



ORNI

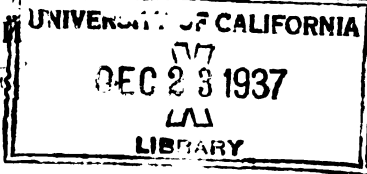
КАДЕМІЯ НАУК УРСР

ПРАЦІ ІНСТИТУТУ ДЕМОГРАФІЇ, т. XIII

Відділ санітарної статистики

М. Ф. ЯНОВСЬКИЙ

M. F. Yanovsky



ДО МЕТОДИКИ ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

ВИПУСК I

ШКАРЛАТИНА

За редакцією та передмовою
проф. С. С. Кагана

t. 13 14

ИДАВНИЦТВО АКАДЕМІЇ НАУК УРСР
КИЇВ—1937



ACADÉMIE DES SCIENCES DE LA RSS d'UKRAINE
TRAVAUX DE L'INSTITUT DE DÉMOGRAPHIE, TOME XIII
Section de statistique sanitaire

M. JANOVSKY

DES MÉTHODES POUR L'ÉTUDE
DU MOUVEMENT
DES MALADIES INFECTIEUSES

FASC. I

SCARLATINE

Sous la rédaction et avec préface du
prof. S. Kagan

PUBLICATION DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE LA
RSS d'UKRAINE
KIEV — 1937

ДЕМІ
ПРАЦІ ІНСТИТУТУ
Вісник саніт

М. Ф.

МЕТОДИ
НАМІКИ
ЗАХВО

ШКА

За редакцією
проф.

ІНСТИТУТ
КК

А К А Д Е М І Я Н А У К У Р С Р

ПРАЦІ ІНСТИТУТУ ДЕМОГРАФІЇ, т. XIII

Відділ санітарної статистики

М. Ф. ЯНОВСЬКИЙ

ДО МЕТОДИКИ ВИВЧЕННЯ
ДИНАМІКИ ІНФЕКЦІЙНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ

ВИПУСК I

ШКАРЛАТИНА

За редакцією та передмовою
проф. С. С. Кагана

ВИДАВНИЦТВО АКАДЕМІЇ НАУК УРСР
КИЇВ—1937

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літопису українського друку“, „Картковому репертуарі“ та ін. покажчиках Української книжкової палати.

EXCHANGE

Друкується з розпорядження Академії Наук УРСР

Неодмінний секретар академік *А. В. Палладін*

Відповід. редактор — проф. *С. С. Каган*. Коректор — *В. М. Навроцький*
Літредактор — *Б. Є. Козловський* Техкер — *С. Ф. Ліпов*

4 полігр. ф-ка ім. Леніна. Київ, площа Калініна, 2.

HB3608
U5A5
v. 13-14

ПЕРЕДМОВА

Відомо, як багато плутанини вносять в аналіз руху інфекційних захворювань досить поширені в буржуазній літературі «теорії» циклів. «Циклічні коливання» інфекційних захворювань — улюблений об'єкт дослідів буржуазних епідеміологів і статистиків. Проте діалектично-матеріалістична, справжня наукова думка не може сприйняти «циклічних коливань», цієї абсолютизованої циклічності, як якоїсь стихійної сили, що панує над людьми і перебуває начебто поза сферою втручання до неї людей.

Передова наукова думка б'ється саме над способами подолати інфекційні захворювання, отже передовий науковець шукає способів вдертися в рух інфекційних захворювань, змінити, «осідлати» цей рух і скеровує боротьбу на ліквідацію цього людського лиха.

Радянська соціалістична наука, озброєна методологією Маркса — Енгельса — Леніна — Сталіна, дає нам можливість вивчити рух інфекційних захворювань досконалішими методами, методами, які дозволяють глибше, повніше, з більшого числа сторін розкрити явище, гостріше зрозуміти його соціальну суть і в ній же таки знайти і засоби виправити виявлене, скерувати ці засоби на користь людям, на дальші перемоги їх над природою.

З цього погляду метод вивчення коливань другого порядку, побудований на так званих ковзних кривих, вперше запропонований в СРСР М. Ф. Яновським у вивченні інфекційних захворювань, зокрема у вивченні шкарлатини, вщент звбиває буржуазні «теорії» циклічності у русі інфекцій і вброює охорону народного здоров'я реальним і дійовим способом пізнавати дійсний рух інфекції. Та ж пізнання цього руху інфекції допомагає передбачати одночасно і методи, потрібні для своєчасного впливу на цей рух з боку лікування.

