які зрештою зумовлені переважно способом життя людей.

Зменшення тривалості життя на Чернігівщині, яке мало місце з 1965 р., не пов'язано ні з природними катастрофами, ні з епідеміями. Воно відбувалося, в основному, за рахунок зростання смертності від серцево-судинних хвороб. Це було наслідком політики радянської держави, яка стимулювала кількісні показники розвитку охорони здоров'я.

Незадовільне соціально-економічне і екологічне становище в області викликало й відчутні демографічні зміни в складі населення. Зокрема, у 1960 – 1980-ті роки помітно уповільнювалися темпи його приросту. Сплеск урбанізації й спричинені нею міграційні процеси призвели до відтоку молоді з села, яка завжди була головним джерелом відтворення людських ресурсів. Народжуваність на селі значно зменшилася й уже 1979 року середній розмір сільської родини дорівнював міському показнику – 3 особи. У містах зменшення народжуваності пов'язано з незадовільними соціально-побутовими чинниками: високою зайнятістю жінок у суспільному виробництві (дев'ять із десяти жінок працювали), низьким рівнем системи охорони дитинства, складними житло-

вими умовами, поступовим зростанням дитячого сирітства тощо. Закономірним наслідком цього стало зменшення приросту населення.

Проблема доступності медичної допомоги для населення сіл Чернігівщини залишалася актуальною. Особливо це стосувалося хірургічної допомоги. Як правило, вона надавалася районними лікарнями. Особливо в зимовий період, коли з'являлося бездоріжжя, жителі сіл часто не могли її одержати.

Привілейовані позиції щодо забезпечення місцями на курортах займали носії влади, адже отримували не лише першокласне лікування, але й курортне обслуговування своїх сімей. У той час як відпустки робітників не перевищували 18 робочих днів, відповідальні працівники закріпили за собою право на 1,5 – 2-місячні відпустки. Взагалі ж на Чернігівщині, як і в Україні, санітарно-курортною допомогою першочергово забезпечувалися робітники промислових підприємств. Їм надавалася можливість безкоштовного лікування та відпочинку, на відміну від інших соціальних прошарків суспільства, яких обслуговували у сфері медицини за власні кошти. Це, на нашу думку, призводило до розмежування можливостей в отриманні іншими представниками соціальної ланки медично-профілактичних послуг у порівнянні з робітниками.

У період 1960 – 1980 рр. Чернігівська обласна наукова медична бібліотека відіграла значну роль в організаційно-методичній, інформаційній, історико-краєзнавчій та бібліографічній роботі. Співробітники бібліотеки здійснювали наукову роботу, досліджували проблеми медичного краєзнавства, історії розвитку медицини та медичної науки на Чернігівщині, розробляли методичні рекомендації для організації роботи районних медичних бібліотек, поширювали листки сигнальної інформації (СІ) серед медичних працівників. Проводилася бібліографічна робота: поповнювалися наявні й створювалися нові карточки, організовувалися книжкові виставки та бібліографічні огляди, складалися бібліографічні довідки тощо. Був створений відділ наукової ме-

дичної інформації (НМІ). Фундаментом краєзнавчої діяльності бібліотеки був краєзнавчий фонд, що включав книги, журнали, бібліографічні покажчики. Крім того, на основі копій публікацій зі збірників, енциклопедій, журналів, газет створювалися краєзнавчі папки.

Очоловав роботу з медичного краєзнавства М. Дуля. Виявлялися, обліковувалися й систематизувалися наукові праці лікарів-практиків і науковців. Результатом роботи стали опубліковані в 1974 і 1984 рр. покажчики “Научные работы медицинских и фармацевтических работников области”. До ювілейних дат також побачили світ бібліографічні покажчики робіт І. Буяльського, М. Волковича, В. Беца. Протягом 1958 – 1980 рр. матеріалами медичних бібліотек області та даних бібліотечного абонементу користувалися понад 50 кандидатів медичних наук. М. Дуля захоплювався вивченням медичного краєзнавства Чернігівщини. Спільно з бібліографом Г. Середенко проведено величезну роботу щодо збору публікацій та їх систематизації. Видано три покажчики “Охорона здоров’я Чернігівської області”, що охоплювали різні хронологічні межі від 1917 р до 1995 р. Видання такого роду стали першими в Україні.

Активною була участь М. Дулі в громадському житті області, республіки. Він підтримував творчу співпрацю з багатьма істориками, краєзнавцями, літераторами. Багато працював як лектор, був ініціатором упровадження інноваційних комп’ютерних технологій, започаткував роботу щодо створення електронного каталога. Вершиною краєзнавчої діяльності М. Дулі стало видання книги “З історії медицини Чернігівщини” в співавторстві зі своїм однодумцем і другом А. Грушею.

На основі введення до наукового обігу невідомих і малоз’ясованих відомостей із біографії, аналізу наукової спадщини Матвія Дулі підтверджено його внесок у поширенні медичних знань на Чернігівщині.

На підставі здійсненого вище аналізу можна виокремити чотири ключові положення, які на той час фундували принципи

радянської системи охорони здоров'я: медицина повністю підпорядковувалася державному регулюванню; акцентування на профілактичній зорієнтованості медицини; залучення населення до активної участі в охороні громадського здоров'я; єдність медичної науки й практичних заходів у галузі охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. ДЖЕРЕЛА 1.1. АРХІВНІ ДЖЕРЕЛА

Центральний державний архів вищих органів влади та управління України, м. Київ

Ф. Р – 2 Рада Міністрів УРСР. 1917 – 1992 рр.

Оп. 9

1. Спр. 9366. Листування з Радою Міністрів СРСР, центральними установами СРСР і УРСР про заходи до дальшого поліпшення медичного обслуговування населення, стоматологічної і рентгенологічної допомоги населенню України, 15 травня – 11 серпня 1961 р., 298 арк.
2. Спр. 9367. Листування з Радою Міністрів Союзу РСР про заходи до дальшого розвитку та поліпшення науково-дослідної роботи у галузі медицини, поліпшення типового проектування лікувально-профілактичних установ, стан санітарно-епідеміологічної служби України, 20 липня – 18 грудня 1961 р., 186 арк.
3. Спр. 9386. Документи про хід виконання постанов Ради Міністрів УРСР щодо будівництва в областях України баз відпочинку трудящих, заходів до дальшого поліпшення медичного обслуговування та охорони здоров'я, 9 січня – 17 жовтня 1961 р., 119 арк.

Оп. 10

4. Спр. 1087. Листування про роботу промислових та допоміжних підприємств МОЗ УРСР про забезпечення медичних установ медикаментами, обладнанням та про їх асигнування коштів, 20 грудня 1961 р. – 10 грудня 1962 р., 173 арк.
5. Спр. 1093. Листування з питань протитуберкульозних заходів, епідемічних захворювань, психоневрологічної допомоги та медичного обслуговування населення УРСР, 2 грудня 1961 р. – 21 листопада 1962 р., 238 арк.

Оп. 13

6. Спр. 762. Матеріали з питань медичного обслуговування населення Української РСР, 16 січня 1965 р. – 21 листопада 1966 р., 341 арк.
7. Спр. 766. Матеріали з питань розвитку і роботи аптечної мережі в Українській РСР, 12 лютого 1965 р. – 7 лютого 1966 р., 39 арк.
8. Спр. 2082. Переписка з ЦК КПУ, Радою Міністрів УРСР, МОЗ СРСР про стан лікувально-профілактичної допомоги населенню УРСР, 15 травня – 23 червня 1967 р., 180 арк.
9. Спр. 3400. Матеріали з питань медичного обслуговування населення Української РСР, 10 січня 1968 р. – 22 січня 1969 р., 242 арк.
10. Спр. 4683. Матеріали про розвиток і роботу курортів, санаторіїв і будинків відпочинку, медичного обслуговування населення, роботи санітарно-епідеміологічної служби в УРСР, 7 січня 1970 р. – 12 січня 1971 р., 293 арк.
11. Спр. 4684. Матеріали про розширення лікувальної мережі, передачі медичних закладів та приміщень для них по УРСР, про роботу медичних і науково-дослідних інститутів та медичних училищ в УРСР, 4 січня – 21 грудня 1970 р., 164 арк.
12. Спр. 8440. Листи і доручення РМ УРСР, повідомлення міністерств та інших установ, телеграми та інші документи про капітальне будівництво в харчовій промисловості УРСР, 3 січня – 17 грудня 1974 р., 169 арк.
13. Спр. 9575. Листи і доручення РМ УРСР, доповідні записки, інформації, звіти МОЗ УРСР, центральних обласних організацій та інші документи про медичне обслуговування населення в УРСР, 13 січня 1975 р. – 30 червня 1976 р., 240 арк.
14. Спр. 9577. Листування з Міністерством охорони здоров'я УРСР, доповідні записки, інформації та інші документи про роботу санітарно-епідеміологічної служби, інфекційні захворювання та отруєння в УРСР, 3 січня – 31 жовтня 1975 р., 106 арк.

Оп. 14

15. Спр. 4400. Доповідні записки, інформації, звіти та інші документи по контролю за виконанням постанов (розпоряджень) РМ УРСР з питань розвитку та роботи установ охорони здоров'я УРСР, 15 січня – 2 вересня 1980 р., 214 арк.

Оп. 15

16. Спр. 1290. Листування з союзними республіками і обласними організаціями про медичне обслуговування населення в УРСР, 20 січня – 30 грудня 1988 р., 320 арк.

Ф. 342 Міністерство охорони здоров'я УРСР. 1917 – 1992 рр.

Оп. 16

17. Спр. 151. Справка Министерства о выполнении постановления ЦК КПУ и Совета Министров УССР № 454 от 30.03.1960 г. “О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения УССР за 1960 – 1964 годы”, 1960 р., 17 арк.

18. Спр. 921. Документы о работе областных санитарно-эпидемиологических станций, 1965 г., 73 арк.

19. Спр. 7024. Переписка с Министерством здравоохранения СРСР, справки Министерства здравоохранения УССР по вопросам развития здравоохранения, состояния медицинского обслуживания населения в УССР, 28 марта – 6 декабря 1973 г., 173 арк.

Оп. 17

20. Спр. 2040. Документы о работе Совета научных медицинских обществ, 3 марта – 15 февраля 1980 г., 52 арк.

21. Спр. 2082. Переписка с ЦК КПУ, Советом Министров УССР, Министерством здравоохранения СССР о состоянии лечебно-профилактической помощи населению УССР, 12 декабря 1979 г. – 30 июня 1980 г., 225 арк.

22. Спр. 2114. Указания, информационные письма, рекомендации министерства по вопросам государственного санитарного надзора, гигиены, эпидемиологического состояния и радиационной безопасности в УССР, 7 января – 31 июля 1980 г., 281 арк.

23. Спр. 3099. Інформація республіканських наукових медичних товариств про їх діяльність, 9 серпня 1983 р. – 29 лютого 1984 р., 78 арк.
24. Спр. 3137. Довідки МОЗ УРСР до МОЗ СРСР, Верховної Ради СРСР та Верховної Ради УРСР про хід виконання наказів та постанов про покращання медичного обслуговування дітей та матерів за 1983 р., 1983 р., 210 арк.
25. Спр. 3148. Довідки обласних відділів охорони здоров'я облвиконкомів про організацію акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам, що мешкають у сільській місцевості та заходи по зниженню смертності вагітних, роділь, породіль та гінекологічних хворих, 1983 р., 145 арк.
26. Спр. 3541. Устави республіканських научних медичних обществ гігієністів, соціальних гігієністів и організаторов здравоохранения, 16 января – 24 октября 1984 г., 33 арк.
27. Спр. 3552. Доручення Ради Міністрів УРСР з питань санітарної охорони атмосферного повітря та навколишнього середовища, документи про їх виконання, 6 січня – 23 березня 1984 р., 201 арк.
28. Спр. 3554. Доручення Ради Міністрів УРСР з питань санітарного нагляду за водопостачанням, гігієни води та санітарної охорони водоймищ, документи про їх виконання, 13 січня – 16 квітня 1984 р., 157 арк.
29. Спр. 3565. Довідки комісії Міністерства охорони здоров'я УРСР про перевірку обласних санітарно-епідеміологічних станцій з розділу “Гігієна праці”, 9 січня – 14 серпня 1984 р., 211 арк.
30. Спр. 3569. Документи (інформаційні листи, огляди, звіти) з питань гігієни праці та професійних захворювань в УРСР, 9 лютого – 23 грудня 1984 р., 147 арк.
31. Спр. 3570. Листування з МОЗ СРСР, Радою Міністрів УРСР, Держпланом УРСР з питань гігієни харчування, 1984 р., 148 арк.

