

УДК 94(477.6) "192"



**Кузенко Ірина Олександрівна** (1983 р. н.). У 2006 закінчила історичний факультет Донецького національного університету, аспірантка 2-го року навчання кафедри історії України Донецького національного університету. Тема дисертації: "Соціальна політика радянської держави та її реалізація в Донбасі в період НЕПу (1921-1928 рр.)".

## **СОЦІАЛЬНІ ХВОРОБИ В ДОНБАСІ ТА БОРТЬБА З НИМИ В ПЕРІОД НЕПУ**

*У статті на основі архівних документів і матеріалів періодики 20-х рр. ХХ ст. проаналізовані форми і методи боротьби з соціальними хворобами в Донбасі у період НЕПу. Встановлено, що регіон мав підвищені показники захворюваності з туберкульозу й венеричних хвороб, вживання спиртних напоїв порівняно з середньостатистичними даними по Україні. Розглянуті види, функції і кількість певних медичних установ, котрі займалися боротьбою з соціальними хворобами як у містах, так і у сільській місцевості. Головну роль у лікуванні та профілактиці вказаних хвороб відігравали диспансери. Робота диспансерів проходила в складних умовах не тільки з об'єктивних, але й з суб'єктивних причин.*

*В статье на основе архивных документов и материалов периодики 20-х гг. ХХ ст. проанализированы формы и методы борьбы с социальными болезнями в Донбассе в период НЭПа. Установлено, что регион имел повышенные показатели заболеваемости по туберкулезу и венерическим болезням, употребления спиртных напитков по сравнению со среднестатистическими данными по Украине. Рассмотрены виды, функции и количество определенных медицинских учреждений, которые занимались борьбой с социальными болезнями, как в городах, так и в сельской местности. Главную роль в лечении и профилактике указанных болезней играли диспансеры. Работа диспансеров проходила в сложных условиях не только по объективным, но и по субъективным причинам.*

*The article is devoted to forms and methods of the fight with social diseases in 1920s in Donetsk's region on base of archival materials, central and local publications. It is explained, that region had raised factors to diseases by tuberculosis, venereal diseases and use strong drinks in contrast with Ukraine. The types, functions and amount of the definite medical institutions both in city and in rural terrain are considered. Dispensaries played main role in treatment and preventive maintenance of the social diseases. It is emphasized that the work of dispensaries was complicated not only by means of objective, but also subjective reasons.*

Сьогодні, у ХХІ столітті, громадяни України мають надію, що держава може гарантувати їм якщо не абсолютну соціальну підтримку, то хоча б повну захищеність від епідемічних хвороб, від яких потерпали наші пращури. На жаль, ситуація не має ознак цілковитого триумфу наукового прогресу над фізичними недугами та слабостями людства у всіх його проявах, і здоров'я кожного

ще надто залежить від випадку. Тобто, навіть людина, яка сповідує здоровий спосіб життя, має підстави побоюватися розповсюджених інфекційних захворювань, таких як сухоти. Варто зазначити, що з 1995 року в Україні розвивається епідемія туберкульозу, а в березні 2002 року було встановлено Всеукраїнський день боротьби з туберкульозом, який проводиться щорічно 24 березня [1]. Серед

конкретних кроків держави, спрямованих на поліпшення епідеміологічної ситуації з названої хвороби, можна назвати розробку та затвердженням Законом України від 08.02.2007 “Загальнодержавної програми протидії захворюваності на туберкульоз у 2007-2011 роках”. Відповідно були підготовлені та ухвалені регіональні програми. Незважаючи на певні досягнення, в 2008 році рівень захворюваності продовжує залишатися дуже високим – він більш ніж у 2 рази перевищує епідеміологічний поріг (Луганська область займає друге місце в Україні за цим показником, а Донецька – п’яте) [2].