М674827

Отже запропонований М. Ф. Яновським метод допомагає нам краще планувати боротьбу з інфекційними захворюваннями. Саме в цьому прикладне (практичне) значення цієї цікавої і солідної теоретичної розвідки. Покищо ми випускаємо у світ тільки першу частину роботи тов. Яновського, яка трактує про шляхи розвитку шкарлатини. Вже на динаміці шкарлатини читач може упевнитися у правильності, доцільності і корисності санітарно-статистичного методу, застосованого М. Ф. Яновським. Другий випуск роботи маємо присвятити динаміці дифтерії та кору.

Цікаво, звичайно, врахувати в цьому другому випуску роботи думки і побажання широких кіл епідеміологів, санітарних статистиків і організаторів охорони здоров'я, які, сподіваємося, широко відгукнуться на опублікування цієї першої частини і надішлють до нас свої міркування та зауваження в цілях дальшого поглиблення цієї справи.

Проте вже й тепер, у процесі попереднього обговорення і рецензування роботи тов. Яновського, нам довелося натрапити на ряд дуже гостро поставлених питань, які потребують негайної відповіді і пояснень.

Перше таке питання ставиться, примірно, так: чи не метод вивчення коливань другого порядку чистою «умовністю», що начебто признає і сам автор роботи?

Автор ніде не говорить про «умовність» застосованого ним методу. Автор говорить тільки про умовність віднесення даних, опрацьованих за методом ковзної на 12 точках, до певного місяця. Так, коли взяти захворюваність періодів: 1) з січня до грудня 1903 р., 2) з лютого 1903 р. до січня 1904 р., 3) з березня 1903 р. до лютого 1904 р. тощо то умовним є віднесення захворюваності першого періоду до грудня 1903 р., другого — до січня 1904 р. і третього — до лютого 1904 р. Проте це аж ніяк не підриває цінності зіставлень першого періоду з другим і другого з третім.

Та й не може цей метод бути умовним, бо він відображає собою об'єктивний хід речей у протилежність буржуазним «теоріям» циклічності, вигаданим «з голови» Енгельс нас вчить в «Анти-Дюрінгу», що «корінних причин треба шукати не в головах людей... не в філософії», а «...засоби для усунення усвідомленого зла повинні полагати — у більш-менш розвинутому вигляді — в самих змінах

них умовах виробництва. Людський розум не може винайти ці засоби; він повинен відкрити їх у даних матеріальних явищах виробництва»¹⁾.

Застосовуючи у динаміці шарлатини (та й інших інфекцій) метод вивчення коливань другого порядку, тов. Яновський нічого «не винаходить», як це роблять буржуазні санітарні статистики і епідеміологи з їх абстрактними, саме «з голови» винайденими «циклами» тощо. Тов. Яновський відкриває об'єктивно існуючі в «даних матеріальних явищах» властивості.

Справді, коливання другого порядку являють собою певну форму руху інфекції, очищеного від коливань першого порядку, тобто сезонних коливань які мають своєрідне значення в умовах соціалістичного ладу і піддаються плановому впливові з боку органів охорони здоров'я в окремому порядку, про який окремо і доводиться говорити. До того ж окреме висвітлення впливів сезонного порядку не перешкоджає розглядові коливань другого порядку. Навпаки, після вивчення коливань другого порядку, коливання сезонні можна вивчити глибше і всебічніше.

В коливаннях другого порядку відбиті насамперед відповідно імунізовані щодо даної інфекції покоління, що має вирішальне значення у поширенні інфекції. Отже в цьому русі відкриваються об'єктивно існуючі і фактично діючі фактори, що і виправдує застосування коливань другого порядку як об'єктивно правильний метод пізнання динаміки інфекції. Звідси ясно, що не може бути речі про «умовність» коливань другого порядку.

Далі, окремих товаришів бере сумнів, чи справді велике є практичне значення методу, запропонованого тов. Яновським, у вивченні динаміки інфекційних захворювань.