32. Спр. 3581. Документи (довідки, програми, акти, протоколи) про захворювання в УРСР та протиепідемічні заходи у боротьбі з особливо небезпечними інфекціями, 6 лютого – 14 вересня 1984 р., 270 арк.
33. Спр. 3649. Довідки комісії МОЗ УРСР про комплексні перевірки діяльності науково-дослідних інститутів Міністерства, 1984 р., 197 арк.
34. Спр. 3804. Листування з ЦК КПУ, Радою Міністрів УРСР, Держпланом УРСР та відомствами про стан лікувально-профілактичної допомоги населенню України, 21 січня – 25 грудня 1985 р., 60 арк.
35. Спр. 3809. Республіканський план впровадження досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я УРСР на 1986 р., 1 жовтня 1985 р., 159 арк.
36. Спр. 3814. Довідки комісії МОЗ УРСР про стан кардіологічної допомоги та лікувально-профілактичні заходи в областях, 19 квітня – 26 грудня 1985 р., 235 арк.
37. Спр. 3816. Довідки комісії МОЗ УРСР про перевірку стану і динаміки захворювань туберкульозом та медичної допомоги в областях УРСР, 2 лютого – 18 жовтня 1985р., 239 арк.
38. Спр. 3817. Довідки комісії МОЗ УРСР про результати перевірки про стан роботи наркологічних установ та медичної допомоги наркологічнозалежному контингенту населення в областях України, 15 квітня – 21 жовтня 1985 р., 246 арк.
39. Спр. 3827. Інформації, довідки, огляди ВООЗ про хід виконання постанов ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР про заходи по боротьбі з п'янством та алкоголізмом, 25 червня 1985 р., 13 арк.
40. Спр. 3835. Інформації, довідки, огляди про стан акушерсько-гінекологічної допомоги в областях УРСР, 1985 р., 189 арк.
41. Спр. 3836. Інформації, довідки, огляди ВООЗ про виконання комплексної програми “Діти” на 1986 – 1990 рр., 1985 р., 205 арк.
42. Спр. 3845. Листування з МОЗ УРСР з питань житлово-комунальної гігієни, 10 травня – 29 листопада 1985 р., 86 арк.

43. Спр. 3848. Доручення Ради Міністрів УРСР та документи про їх виконання, листування з Верховною Радою УРСР, МОЗ УРСР з питань санітарної охорони навколишнього середовища, 9 січня – 26 червня 1985 р., 251 арк.
 44. Спр. 3852. Довідки комісій МОЗ УРСР про перевірку стану житлово-комунальної гігієни у Чернігівській області, 8 – 12 квітня 1985 р., 124 арк.
 45. Спр. 3858. Доповіді керівників МОЗ УРСР на пленумах, сесіях та колегіях з питань гігієни праці, 24 січня – 10 грудня 1985 р., 186 арк.
 46. Спр. 3863. Інформації, довідки обласних СЕС про виконання рішень партії та уряду з питань покращання умов праці та побуту жінок, зайнятих у народному господарстві, 27 лютого – 23 грудня 1985 р., 237 арк.
 47. Спр. 3888. Інформації, довідки МОЗ УРСР в ЦК КПУ та Раду Міністрів УРСР про епідеміологічний стан у республіці, 1985 р. 231 арк.
 48. Спр. 4028. Листування з держпланом УРСР, АН УРСР, міністерствами, відомствами та науковими установами з питань наукових досліджень, 31 січня – 25 жовтня 1985р., 179 арк.
 49. Спр. 4295. Листування з ЦК КПУ, Верховною Радою УРСР, Радою Міністрів УРСР та відомствами про стан лікувально-профілактичної допомоги населенню УРСР, 6 січня – 10 грудня 1986 р., 252 арк.
 50. Спр. 4355. Виступи та доклади керівників охорони здоров'я УРСР на засіданнях Верховної Ради та комісій, Президії Ради Міністрів УРСР з питань гігієни праці у народному господарстві республіки, 2 січня – 27 жовтня 1986 р., 323 арк.
- Ф. 2605 Українська республіканська рада профспілок. 1924 – 1990 рр.
Оп. 8
51. Спр. 4605. Інформація ОСП, 1965р., 129 арк.

**Центральный державний архів громадських об'єднань
України, м. Київ**

Ф. 1 Центральный Комитет Коммунистической партии Украины. 1917–1991 гг.

Оп. 22

52. Спр. 464. Протокол № 10 заседания Комиссии Верховной Рады Украинской РСР та документи до нього, 1980 р., 19 арк.

Оп. 24

53. Спр. 5897. Копии исходящих писем в ЦК КПСС и Верховный Совет СССР, справки отделов в ЦК КПУ, письма Госплана УССР, Минздрава УССР и других организаций о проекте пятилетнего плана развития народного хозяйства СССР на 1966 – 1970 гг. об улучшении капитального строительства на селе и порядке наложения штрафов за расточительное расходование электро- и топливной энергии, об улучшении врачебно-трудовой экспертизы в СССР и другим вопросам, 15 февраля 1964 г. – 4 января 1965 г., 125 арк.

54. Спр. 6154. Копии исходящих писем в ЦК КПСС, справки отделов ЦК КПУ, письма, постановления министерств, КГБ при Совете Министров УССР и других организаций о созыве XV Всесоюзного съезда гигиенистов и санитарных врачей в г. Киеве, 1966 г., 58 арк.

55. Спр. 6164. Копия исходящего письма в ЦК КПСС, справки отделов ЦК КПУ, письма Министерства здравоохранения УССР, Совета Министров УССР и других организаций о случаях острых кишечных заболеваний и другим вопросам, 4 марта 1966 г. – 2 ноября 1967 г., 89 арк.

Оп. 25

56. Спр. 873. Письма ЦК КПСС, докладные записки секретарей ЦК, отдела науки и учебных заведений ЦК КПУ, информации обкомов партии, Министерства здравоохранения УССР об улучшении медицинского отбора больных для лечения в противотуберкулезных санаториях, о профилактических мероприятиях против желудочно-кишечных заболеваний в республике, об усилении борьбы с венерическими заболеваниями

- и наркоманией, о санитарно-дозиметрическом надзоре и недостатках в использовании радиоактивных изотопов, 13 февраля – 14 ноября 1973 г., 129 арк.
57. Спр. 1041. Письма в ЦК КПСС, информации отдела науки и учебных заведений ЦК КПУ, Министерства здравоохранения УССР о случаях заболеваний холерой, острыми кишечными заболеваниями, о проверке метода лечения злокачественных опухолей врачом З. П. Успенской и по другим вопросам, 21 марта 1974 г. – 12 мая 1976 г., 133 арк.
58. Спр. 1202. Справки отделов ЦК КПУ, информации обкомов партии, Министерства здравоохранения УССР о мероприятиях по усилению борьбы с алкоголизмом, венерическими заболеваниями и другим вопросам здравоохранения, 7 февраля – 25 декабря 1975 г., 87 арк.
59. Спр. 1358. Информации Министерства здравоохранения Украинской ССР о состоянии здоровья и медицинского обслуживания делегатов XXV съезда Компартии Украины; докладные записки отдела науки и учебных заведений ЦК КПУ по вопросам здравоохранения, 29 января 1976 г. – 24 февраля 1978 г., 77 арк.
60. Спр. 1509. Информация в ЦК КПСС, справки отдела науки и учебных заведений ЦК КПУ, Министерства здравоохранения УССР по вопросам здравоохранения и другим вопросам, 26 января – 9 ноября 1977 г., 70 арк.
61. Спр. 1689. Докладные записки отдела науки и учебных заведений ЦК КПУ, информации Запорожского обкома партии, Совета Министров УССР, Министерства здравоохранения УССР по вопросам здравоохранения, 9 марта – 6 октября 1978г., 39 арк.
62. Спр. 1888. Докладные записки отдела науки и учебных заведений ЦК КПУ и других организаций по вопросам здравоохранения, радиоактивности на территории УССР 1979 г., 169 арк.
63. Спр. 2726. Справки и информации отдела науки и учебных заведений ЦК КПУ, Совета Министров УССР, Днепропетровского обкома партии, Минздрава УССР и переписка с ЦК КПСС и Советом Министров СССР по вопросам здравоохра-

- нення и социального обеспечения, 9 января – 17 декабря 1984 г., 85 арк.
64. Спр.2861. Записка работников ЦК и Совмина УССР, переписка с Минздравом УССР по обеспечению населения и учреждений здравоохранения республики лекарственными средствами, оснащению роддомов и детских лечебных учреждений Украины, 2 января 1985 г. – 9 июня 1986 г., 60 арк.
65. Спр. 2986. Доповідні записки, інформації, довідка ЦК КПУ, його відділу науки і учбових закладів, Міністерства охорони здоров'я медичної і мікробіологічної промисловості УРСР про стан охорони здоров'я, створення науково-дослідних та науково-виробничих інститутів, об'єднань, радіоактивність зовнішнього середовища, смертність серед населення, 31 березня 1986 р. – 20 квітня 1987 р., 83 арк.
66. Спр. 3151. Інформації ЦК КПУ, обкомів і Київського міському партії про наслідки обговорення проекту ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР “Основні напрямки розвитку охорони здоров'я населення і перебудову охорони здоров'я СРСР у 12 п'ятиріччя і на період до 2000 року”, 14 – 29 вересня 1987 р., 81 арк.
67. Спр. 3152. Доповідні записки, листи, інформації ЦК Компартії України, його відділів, обкомів партії, Ради Міністрів УРСР, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ республіки, АН СРСР про випадок отруєння учнів у школі м. Києва, стан здоров'я іноземних студентів, боротьбу з наркоманією, транспортні нещасні випадки, епідемічні захворювання серед населення, інших питаннях роботи органів охорони здоров'я, 17 лютого – 22 грудня 1987 р., 117 арк.
68. Спр. 3336. Доповідні записки, інформації ЦК КПУ, Міністерства охорони здоров'я, Укрпрофради, Ради Міністрів УРСР про радіоактивність оточуючого середовища, медико-санітарне забезпечення робітників Чорнобильської АЕС, членів їх сімей та евакуйованих, захворювання дітей, стан донорства у республіці, заходи по попередженню розповсюдження СНІДу, зниження трудових втрат у зв'язку з хворобою, з інших питань охорони здоров'я, 12 січня – 29 грудня 1988 р., 136 арк.

Оп. 32

69. Спр. 1499. Справки, информации и письма отделов ЦК КПУ, Совета Министров УССР, Днепропетровского обкома партии, ЦСУ УССР по вопросам медицинского обслуживания населения, улучшение содержания детей в интернатных учреждениях и установление персональных пенсий, 13 января 1975 г. – 7 января 1980 г., 68 арк..
70. Спр. 1612. Записки, справки, информации отделов ЦК КПУ, Совета Министров УССР, Министерства здравоохранения УССР по вопросам медобслуживания, состояния лекарственной помощи населению, о работе Комиссии по установлению персональных пенсий при Совете Министров УССР, 20 февраля – 28 ноября 1980 г., 39 арк.
71. Спр. 2181. Справки отделов ЦК КПУ, информации Совета Министров УССР, Министерства социального обеспечения УССР, других органов по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, 11 января 1984г. – 28 февраля 1986 г., 97 арк.
72. Спр. 2624. Записки, довідки, інформації, листи до ЦК КПУ, ЦК КПРС про стан сільського господарства у зв'язку з несприятливими погодними умовами, 4 січня 1989 – 1 лютого 1990 рр., 126 арк.

Державний архів Чернігівської області

Ф. Р – 90 Виконавчий комітет Чернігівської міської ради депутатів трудящих. 1943 – 1970 рр.

Оп. 3

73. Спр. 699. Протокол заседания 11-й сессии, решения Черниговского городского Совета депутатов трудящихся и материалы к ним, 16 декабря 1970г., 76 арк.

Ф. Р – 346 Чернігівський обласний шкіро-венерологічний диспансер. 1943 – 1993 рр.

Оп. 1

74. Спр. 107. Отчет о работе обласного общества врачей дермато-венерологов за 1966 год, 1966 г., 5 арк.