Детальний розгляд наявної ситуації жахає, враховуючи, що туберкульоз є лише одним з тих ризиків щоденного випадкового оточення людини, які об’єднані терміном “соціальні хвороби”. Під такою назвою медичні працівники всього світу нараховують низку захворювань, які є постійними супутниками бідності, голоду, воєн та інших соціальних катаклізмів. За визначенням Радянського енциклопедичного словника 1988 року видання “соціальні хвороби – це недуги людини, виникнення та розповсюдження яких пов’язано головним чином з несприятливими соціально-економічними умовами (наприклад, трахома, венеричні хвороби, захворювання недостатнього харчування)” [3]. До цього переліку з упевненістю можна додати туберкульоз, алкоголізм, наркоманію, а тепер уже і СНІД. Сумно лідувати в такій сфері, але станом на 2003 рік Дніпропетровська, Донецька та Луганська області мали підвищений показник так званих “соціальних хвороб”. Це можна пояснити як зовнішніми факторами, які позначаються на репродуктивному здоров’ї жінок та фізичному стані дітей, так і браком у наших громадян традицій та навичок поведінки, спрямованої на самозбереження [4].

Необхідність усвідомити небезпеку, розробити та реалізувати дієвий план щодо її усунення виникла не вперше. В 20-х роках ХХ ст. ситуація мала ще більш загрозливий характер, що було пов’язано з особливостями історичного періоду та відсутністю елементарних гігієнічних знань та звичок у населення. Тому дослідження та аналіз досвіду викорінення таких недуг у період НЕПу є цікавою проблемою, яка потребує вивчення.

Метою даної статті є розгляд організаційних форм, методів та особливостей боротьби з соціальними хворобами в Донбасі у період НЕПу.

Окремий аспект даної теми у масштабі України досліджує І. Іщенко [5]. Крім того, цю проблему не обходили увагою сучасники подій, тому ми маємо у розпорядженні праці таких авторів, як В. Бондаренко [6], Д. Граєвський [7]. У запропонованій роботі використані архівні матеріали ДАДО і ЦДАВО, статті місцевих та столичних періодичних видань, а також опубліковані документи та статистичні відомості.

Почнемо з самої назви, яка в 20-х рр. ХХ ст., так само, як і сьогодні, в літературі застосовувалася

відносно неоднакової кількості хвороб. Так, В. Бондаренко включає в це поняття туберкульоз, венеричні хвороби та малярію [8], Д. Граєвський – туберкульоз, венеризм та алкоголізм [9], Л. Шойхет – туберкульоз, сифіліс та алкоголізм [10]. На передній план у словосполученні “соціальні хвороби” ставилося ідеологічне підґрунтя, бо вважалося, що від вказаних недуг потерпають виключно робітники та, подекуди, незаможні селяни: “Сухоти – це чисто пролетарська хвороба, й тому цілком зрозуміла зацікавленість уряду в знищенні цього лиха [11]”. Подальший аналіз цього питання продемонструє однобічність такого підходу, бо можливість стати жертвою інфекційного захворювання була у кожного.

Отже, розглянемо головні соціальні хвороби та методи протидії їм у Донбасі в зазначений період.

Боротьба з туберкульозом станом на 1921 рік виявлялась у відкритті санаторіїв для дорослих та дітей. Але внаслідок наступу епідемій до кінця 1922 року систематичної протитуберкульозної діяльності не велося. Новий етап почався зі зміни організаційної форми: були ліквідовані тубсекції при губернських відділах охорони здоров’я, а в кожному губернському місті було вирішено відкрити центральний губернський диспансер. На базі останніх з часом сформувалися туберкульозні ради, в функції яких входило керівництво всією роботою з боротьби із сухотами в конкретних губерніях. У 1923 році в республіці вже існувало 30 диспансерів, 3 з яких – у Донецькій губернії [12].

Серед медичних установ, які були покликані вести активну протитуберкульозну роботу, розрізняють диспансери. Ці заклади суттєво відрізнялися від звичайних лікарень не тільки вузьким профілем, але й принципами роботи. Окрім обстеження та визначення діагнозу, диспансер через своїх працівників проводив необхідні профілактичні заходи у помешканні хворого: його відвідували лікарі та сестри з метою перевірки фізичного стану та дотримання санітарних норм, у разі потреби видавалися предмети побуту (білизна, посуд і т. д.) та забезпечувалося харчування у вигляді сухого пайка або в їдальні, інколи навіть добивалися поліпшення житлових умов хворого [13]. Разом з тим, керівництво диспансеру мало право надавати своїм пацієнтам місця у санаторіях та курортах, а також проводило широку санітарно-освітню роботу серед населення тієї округи, яку воно обслуговує. Тубпункти діяли в селах, повністю підпорядковувалися диспансерам і виконували подібні функції.