Щоб розв'язати ці сумніви, нагадуємо: застосовуючи вивчення коливань другого порядку через обробку матеріалу методом ковзної на 12 точках, практичний працівник дістає в руки надзвичайної простоти технічний метод, користування яким надає йому можливість оцінювати напрям динаміки в кожний окремий поточний момент, застосувавши як мас-

¹⁾ К. Маркс и Ф. Энгельс, Соч., т. XIV, гос. соц.-эк. изд. М. Л., 1931, с. 270.

штаб для співставлення рух захворюваності протягом ближчого попереднього періоду.

Маючи, наприклад, дані про захворюваність до лютого 1937 р. (виключно) у місячному розрізі та опрацювавши ці відомості методом ковзної на 12 точках, надалі, одержавши відповідні повні відомості за лютий 1937 р., можна продовжити відповідну криву ще на одну точку. Розглядаючи останню частину кривої, відповідний оперативний орган може зробити висновок, оскільки достатніми й ефективними є його заходи, спрямовані до зниження захворюваності на шкарлатину. Було б неправильно скористатися самими емпіричними числами, бо одним з компонентів динаміки є сезонні коливання, другорядні у тому розумінні, що їх вплив є дуже обмеженим щодо тривалості, але настільки істотним, що змінює динаміку шкарлатини в кожному певнім пункті кривої.

Наведемо конкретний приклад можливості застосування цього методу. Відомо, що імунізація проти шкарлатини є таким методом, який щодо своєї ефективності стоїть незрівнянно нижче, ніж вакцинація проти віспи, і навіть є менш ефективний, ніж імунізація проти дифтерії. Засіб цей, хоч і дає деякі позитивні результати, але за сучасного стану питання перебуває у стадії перевірки на широких контингентах дітей. Основним способом оцінки наслідків імунізації є зіставлення імунізованих контингентів з неімунізованими контрольними групами.

Виникає питання, — коли треба застосовувати цей метод? Зрозуміло, що його застосування доцільне лише у висхідній частині епідемічної хвилі. В протилежному разі, якщо основна маса населення вже переохворіла в явній або прихованій формі і так чи інакше одержала імунітет, істотної різниці між захворюваністю імунізованих і захворюваністю контрольних груп може і не бути. Висновок про неефективність або недостатню ефективність імунізації був би в цьому разі зовсім помилковим. Отже треба мати досить тонкий та досконалий метод оцінки епідеміологічної ситуації, яким і є метод ковзної на 12 точках.

Запропонований метод міг би виявити повну відмінність динаміки захворюваності пролетаріату від такої ж динаміки буржуазії, коли б по капіталістичних країнах були щомі-

сячні відомості окремо про захворюваність пролетаріату і окремо про захворюваність буржуазії. Але уряди капіталістичних країн, звичайно, не подають таких відомостей, бо для них не вигідно показувати цю протилежність.

Робота тов. Яновського викликає ще цілий ряд гострих і цікавих запитань, які в зв'язку з виходом книжки з друку ще збільшаться і стимулюватимуть акцію науковців і практиків охорони народного здоров'я в галузі вивчення особливостей руху інфекцій в СРСР. В цьому, безперечно, позитивна сторона роботи, як і багато інших сторін, ще до передачі роботи до друку відмічених такими фахівцями, як професори Ручківський, Іванов, Л. С. Камінський та ін.

Отже, випускаючи в світ цю першу частину, ми певні, що по своїй лінії в міру наших сил сприяємо санітарному розквітові нашої соціалістичної батьківщини. Большевицька критика допоможе нам ще більше посилити це сприяння.

Загальні і спеціальні зауваження вищезгаданих товаришів були дуже корисними і знайшли потрібний відбиток у друківаній роботі.

С. Каган

ВІД АВТОРА

Роботу в основному проведено в 1935 р. під керівництвом проф. С. А. Томіліна. Під час роботи автор користувався загальним керівництвом та настановленнями методологічного характеру проф. С. С. Кагана.

В питаннях епідеміологічної компетенції цінні вказівки одержані від проф. С. Н. Ручківського, а з лєнінградських працівників — від проф. Новосельського, який навіть взяв на себе труд прочитати рукопис; з московських працівників — від професорів Барикіна й Розєна.

Автор консультував також у багатьох питаннях, що освітлені в роботі з директором Інституту демографії і санітарної статистики акад. М. В. Птухою, з акад. О. В. Корчак-Чепурківським та з науковими співробітниками цього ж Інституту: Ю. О. Корчак-Чепурківським, П. І. Пустоходом, М. М. Трацевським, Л. Д. Ульяновим.

