

## Амбулаторно-поліклінічна допомога в Харкові в повоєнні радянські часи (1945-1991) в ракурсі історико-медичного краєзнавства

*Стаття розглядає актуальну для незалежної України тему розвитку первинної ланки охорони здоров'я в розрізі медичного краєзнавства. Автор реконструює такі етапи цього процесу в радянському Харкові як повоєнна відбудова, становлення нової дільничної служби, об'єднання лікарень з поліклініками в рамках реформування медичної галузі у кінці 1940 - на поч. 1950-х рр., спеціалізацію і реорганізацію амбулаторно-поліклінічної мережі в 1970-1980-ті рр., розкриває причину нерівномірності територіального розподілу амбулаторної допомоги.*

**Ключові слова:** медичне краєзнавство, повоєнний Харків, амбулаторно-поліклінічна допомога, єдина лікарська дільниця.

В новітній період історії України розвиток профілактичного напрямку охорони здоров'я визнано пріоритетним, що пов'язано, насамперед з економічними причинами. Насправді ж, комплексне обстеження, яке людина повинна проходити раз на рік, є не по кишені пересічних українських громадян і, викликане лише бажанням обізнаності щодо стану власного організму, сприймається самими лікарями і здоровими людьми, як нонсенс. Тобто, за самоусунення держави з процесу масової профілактики населення, її пропаганда є лише декларацією.

Звертаючись до історії охорони здоров'я в аспекті медичного краєзнавства, ми ставимо собі за мету реконструкцію функціонування радянської системи охорони здоров'я та її амбулаторно-поліклінічної складової, на конкретних прикладах з історії важливого індустріального і наукового центру УРСР. Це потрібно як невід'ємний елемент виховання студентів медичних і загальних спеціальностей в рамках вивчення історії міста, краю, країни, оскільки без уявлення про те, як сформувалися засади радянської моделі охорони здоров'я не можна зрозуміти, що ж треба в ній змінювати відповідно до сучасних вимог [1]. Історія соціальної сфери в повоєнній УРСР, а особливо, історія охорони здоров'я, хоч і представлена в сучасній українській історіографії [2; 3], все ще залишається маловивченою, що є негативним явищем на фоні бурхливої і часто скороспішної переоцінки радянського минулого, свідками та учасниками якої є сьогодні не тільки фахівці, а й широкий

загал, в першу чергу, молодь. В ситуації, коли попит на ознайомлення з минулим задовольняється міфами, плітками, стереотипами, саме формування неупередженої картини минулого повинно стати головним завданням для істориків і краєзнавців.

Враховуючи ці два аспекти – демонтаж спадку радянської України і виклик в медичній галузі, як прояв цього процесу, – ми обрали за предмет краєзнавчої розвідки історію профілактичної галузі в повоєнному радянському Харкові. Обраний період не є випадковим, тому що після війни профілактична мережа тут постала наново та якісно змінилась.

Сподіваємось, що подібна розвідка, з огляду на порівняння з даними по інших містах України за період 1945-1991 рр., буде достатньо репрезентативною для відтворення уявлення про тенденції розвитку охорони здоров'я у великих містах УРСР. Таку підставу нам дає ознайомлення з краєзнавчими нарисами з історії Львова, Кам'янця-Подільського [4; 5].

Стаття побудована на основі перехресного аналізу неопублікованих джерел з Державного архіву Харківської області та Архівного відділу Харківської міської ради, нечисленних опублікованих праць, найвагомішими з яких є праці І.Д. Хороша [6], В.Г. Єгорової [7], Н.С. Пушкарь [8] та новітні ґрунтовні дослідження – колективна монографія «Історія міста Харкова ХХ ст.» [9] і «Історія охорони здоров'я в Харкові» за авторством В.М. Лісового та І.Ю. Робака [10], а також періодики радянських часів. Такий аналіз

дав змогу дійти висновків, які вказують на протиріччя і сумнівність в об'єктивності даних окремих публікацій і, навіть, деяких архівних справ раннього періоду (1940-50-ті рр.). По-друге, вдалося наблизитися до цілісного уявлення про характерні риси, вади, кардинальні зміни в розвитку харківської амбулаторно-поліклінічної мережі на різних етапах, а також зробити висновок про тотожність цих змін для інших великих міст УРСР.