Як зазначав доктор В. Бондаренко санаторій – це найліпша з медичної точки зору форма лікування від сухот, а також найбільш давня установа в мережі, яка досягала успіхів завдяки цілющим силам природи та повноцінному харчуванню. Але у 20-ті рр. ХХ ст. таких закладів не могло бути багато, через те, що їх організація та утримання дороге коштувало, а це може собі дозволити лише багата країна [14].

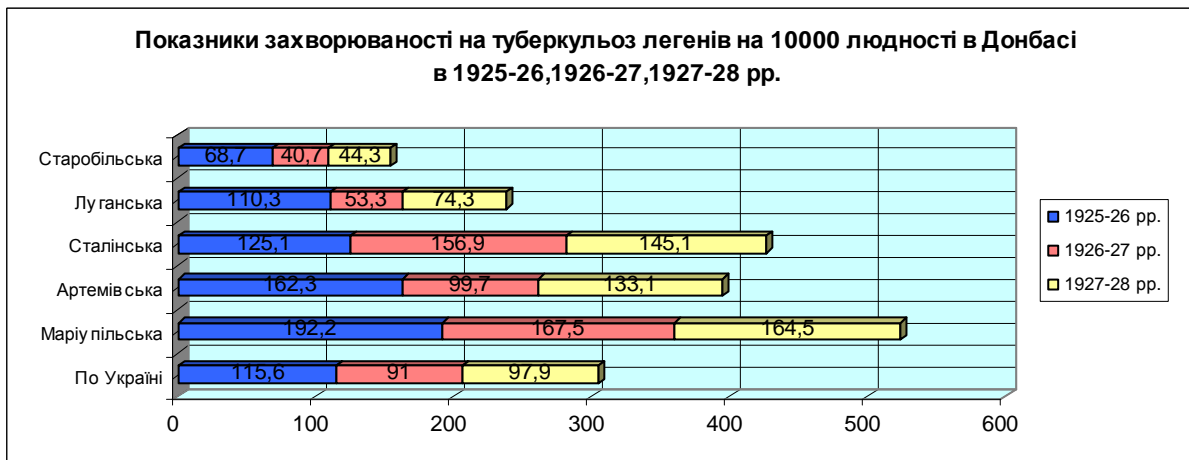
Установи, в яких робітники, що вже мали ознаки хвороби, але були працездатними, одержували змогу півдоби проводити у гігієнічних умовах. Перевагами перебування в нічному санаторії для людини були: організоване харчування, чиста білизна, можливість прийняти душ та медичний догляд.

Цікаво подивитися на те, яким чином теоретична частина втілювалася на практиці в місцевих умовах. Так, за даними річного звіту Артемівського тубдиспансеру за 1925 рік усі хворі з активними проявами бралися на облік та перебували під постійним наглядом. Працівники цього закладу влаштовували пацієнту окремий життєвий простір – відокремлювали від решти родини, забезпечували його плювальницею, в разі потреби – окремим посудом, рушником, у виняткових ситуаціях – ліжками (за рік було видано 5 ліжок) [15]. Час від часу силами сестер соціальної допомоги проводилася чистка та побілка квартири. В області санітарно-просвітньої роботи Артемівський тубдиспансер поряд із читанням лекцій (57 за рік) та відкриттям туберкульозних кутків (4 за рік), проводили індивідуальні бесіди з кожним своїм хворим та надавали брошуру власного видавництва.

Про необхідність усіх перелічених заходів свідчать ті скрутні побутові умови, в яких проживала більшість населення Донбасу взагалі, й зокрема – хворі на туберкульоз. Яскравою ілюстрацією даного

твердження є результати обстеження пацієнтів, яке провів Маріупольський тубдиспансер у 1926 році. З'ясувалося, що житлові умови 66 % хворих на сухоти м. Маріуполя були незадовільними, причому до 10 % взагалі мешкали у підвалах та сараях, і тільки 34 % мали задовільне житло. Більш детальний розгляд показав наступне: тільки 15 % недужих мали окрему кімнату, 20 % жили в спільній кімнаті, а 65 % займали одну кімнату разом з усіма членами своєї родини. Дуже складно визначити ефективність протитуберкульозної діяльності та успіхи всіх установ, якщо з числа обстежених 38 % пацієнтів не мали окремого ліжка, а спали у спільному разом з іншими, 25 % взагалі не мали ліжок і спали на підлозі; 38 % не мали білизни, 20 % – взуття та теплої одягу, а 81 % користувалися спільним родинним посудом [16]. Усе це перекреслювало будь-які намагання медичних робітників зупинити страшну хвилю інфекції, яка за таких умов легко подвоювала потужності та регулярно збирала сумну данину з території регіону.