75. Спр.115. Доклады на конференции дерматовенерологов области, посвященном 50-летию Советской власти, 14 февраля 1967 г., 43 арк.
76. Спр. 119. Отчет о работе обласного общества дерматовенерологов и протоколы заседаний за 1967г., 1967г., 33 арк.
77. Спр. 151. Отчет о работе областного научного общества дерматовенерологов за 1970 год , 1970 г., 5 арк.
78. Спр. 173. Обзор деятельности кожвенучреждений области, протоколы научно-практической конференции и заседаний медсовета, заседаний областного общества дерматологов за 1972 год, комплексный план на 1973 год, 1972 г., 225 арк.
79. Спр. 184а. Межведомственный план мероприятий по усилению борьбы с распространением венерических заболеваний среди населения Черниговской области на 1974 – 1980 годы, 1973 г., 132 арк.
80. Спр. 194. Обзор деятельности кожвенучреждений области и отчет областного научного медицинского общества дерматовенерологов за 1975 г., решения областной межведомственной комиссии по борьбе с венерическими заболеваниями и выездного медицинского облкожвендиспансера за 1975 год, комплексные планы мероприятий на 1975 – 1976 гг. и межведомственный план на 1974 – 1980 гг., 1975 г., 286 арк.
81. Спр. 204.Решения областной межведомственной комиссии по борьбе с венерическими болезнями и выездного медицинского совета облкожвендиспансера, паспорт диспансера, план мероприятий на 1977 год, 1976 г., 243 арк.
82. Спр. 217. Обзор деятельности кожвенучреждений области и протоколы заседаний областного научного медицинского общества дерматовенерологов за 1977 г., перспективные и комплексные планы на 1978 г., 1978 – 1985 гг., 1977 г., 189 арк.

Оп. 2

83. Спр. 1. Документы о работе общества дерматовенерологов за 1974 год, 1974 г., 4 арк.
84. Спр. 2. Документы о работе общества дерматовенерологов за 1978 год, 1978 г., 2 арк.

85. Спр. 3. Документы о работе общества дерматовенерологов за 1979 год (протоколы, план, отчет), 1979 г., 6 арк.
86. Спр. 4. Документы о работе общества дерматовенерологов за 1980 год (протоколы, план, отчет), 1980 г., 6 арк.
87. Спр.5. Протоколы заседаний областного научного общества дерматовенерологов, планы, отчеты за 1981 год, 1981 г., 7 арк.
88. Спр.6. Протоколы заседаний областного научного общества дерматовенерологов, планы, отчеты за 1982 год, 1982 г., 9 арк.
89. Спр.7. Протоколы заседаний областного научного общества дерматовенерологов, планы, отчеты за 1983 год, 1983 г., 10 арк..
90. Спр.8. Протоколы заседаний областного научного общества дерматовенерологов, планы, отчеты за 1984 год, 1984 г., 9 арк.
91. Спр. 9. Протоколы общества дерматовенерологов за 1985 год, 1985 г., 10 арк.
92. Спр.10. Документы о работе областного научного медицинского общества дерматовенерологов за 1986 год (протоколы, план, отчет), 1986 г., 9 арк.
93. Спр. 11. Документы о работе областного научного медицинского общества дерматовенерологов за 1987 год (протоколы, план, отчет), 1987 г., 10 арк.
94. Спр. 12. Документы о работе областного научного медицинского общества дерматовенерологов за 1988 год (протоколы, план, отчет), 1988 г., 8 арк.

Ф. Р – 752 Отдел здравоохранения исполнительного комитета Черниговского губернского Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов(губздрав). 1919 – 1925 гг.

Оп. 1

95. Спр. 66. Карточки по учету медицинского персонала губернии, 1919 – 1921 гг., 111 арк.
96. Спр. 79. Декрет, циркуляры, инструкции СНК, наркомздрава, положения о деятельности губернского и уездных санитарных советов. Выписки из протоколов губисполкома, сведения о местонахождении больничных касс на Черниговщине, 26 марта 1919 г. – 2 апреля 1920 г., 243 арк.

97. Спр. 400. Протокол заседания 1-го Конотопского уездного медико-санитарного совета и доклады о деятельности здравоохранения губернии, январь 1920 г. – декабрь 1921 г., 32 арк.

98. Спр. 1267. Протоколы заседаний школьно-санитарного совета подотдела “Охмадет”, отчеты о деятельности подотдела и подведомственных ему детских учреждений, акты обследования и сведения о движении заболеваемости в детучреждениях, 2 января – 30 декабря 1924 г., 87 арк.

Ф. Р – 937 Чернігівське обласне бюро судово-медичної експертизи. 1943 – 1994 рр.

Оп. 1

99. Спр. 71. Документы однодневного семинара судебно-медицинских экспертов и невропатологов за 1969 год, 1969 г., 30 арк.

100. Спр. 81. Протоколы научно-практических конференций судмедэкспертов областного бюро судебно-медицинских экспертиз, январь 1972 г. – 20 декабря 1978 г., 87 арк.

101. Спр. 120. Протоколы научно-практических конференций судебно-медицинских экспертов, 25 января 1979 г. – 25 мая 1883 г., 72 арк..

102. Спр. 146. Отчет о деятельности бюро судебно-медицинских экспертов за 1984 год, 1984 г., 182 арк.

103. Спр. 149. Протоколы научно-практических конференций судебно-медицинских экспертов, 29 мая 1985 г., 9 арк.

Ф. Р – 1032 Чернігівська обласна станція переливання крові. 1944 – 1994 рр.

Оп. 1

104. Спр. 85. Документы о научной организации труда (перспективный план, справка), 1970 г., 6 арк.

105. Спр. 121. Документы о внедрении научных достижений и элементов научной организации труда в практику работы станции (отчет, информации, справки), 1976 – 1979 гг., 5 арк.

106. Спр. 163. Документы о внедрении достижений науки и передового опыта в практику работы станции переливания крови (отчет, информации), 1980 г. 10 арк.

107. Спр. 195. Анализ эффективности производственной деятельности службы крови Черниговской области, 1982 г., 29 арк.

Ф. Р–1064 Черниговская областная стоматологическая поликлиника. 1959 – 1994 гг.

Оп. 1

108. Спр. 162. Информация о выполнении приказа облздравотдела от 22 апреля 1968 г. “О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению Черниговской области”, 8 – 27 декабря 1968 г., 30 арк.

109. Спр. 354. Протоколы проведения семинаров и совещаний райстоматологов области с № 1 – № 8, 28 февраля – 11 ноября 1980 г., 22 арк.

110. Спр. 430. Документы о внедрении достижений медицинской науки, передового опыта и научной организации труда в практику работы стоматологической службы области (план, информации), 1985 г., 173 арк.

111. Спр. 452. Документы о внедрении медицинской науки, передового опыта и научной организации труда в практику работы стоматологической службы области (план, отчет, информации), 1986 г., 107 арк.

Ф. Р–1385 Чернігівська обласна санітарно-епідеміологічна станція. 1965 – 1985 гг.

Оп. 1

112. Спр. 1520. Доклады, справки, информации, составленные для конференций, семинаров, совещаний о состоянии и мерах по снижению заболеваемости инфекционными заболеваниями в области, 1974 г., 45 арк.

Ф. Р – 1499 Чернігівський обласний онкологічний диспансер. 1952 – 1994 гг.

Оп. 1

113. Спр. 63. Протоколы клинических и патолого-анатомических конференций, 29 января 1966 г. – 2 ноября 1967 г., 50 арк.

114. Спр. 91. Протоколы клинико-анатомических и врачебных конференций, 25 февраля 1971 г. – 19 ноября 1972 г., 46 арк.

115. Спр. 110а. Протоколы клинико-анатомических и врачебных конференций, 17 октября 1973 г. – 9 сентября 1974 г., 47 арк.

116. Спр. 116. Методические разработки лечения различных онкологических заболеваний, составленные врачами онкодиспансера за 1973 год, 1973 г., 15 арк.
117. Спр. 124. Протоколы клинико-анатомических и врачебных конференций за 1974 – 1975 годы, 5 сентября 1974 г. – 30 октября 1975 г., 51 арк.
118. Спр. 136. Протоколы клинико-анатомических и врачебных конференций за 1975 – 1977 годы, 6 ноября 1975 г. – 27 апреля 1977 г., 51 арк.
119. Спр. 167. Историческая справка о развитии онкологической службы в Черниговской области, 1977 г., 16 арк.
120. Спр. 173. Протоколы заседаний лечебно-квалифицированной комиссии и клинико-патологоанатомических конференций, 27 марта 1978 г. – 24 января 1980 г., 31 арк.
121. Спр. 188. Протоколы патолого-анатомических конференций, 14 марта 1978 г. – 24 декабря 1979 г., 56 арк.
122. Спр. 332. Показатели уровня оказания онкологической помощи населению области за 1990 год, 1990 г., 101 арк.
- Ф. Р–1505 Чернігівська обласна лікарня. 1951 – 1991 рр.
- Оп. 1
123. Спр. 190. Решение исполнительного Комитета Черниговского обласного Совета депутатов трудящихся об улучшении рентгено-радиологической помощи населению Черниговской области от 29 ноября 1960 г., 1960 г., 24 арк.
124. Спр. 217. Протоколы клинико-анатомических конференций за 1960 год, 2 января – 21 декабря 1960 г., 40 арк.
125. Спр. 256. Доклады заседаний терапевтической секции медицинского научного общества за 1961 г., 1961 г., 55 арк.
126. Спр. 338. Доклады на научно-практической конференции по вопросам улучшения терапевтической помощи населению области, май 1963 г., 49 арк.
127. Спр. 352. Протоколы областной научно-практической конференции офтальмологов за 1964 год, 20 мая 1964 г., 26 арк.
128. Спр. 370. Доклады, заседания терапевтической секции медицинского научного общества за 1964 год, 1964 г., 15 арк.

129. Спр. 421. Отчет о деятельности научного медицинского общества врачей отоларингологов за 1965 год, 1965 г., 6 арк.
130. Спр. 522. Отчет о деятельности научного общества отоларингологов за 1967 год, 1967 г., 32 арк.
131. Спр. 554. Отчет о деятельности областного научного общества врачей отоларингологов за 1968 год, 1968 г., 9 арк.
132. Спр. 569. Смета расходов и штатное расписание больницы, 1968 г., 128 арк.
133. Спр. 589. Отчет о деятельности областного научного общества врачей отоларингологов за 1969 год, 1969 г., 3 арк.
134. Спр. 633. Отчеты о состоянии отоларингологической помощи населению области за 1971 год, 1970 г., 265 арк.
135. Спр. 671. Протоколы паталого-анатомических и клинических конференций врачей областной больницы, 21 января – 23 декабря 1971 г., 30 арк.
136. Спр. 731. Сведения и информации о проведении конференций, совещаний, занятий на базе передового опыта лечебными учреждениями области за 1973 год, 1974 г., 163 арк.
137. Спр. 767. Сведения и информации о проведении конференций, совещаний, занятий на базе передового опыта лечебными учреждениями области за 1974 год, 1974 г., 101 арк.
138. Спр. 804. Сведения и информации о проведении конференций, совещаний, занятий на базе передового опыта лечебными учреждениями области в первом полугодии 1975 года, январь – июнь 1975 г., 140 арк.
139. Спр. 805. Сведения и информации о проведении конференций, совещаний, занятий на базе передового опыта лечебными учреждениями области во втором полугодии 1975 года, июль – декабрь 1975 г., 111 арк.
140. Спр. 830. Сведения о проведении семинаров, совещаний, занятий на базе передового опыта лечебными учреждениями области в 1976 году. Т. I., 1976 г., 169 арк.
141. Спр. 831. Сведения о проведении семинаров, совещаний, занятий на базе передового опыта лечебными учреждениями области в 1976 году. Т. II., 1976 г., 100 арк.

142. Спр. 863. Сведения о проведении конференций, семинаров, совещаний, занятий на базе передового опыта лечебными учреждениями области в 1977 году. Т. I., январь – май 1977 г., 120 арк.

Ф. Р–1545 Протитуберкулезный диспансер Чернігівського обласного відділу охорони здоров'я. 1947 – 1993 рр.

Оп. 1

143. Спр. 201. Документы областной конференции фтизиатров по теме “Состояние и перспективы развития противотуберкулезной помощи населению Черниговской области” (программа, доклады), 1971 г., 75 арк.

144. Спр. 226. Документы республиканского семинара врачей-фтизиатров “Усовершенствование методов диспансерной работы и обслуживания больных туберкулезом” (программа, доклады, резолюция), 28–29 мая 1973 г., 60 арк.

145. Спр. 227. Документы областного семинара-совещания фтизиатров, терапевтов и рентгенологов по вопросам профилактики, раннего выявления и лечения туберкулеза (программа, доклад, списки присутствующих), 1973 г., 11 арк.

146. Спр. 238. Документы областного совещания главных врачей районов санитарно-эпидемиологических станций, туберкулезных учреждений, районных фтизиатров по вопросам борьбы с туберкулезом (протокол, доклады), 5 сентября 1974 г., 41 арк.

147. Спр. 259. Документы научно-практических конференций, семинаров, совещаний за 1976 год (сведения, доклады), 21 апреля – 8 декабря 1976 г., 22 арк.