У порівнянні з довоєнним часом загальна кількість амбулаторних закладів у Харкові в результаті німецької окупації скоротилася на 20 одиниць (з 64 у 1940 р. до 44 у 1944 р.), в тому числі: кількість міських амбулаторій скоротилася з 22 до 9, міських поліклінік – з 21 до 16 [11, арк. 25]. Кількість рентген-кабінетів скоротилася з 28 до 14, фізіотерапевтичних кабінетів – з 22 до 9.

Внаслідок руйнації довоєнних будівель окремі поліклініки протягом 1944-1946 рр. вимушені були розміщуватися у пристосованих будівлях, в результаті чого в кабінетах одночасно могли приймати 2-3 лікарі [там само, арк. 52].

1946 року в Харкові вже діяло 19 міських поліклінік, 10 амбулаторій. Були відкриті два онкологічних кабінети [там само, арк. 51]. В основному кількісному відношенні мережа амбулаторно-поліклінічних закладів Харкова у 1946 р. була визнана відновленою [13, арк. 76]. Але за умов зростання кількості відвідувань і відсутності достатньої кількості лікарів, яка залишалася на рівні 54,6 % порівняно із довоєнною, гальмувалося збільшення кількості територіальних дільниць для нормального обслуговування населення.

Загалом кількість зайнятих посад лікарів позалікарняної мережі міського підпорядкування скоротилася в період 1940-1944 рр. з 1431 до 388, посад середніх медпрацівників – з 1579 до 391 [там само, арк. 32]. Недостатність середнього медперсоналу ілюструється тим, що 1946 р. одна медсестра обслуговувала 3 терапевтичні дільниці [14, арк. 34]. Природно, що за таких умов зросло навантаження на лікарів і скоротилося охоплення населення амбулаторною допомогою. В 1944 р. на одну зайняту лікарську ставку в поліклініках Харкова припадало 8550 відвідувань на рік за норми 7800 [11, арк. 27зв].

З кінця 1947 р. в СРСР розпочинається реформа охорони здоров'я, яка передбачала

поглиблення зв'язку між лікарнями, медичними інститутами та амбулаторною ланкою [6, с. 8; 15, с. 192]. В Харкові передумовою реформи була відсутність ув'язки між міськими лікарнями і стаціонарами при інститутах, що провокувало невикористання частини ліжок у місті та ускладнювало госпіталізацію, коли ліжка інститутських клінік могли простоювати за перевантаження ліжок аналогічного профілю у відділеннях міських лікарень. Реформа давала можливість доповнити неіснуючі в окремих амбулаторних закладах спеціальності прив'язкою цих закладів до більш потужних лікарень.

Об'єднання закладів лікарняного типу з амбулаторно-поліклінічними планувалося закінчити до 1 січня 1952 р. На початок 1953 р. об'єднання лікарняних та амбулаторно-поліклінічних закладів в Україні в основному завершилося [16, с. 286]. Планувалося, що амбулаторні заклади, які залишилися поза об'єднанням, будуть об'єднані по мірі будівництва нових стаціонарів. Проте, міськздороввідділ і райвиконкоми не приділяли належної уваги організації стаціонарів для поліклінік [17, арк. 38]. Слід підсумувати, що Харків разом з Одесою і Дніпропетровськом був одним з великих українських міст, де об'єднання було проведено невдало і завершено лише у 1956 р. [18, с. 34].

В низці випадків об'єднання мало формальний характер, через невідповідність у потужності і профілях об'єднаних закладів [там само, с. 38].

Тим не менш, в результаті реформи в Харкові значно збільшилась кількість хворих, що обслуговувалися на амбулаторному прийомі лікарем своєї дільниці [18, с. 36]. Для порівняння – в 1949 р. цей показник склав лише 59%, в 1957 р. – вже 84,2%. Покращилася діагностика, скоротилась летальність і строки очікування хворими госпіталізації. Разом з тим, важко було досягти наступності між стаціонарами і поліклініками, значно віддаленими одне від одного за умов хаотичного розташування лікувальних закладів Харкова, зумовленого їхнім розміщенням у пристосованих будівлях.