Про масштабність проблеми дають право стверджувати статистичні дані, за якими три округи Донбасу (Маріупольська, Сталінська та Артемівська) поряд з деякими іншими округами України (Київською, Сумською, Одеською, Ніжинською, Херсонською, Харківською) мали підвищений пересічний показник захворюваності на туберкульоз



Як бачимо, мінімальну відмітку по Донбасу займає Старобільська округа, а максимальну – Маріупольська. Останній факт спочатку виглядає незрозумілим, бо саме ця територія мала найліпші природно-кліматичні умови. Ще більше дивує статистика смертності від усіх форм туберкульозу на 10000 осіб населення за 1924 рік, за якою Маріуполь випереджав Москву і не поступався Ленінграду. На думку працівників місцевого диспансеру це пояснюється рядом причин: 1) сутужними санітарно-гігієнічними та житловими умовами; 2) сприятливим кліматом, який приваблював велику кількість хворих на сухоти; 3) побутовими умовами проживання греків [18].

Окремим напрямком було проведення лікувальної та профілактичної роботи на селі. В 20-х рр. ХХ ст. лікарями було встановлено, що рівень захворюваності

сільського населення на сухоти був не нижче робітничого, але мережі установ там не існувало у зв'язку з браком коштів та кадрів. Тому лише час від часу в якості власної ініціативи колективи диспансерів бралися за організацію тубпунктів в окремих селах. Так, з липня до вересня 1925 року в селі Покровському Артемівської округи був відкритий тубпункт. Працював він за наступним графіком: у селі проживала сестра соціальної допомоги, а лікар приїжджав кожної неділі. У день візиту сестра збирала хворих, проводила з ними бесіди з виставкою, доктор брав їх на облік. Недужим селянам надавалася допомога у вигляді посуду, рушників і пайків, що коштували біля 2-3 рублів.

Спочатку всі ці дії громада сприймала вороже, але з часом звикла. “Потроху вони збагнули, що туберкульоз насправді є заразною хворобою” [19].

Тобто, вибіркоче охоплення територій, матеріальна незабезпеченість та дефіцит медичного персоналу були не єдиними перешкодами проведення ефективної протитуберкульозної справи на селі. Ще одним чинником, що гальмував зрушення у цій сфері, була відмова проходити обстеження, недовіра до лікарів та нерозуміння шляхів розповсюдження хвороби. У звіті зазначено: “сільське населення серйозно нездужає на сухоти, але внаслідок заклякості знаходяться у ще більшій небезпеці, ніж робітники, які всеодно приходять з сел. Здорове село зможе дати здорового робітника” [20].

Наведена цитата підкреслює домінування класового підходу в організації боротьби з хворобою, який не завжди себе виправдовував. У 1923 р. було проведено велике обстеження робітників та службовців різних підприємств і установ Донбасу на предмет їх фізичного стану. В цілому було охоплено 7538 осіб у Бахмуті, Таганрозі, Юзівці, по Бахмутському та Юзівському повітам. У результаті з'ясувалося, що відсоток хворих на туберкульоз серед різних професійних груп був таким: 29,8 % – вчителів шкіл, 22,5 % – комуністів, 19,0 % – радянських робітників, 13,1 % – печатників, 9,4 % – будівельників, 7,5 % – хіміків, 7,2 % – металістів, 3,2 % – гірників, 2,5 % – цементників [21]. Складно сказати, наскільки це обстеження було репрезентативним, але отримані дані демонструють значні розбіжності з баченням сухоти недугою робітників важкої промисловості, “привілеєм яких є слабіти та вмирати від цієї “пролетарської хвороби”, що залишилася у спадок від царського ладу” [22].