148. Спр. 331. Документы о работе научно-практических конференций фтизиатров и рентгенологов (протоколы, программа), 1981 г., 8 арк.

149. Спр. 364. Документы научно-практической конференции фтизиатров и патологоанатомов (протокол, тексты выступлений), 16 ноября 1983 г., 12 арк.

150. Спр. 389. Документы Всесоюзной конференции-семинара врачей-фтизиатров экспериментальных баз (список участников, программа, выступления), 4 – 6 сентября 1984 г., 42 арк.

151. Спр. 390. Документы областного совещания фтизиатров (программа, выступления), 14 марта 1984 г., 14 арк.
152. Спр. 443. Документы республиканского совещания главных врачей обл(гор)тубдиспансеров и заведующих кафедрами туберкулеза институтов (приказ, план, выступления), 25 – 26 мая 1988 г., 42 арк.

Ф. Р–1869 Чернігівський обласний ендокринологічний диспансер.
1961 – 1994 рр.

Оп. 1

153. Спр. 152. Документы областного совещания-семинара эндокринологов по итогам работы за 1977 г. и задачам на 1978 г. (повестки, доклады, выступления, сведения), 16 марта 1978 г., 33 арк.
154. Спр. 161. Документы областного совещания-семинара эндокринологов по итогам работы за 1978 г. и задачам на 1978 г. (повестки, доклады, выступления, сведения), 15 марта 1979 г., 44 арк.
155. Спр. 162. Документы научно-практической конференции по эндокринологии (программа, доклады, сведения), 19 июля 1979 г., 20 арк.
156. Спр. 167. Документы областного совещания-семинара эндокринологов по итогам работы за 1979 г. и задачам на 1980 г. (программа, доклад), 1979 г., 22 арк.
157. Спр. 177. Документы областного совещания-семинара эндокринологов по итогам работы за 1980 г. и задачам на 1981 г. (программа, доклад, текст выступления, сведения), 18 марта 1981 г. 24 арк.
158. Спр. 185. Документы областного совещания-семинара эндокринологов по итогам работы за 1981 г. и задачам на 1982 г. (программа, доклад, сведения), 1982 г., 17 арк.
159. Спр. 195. Документы областного совещания-семинара эндокринологов по итогам работы за 1982 г. и задачам на 1983 г. (программа, доклад, сведения, тексты выступления), 23 марта 1983 г., 25 арк.
160. Спр. 205. Документы областного совещания-семинара эндо-

кринологов по итогам работы за 1983 г. и задачах на 1984 г. (программа, доклад, сведения), 22 марта 1983 г., 25 арк.

161. Спр. 217. Документы областного совещания-семинара эндокринологов по итогам работы за 1984 г. и задачах на 1985 г. (совещания, программа, список, доклад), 20 марта 1984 г., 19 арк.

Ф. Р–3621 Редакция областной газеты “Деснянська правда” – орган Черниговского областного комитета Компартии Украины и областного Совета депутатов трудящихся (с 1977 г. – орган Черниговского областного комитета Компартии Украины и областного Совета народных депутатов). 1932 – 1993 рр.

Оп. 2

162. Спр. 504. Авторские рукописи статей о деятельности органов здравоохранения и медицинских работников, 1977 г., 42 арк.

163. Спр. 506. Авторские рукописи статей, посвященных дням медработников, 1977 р. 121 арк.

164. Спр. 579. Авторские рукописи статей о работе лучших коллективов органов здравоохранения, 1979 р., 82 арк.

Ф. Р–4991 Чернігівська обласна психоневрологічна лікарня. 1936 – 1993 рр.

Оп. 1

165. Спр. 125. Материалы научных конференций по областной психоневрологической больнице, 1967 г., 47 арк.

166. Спр. 136. Материалы конференций по Черниговской области (протоколы, доклады), 1968 г., 50 арк.

167. Спр. 179. Протокол областного семинара по вопросам улучшения организации лечебной помощи больным с половыми нарушениями, 12 мая 1971 г., 21 арк.

168. Спр. 181. Протокол совещания врачей по детской психоневрологии, 21 июля 1971г. 16 арк.

169. Спр. 194. Протокол совещания врачей психиатров и психоневрологов области, 15 марта 1972 г., 29 арк.

170. Спр. 195. Протокол областного совещания логопедов, 15 июня 1972 г., 17 арк.

171. Спр. 232. Протокол совещания-семинара врачей по вопросам наркологии, 9 декабря 1975 г. 39 арк.
172. Спр. 284. Протокол областного совещания психиатров, 22 марта 1979 г., 32 арк.
173. Спр. 385. Документы областного совещания-семинара психиатров (программа, доклады), 24 марта 1989 г., 13 арк.
174. Спр. 399. Документы областных конференций и семинара-совещания психиатров (План, программы, справки), 1990 г., 29 арк.

Ф. Р-4996 Чернігівське обласне аптечне управління. 1944 – 1994 рр.

Оп. 2

175. Спр 324. Материалы обследования аптекоуправления (справки, акты и др.), 1965 г., 31 арк.
176. Спр. 372а. Протокол областной научно-практической конференции фармацевтов, посвященной 50-летию аптечного дела в СССР и материалы к нему (программа, тезисы, доклады), 27 – 28 декабря 1968 г., 145 арк.
177. Спр. 372б. Справки и переписка с вышестоящими организациями о состоянии аптечного дела в Черниговской области, январь 1968 г.– декабрь 1971 г, 145 арк.
178. Спр. 377. Оперативные планы основных мероприятий по аптекоуправлению, материалы конференций, встречи молодых специалистов (протокол, повестка дня, списки выпускников 1967 г. и ветеранов аптечного дела), 10 января 1968 г. – 28 ноября 1968 г., 37 арк.
179. Спр. 418а. Переписка с вышестоящими организациями о состоянии аптечного дела в Черниговской области, 1971 г., 276 арк.
180. Спр. 422. Материалы о работе аптек-школ передового опыта (приказы, планы, анкеты участников, докладные записки), 1971 г., 51 арк.
181. Спр. 529. Документы школ передового опыта работы аптечных учреждений области (план, отчеты и др.), 22 февраля 1977 г. – 3 апреля 1978 г., 29 арк.

182. Спр. 545. Документы школ передового опыта работы аптечных учреждений (планы, программы занятий), 21 марта – 9 декабря 1978 г., 42 арк.
183. Спр. 557. Документы о работе школ коммунистического труда (информация, сведения, представления, характеристика), 1979 – 1980 г., 12 арк.
184. Спр. 562. Доклады на медицинские конференции, совещания, семинары, подготовленные отделом информации, 1979 г., 19 арк.
185. Спр. 564. Анализ информационной работы аптечных учреждений области за 1979 год, 1979 г., 4 арк.
186. Спр. 580. Акт проверки управления комиссией Главного аптечного управления Министерства здравоохранения УССР и планы мероприятий по устранению отмеченных недостатков, 1980 г., 40 арк.
187. Спр. 584. Доклады, подготовленные отделом информации на медицинские конференции, совещания, семинары, 1980 г., 24 арк.
188. Спр. 617. Справки, информации, представленные партийными и советскими органами о деятельности аптекоуправления, 1981 г., 72 арк.
189. Спр. 781. Отчеты по основной деятельности аптечных учреждений области за 1986 год, 1986 г., 148 арк.

Оп. 3

190. Спр. 1. Акты комплексной проверки фармацевтической и финансово-хозяйственной деятельности аптечного управления Черниговского облисполкома Главному аптечному управлению Министерства здравоохранения УССР и информация о проведенной работе по устранению недостатков, выявленных в ходе проверки, 6 декабря 1985г. – 7 февраля 1986 г., 83 арк.
191. Спр. 5. Протокол совещания с заведующими центральными районными аптеками гг. Чернигов и Прилуки, 19 мая 1987 г., 14 арк.
192. Спр. 6. Информации Главному аптечному управлению Минздрава УССР, облисполкому по основным вопросам деятельности, 1987 г., 26 арк.

Ф. Р–5036 Виконавчий комітет Чернігівської обласної ради депутатів трудящих. 1941 – 1992 рр.

Оп. 4

193. Спр. 1320. Матеріали об удлучшенні медичинского и бытового обслуговування населення, откритті дєтских дошкольных учреждений и о работе обласного комитета Красного Креста (решення, докладне записки, справки, переписка). Т. I., 9 января – 30 июня 1960 г., 209 арк.
194. Спр. 1321. Матеріали об удлучшенні медичинского и бытового обслуговування населення, откритті дєтских дошкольных учреждений и о работе обласного комитета Красного Креста (решення, докладне записки, справки, переписка) Т. II., 4 июля – 30 декабря 1960 г., 183 арк.
195. Спр. 1426. Матеріали о состоянии медичинского обслуговування и охраны здоровья населения области (информации, справка, докладная записка, переписка и др.) Т. II., 28 декабря 1961 г. – 27 ноября 1962 г., 127 арк.
196. Спр. 1427. Переписка с Министерством здравоохранения, общественными и районными учреждениями по вопросам строительства больниц, удлучшения медичинского обслуговування, 6 января 1961 г. – 30 декабря 1961 г., 177 арк.
197. Спр. 1583. Переписка с Советом Министров УССР, областными и районными учреждениями по вопросам медичинского обслуговування и охраны здоровья населения области, 12 января – 16 декабря 1965 г., 251 арк.
198. Спр. 1904. Листування з республіканськими, обласними, міськими і районними організаціями з питань охорони здоров'я Т. I., 4 січня – 25 травня 1970 р., 102 арк.
199. Спр. 1905. Листування з республіканськими, обласними, міськими і районними організаціями з питань охорони здоров'я Т. 2., 1 червня – 16 грудня 1970 р., 97 арк.
200. Спр. 2389. Листування з питань охорони здоров'я, фізкультури і спорту, 6 січня – 25 грудня 1975 р., 275 арк.

201. Спр. 2779. Листування з Радою Міністрів УРСР та республіканськими установами і організаціями з питань ідеології та роботи соціально-культурних установ Т.1., 1 січня – 29 жовтня 1985 р., 205 арк.
202. Спр. 2780. Листування з Радою Міністрів УРСР та республіканськими установами і організаціями з питань ідеології та роботи соціально-культурних установ Т. 2., 5 травня – 14 вересня 1985 р., 274 арк.
203. Спр. 2873. Листування з Радою Міністрів УРСР та республіканськими установами і організаціями з питань ідеології та роботи соціально-культурних установ Т. 1., 4 травня 1989 р. – 29 червня 1990 р., 288 арк.
204. Спр. 2874. Листування з Радою Міністрів УРСР та республіканськими установами і організаціями з питань ідеології та роботи соціально-культурних установ Т. 2., 2 липня – 11 вересня 1990 р., 241 арк.
205. Спр. 2875. Листування з Радою Міністрів УРСР та республіканськими установами і організаціями з питань ідеології та роботи соціально-культурних установ Т. 3., 18 вересня – 21 грудня 1990 р., 169 арк.

Оп. 11

206. Спр. 123. Матеріали о работе органов народного образования, здравоохранения и культуры, 11 января – 29 июля 1963 г., 392 арк.
207. Спр. 130. Матеріали о работе органов народного образования, здравоохранения (справки, информации, сведения), 7 января – 8 февраля 1964 г., 305 арк.

Ф. Р–5153 Чернігівський обласний відділ охорони здоров'я. 1943 – 1992 рр.

Оп. 1

208. Спр. 501. Справка о состоянии здравоохранения Черниговской области, 1960 г., 34 арк.
209. Спр. 704. Сводный годовой статистический отчет облздравотдела по здравоохранению, 1965 г., 110 арк.

210. Спр. 728. Приказ облздравотдела от 16 августа 1965 г. “Об организации Совета санитарного просвещения в составе Совета”, положение о Совете санитарного просвещения, 16 августа 1965 г., 4 арк.
211. Спр. 741. Справки и сведения об итогах работы органов здравоохранения области, качества медицинского обслуживания населения, эпидемических заболеваниях, укомплектовании кадрами врачей и др. вопросы, 11 февраля – 27 декабря 1965 г., 152 арк.
212. Спр. 851. Отчетные доклады заведующего облздравотделом тов. Кононенко Н. Ф. на профсоюзных пленумах, конференциях и совещаниях медицинских работников о деятельности органов здравоохранения области, 5 апреля 1967 г. – 2 апреля 1968 г., 240 арк.
213. Спр. 865. Протоколы областной научно-практической конференции эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов, гигиенистов и педиатров, совещаний и семинаров педиатров и участковых врачей по обмену опытом сельских врачебных участков о заболеваемости детей, 13 марта – 30 октября 1967 г., 36 арк.
214. Спр. 905. Материалы о работе медицинского Совета облздравотдела (постановления, решения, приказы, планы, протоколы). Положение о координационном Совете специализированных научно-медицинских обществ при облздравотделе, 19 января – 24 декабря 1968 г., 265 арк.
215. Спр. 907. Отчетные доклады, выступления заведующего облздравотделом Кононенко Н. Ф. на республиканском, областных совещаниях и районных собраниях медицинских работников о работе областного отдела здравоохранения и состоянии медицинского обслуживания населения области, 1968 г., 166 арк.
216. Спр. 1018. Решения и распоряжения Черниговского облисполкома, касающихся деятельности органов здравоохранения, 22 января – 10 декабря 1970 г., 22 арк.