До середини 1960-х рр. дільнична мережа Харкова була нерівномірно розбита територіально і розвивалася наздоганяючими темпами відносно розширення території Харкова і зростання його населення. Кількість територіальних терапевтичних і педіатричних лікарських дільниць у

Харкові за період 1940-1946 рр. зменшилася у два рази, а по деяких поліклініках і більше [13, арк. 64]. До того ж із запланованої кількості дільниць не всі були укомплектовані [12, арк. 233]. Це призводило до різкого перевантаження у роботі дільничних терапевтів – в першій половині 1950-х рр. на одного лікаря припадало до 7 тис. населення за норми у 4 тис., встановленої наказом № 870 МОЗ СРСР у 1949 р. [17, арк. 17; 15, с. 192].

Збільшення кількості дільниць в першій половині 1950-х рр. не призвело до зменшення кількості населення, яке обслуговувалося дільничними лікарями, внаслідок випереджального зростання населення Харкова і дефіциту кадрів. Відтак, кількість дільниць хоч і зросла, але все одно не відповідала нормативам наказу № 870, згідно з яким місто повинно було мати 212-250 терапевтичних лікарських дільниць [17, арк. 38]. Як виняток, в містах, що відчували брак лікарських посад, наказ дозволяв тимчасово встановлювати лікарські дільниці з населенням не більше 5500 осіб [19]. Натомість, через вищевказані причини дільниці залишалися неоднаковими за кількістю населення – в першій половині 50-х рр. на дільниці могло проживати від 5 до 11 тис. дорослого населення [17, арк. 38; 9, с. 500, 502].

Протягом 1947-1957 рр. в Харкові відбувалася жвава розбудова структури лікарських дільниць. Так, кількість терапевтичних дільниць в період 1947-1955 рр. зросла з 150 до 210 [18, с. 35]. У 1950 р. були сформовані перші 46 акушерсько-гінекологічних дільниць, а вже 1955 р. їхня кількість сягнула 164. Але, як зазначав дослідник історії харківської охорони здоров'я І. Хорош, новостворені лікарські дільниці територіально не співпадали та отримували назву відповідно до спеціальності лікаря, що обслуговував дільницю: терапевтичні, педіатричні, акушерсько-гінекологічні [18, с. 34]. Тобто, розвиток структури дільничної мережі Харкова не означав комплексного обслуговування населення окремої дільниці усіма необхідними спеціалістами.

Ситуацію вдалося впорядкувати лише з 1956 р. шляхом узгодження роботи і розукрупнення всіх типів дільниць завдяки збільшенню штатів медперсоналу і створення 228 одиниць лікарських дільниць. Були створені і закріплені за єдиними лікарськими дільницями бригади лікарів основ-

них спеціальностей, роботу яких почали координувати дільничні терапевти.

Втім, лікарі-спеціалісти майже не працювали на дільницях, а наявність малої кількості багатопрофільних лікарень (5), туберкульозних диспансерів і пологових будинків ускладнювала створення єдиних дільниць [18, с. 38].

До середини 1960-х рр. залишалася невирішеною основна проблема амбулаторної мережі, пов'язана із нерівномірним забезпеченням населення окремих районів міста дільничною медслужбою, попри зростання кількості територіальних лікарських дільниць [21, арк. 5, 9]. В центральній частині міста, де щільність населення найвища і протяжність дільниць найменша, де існували оптимальні умови для роботи дільничних лікарів, було значно менше населення на лікарських дільницях, ніж на окраїнах міста, де протяжність дільниць була більшою, а благоустрій гірше.

За висновками перевірки, проведеної комісією МОЗ УРСР, таке ненормальне становище було викликано тим, що деякі керівники лікувальних закладів міста стали на шлях шахрайства, завищивши шляхом приписок кількість населення, що обслуговувалося [21, арк. 10]. Наприклад, головний лікар поліклініки № 2 Московського району С.Л. Вайнштейн протягом 7 років завищував кількість населення в 2-3 рази, в результаті чого в цій поліклініці було декілька понаднормативних територіальних дільниць зі штатом 35 осіб, на утримання яких було витрачено понад 250 тис. руб. Для порівняння, ця сума дорівнювала п'ятій частині річного бюджету найбільшої харківської лікарні № 1 [22, арк. 1].