Що стосується першочерговості лікувальних чи профілактичних заходів, кожен керівник диспансеру через постійну нестачу коштів на систематичне проведення повного спектру дій повинен був обирати власну стратегію. Так, у Маріуполі в 1926 році нагальним завданням вважали переведення пацієнтів з відкритого формою до лікарень. Аргументи цього рішення були переконливими: “80 % хворих вмирає вдома. Переповненість та санітарні умови житла більшості з наших пацієнтів є розсадниками туберкульозу. Без ізоляції соціально небезпечних хворих усі наші заходи в галузі профілактики тьмяніють” [23]. У той же час, керівник Артемівського диспансеру намагався об'єднати обидва підходи – лікувати десятки й цим давати приклад та інформацію для сотень. “Кожен взятий на облік осередок припиняє заражати оточуючих щонайменше на 50 %, і, водночас, стає пересторогою для сусідів, так би мовити, культурним кутком (парадокс). Якщо в основі нашої боротьби лежить не абсолютне знищення туберкульозної палички, що є недосяжним, а зменшення масивності та доз зараження, стане зрозумілим, що наша мета з дуже незначними затратами може дати надзвичайно добродійні результати” [24]. Зрозуміло, що насправді гідного ефекту можна досягти, використовуючи весь комплекс заходів без виключень.

Перейдемо до наступного елементу соціальних хвороб – групи венеричних захворювань.

Організація боротьби з ними була аналогічною протитуберкульозній діяльності. Планова робота в масштабах республіки також розпочалася з кінця 1922 року, її центральним оперативним органом став венерологічний диспансер. Відкриття цих установ у більшості окружних міст Донбасу відбулося трохи пізніше – у першій половині 1924 року [25].

Головними причинами поширення венеризму вважалися: існування проституції, санітарна безкультурність населення, безпритульність дітей та дитяча проституція [26]. Причому саме проституція, обумовлена високим рівнем безробіття та низькою кваліфікацією жінок, обов'язком утримувати дітей в разі відсутності чоловіка, виконувала роль “проводиря” венеричних недуг. Для того, щоб подолати хвороби, треба було усунути корені їх появи, але це в теорії. Зрозуміло, що чекати на виправлення перелічених соціальних бід можна було десятиліттями, а масштаби захворюваності вимагали термінового втручання. Тому відповідальність було покладено на диспансери в містах та венпункти у селах, функції яких, до речі, дещо відрізнялися від туберкульозних. Спільним було те, що працівники названих установ крім безпосереднього лікування проводили санітарно-освітню роботу серед пацієнтів шляхом індивідуальних бесід та читання лекцій у самому диспансері. Але, якщо сестри соціальної допомоги тубдиспансерів обов'язково обстежували кожного хворого в його помешканні, то у колег з вендиспансерів з цим були проблеми, бо їх підопічні сприймали своє захворювання як погану славу і намагалися зберегти його у таємниці. “Необхідна обережність та тактовність під час обстежень значною мірою ускладнює розвиток цього заходу” [27]. Ось чому цифри проведених вендиспансерами оглядів на дому були набагато нижчими, ніж аналогічні показники тубдиспансерів: протягом 1925-26 операційного року в Донбасі перші відвідали 1467 осіб, а другі – 22419, тобто в 15 разів більше. Відразу необхідно зробити поправку на те, що пересічний регіональний рівень захворюваності на туберкульоз у цей період був у 2,4 рази вищим, ніж захворюваність на сифіліс (на жаль, ми не маємо подібних даних стосовно інших венеричних хвороб), але різниця всеодно залишається величезною [28].

Відсутні згадки про надання соціальної допомоги венеричним хворим, проте вони мали правову підтримку: жодна установа не могла звільнити з посади службовця через венеричну хворобу, якщо вони лікувалися в диспансері, який відповідав за їхню безпечність для установи. У циркулярному листі від 19.03.1923 р. до Південного бюро ВЦРПС зазначалося, що боротьба з венеризмом повинна проходити під лозунгом “венерична хвороба – не ганьба, а лихо”, й бути спрямованою на притягнення до лікування як можна ширшого числа недужих. Страх втратити роботу змушував їх приховувати свій стан, перетворював на клієнтів знахарів, шарлатанів, що сприяло невпинному розповсюдженню венеричних недуг. Від профспілок вимагали прийняття двох рішень: 1) не допускати

звільнень хворих, яким за висновками лікувальної установи або лікаря Робмеду було дозволено продовжувати працювати; 2) практикувати усунення від робіт за довідкою в заразливій стадії хвороби, причому обов'язково зберігати за такими співробітниками робоче місце та виплачувати утримання на загальних підставах, як і іншим недужим [29].