217. Спр. 1033. Материалы об итогах работы органов здравоохранения по оказанию медицинской помощи населению области (доклад, справки, отчет и др.), 1970 г., 148 арк.
218. Спр. 1046. Справки, информации и переписка с Министерством здравоохранения УССР, обкомом КПУ, облисполкомом и медучреждениями по вопросам медицинского обслуживания населения области, разрешение жалоб и заявлений граждан, 22 января – 10 ноября 1970 г., 84 арк.
219. Спр. 1058. Решения и распоряжения Черниговского облисполкома, 7 января – 19 октября 1971 г., 141 арк.
220. Спр. 1283. Тексты выступлений руководителей здравоохранения на совещании актива медицинских работников по итогам деятельности за 1976 год, 1976 г., 70 арк.
221. Спр. 1313. План совместных мероприятий Киевского медицинского института им. акад. А.А. Богомольца и облздравотдела по дальнейшему повышению качества медицинской помощи населению и план облздравотдела по внедрению достижений медицинской науки в практику лечебно-профилактических учреждений области на 1977 год, 1976 г., 29 арк.
222. Спр. 1315. Документы первой областной научно-практической конференции участковых врачей сельских врачебных участков (протокол, программа, тексты выступлений), 24 – 26 ноября 1977 г., 278 арк.
223. Спр. 1317. Протоколы заседаний и план докладов областного научного медицинского общества терапевтов за 1977 год, 1977 г., 9 арк.
224. Спр. 1325. Справки, показатели выполнения условий республиканского социалистического соревнования в медучреждениях области и социалистические соревнования между медицинскими работниками Сумской и Черниговской областей за 1977 год, 1977 г., 68 арк.
225. Спр. 1349. План основных организационных мероприятий по дальнейшему развитию здравоохранения области на 1978 год, 1978 г., 35 арк.

226. Спр. 1350. План развития здравоохранения области на 1978 г., 1977 г., 25 арк.
227. Спр. 1354. Документы второй областной научно-практической конференции врачей сельских врачебных участков по вопросам охраны материнства и детства (протоколы, тексты выступлений, программа), 11 – 13 декабря 1978 г., 98 арк.
228. Спр. 1363. Документы о работе областных обществ терапевтов и акушер-гинекологов (протоколы, планы, отчеты), 1978 г., 18 арк.
229. Спр. 1389. План основных организационных мероприятий развития здравоохранения области на 1979 год, 1979 г., 52 арк.
230. Спр. 1390. План развития здравоохранения области на 1979 год, 1979 г., 21 арк.
231. Спр. 1395. Информация о ходе выполнения облздравотделом приказа Министерства здравоохранения УССР от 14 декабря 1977 г. № 670 “Про організацію виконання в республіці постанови ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 22 вересня 1977 р.”, № 870 “Про заходи по подальшому поліпшенню народної охорони здоров’я” и решении VI сессии XV созыва областного Совета народных депутатов от 21.09. 1976 г. “Про роботу обласного відділу охорони здоров’я по поліпшенню медичного обслуговування населення у світлі рішень XXV з’їзду КПРС і XXV з’їзду Компартії України”, 1979 р., 28 арк.
232. Спр. 1399. Документы о работе областных обществ терапевтов и акушер-гинекологов (протоколы, планы, отчеты), 1979 г., 20 арк.
233. Спр. 1419. План основных организационных мероприятий на 1980 год, 1980 г., 20 арк.
234. Спр. 1420. План развития здравоохранения области на 1980 год, 1980 г., 20 арк.
235. Спр. 1426. Информации, справки Министерству здравоохранения УССР, обкому Компартии Украины, облисполкому о состоянии медицинского обслуживания в области, 1980 г., 50 арк.

236. Спр. 1427. Решение облисполкома № 130 от 17 марта 1980 г. “О работе областного отдела здравоохранения по улучшению медицинского обслуживания населения в свете постановления ЦК КПСС и Совмина СССР от 22 сентября 1977 года № 870 “О мерах по дальнейшему улучшению народной охраны здоровья” и документы к нему (доклад, информации, справки, план организационных мероприятий), 1980 г., 86 арк.
237. Спр. 1432. Протоколы заседаний областного научно-практического общества терапевтов, 1980 г., 6 арк.
238. Спр. 1433. Документы об итогах республиканского социалистического соревнования в медицинских учреждениях области (постановления, справки, показатели), 1980 г., 43 арк.
239. Спр. 1463. Информации, справки Министерству здравоохранения УССР, обкому Компартии Украины, облисполкому о состоянии медицинского обслуживания в области, 1981 г., 89 арк.
240. Спр. 1465. Документы о работе областных обществ терапевтов и акушер-гинекологов (протоколы, планы, отчеты), 1981 г., 17 арк.
241. Спр. 1501. Программа проведения и тексты выступлений на шестой областной научно-практической конференции врачей сельских врачебных участков по вопросам охраны материнства и детства 23 – 24 ноября 1982 г., 1982 г., 94 арк.
242. Спр. 1502. Документы о работе областных обществ терапевтов и акушер-гинекологов (протоколы, планы, отчеты), 1982 г., 27 арк.
243. Спр. 1526. Отчеты о работе областных научных обществ педиатров, невропатологов и психиатров, акушер-гинекологов за 1983 год, 1983 г., 11 арк.
244. Спр. 1570. Отчет о внедрении достижений медицинской науки в практику медицинских учреждений области за 1981 – 1985 годы, 1985 г., 24 арк.
245. Спр. 1575. Штатные расписания и сметы расходов на содержание аппарата управления облздравотдела на 1985 год, 1985 г., 91 арк.

246. Спр. 1594. Документи про впровадження досягнень науки в практику роботи лікувально-профілактичних установ області (план, інформація, листування), 1986 р., 23 арк.
247. Спр. 1595. Довідка про результати перевірки стану медичного обслуговування населення Чернігівської області, проведена комісією Міністерства охорони здоров'я УРСР, 1986 р., 56 арк.
248. Спр. 1596. Довідки, інформації вищим органам про стан охорони здоров'я в Чернігівській області, 1986 р., 95 арк.
249. Спр. 1667. Довідки, інформації вищим органам про стан охорони здоров'я в Чернігівській області, 1990 р., 83 арк.
250. Спр. 1667а. Довідка комісії Міністерства охорони здоров'я України про стан медичної допомоги населенню області, постраждалому від Чорнобильської катастрофи (1990 р., 51 арк.).
- Ф. Р – 8822 Чернігівська обласна дитяча лікарня. 1976 – 1994 рр.
Оп. 1

251. Спр.14. Протоколы клинических конференций за 1977 год, 18 февраля – 5 декабря 1977 г., 24 арк.
252. Спр. 27. Протоколы теоретических конференций врачей областной детской больницы № 1 – № 13, 25 января – 21 декабря 1978 г., 71 арк.
253. Спр. 46. Протоколы теоретических конференций врачей областной детской больницы № 1 – № 10, 8 января – 15 октября 1979 г., 69 арк.
254. Спр. 83. Протоколы теоретических конференций врачей областной детской больницы за 1981 год, 1981 г., 108 арк.
255. Спр. 100. Протоколы теоретических конференций врачей областной детской больницы за 1982 год, 1982 г., 97 арк.

1. 2. ОПУБЛІКОВАНІ ДЖЕРЕЛА

1. 2. 1. ЗБІРКИ ДОКУМЕНТІВ

256. Відомості Верховної Ради Української РСР. – К.: Видання Верховної Ради УРСР, 1971. – № 29. – С. 20.
257. Збірник постанов і розпоряджень уряду Української РСР. – К.: Політвидав України, 1971. – № 6. – С. 18 – 19.

258. Комплексная программа “Здоровье” на 1986 – 1990 годы. – Чернигов, 1986. – 50 с.
259. Комуністична партія України в резолюціях, рішеннях з’їздів, конференцій і пленумів ЦК. – Т. 2. – К.: Політвидав України, 1977. – 1040 с.
260. Конституция (Основной Закон) СССР. – М.: Юрид. лит. – 1980. – 48 с.
261. Конституція Української Радянської Соціалістичної Республіки. – К.: Видавництво політичної літератури України, 1989. – 61 с.
262. Матеріали Всесоюзного перепису 1934 року /Ч.1. Основні підсумки. – М., 1936. – С. 288-289.
263. Материалы XXIV съезда КПСС. – М.: Политиздат, – 1971. – С. 35.
264. Материалы XXVI съезда КПСС. – М.: Политиздат, – 1981. – С. 61.
265. Материалы XXVII съезда КПСС. – М.: Политиздат, – 1986. – С. 49.
266. Наказ Міністерства охорони здоров’я УРСР від 11 червня 1961 р. № 388 “Про затвердження Чернігівського обласного протитуберкульозного диспансеру республіканською школою передового досвіду”.
267. Наказ Міністра охорони здоров’я СРСР від 19 грудня 1967 р. № 964 “Про затвердження нового типового статуту Всесоюзного медичного товариства”.
268. Наказ МОЗ УРСР «Про організацію роботи обласних медичних бібліотек» від 20 жовтня 1983р. № 656.
269. Наказ МОЗ УРСР «О комплектованій медицинских библиотек при районных больницах» від 20.06. 1952 р. № 424.
270. Наказ Чернігівської обласної наукової медичної бібліотеки № 8 від 26. 02. 1995 р. “Про звільнення Дулі М. М. з посади директора і призначення на посаду провідного бібліографа”.

271. Отчет о работе правления Украинского республиканского научного общества отоларингологов за 1964–1970 годы // Тр. 4 съезда отоларингологов Украинской ССР. – Киев: Здоров'я, 1972. – 290 с.
272. Постанова ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 5 червня 1968 р. № 94 “Про заходи щодо подальшого поліпшення охорони здоров'я і розвитку медичної науки в країні”.
273. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Програми поповнення бібліотечних фондів на період до 2005 р.” від 01. 07. 2002 р. № 900.
274. Приказ Министерства здравоохранения УССР № 231 от 13.04. 1951 г. “Об итогах социалистического соревнования работников медицинских библиотек Украинской ССР в 1950 году”.
275. Програма Комуністичної партії Радянського Союзу: [прийнята ХХІІ з'їздом КПРС]. – М.: Політвидав, 1971. – 144 с.
276. Текстові звіти бібліографічної роботи обласної наукової медичної бібліотеки (1958 – 2006 рр.).
277. Хронологічне зібрання законів, указів президії Верховної Ради, постанов і розпоряджень уряду Української РСР. – Т. 7-ий: 1961 р. Вид-во політ. літ-ри України – К.: Здоров'я, 1964. – 366 с.

1. 2. 2. СТАТИСТИЧНІ ЗБІРКИ

278. Итоги Всесоюзной переписи населения 1979 года: стат. сборник. – Т.2.: Пол, возраст и состояние в браке населения СССР, союзных и автономных республик краев и областей. – М.: Госкомиздат ССР, 1989. – 469 с.
279. Народное хозяйство Украинской ССР в 1987 году: стат. ежегодник /отв. за вып. В.В.Самченко; Госкомстат УССР. – К.: Техника, 1988. – 463 с.
280. Некоторые показатели деятельности медицинских учреждений области в 1975 – 1976 гг. (Краткий статистический справочник). – Чернигов, 1977. – 28 с.
281. Показатели деятельности медицинских учреждений Черниговской области за 1975 год. – Чернигов, 1976. – 29 с.

282. Показатели деятельности медицинских учреждений Черниговской области за 1980 год (Статистические материалы). – Чернигов, 1981. – 124 с.
283. Показатели деятельности медицинских учреждений Черниговской области за 1986 год. – Чернигов, 1987. – 126 с.
284. Показатели деятельности медицинских учреждений Черниговской области за 1989 год. – Чернигов, 1990. – 129 с.