Такий самий стан спостерігався і в деяких інших лікарнях. Виявивши цю негативну практику, міськздороввідділ здійснив роботу з уточнення кількості населення, що обслуговувалося, і впорядкував штати медперсоналу дільничної служби. В результаті була ліквідована нерівномірність у забезпеченні населення різних районів міста амбулаторно-поліклінічною допомогою, здійснений перерозподіл лікарських дільниць і штатів медперсоналу. При цьому були виявлені кадрові резерви, які були використані для повного забезпечення штатами терапевтичних дільниць і поліклінік нових районів, а також для посилення окремих видів спеціальної допомоги.

Що стосується функціонування об'єднаних закладів у 1960-ті рр., то в обстежених бригадою МОЗ УРСР закладах системи чергування роботи лікарів в поліклініці і стаціонарі додержувались не всюди і не повністю. Бригада МОЗ УРСР визнала незадовільною роботу реєстратур практично всіх обстежених закладів, констатуючі утворення черг, відсутність документування обстеження хворих; відмітила недотримання комплексного обслуговування населення лікарями-спеціалістами за принципом дільничності; невиконання наказу МОЗ СРСР про рентгенологічне обстеження усіх, хто вперше звернувся до поліклініки внаслідок відсутності флюорографів; обмеженість контингенту охоплених диспансерним наглядом [21, арк. 29-31].

Проте, можна сказати, що протягом першої половини 1960-х рр. значно поліпшився стан технічного забезпечення поліклінічних закладів. В той час вже багато лікувальних закладів міста були забезпечені рентгенівськими кабінетами, у всіх поліклініках працювали лабораторії, фізіотерапевтичні кабінети, з 18 до 31 збільшилася кількість кабінетів ЕКГ. Цікавим починанням у справі надання лікувально-профілактичної допомоги населенню протягом семирічки стала організація в 1964 р. в Київському районі поліклініки, персонал якої складався з пенсіонерів-медиків і працював на громадських засадах. Поліклініка була прекрасно обладнана, її відвідали десятки тисяч харків'ян [10, с. 134].

Восьма п'ятирічка (1966-1970 рр.) дала Харкову більше двадцяти лікувально-профілактичних закладів [10, с. 124]. Стали до ладу 7 нових поліклінік [24, арк. 7-8]. Було переведено на опалення ТЕЦ і газове опалення 90 % котельень лікувальних і дитячих закладів в місті.

Але в той же час, в 1958-1968 рр. республіканські органи не передбачили будівництва в Харкові жодної типової поліклініки, не дивлячись на швидке зростання міста, що змусило міськвиконком відводити під поліклініки перші поверхи житлових та адміністративних будівель, де неможливо було організувати рентгенівські і фізіотерапевтичні служби [25, арк. 17].

На початку 1970-х рр. почалося довгострокове планування розвитку медичної мережі міста до 2000 р. З огляду на відсутність узгодженості в питаннях планування забудови міста

між органами охорони здоров'я та проектними інститутами, які при плануванні районів не завжди своєчасно і кваліфіковано вирішували питання розміщення медичних закладів, керівництво охорони здоров'я вирішило відійти від загальноприйнятого розміщення лікувально-профілактичних закладів у 8 існуючих адміністративних районах Харкова. Натомість місто розділили на 5 більших медичних районів, в яких були б представлені усі необхідні служби і підрозділи [24, арк. 35]. Таким чином, створення медичних районів з урахуванням нового будівництва повинно було виправити ситуацію з нерівномірним розподілом медичних закладів. Необхідність реформування також обумовлювалася відсутністю мережі закладів швидкої допомоги, існуванням малопотужних поліклінік в пристосованих приміщеннях, які не забезпечували доступності первинної допомоги [27, с. 9].

Планом облздороввідділу від 1972 р. для забезпечення амбулаторно-поліклінічної допомогою харків'ян до 1980 р. передбачалося побудувати 16 поліклінік, а в період з 1980 по 2000 р. – ще 8, тобто, 24 поліклініки за 28 років [28, арк. 14]. Ще 8 існуючих поліклінік мали розширити. Основними амбулаторними закладами ставали центральні багатопрофільні поліклініки зі спеціалізованими диспансерними відділеннями, які б слугували й організаційно-методичними центрами з надання амбулаторної допомоги населенню свого медичного району.