Щодо запобіжних заходів, які мали стримувати розповсюдження недуг цієї групи, Рада народних комісарів УСРР 23 березня 1928 року прийняла постанову “Про заходи боротьби з венеричними хворобами”. За нею органам охорони здоров'я надавалося право примусово оглядати в разі потреби осіб таких категорій: а) що жили у таких житлових умовах, за яких вони могли заразити навколишніх; б) що працювали в подібних умовах; в) учнів; г) що працювали у наймах за мамку або хатню робітницю; г) вагітних. У випадку встановлення у них факту захворювання в заразливому періоді їм відмови лікуватися, надавалося право примусово лікувати їх до повного усунення заразливості. Важливою характеристикою такого заходу було надання притягуваним усіх потрібних для лікування засобів [30].

Відомо, що житлова криза сприяла помноженню інфекцій. Постановою ВУЦВК і РНК від 29 лютого 1928 р. особам, що нездужали на певні види хвороб, надавалося право користуватися додатковою кімнатою розміром до 3 кв. саж., або додатковою житловою площею у тому ж обсязі з оплатою за тарифом основної норми. Так, до переліку недуг, що давали право на додаткову жилплощу входив туберкульоз легенів та інших органів в активній формі без виділення туберкульозних паличок. На окрему кімнату могли претендувати хворі на активні форми туберкульозу та інших органів з виділенням туберкульозної палички, а також хворі на сифіліс у першій та другій стадії на час заразних виявів хвороби [31]. На жаль, остання постанова не могла отримати широкого застосування через брак достатньої кількості вільних помешкань.

Статистика ураження населення регіону венеричними недугами навіть наприкінці НЕПу свідчить про несприятливу соціально-економічну ситуацію. Показники захворюваності на сифіліс, м'якець та гонорею на 10000 людності перевищували подібні показники по Україні. Так, у 1926-27 році вони склали по Україні – 50,2, а по Донбасу – 77,9; відповідно в 1927-28 році по Україні – 46, а по Донбасу 73,5 [32]. Як бачимо, безрадісне лідерство стабільно існувало і по відношенню до венеричних хвороб.

Інше суспільне лихо – пияцтво також зачіпало всі верстви населення. На перший погляд, воно

не мало такого ступеню небезпеки для держави, як туберкульоз чи венеричні хвороби, бо не передавалося інфекцією від одних осіб до інших. Але алкоголізм “відчиняв двері” вказаним хворобам: ослаблював організм людини, деморалізував її, вимагав постійних матеріальних витрат, затьмарював свідомість, штовхав на заняття проституцією, хуліганство та злочинні дії.

Значна кількість робітників нашого регіону намагалася обміняти на чарку відсутність перспективи покращити якість свого життя (переселитися у просторі та затишні кімнати, отримувати гідну зарплатню, яка дозволяла б повноцінно харчуватися, красиво вдягатися, задовольняти культурні потреби особистості й т. п.). Саме тут показники споживання і бюджетних витрат на алкоголь, принаймні, в 1,4 рази перевищували середньостатистичні по Україні. З 30 вересня 1922 року Донецький губвиконком був змушений заборонити навіть продаж одеколону [33]. Не в останню чергу державу хвилював прямо пропорційний зв'язок між вживанням алкогольних напоїв та масовими прогулами роботи, а також зниженням продуктивності праці робітників.