Всі обчислення виконувала під керівництвом автора О. К. Адамсон. Діаграми оформляла Е. С. Фельдман.

У книзі розглянено лише так звані коливання другого порядку (ті підвищення і зниження числа захворювань, які не мають сезонного характеру). Сезонні коливання на відміну від них, прийнято зазначати як коливання першого порядку.

РОЗДІЛ I

ВСТУПНІ ЗАУВАЖЕННЯ ДО ДИНАМІКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1. Порівняльна вага вивчення загальної тенденції та інших компонентів динаміки

В період загниваючого капіталізму в буржуазних країнах захворюваність зростає. У нас, в епоху збудованого соціалізму, захворюваність знижується. Це цілком зрозуміло, тому що фактори соціально-економічного порядку в основному визначають динаміку захворюваності. Захворюваність інфекційна становить частину загальної захворюваності, отже й динаміка інфекційних захворювань насамперед зумовлена соціально-економічними факторами. Ці фактори визначають основний напрям руху інфекційних захворювань в бік зростання або зменшення їх числа за ті самі проміжки часу. Поряд з загальною тенденцією треба мати на увазі також і сезонні коливання¹⁾ (назвемо їх коливаннями першого порядку) — і особливого роду коливання — коливання другого порядку (сезонні коливання називаємо коливаннями другого порядку через те, що вони відбуваються протягом часу, як правило, меншого, ніж той час, протягом якого спостерігаємо коливання другого порядку, а не за ступенем важливості тих чи тих).

¹⁾ Питання про сезонні коливання розглянуто буде в окремій праці, але, щоб уникнути непорозумінь, відразу ж зазначмо, що 1) сезонні коливання, на нашу думку, мають місце лише при недостатньому розгорненні заходів, спрямованих до усунення сезонного підвищення захворюваності; 2) сезонні коливання в розумінні їх впливу на числа захворюваності в кожному разі є другорядними порівнюючи з тенденціями тривалими.

З'ясування суті й причин цих коливань другого порядку щодо однієї інфекції, а саме шкарлатини, і є завданням нашої роботи. Терміни «коливання першого й другого порядку» взято у Gottstein-а. Слід підкреслити, що коливання як першого, так і другого порядку, у всякому разі є другорядними, коли порівняти їх з тією загальною тенденцією, яка виявляється в динаміці інфекційних захворювань. Основне питання полягає в тому, — чи збільшуються тривало, чи зменшуються числа інфекційних захворювань. Коли б удалося встановити, що числа ці знижуються або підвищуються на протязі певного історичного етапу, питання про ті коливання яких вони зазнають на цьому основному фоні зниження або підвищення, треба вважати питанням порівнюючи меншого значення.

Загальновідоме зниження інфекційних захворювань в буржуазних країнах порівнюючи з минулим століттям. Маркс і Енгельс у ряді своїх праць з вичерпною повнотою виявили мотиви «піклувань» буржуазії щодо великих відкриттів у медицині для зниження числа інфекційних захворювань. Щорічні величезні епідемії гальмували розвиток капіталістичного виробництва, торгівлі і т. д. Крім того вони загрожували і самим пануючим класам, перекидаючись на буржуазні квартали міст.

Такими класовими міркуваннями, в остаточному підсумку, викликані були заходи буржуазного суспільства в боротьбі з інфекційними захворюваннями. Заходи ці дають деякий ефект, але звичайно жодною мірою неспроможні ліквідувати інфекційних захворювань або хоча б різко й ґрунтовно знизити рівень інфекційних захворювань¹⁾. Це й зрозуміло, тому що, здійснюючи ті чи інші специфічні заходи в боротьбі з епідеміями, капіталіст одночасно присвоює продукт додаткової вартості праці робітників, доводить їх до напівголодного стану, примушує жити в поганих житлах, — в результаті чого створюються умови, які над-

¹⁾ Треба зазначити, що згадані заходи стосуються переважно метрополії. Колонії, як жертви найбільш жорстокої експлуатації, залишаються вогнищами ряду найтяжчих інфекційних захворювань. Досить сказати, що від чуми й холери щорічно гинуть в Індії тисячі людей.