1. 2. 3. ПЕРІОДИЧНІ ВИДАННЯ

285. Амосов Н. М. Обращение из ближнего зарубежья / Н. М. Амосов // Медиц. газета. – 1995. – № 91 (24.11).
286. Анина Е. И. Отчет о работе научных обществ офтальмологов УССР в 1981 г. / Е. И. Анина // Офтальмолог. журн. – 1985. – № 6. – С. 382–384.
287. Бархаш С. А. О работе научных офтальмологических обществ на Украине в 1960 году / С. А. Бархаш // Офтальмолог. журн. – 1961. – № 6. – С. 382.
288. Бархаш С. А. О работе научных офтальмологических обществ на Украине в 1963 году / С. А. Бархаш // Офтальмолог. журн. – 1964. – № 3. – С. 236–239.
289. Богдан С. Вогнище знань у тихому провулку / С. Богдан // Сіверщина. – 2003. – 17 жовтня. – С. 5.
290. Богданова Т. И. Статистика и морфологическая характеристика рака щитовидной железы у детей и подростков Украины после аварии на Чернобыльской АЭС / Т. И. Богданова // Эндокринология. – 1996. – № 1. – С. 9–64.
291. Бойко Л. З'їзд фармацевтів / Л. Бойко // Деснян. правда – 1984. – 24 жовтня. – С. 4.
292. Борищук В. О. Далі удосконалювати організаційно-методичне керівництво сільською аптечною мережею Української РСР / В. О. Борищук // Фарм. журн. – 1978. – № 5. – С. 3–10.
293. Бородій М. К. Архівні джерела з історії медицини на Лівобережжі України / М. К. Бородій // Укр. істор. журн.. – 1981. – № 3. – С. 136–141.

294. Бородий Н. К. Медики на Україні в XVIII веке /Н. К. Бородий //Сов. здравоохранение, 1981. – № 9. – С.64–67.
295. В ваших руках – життя // Деснян. правда. – 1963. – 22 лютого. – С. 3.
296. Всесоюзна конференція в Чернігові // Деснян. правда. – 1984. – 5 вересня. – С. 4.
297. Гініс Р. П. Друга науково-практична конференція фармацевтів Чернігівської області /Р. П. Гініс // Фармац. журн. – 1965. – № 4. – С. 88–90.
298. Глобіна Т. О. Рецензія на книгу: Груша А. М., Дуля М. М. 3 історії медицини Чернігівщини / Т. О. Глобіна // Журнал практичного лікаря. – 2001. – № 3. – С. 56.
299. Грандо О. А. Медичні музеї України, як осередок національної культури / О. А. Грандо // Агапіт. – №1. – 1994. – С.7–8.
300. Двойрин М. С. Заболеваемость туберкулезом в районах жесткого радиационного контроля / М. С. Двойрин, П. П. Лябах, Л. А. Харченко, Н. П. Андросова // Проблемы туберкулеза. – 1990. – № 11. – С. 13.
301. Для здоров'я сільських трудівників // Деснян. правда – 1981. – 13 травня. – С. 3.
302. Досягнення науки – в медичну практику // Деснян. правда – 1969. – 11 червня. – С. 2.
303. Драгомирецкий Г. А. 12-я межобластная научно-практическая конференция офтальмологов Житомирской, Киевской, Сумской и Черниговской областей / Г. А. Драгомирецкий // Офтальмолог. журн. – 1969. – № 6. – С.467–469.
304. Дуля М. М. Определение эффективности информационного обеспечения врачей практических учреждений здравоохранения / М. М. Дуля, В. В. Коблянский, Н. П. Динька // Врачебное дело. – 1988. – № 8. – С. 1–3.
305. Животковська В. Науково-методична діяльність бібліотек: традиції, інновації, перспективи / В. Животковська // Бібліотечний форум. – 2005. – № 2. – С. 24–27.
306. Жукова Н. Ф. Турбота про охорону здоров'я трудящих /Н. Ф. Жукова //Деснян. правда. – 1969. – 24 вересня. – С. 2.

307. За здоров'я людини // Деснян. правда. – 1983. – 2 жовтня. – С. 3.
308. Зуб В. С. Характеристика факторов, формуючих показателів смертності в Чернігівській області / В. С. Зуб, В. В. Порохня, Т. Ф. Серкова, В. П. Андросова // Укр. пульмонолог. журн. – 1994. – № 1. – С. 19–20.
309. Караев Р. Г. Десятилітє Чернігівського фізіотерапевтичного інститута імені Воровського / Р. Г. Караев // Врчбне дело. – 1934. – № 11. – С. 747–749.
310. Київські науковці в Чернігові // Деснян. правда – 1962. – 2 березня. – С. 4.
311. Колесник Є. Ціна чистої води / Є. Колесник // Деснян. правда. – 1979. – 25 березня. – С. 3.
312. Кононенко М. Кодекс здоров'я / М. Кононенко // Деснян. правда. – 1970. – 28 січня. – С. 2.
313. Кононенко М. На сторожі народного здоров'я / М. Кононенко // Деснян. правда. – 1960. – 27 грудня. – С. 2.
314. Конференція лікарів // Деснян. правда. – 1990. – 30 травня. – С. 1.
315. Конференція медиків // Деснян. правда. – 1969. – 13 вересня. – С. 4.
316. Конференція медиків // Деснян. правда. – 1969. – 6 червня. – С. 3.
317. Конференція фармацевтів // Деснян. правда. – 1965. – 12 березня. – С. 4.
318. Котеленець А. Ювілей медичного товариства / А. Котеленець // Деснян. правда. – 1960. – 26 жовтня. – С. 4.
319. Кохан А. І. К століттю журналу “Земський врч” / А. І. Кохан // Советское здравоохранение. – 1981. – № 9. – С. 64 – 67.
320. Кошовець П. Людина повинна чути / П. Кошовець // Деснян. правда – 1963. – 17 листопада. – С. 4.
321. Курилин А. І. Отчет о работе Украинского научного общества отоларингологов в 1980 г. / А. І. Курилин, Ф. А. Тышко // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1981. – № 6. – С. 83 – 86.

322. Курилин А. И. Отчет о работе научного общества отоларингологов в 1982 г. / А. И. Курилин, Ф. А. Тышко // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1983. – № 6. – С. 83 – 87.
323. Лавріненко Л. І. Чернігівська обласна медична бібліотека: бібліографічний аспект діяльності (1930 – 2000 рр.) / Л. І. Лавріненко // Сіверянський літопис. – 2009. – № 5 (89). – С. 109 – 114.
324. Литвин Б. Здоров'я трудящих – найперша турбота / Б. Литвин // Деснян. правда. – 1966. – 21 жовтня. – С. 2.
325. Мальцев А. Ф. Братства и шпитали в Юго-Западной Руси и Малороссии / А. Ф. Мальцев // Обзор психиатрии, неврологии, экспериментальной психологии. – 1903. – № 5. – С. 244 – 260.
326. Мостова М. Презентація унікальної книги “3 історії медицини Чернігівщини ” / М. Мостова // Чернігів. вісник. – 2000. – 16 груд. – С. 13.
327. Назустріч IV з'їздові фармацевтів України // Фармац. Журн. – 1984. – № 4. – С. 3 – 7.
328. Наукова сесія // Деснян. Правда. – 1964. – 16 лютого. – С. 4.
329. Новакович Р. Святий Агапіт Печерський – перший лікар України – Русі (до 900-річчя з дня смерті) / Новакович Р., Дудник С., Пашкевич С., Столяров В. // Агапіт. – 1994. – №1. – С. 25 – 26.
330. Панов В. Б. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я / В. Б. Панов, О. О. Свірський, О. Ф. Дзигал // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 4. – С. 86.
331. Пиріг Л. Політичні уроки Чорнобиля / Л. Пиріг // Ваше здоров'я. – 1996. – 3 травня. – С. 4.
332. Платукис И. И. Совершенствовать стиль руководства здравоохранения / И. И. Платукис // Советское здравоохранение. – 1986. – № 10. – С. 6.
333. Пономеренко В. Чорнобиль і медицина / В. Пономеренко // Молодь України. – 1996. – 3 травня. – С. 2.
334. Преображенский Н. А. Отчет всесоюзного научного общества отоларингологов за 1981 г. / Н. А. Преображенский, М. Г. Григ // Вест. отоларингологии. – 1982. – № 5. – С. 84.

335. Радяться офтальмологи // Деснян. правда. – 1984. – 10 червня. – С. 3.
336. Радяться фармацевти // Деснян. правда. – 1987. – 26 липня. – С. 2.
337. Романенко А. Е. Основные этапы развития здравоохранения в Украинской ССР / А. Е. Романенко // Врач. дело. – 1989. – № 1. – С. 3–4.
338. Сахно Г. П. Після катастрофи. Про наслідки Чорнобильської трагедії / Г. П. Сахно // Деснян. правда. – 1996. – 23 квітня. – С. 2.
339. Сесія науково-дослідного інституту в Чернігові // Деснян. правда. – 1962. – 28 лютого. – С. 2.
340. Сковчій П. Більше уваги здоров'ю людини / П. Сковчій // Деснян. правда – 1962. – 2 жовтня. – С. 2.
341. Сообщение о научно-практической конференции отоларингологов Черниговской и Киевской областей, посвященной 110-летию со дня рождения В. И. Ленина // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1971. – № 5. – С. 117–118.
342. Стоматологічна допомога // Деснян. правда. – 1980. – 25 березня. – С. 4.
343. Тарнопольський В. Вода. Треба її берегти / В. Тарнопольський // Деснян. правда. – 1967. – 1 березня. – С. 3.
344. Федченко Ф. И. Опыт работы единого научно-медицинского общества врачей Ичнянского района / Ф.И. Федченко // Врач. дело. – 1966. – № 5. – С. 114–115.
345. Хребтатий О. П. Организация стоматологической помощи населению Черниговской области / О. П. Хребтатий // Врач. дело. – 1972. – № 5. – С. 148.
346. Чернякова О. Допоки є бібліотеки – медицина не загине. / О. Чернякова // Ваше здоров'я – 2004. – 24–30 вересня. – С. 11.
347. Щепин О. П. Достижения советского здравоохранения за 70 лет и перспективы его развития / О. П. Щепин // Терапевтический архив. – 1987. – № 10. – С. 4.
348. Щоб росли у щасті й радості // Деснян. правда – 1980. – 2 лютого. – С. 2.

349. Яременко Н. Д. Бібліотека – це не тільки книги і журнали / Н.Д. Яременко // Деснянська правда. – 2003. – 2 жовтня. – С. 9.
350. Яременко Н. Д. Добрий слід / Н.Д. Яременко // Деснян. правда. – 2001. – 29 вересня. – С. 3.

2. ЛІТЕРАТУРА

351. Аптечное дело на Черниговщине: тезисы докладов обл. науч.-практ. конф. фармацевтов, посвящ. 50-летию аптечного дела в СССР. – Чернигов, 1968. – 36 с.
352. Барабаш Ю. В. Розвиток інфраструктури охорони здоров'я в Донбасі у 20-х рр. ХХ ст.: історичний аспект: дис. ... кандидата іст. наук: спец. 07.00.01 / Ю. В. Барабаш; Східноукраїнський національний університет імені В. Даля. – Луганськ, 2008. – 175 с.
353. Бібліотека на службі медицини: [матеріали преси] /відп. за вип. Н. Яременко; Упр. охорони здоров'я облдержадміністрації, Черніг. обл. наук. мед. б-ка. – Чернігів, 2004. – 50 с.
354. Борьба с зоонозами и болезнями животных и растений: тезисы докладов 1-й науч.-произв. конф. – Чернигов, 1967. – 98 с.
355. Богоявленский Н. А. Древнерусское врачевание в XI – XVII в.в. /Н. А. Богоявленский. – М., 1960. – 382с.
356. Бобровская Г. С. Повышение научной ценности алфавитного каталога государственной центральной научной медицинской библиотеки /Г. С. Бобровская // Опыт работы медицинских библиотек. — М., 1968. – С. 42–43.
357. Братусь В. Д. Здобутки охорони здоров'я в сім'ї братніх народів /В. Д. Братусь, К.Ф. Дупленко. – К.: Здоров'я , 1972. – С. 47–52.
358. Бугрей А. А. Організація надання нейрохірургічної допомоги населенню області / А. А. Бугрей, Г. І. Дубина // Актуальні проблеми практичної медицини: матеріали наук.-практ. конф. (Чернігів, 31 липня 2001 р.). – Чернігів, 2001. – С. 25.
359. Верхратський С. А. Історія медицини / С. А. Верхратський. – К., 1983. – 497 с.