Однак не всі місцеві керівники різних рівнів, які мали боротися з цим соціальним явищем, могли пишатися власною зразковою поведінкою. Досить часто у політичних зведеннях з округів серед інших проступків комуністів фігурувала пиятика. Досить часто вона стояла першою у переліку причин виключення з партії [34], інколи призводила до жахливих ситуацій. Так, у Сніжнянському районі 16 січня 1925 року наслідками пияцтва секретаря комосередку шахти № 2 Бледнова П.І., голови шахткому Волванова М.Є. і завклубом Буритевича стало побиття дружини Волванова, яка відмовилася пити з ними самогон, та згвалтування Буритевичем у казармі робітниці, якій наступного дня жінорганізатор запропонувала мовчати про це, погрожуючи звільненням з роботи. Звіт про цей кричущий випадок завершився констатацією того, що за вказаними особами “раніше також спостерігалися не комуністичні вчинки” [35].

Медична сторона питання боротьби з алкоголізмом та іншими залежностями не була вирішена, бо станом на 1927-28 рік на Донеччині не існувало жодного наркодиспансеру [36].

Загальна картина розбудови у другій половині 20-х рр. XX ст. мережі лікувально-профілактичних закладів у Донбасі, спрямованих на боротьбу з соціальними хворобами, представлена наступною таблицею [37]:

Таблиця 1

Установи боротьби з соціальними хворобами в Донбасі

Установи Період	Тубдис- пансери	Тубпункти	Дитячі санаторії	Постійні туберкульозні санаторії	З них нічних та денних	Вендис- пансери	Венпункти
1925-26 р.	12	6	0	14	3	6	16
1926-27 р.	15	10	0	11	5	16	9
1927-28 р.	21	7	2	13	13	21	9

Наведені провідні установи не охоплювали всієї повноти напрямків діяльності, якої потребувало населення. Крім того, з боку лікарів лунали нарікання на недостатню кількість наявних медичних закладів. Так, у резолюції на доповідь завідуючого охороною здоров'я Артемівської округи зазначалося: “Боротьба з соціальними хворобами вкрай ускладнена внаслідок надзвичайно гострої житлової кризи. Існуюча мережа диспансерів не відповідає навіть мінімальним запитам й неодмінно потребує розширення, хоча б по одному туберкульозному та венерологічному диспансеру, й одному нічному санаторію на район” [38].

Таким чином, у результаті розгляду організаційних форм, методів та особливостей боротьби з соціальними хворобами в регіоні у період НЕПу можемо зробити наступні висновки:

- обов'язок з лікування та профілактики хворих потягом 20-х рр. XX ст. було покладено на диспансери;
- Донбас виділявся підвищеними показниками розповсюдження соціальних хвороб (захворюваності на туберкульоз, венеричні недуги, вживання алкоголю) порівняно з середньостатистичними даними по Україні. Така особливість регіону висувала специфічні вимоги до виправлення ситуації;
- серед хворих були представники всіх верств суспільства, а не тільки робітники;
- робота диспансерів, окрім об'єктивних перепон, ускладнювалася людським фактором: селяни з недовірою ставилися до лікарів, бо традиційно не вважали сухоти заразливою

хворобою; венеричні хворі категорично не хотіли оприлюднювати інформацію про свій стан, тому не дозволяли обстежувати їх житлові та побутові умови;

- недостатнє фінансування боротьби з соціальними хворобами змушувало керівників диспансерів самостійно обирати форми роботи так, щоб вони потребували незначних затрат, але приносили вагомий результат;
- важливою складовою діяльності диспансерів було надання матеріальної допомоги хворим на туберкульоз та правової підтримки венеричним хворим;
- житлова криза, вкрай обмежені матеріальні можливості та майже нульовий рівень знань про шляхи розповсюдження і небезпечність наслідків соціальних недуг зумовлювали антисанітарний спосіб життя більшості населення регіону.

Отже, можемо констатувати, що ступінь концентрації соціальних хвороб у Донецькій та Луганській областях є традиційним. Минуло більше сімдесяти років, але й сьогодні за даними проведеного у Києві, Донецьку та інших містах дослідження 70 % населення не мають уявлення про симптоми туберкульозу [39], відповідно – не захищені. Отримавши порцію інформації про ВІЛ-СНІД, ми не цікавимося такими “незручними” темами, як венеричні хвороби або туберкульоз. Необхідно врахувати позитивний та негативний досвід 20-х рр. XX століття щодо протидії соціальним хворобам, щоб не повторювати помилок минулого.