Примітно, що до початку 1970-х рр., не дивлячись на розбудову нових медичних закладів, не була подолана проблема значної територіальної віддаленості поліклінік від стаціонарів. У зв'язку з цим, міське керівництво вирішило доцільним повернутися до автономності амбулаторно-поліклінічної служби, що відбулося на збільшенні кількості самостійних поліклінік і було поворотом назад від реформи кінця 1940-х рр.

Іншою новаторською ідеєю була пропозиція об'єднання амбулаторно-поліклінічних закладів для дорослих і дітей в єдині комплекси, що повинно було створити максимально сприятливі умови для забезпечення наступності і безперервності диспансерного нагляду від початку до кінця життя та розширити діагностичні можливості лікарів [28, арк. 18].



В плані практичної реалізації в роки 9-ї п'ятирічки (1971-1975) були побудовані Студентська поліклініка по вул. Дарвіна на 1500 відвідувань за зміну, на Олексіївці введено в дію поліклінічне відділення на 400 відвідувань за зміну однієї з найбільших в Україні дитячих лікарень [9, с. 500]. За роки 10-ї п'ятирічки (1976-1980) були введено в дію амбулаторно-поліклінічних закладів на 3750 відвідувань у зміну [29, арк. 25]. В період другої половини 1970-х рр. на базах лікарень медичні інститути організували 5 консультативно-діагностичних центрів. Тоді ж з'явилися відділення профілактичних оглядів. Розпочато електрокардіографічне обстеження осіб старше 40 років, які зверталися за медичною допомогою [30, арк. 25]. Для покращення якості проведення онкооглядів і раннього виявлення онкозахворювань у жінок в амбулаторно-поліклінічних закладах впроваджені методи цитологічного обстеження, кольпоскопії, мамографія. В роки 11-ї п'ятирічки (1981-1985) було введено до експлуатації амбулаторно-поліклінічних закладів на 9640 відвідувань за зміну [9, с. 500]. Хоча дефіцит потужності амбулаторно-поліклінічних закладів вдалося скоротити за 1976-1985 рр. з 20 до 13 тис. відвідувань у зміну, він все одно ще залишався значним до кінця існування СРСР [31].

У 1986 р. додатково було введено 90 посад дільничних терапевтів, що дало змогу обслуговувати однією лікарською дільницею 1700 чол. [9, с. 500, 502; 20, с. 7, 12; 32]. Це відповідало загальносоюзним нормативам, які тоді діяли [33, с. 263]. Але в цілому проблема дефіциту кадрів залишалась хронічною протягом зазначеного періоду, попри те, що саме заклади первинної ланки в цей період мали пріоритет в забезпеченні медичними кадрами. Частково незадовільний стан забезпеченості кадрами пояснювався їхньою високою плінністю внаслідок браку житла і маленької зарплатні та кадровими диспропорціями всередині галузі [10, с. 135].

Недивлячись на те, що цілі, задекларовані планом 1972 р. і міською програмою «Здоров'я» 1986 р. із впровадження загальної диспансеризації населення, не були досягнуті в повному обсязі, результати перетворень все-таки свідчать про великі позитивні зрушення в розвитку медичної мережі Харкова протягом 1975-1990 рр.

В межах реалізації програми в останні 15 років існування СРСР в місті було введено до експлуатації 28 амбулаторно-поліклінічних закладів загальною потужністю 16,7 тис. відвідувань за зміну (що все ж не перекривало дефіциту потужності поліклінік) [27, с. 10]. Усього з 1971 по 1980 рр. було збудовано приблизно 12 поліклінік із 16 запланованих за масштабним планом облздороввідділу [34]. Тим не менш, на кінець 80-х рр. близько 40 % амбулаторно-поліклінічних установ все ще тулилися у пристосованих приміщеннях [35].