360. Витрук Л. Д. Улучшение социально-бытовых условий жизни трудящихся УССР (60 – 80-е гг.) /Л. Д. Витрук. – К.: Наукова думка, 1986. – 258с.
361. Волох Д. С. Роль аптечного склада в улучшении лекарственного обеспечения населения и лечебно-профилактических учреждений /Д. С. Волох, В. П. Папоротный // Тез. докл. III съезда фармац. Украины. – Харьков, 1979. – С. 22 – 23.
362. Воронцовська І.І. Звіт бібліографічного відділу ОНМБ за 2005 рік /І.І. Воронцовська. – Чернігів, 2005. – С. 2.
363. Воронцовська І. І. Інноваційні напрямки у бібліографічній та краєзнавчій роботі Чернігівської ОНМБ / І. І. Воронцовська // Виступ на семінарі бібліотечних працівників медичних закладів Чернігівщини. – Чернігів, 2004. – 2 с.
364. Воронцовська І. І. Медичне краєзнавство Чернігівщини /І. І. Воронцовська // dib.eastview.com/browse/dok/222277065
365. Власенко Т. НМБ – методичний центр обласної мережі бібліотек лікувально-профілактичних закладів / Т. Власенко // Матеріали науково-практичної конференції. – Чернігів, 2003. – С. 14 – 16.
366. Внесок українських лікарів у світову медицину // ntsh.org/node/108
367. Ганіткевич Я. Про становлення української історії медицини /Я. Ганіткевич // ntsh.org/node/142
368. Ганіткевич Я. Дати української медицини на 2010 рік /Я. Ганіткевич // ntsh.org/node/132
369. Голяченко О. М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я /О. М. Голяченко. – К.: ПП «Вічай», 1993. – 198 с.
370. Голяченко О. М. Українська здравоохрана: як вийти із кризи /О. М. Голяченко. – Тернопіль: Лілея, 1999. – 72 с.
371. Голяченко О. М. Історія медицини України: досягнення і проблеми / О. М. Голяченко // who-is-who.com.ua/bookmarket/goldmed2010info/1/74/1.html

372. Грандо А. А. Развитие гигиены и санитарной деятельности в Украинской ССР /А. А. Грандо; Киевский мед. институт им. А. А. Богомольца, Киевский научн.–исслед. институт общей и коммунальной гигиены. – К., 1967. – 43 с.
373. Грандо А. А. Развитие гигиены и санитарной деятельности в Украинской ССР: автореф. дисс. на соискания науч. степени доктора мед. наук /А. А. Грандо; Киевский медицинский институт им. А. А. Богомольца, Киевский научно-исследовательский институт общей и коммунальной гигиены. – К., 1967. – 43с.
374. Грандо О. Визначні імена в історії української медицини / О. Грандо. – К.: РРА “Тріумф”, 1997. – 128 с.
375. Груша А. М. З історії медицини Чернігівщини / А. М. Груша, М. М. Дуля. – Чернігів, 1999. – 208 с.
376. Груша А. М. Розвиток медицини та фармації на Чернігівщині / А. М. Груша, С. В. Пасталиця, М. М. Дуля. – Чернігів, 2003. – 48 с.
377. Гряник Г. Н. Охрана труда и пожарная безопасность / Г. Н. Гряник. – К.: Вища школа, 1978. – 147 с.
378. Давыдов И. А. Наука и практика – рядом / И. А.Давыдов // Аптечное дело на Черниговщине. – Чернигов, 1968. – С. 58 – 61.
379. Деякі питання судинної патології головного мозку: матеріали міжобл. наук.- практ. конф. – Київ, 1968. – 87 с.
380. Довгопол В. М. Джерелознавство історії Української РСР / В. М. Довгопол, М. А. Литвиненко, Р. Д. Лях. – К.: Вища школа, 1986. – 39 с.
381. До історії медицини на Україні // www.ult.lviv.ua/index.pxp
382. Дуля Матвій Матвійович // Енциклопедія сучасної України. – К., 2003. – С. 727.
383. Дуля М. М. Досвід обласної науково-медичної бібліотеки по бібліотечно-інформаційному обслуговуванню молодих фахівців-лікарів: інформаційний лист / М. М. Дуля, Н. П. Динька. – К., 1983. – 2 с.

384. Дуля М. М. Использование научно-информационного потенциала практическими врачами, области и пути повышения его эффективности /М. М. Дуля, В. Г. Тимошенко // Пути повышения эффективности исполъз. науч.-информ. потенциала мед. науки и практ. здравоохранения: тез. респ. науч. конф. – К., 1988. – С. 47 – 49.
385. Дуля М. М. Комплектування книжкових фондів бібліотек медичних установ /М. М. Дуля, С. О. Бажан // Комплектование книжных фондов медицинских библиотек. – К., 1968. – С. 68 – 75.
386. Дуля М. М. Методическая помощь библиотекам районных больниц по организации библиотечного обслуживания медицинских работников села /М. М. Дуля, С. А. Бажан // Сборник по обмену опытом работы медицинских библиотек Украины. – К., 1962. – С. 79 – 88.
387. Дуля М. М. О библиотечной подготовке лиц, ответственных за библиотеки при районных больницах / М. М. Дуля // Опыт работы медицинских библиотек. – М., 1959 – С. 79 – 83.
388. Дуля М. М. О внедрении новшеств, заимствованных из информационных источников, в работу лечебно-профилактических учреждений (на примере Черниговской области) / М. М. Дуля, Н. П. Дынька //Роль службы научной медицинской информации в реализации системы мер, направленных на увеличение продолжительности жизни и трудовой активности людей: тезисы Респ. науч. конф. – К., 1982. – С. 63 – 64.
389. Дуля М. М. Опыт пропаганды медицинской литературы к аттестации врачей Черниговской области / М. М. Дуля, А. В. Старушкевич // Сборник по обмену опытом работы медицинских библиотек Украины. – К., 1962. – С. 54 – 57.
390. Дуля М. М. Опыт составления библиографии по истории здравоохранения и медицинской науки в Черниговской области /М. М. Дуля // Тези обласної науково-практичної конференції. – Чернігів, 1971. – С. 1 – 2.
391. Дуля М. М. Організація територіального довідково-інформаційного фонду (ДІФ) та використання його в практиці охорони здоров'я /М. М. Дуля // Состояние и перспективы разви-

- тия фондів бібліотек системи здравоохранения. – М., 1975. – С. 140 – 142.
392. Дуля М. М. Питання класифікації медичної літератури та організації каталогів у медичних бібліотеках області / М. М. Дуля, С. О. Бажан // Методическая работа медицинских библиотек Украины. – К.: Здоров'я, 1965. – С. 56 – 62.
393. Дуля М. М. Про роботу Чернігівської обласної науково-медичної бібліотеки / М. М. Дуля // Материалы Всесоюзного совещания работников медицинских библиотек. – М., 1960. – С. 91 – 94.
394. Дуля М. М. Розвиток наукової медичної інформації в системі охорони здоров'я Чернігівської області / М. М. Дуля, А. М. Груша // Історія медицини Чернігівщини. – Чернігів, 1999. – С. 188 – 201.
395. Дуля М. М. Робота бібліотек по піднесенню кваліфікації медичних працівників / М. М. Дуля // Збірник по обміну досвідом. – Черкаси, 1957. – С. 83 – 88.
396. Дуля М. М. Участие областной научно-медицинской библиотеки в краеведческих историко-медицинских исследованиях / М. М. Дуля. – Чернигов, 1983. – 5с.
397. Жаринова Е. А. Состояние и задачи дальнейшего развития предметного каталога государственной центральной научной медицинской библиотеки / Е. А. Жаринова // Опыт работы медицинских библиотек. – М., 1968. – С. 56 – 66.
398. Жердева Т. Д. Сторінки історії відділу обслуговування та книгозберігання / Т. Д. Жердева // Матеріали науково-практичної конференції. – Чернігів, 2003. – С. 11 – 13.
399. Журба М. А. Громадські об'єднання українського села: етнонаціональні та міжнародні аспекти діяльності (20 – 30 рр. ХХ ст.): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора. іст. наук: спец. 07.00.01 / М. А. Журба; Донецький національний університет. – Донецьк, 2003. – 35 с.
400. Заблудовский П. Е. Возникновение медицины в человеческом обществе / П. Е. Заблудовский. – К.: Медгиз. 1995. – 364 с.

401. Замдборг Л.Я. Развитие противотуберкулезной службы на Черниговщине / Л. Я. Замдборг, Н. Ф. Кононенко, М. М. Дуля // Вопросы организации охраны здоровья населения УССР: респ. межвед. сбор. – К., 1968. – Вып.2. – С. 109 – 115.
402. Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР: в 3-х т. – Т. 1: Здравоохранение в Украинской ССР. Пути и итоги развития / под ред. А. Е. Романенко. – К.: Здоров'я, 1987. – 480 с.
403. Здравоохранение Черниговской области: [научн.-вспомог. указат. отчет. л-ры за 1918 – 1985 гг.] /сост.: М. М. Дуля, Г. Ф. Середенко; ред. М. М. Дуля. – Чернигов: Отд. мед. информ. обл. науч. мед. б-ки, 1987. – 256 с.
404. Зленко В. І. Медичний профілакторій для працівників сільського господарства / В. І. Зленко. – К.: Здоров'я, 1986. – 47 с.
405. Зуб В. С. Использование ЭВМ в управлении здравоохранением Черниговской области / В. С. Зуб, А. Н. Груша, А. И. Петрик // Соц. гигиена, орг. здравоохранения и история медицины: респ. межвед. сб. – К., 1981. – Вып. 16. – С. 49 – 50.
406. Зуб В. С. О некоторых медицинских социально-экономических аспектах сохранения трудовых ресурсов / В. С. Зуб, Б. Г. Литвин, Г. П. Сахно, А. И. Петрик, А. К. Иващенко, С. В. Чечеров // Тез. докл. I съезда соц. гигиенистов и организаторов здравоохран. УССР. – Днепропетровск, 1985. – С. 20 – 21.
407. Зуб Василь Сергійович (Науково-допоміжний персональний покажчик літератури) / [упоряд. І. І. Ворнцовська]. – Чернігів, 2007. – 29 с.
408. Зуб В. І. Краса вірності. Портрети земляків (Анатолій Груша) / В. І. Зуб, М. М. Романюк, С. П. Реп'ях. – Ніжин: ТОВ “Видавництво” Аспект-Поліграф”, 2005. – 72 с.
409. Иванова Л. И. Библиотечно-библиографическое обслуживание медицинских работников села /Л. И. Иванова // Сборник по обмену опытом работы медицинских библиотек Украины. – К., 1962. – С. 69 – 72.

410. Ігнатенко М. Розвиток історичного краєзнавства на Чернігівщині у II половині XX ст.: історіографія проблеми /М. Ігнатенко //http://yandex.ua
411. Из истории развития здравоохранения Черниговщины. – Чернигов: Десна, 1989. – 147 с.
412. Історія фармації України / [Р. В. Богатирьова, Ю. П. Спіженко, В. П. Черних та ін.]. – Харків: Прапор, 1999. – 799 с.
413. Історія України XX – поч. XI століття: навч. посібник / [П. П. Панченко, Н. П. Барановська, С. С. Падалка та ін.]; за заг. ред. В. А. Смолія. – К.: Знання, 2004. – 582 с.
414. Історія охорони здоров'я в Україні // www.health.gov.ua / www.nsf/0/cfa2f61cb965c8a9c2256b870032aefc
415. История Украинской ССР: в 10 т. /А. В. Лихолат. – К.: Наукова думка, 1985. – Т. 10. – К., 1985. – 775 с.
416. Карамішев Д. В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією //Університетські наукові записки. – 2005. – №3. – С.330 – 333.
417. Коваленко О. Головні етапи розвитку історичного краєзнавства на Чернігово-Сіверщині / О. Коваленко //Краєзнавство. – 2000. – № 1/2. – С. 39 – 45.
418. Ковпак Л. В. Соціально-побутові умови життя населення України в другій половині XX ст. (1945 – 2000 р.) / Л. В. Ковпак. – К., 2003. – 248 с.
419. Коломийченко М. И. Отчет о деятельности правления научного общества хирургов Украины за период с 1966 по 1970 гг. /М. И. Коломийченко // Тр. 12 съезда хирургов Украинской ССР. – Киев, 1971. – С. 272 – 278.
420. Кривчик Г. Г. Українське село під владою номенклатури (60 – 80-і рр. XX ст.) /Г. Г. Кривчик. – Дніпропетровськ, 2001. – 192 с.
421. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: генезис, тенденції та закономірності розвитку / Н. П. Кризина; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. – К., 2007. – 224 с.