## ЛІТЕРАТУРА

1. <http://w.calend.ru/holidays/0/0/1002/6>.
2. <http://kiyany.obozrevatel.com/news/2007/7/31/34377.htm>.
3. Социальные болезни // Советский энциклопедический словарь. – М.: “Советская энциклопедия”, 1988. – С. 1252.
4. Феофанова А. Беспроцентный вклад // Зеркало недели. – № 14 (439). – 12-18 апреля.
5. Іщенко І.В. Розвиток алкогольної ситуації в Україні на тлі НЕПу (1921-1928 рр.): протиріччя та реалії // Грані. – 2000. – № 2. – С. 57-64.
6. Бондаренко В. Боротьба з соціальними хворобами в радянській республіці. – Х.: Держ. вид-во України, 1925. – 67 с.
7. Грасвський Д.П. 15 років радянської охорони здоров'я в Донбасі. – Х.: ДВОУ Медвидав, 1932. – 36 с.
8. Бондаренко В. Вказана праця. – С. 67.
9. Грасвський Д.П. Вказана праця. – С. 22.
10. Шойхет Л. Борьба с социальными болезнями // Донецкий профессионалист. – 1924. – № 9. – С. 19.
11. Бондаренко В. Вказана праця. – С. 18.
12. Профилактическая медицина. – 1923. – № 3-4. – С. 187.
13. Бондаренко В. Вказана праця. – С. 33-34.
14. Там само. – С. 37.
15. Центральний державний архів вищих органів влади і управління України (далі –ЦДАВО України). – Ф.Р-342. – Оп. 2. – Спр. 1856. – Арк. 2.
16. Там само. – Арк. 153-154.
17. Складено автором за матеріалами: Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1925-26 рік. – Х.: Бюро мед.-сан. стат. НКОЗ, 1927. – С. 39; Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1926-27 рік. – Х.: “Наукова думка”, 1928. – С. 64-65; Матеріали про діяльність закладів органів охорони здоров'я і про санітарний стан України за 1927-28 рік. – Х.: “Наукова думка”, 1929. – С. 72-73.
18. ЦДАВО України. – Ф.Р-342. – Оп. 2. – Спр. 1856. – Арк. 140.
19. Там само. – Арк. 4-5.
20. Там само. – Арк. 5.
21. Профилактическая медицина. – 1923. – № 3-4. – С. 190-191.
22. Там само. – С. 195.
23. ЦДАВО України. – Ф.Р-342. – Оп. 2. – Спр. 1856. – Арк. 144.
24. Там само. – Арк. 6.
25. Профилактическая медицина. – 1924. – № 5-6. – С. 130-131.

26. Бондаренко В. Вказана праця. – С. 51-55.
27. Профилактическая медицина. – 1924. – № 5-6. – С. 133.
28. Підраховано автором за матеріалами: Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1925-26 рік. – Х., 1927. – С. 39-45.
29. Державний архів Донецької області (далі – ДАДО). – Ф. 1. – Оп. 1. – Спр. 386. – Арк. 35.
30. Охорона здоров'я в УСРР. Основні закони та урядничі розпорядження / упорядники М. Спаський, С. Сокольський. – Х. – К., 1932. – С. 184-185.
31. Там само. – С. 187.
32. Підраховано автором за матеріалами: Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1926-27 рік. – Х., 1928. – С. 64-65; Матеріали про діяльність закладів органів охорони здоров'я і про санітарний стан України за 1927-28 рік. – Х., 1929. – С. 72-73.
33. Іщенко І.В. Вказ. праця. – С. 58.
34. ДАДО. – Ф. 1. – Оп. 1. – Спр. 1609. – Арк. 202.
35. Там само. – Спр. 2342. – Арк. 198.
36. Грасвський Д.П. Вказана праця. – С. 22.
37. Підраховано та складено автором за матеріалами: Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1925-26 рік. – Х., 1927. – С. 10-11; Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1926-27 рік. – Х., 1928. – С. 11-13; Матеріали про діяльність закладів органів охорони здоров'я і про санітарний стан України за 1927-28 рік. – Х., 1929. – С. 12-15.
38. ДАДО. – Ф. 8. – Оп. 1. – Спр. 276. – Арк. 151.
39. [http://www.ua.rian.ru/culture\\_society/2008\\_06\\_21/77954123.htm](http://www.ua.rian.ru/culture_society/2008_06_21/77954123.htm).