У результаті проведених протягом 1975-1990 рр. заходів забезпеченість харків'ян амбулаторно-поліклінічною допомогою в розрахунку на 10 тис. населення збільшилася з 129 відвідувань до 200 відвідувань за зміну за нормативу 240 відвідувань у 1990 р. Показник захворюваності на 100 тис. населення знизився з 76,8 в 1975 р. до 58,4. Корисна площа в поліклініках в розрахунку на одного відвідувача зросла з 5,4 кв. м в 1975 р. до 7,8 кв. м 1990 р. Активно впроваджувалася концепція, за якою в кожній з поліклінік, що обслуговувала понад 60 тис. населення, повинен бути організований прийом фахівців не менш, ніж за 30 спеціальностями [27, с. 12].

Складний стан матеріально-технічної забезпеченості кінця 1980-х рр. гальмував відкриття нових медичних закладів. Через це склалася напружена ситуація з наданням медичної допомоги населенню Московського району Харкова, де проживало більше 340 тис. дорослого населення, та в інших районах міста. З іншого боку, оснащені сучасною діагностичною апаратурою офтальмологічні кабінети стояли пусті внаслідок нестачі кадрів.

Таким чином, амбулаторно-поліклінічна мережа Харкова у повоєнний час пережила порівняно швидке відновлення, але досить довгий період розвивалася наздоганяючими темпами відносно зростання міського населення і розбудови нових районів, до середини 1960-х рр. не була впорядкована в плані рівномірного розміщення територіальних дільниць. Впродовж 1960-х рр. відбулося суттєве зростання амбулаторно-поліклінічної мережі, яке дозволило вже з початку 1970-х рр. перейти до реалізації масштабних планів з випереджального довгострокового розвитку до 2000 р., який не вдалося реалізувати в повній мірі. Однак, і досягнуті

результати свідчать про те, що поставлені тоді плани було цілком можливо виконати, а досягнуті зрушення покращили стан профілактики низки нових серйозних хвороб.

Розробка і проведення соціологічних опитувань різновікових груп населення, які відвіду-

вали амбулаторно-поліклінічні заклади Харкова в повоєнні радянські часи, а також окреме опитування самих медпрацівників, буде необхідним доповненням і корекцією нашого дослідження в подальшому.

### Джерела та література

1. Робак І.Ю. Медичне краєзнавство як органічна складова формування світогляду майбутніх лікарів (на прикладі викладання курсу «Історія України» у Харківському національному медичному університеті) / І.Ю. Робак, Г.Л. Демочко // Досягнення і перспективи впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах України: матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю, присвяченої 160-річчю з дня народження І.Я. Горбачевського, Тернопіль, 15–16 травня 2014 р.: у 2 ч. / Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського. – Тернопіль: ТДМУ, 2014. – Ч. 1. – С. 331–332.

2. Ковпак Л.В. Соціально-побутові умови життя населення України в другій половині ХХ ст. (1945–2000 рр.) / Л.В. Ковпак. – К.: Ін-т історії України НАНУ, 2003. – 250 с.

3. Шліхта Н.В. Історія радянського суспільства: Навчальний посібник / Н. Шліхта. – К.: Видавничо-поліграфічний центр НаУКМА, 2010. – 218 с.

4. Історія Львова: у 3 т. Т.3. Листопад 1918 – поч. ХХІ ст. / ред. кол. Я. Ісаєвич та ін., 2007. – 575 с.

Слободянюк П.Я. Медицина Поділля. Монографія / П.Я. Слободянюк, А.С. Флексемберг, П.Ю. Івахов. – Кам'янець-Подільський, 2008. – 704 с.

5. Хорош І.Д. Успехи здравоохранения в Харькове за 40 лет советской власти. – Х., 1958. – 15 с.

6. Егорова В.Г. Во имя человека. – Х.: Прапор. – 1968. – 43 с.

7. Пушкарь Н.С., Сохранич В.А. Достижения здравоохранения в Харьковской области // Вопросы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины: Респ. межведомственный сборник. – К.: Здоров'я. – 1969. – Вып. 3. – С. 82–102.

8. Історія міста Харкова / О.Н. Ярмиш, С.І. Посохов, А.І. Епштейн та ін. – Х.: Фоліо; Золоті сторінки, 2004. – 686 с.

9. Лісовий В.М. Історія охорони здоров'я в Харкові: Навч. посібник / В.М. Лісовий, І.Ю. Робак. – Харків: ХНМУ, 2008. – 178 с.

10. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 1, спр. 26, 127 арк.