422. Кундієв Ю. І. Професійне здоров'я в Україні. Епідеміологічний аналіз /Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорний. – К., 2006. – 319 с.
423. Лавріненко Л. І. Історія медицини Чернігівщини (1918 – 2006 рр.): науково-краєзнавчий аспект / Л. І.Лавріненко // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. “Актуальні політичні та соціально-економічні проблеми історії України” (24 – 25 грудня 2007 р. (перший етап); 24 – 25 березня 2008 р. (другий етап). – К.: НАУ, 2008. –С. 178 – 187.
424. Лавріненко Л. І. Матвій Дуля – вчений, просвітянин, популяризатор медичних знань на Чернігівщині (XX ст.) / Л. І.Лавріненко // Матеріали Міжнар. наук. конф. “Просвіта” в національно-культурному житті українського народу (до 140-річчя з часу заснування); за заг. ред. проф. І.С. Зуляка. – Тернопіль: Вид-во ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2009. – С. 246–252.
425. Лавринович М. І. Соціальні проблеми розвитку колгоспного села /М. І. Лавринович. – К.: Політвидав України, 1975. – 291с.
426. Лапинский Э. И. Областной психоневрологической больницы г. Чернигова – 200 лет / Э. И. Лапинский // Современные подходы к профилактике, лечению и реабилитации больных с нервно-психическими расстройствами: материалы научн.-практ. конф. (Чернигов, 6 сентября 2002 г.). – Чернигов, 2002. – С. 21.
427. Літопис Чернігівської обласної наукової медичної бібліотеки (1933 – 2003): фотоальбом / упоряд.: Н. Д. Яременко, І. І. Воронцовська. – Чернігів, 2003. – 57 с.
428. Марінова Л. Г. Деякі аспекти формування книжкового фонду ОНМБ /Л. Г. Марінова // Матеріали науково-практичної конференції. – Чернігів, 2003. – С. 23 – 25.
429. Медицина Чернігівщини з сивої давнини до сьогодення: матеріали обласної конференції. – Чернігів, 2003. – 103 с.
430. Мірошніченко Г. А. Становлення каталогізаційної служби /Г. А. Мірошніченко // Матеріали науково-практичної конференції. – Чернігів, 2003. – С. 20 – 22.

431. Найговзина Н. Б. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты / Н. Б. Найговзина, М. А. Ковалевский. – М.: Классик-Консалтинг, 1999. – 76 с.
432. Наукові праці медичних та фармацевтичних працівників Чернігівської області: науково-допоміжний показник вітчизн. літ. за 1983 – 1992 рр. – Вип. 3 /упоряд.: М. М. Дуля, Г. Ф. Середенко; наук. консульт. В. С. Зуб. – Чернігів: Відділ мед. інформ. обл. наук. мед. б-ки, 1994. – 42 с.
433. Научные работы медицинских и фармацевтических работников Черниговской области: библиограф. указ. лит. 1950 – 1971 гг. / [сост.: М. М. Дуля, Г. Ф. Середенко; ред. В. С. Зуб]. – Чернигов: Отд. мед. информ. обл. науч-мед. б-ки, 1974. – 70 с.
434. Научные работы медицинских и фармацевтических работников Черниговской области: библиограф. указ. лит. 1972 – 1982 гг. – Вып. 2 /сост.: М. М. Дуля, Г. Ф. Середенко; ред. В. С. Зуб. – Чернигов: Отд. мед. информ. обл. науч-мед. б-ки, 1984. – 68 с.
435. Научные медицинские общества СССР: [моногр.] / [М. В. Волков, В. В. Васильева, М. М. Левит и др.]; под ред. М. В. Волкова. – М.: Медицина, 1972. – 455 с.
436. Наші читачі – відомі лікарі Чернігівщини / [упор. Н. Яременко]. – Ніжин: ТОВ “Видавництво “Аспект-Поліграф”, 2008. – 124 с.
437. Ніколаюк Т. А. Політика держави щодо мотивації праці робітників у промисловості України (1929 – 1938 рр.): дис. ... кандидата іст. наук / Т. А. Ніколаюк. – Чернівці, 2000. – 20 с.
438. Обласні наукові медичні бібліотеки України. Історія. Становлення. Сьогодення. (1930—2005 рр.): історичний нарис. – К., 2005. – 168 с.
439. Опыт работы Черниговского областного противотуберкулезного диспансера по организации противотуберкулезной помощи населению / В. В. Хоменко // Инф. письмо. – Киев, 1988. – С. 2.

440. Опыт борьбы с туберкулезом в Черниговской области: тезисы докладов обл. научн.-практ. конф. – Чернигов, 1967. – 99 с.
441. Охорона здоров'я України в братній сім'ї народів СРСР / за ред. В. М. Гиріна. – К.: Здоров'я, 1982. – 47 с.
442. Охорона здоров'я Чернігівської області: наук.-допом. покажч. вітчиз. літ-ри за 1986 – 1995 рр. / [упоряд.: І. І. Воронцовська, Г. Ф. Середенко]. – Чернігів, 2002. – 109 с.
443. Охрана зрения детей и другие вопросы офтальмологии: тезисы докладов межобл. научн.-практ. конф. офтальмологов Житомирской, Киевской, Сумской и Черниговской областей. – Киев: Здоров'я, 1969. – 96 с.
444. Павленко Р. І. До 70-річчя Чернігівської ОНМБ / Р. І. Павленко // Матеріали науково-практичної конференції. – Чернігів, 2003. – С. 9–10.
445. Павленко Р. І. Державна наукова медична бібліотека в системі охорони здоров'я України / Р. І. Павленко, В. С. Матюшенко // Державна наукова медична бібліотека: до 70-річчя заснування (історичний нарис). – К., 2002. – С. 11–12.
446. Павленко Р. І. Телеграма / Р. І. Павленко. – К., 2003. – 1 с.
447. Падалка С. С. Україна 60 – 90-х років ХХ ст.: державність в історичній площині тоталітаризму, незалежності / С. С. Падалка; НАН України, Ін-т історії України. – К., 2000. – 390 с.
448. Панорама охорони здоров'я населення України: [моногр.] / [А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін.]; за заг. ред. А. В. Підаєва. – К.: Здоров'я, 2003. – 396 с.
449. Петренко В. С. Село на шляхах піднесення зміни в складі, умовах праці і житті колгоспного селянства УРСР (1951 – 1969) / В. С. Петренко. – К.: Наукова думка, 1970.
450. Петрик А. И. О некоторых путях повышения эффективности использования коечного фонда больниц / А. И. Петрик, А. А. Вербилов // Соц. гигиена орг. здравоохран. и история медицины: респ. межвед. сб. – К., 1984. – Вып.15. – С. 23 – 26.
451. Петров Б. Д. Очерки истории отечественной медицины / Б. Д. Петров. – М.: Медгиз, 1962. – С. 128.

452. Профилактика, диагностика и лечение кавернозных форм туберкулеза: тезисы докладов научн.-практ. конф. – Чернигов, 1969. – 210 с.
453. Республиканское совещание по итогам борьбы с туберкулезом в УССР в 1977 г. и научно-практическая конференция “Опыт борьбы с туберкулезом в Черниговской и Харьковской областях – экспериментальных базах союзного значения по резкому снижению заболеваемости туберкулезом”: тезисы докладов. – Чернигов, 1978. – 100 с.
454. Рибак І. В. Соціально-побутова інфраструктура українського села / І. В. Рибак. – Кам’янець-Подільський: Абетка, 2000. – 304 с.
455. Сальников И. И. Научно-технический прогресс и эффективность сельскохозяйственного производства / И. И. Сальников. – М.: Мысль, 1974. – 325 с.
456. Семашко Н. А. Избранные произведения / Н. А. Семашко. – М.: Изд-во “Медицина”, 1967. – 395 с.
457. 70 лет Советского здравоохранения, 1917 – 1987. – М.: Медицина, 1987. – С. 68–120.
458. Сердюк А. М. Соціалістичний спосіб життя і охорони здоров’я трудящих / А. М. Сердюк. – К.: Здоров’я, 1979. – 136 с.
459. Сидоренко-Зелезинская Г. М. Здравоохранение и здоровье население Киевщины за полтора столетия: автореф. дисс. на соискания науч. степени канд. мед. наук / Г. М. Сидоренко-Зелезинская. – К., 1963. – 16 с.
460. Смольняков А. И. Некоторые теоретические проблемы врачебной этики: дисс. ... кандидата филос. наук / А. И. Смольняков. – К., 1970. – 263 с.
461. Современные подходы к профилактике, лечению и реабилитации больных с нервно-психическими расстройствами: материалы научно-практ. конф. / под ред. Э. И. Лапинского, М. К. Пустовойта. – Чернигов: КП “Издательство “Черниговские обереги”, 2002. – 168 с.
462. Социально-экономические проблемы развития села / Г. С. Фтошов и др. – К.: Наукова думка, 1988. – 322 с.

463. Терехов С. Н. Бактериологические институты Украины в борьбе за санитарно-экономическое благополучие республики / С. Н. Терехов // Достижения в борьбе с инфекциями в УССР. – К., 1959. – С. 93.
464. Ткач Л. И. История охраны материнства в дооктябрьский период и ее развитие на Украине за годы советской власти (1844 – 1967 гг.): автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук / Л. И. Ткач; Харьковский медицинский институт. – Харьков, 1969. – 20 с.
465. Трубенюк О. М. Матеріально-технічне становище та умови праці робітників України (друга пол. 1920-х – поч. 1930-х рр.): дис. ... кандидата іст. наук / О. М. Трубенюк. – К., 2000. – 209 с.
466. Улучшать медицинское обслуживание населения. – Чернигов, 1960. – 72 с.
467. Формирование и развитие социалистического образа жизни на материалах Украинской ССР: сб. научных трудов. – Днепрпетровск, 1983. – 164 с.
468. Хорош И. Д. Основные этапы и перспективы развития сельского здравоохранения в Украинской ССР: дисс. ... доктора мед. наук / И. Д. Хорош. – К., 1964. – 828 с.
469. Чернігівська обласна наукова медична бібліотека: сторінки історії та розвитку: матеріали науково-практичної конференції. – Чернігів, 2003. – 37 с.
470. Чернігівська обласна наукова медична бібліотека (1933 – 2008р.р.): фотоальбом / [упор. І. І. Воронцовська]. – Чернігів, 2008. – 20 с.
471. Шепотін І. Б. Порівняльна характеристика стану ураження злоякісними новоутвореннями міського і сільського населення України / І. Б. Шепотін, З. П. Федоренко, А. В. Гайсенко та ін. // <http://www.clinicalonlogy.com.ua>
472. Шулежко О. І. Організація та сучасний стан служби наукової медичної інформації в системі охорони здоров'я Чернігівської області / О. І. Шулежко // Матеріали науково-практичної конференції. – Чернігів, 2003. – С. 26 – 29.

473. Яворская А. А. Развитие среднего медицинского образования на Украине за годы советской власти: автореф. дисс. на соискания науч. степени кандидата мед. наук / А. А. Яворская; Харьковский медицинский институт. – Харьков, 1972. – 25 с.
474. Якимов В. Технический прогресс и воспроизводство рабочей силы в колхозах / В. Якимов. – М.: Экономика, 1976. – 151 с.
475. Яременко Н. Д. Бібліотека на рубежі століть / Н. Д. Яременко // Матеріали науково-практичної конференції. – Чернігів, 2003. – С. 2 – 8.
476. Яременко Н. Д. Безцінні скарби книжкового фонду Чернігівської обласної наукової медичної бібліотеки / Н. Д. Яременко // Матеріали науково-практичної конференції. – Чернігів, 2003. – С. 34 – 36.
477. Яременко Н. Д. Відданість. Портрети земляків (Матвій Дуля) / Н. Д. Яременко. – Чернігів: ТОВ “Візард–Експрес”, 2005. – 56 с.
478. Ястреб Н. И. Развитие терапии в Украинской ССР / Н. И. Ястреб. – Киев: Здоров’я, 1978. – 291 с.

Наукове видання

Лідія Іванівна Лавріненко

**ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я НА ЧЕРНІГІВЩИНІ
(1960 – 1980-ТІ РОКИ)**

Монографія

Технічний редактор Галина Кухарець
Комп'ютерна верстка та дизайн Юрій Литвиненко
Коректор Олена Пильник

Здано до набору 11. 09. 2018 р. Підписано до друку 12. 10. 2018 р.
Формат 60x84/16 Гарнітура Times New Roman
Ум.друк.арк. 11,63. Ум. фарбо-відб. 11,63. Обл.-вид. арк. 12,0.
Тираж 100 прим. Зам. №16312

Видавець і виготовлювач ПАТ «Поліграфічно-видавничий комплекс «Десна»,
проспект Перемоги, 62, м. Чернігів, 14000
Свідоцтво про внесення суб'єкта господарювання до Державного реєстру видавців,
виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції ДК №4292 від 02.04.2012