11. ДАХО, ф. Р-1962, оп. 3, спр. 202, 384 арк.

12. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 1, спр. 65, 329 арк.

13. ДАХО, ф. Р-1962, оп. 3, спр. 49, 62 арк.

14. Захаров Ф.Г. Организация медицинской помощи промышленным рабочим России и СССР (Очерки истории). – М.: «Медицина», 1969. – 279 с.

15. В министерстве здравоохранения УССР // Врачебное дело. – 1953. – № 3.

16. ДАХО, ф. Р-1962, оп. 3, спр. 288, 82 арк.

17. Хорош І.Д., Егурнова Т.К. Об улучшении территориально-участкового лечебно-профилактического обслуживания населения в Харькове // Советское здравоохранение. – 1959. – № 10.

18. Приказ Минздрава СССР от 21.11.1949 N 870 «О номенклатуре учреждений здравоохранения и утверждении инструкции по ее применению» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.kaznachey.com/doc/aCIDRL2PXEM/text/1/>. Доступ – 16.03.15

19. Грандо А.А. Участковый врач. – Киев: «Здоров'я», 1977. – 215 с.

20. ДАХО, ф. Р-1962, оп. 5, спр. 196, 34 арк.

21. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 4, спр. 489, 19 арк.

22. ДАХО, ф. Р-1962, оп. 5, спр. 63, 6 арк.

23. ДАХО, ф. Р-1962, оп. 7, спр. 338, 36 арк.

24. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 4, спр. 572, 86 арк.

25. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 4, спр. 472, 37 арк.

26. Яворський В.С. Досвід реформування галузі охорони здоров'я Харківської області в 1975–1999 роки: Інформаційний лист // В.С. Яворський, В.Ф. Москаленко, О.І. Сердюк та ін. – Харків, 1999. – 43 с.

27. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 4, спр. 797, 18 арк.

28. Архівний відділ Харківської міської ради, ф. Р-2, оп. 7, спр. 268, 29 арк.

29. Архівний відділ Харківської міської ради, ф. Р-2, оп. 7, спр. 92, 37 арк.

30. Баховский В. Сессия Харьковского горсовета, на которой обсуждены вопросы совершенствования медицинского обслуживания населения Харькова // Красное знамя. – 1989. – 14 марта.

31. Реміняк, В. Удосконалюється служба здоров'я // Вечірній Харків. – 1986. – 14 червня.

32. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1984. – 640 с.

33. Лук'янченко, А. Рости поверхами здоров'я // Соціалістична Харківщина. – 1976. – 6 січня.

34. Соколовський, С. М. Служба здоров'я: перспективи розвитку // Вечірній Харків. – 1989. – 7 березня.

*Вадим Ильин*

### **Амбулаторно-поликлиническая помощь в Харькове в послевоенное советское время (1945-1991) в ракурсе историко-медицинского краеведения**

*Статья рассматривает актуальную для независимой Украины тему развития первичного звена здравоохранения в разрезе медицинского краеведения. Автор реконструирует такие этапы этого процесса в советском Харькове, как послевоенное восстановление, становление новой участковой службы, объединение больниц с поликлиниками в рамках реформирования медицинской отрасли в конце 1940 - начале 50-х гг., специализацию и реорганизацию амбулаторно-поликлинической сети в 1970-80-е гг., раскрывает причину неравномерности территориального распределения амбулаторной помощи.*

**Ключевые слова:** медицинское краеведение, послевоенный Харьков, амбулаторно-поликлиническая помощь, единый врачебный участок.

*Vadim Ilyin*

### **Outpatient care in Kharkiv in the postwar soviet times (1945-1991) from the perspective of the historical medical regional studies**

The article considers relevant for the independent Ukraine topic of development of the primary health care in the context of the Medical Regional Studies. The author reconstructs such stages of that process in the Soviet Kharkiv as the postwar reconstruction, formation of a new network of medical districts, merger of hospitals with outpatient clinics within the framework of reforming the medical sphere in the late 40's - early 50's, specialization and reorganization of the outpatient network in the 70-80's, reveals the cause of the uneven territorial distribution of the ambulatory care.

**Key words:** Medical Regional Studies, postwar Kharkiv, outpatient care, single medical district.