...нижують резистент
...буржуазного сусп
...рівень інфекці
...під час криз і о
...зубожіння, гол
...тимчасові успіхи,
...захворювання
...потреби доводити,
...в якнайбільшій мір
...факторами. Класово-
...замазати це
...явищ до впливу
...намагання буржу
...факторів

...навести десятки д
...тих економічних ум
...лише одну ілюстра
...ми.

...Hersch-а за 19
...итячих інфекцій н
...в різних районах
...можності
...шій).

I
II
III
IV
V

...даних виходить, щ
...інфекційних хвороб
...проти району най
...бідняків смертн
...від того, що во
...тобто із захво
...більша частина, ніж
...Бровні (1925 г.).

звичайно знижують резистентність (людини) проти мікро-організмів.

Безсилля буржуазного суспільства раз назажди знизити загальний рівень інфекційної захворюваності наочно виявляється під час криз і особливо в період загинання капіталізму.

Безробіття, зубожіння, голод, жахливі житлові умови анулюють ті тимчасові успіхи, які досягнуті були в боротьбі з інфекційними захворюваннями.

Немає потреби доводити, що величина захворюваності й смертності в якнайбільшій мірі зумовлені соціально-економічними факторами. Класово-буржуазні теорії намагаються всіма способами замазати це положення і звести пояснення патологічних явищ до впливу біологічних факторів і спадковості. Це намагання буржуазії відвернути увагу трудящих від справжніх факторів захворюваності давно відкинута наукою.

Можна навести десятки доказів залежності захворюваності від тих економічних умов, в яких живе населення. Наведімо лише одну ілюстрацію, яка найближче стосується нашої теми.

За даними Hersch-а за 1924—1928 рр. для Парижа, смертність від дитячих інфекцій на 10000 дітей віком 1—10 років становила в різних районах Парижа (райони міста згруповано за ступенем заможності їх населення: I — найбагатший, V — найбідніший).

I	16,7
II	25,0
III	34,8
IV	46,9
V	53,4

З цих даних виходить, що в найбіднішому районі від гострих інфекційних хвороб помирає дітей більше ніж у три рази проти району найбагатшого.

У дітей бідняків смертність від дитячих інфекцій більша головно від того, що вони характеризуються найвищою летальністю, тобто із захворілих дітей бідняків помирає далеко більша частина, ніж із захворілих дітей багатих. Відомості Бровнлі (1925 г.), які стосуються Глазго (1898 —

1902 рр.) з наочністю доводять це твердження щодо шкарлатини. Бровнлі встановлює зв'язок між густістю населення і летальністю на шкарлатину. Але густість населення в капіталістичних країнах характеризує ступінь його заможності. Відповідні відомості Бровнлі для Глазго (в скороченому вигляді) наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Р а й о н и	Кількість населення на 1 кімнату	Летальність (%)
I	0,5 —1,0	2,3
II	1,0 —1,5	2,3
III	1,5 —2,0	4,1
IV	2,0 —2,25	5,0
V	2,25 —2,50	5,06
VI	2,50—2,75	5,60

З цієї таблиці видно, що летальність в районі з найгустішим населенням більш ніж удвоє перевищує летальність в районі з найменш густим населенням.

Крім того, треба мати на увазі, що населення живе мішано, — в бідних районах частково живуть і представники буржуазних верств населення, а на горищах і в підвалах багатих районів частково проживає пролетарське населення. Це приводить до того, що велика різниця коефіцієнтів трохи затушкується, — в дійсності вона була б іще більшою. При реєстрації інфекційних захворювань у масштабах цілих країн числа захворілих не розподіляються за соціально-економічними ознаками. Тому неможливо виділити захворюваність пролетаріату із загального числа захворювань.

Класовий характер буржуазної науки є перешкодою тому, щоб відомості про інфекційну захворюваність збиралися у відповідних розрізах.

Числа, які ми дістаємо, стосуються як захворюваності пролетарських верств населення, так і захворюваності буржуазії. Надзвичайно високі показники захворюваності пролетаріату до певної міри зрівноважуються низькими показниками захворюваності буржуазії; відокремити їх одні від одних неможливо і через те ми по суті дістаємо картину захворюваності, яка є знеособленою середньою з високою

захворюваності пролетаріату і низької захворюваності буржуазії.

Однак, через те що трудящі становлять переважну більшість населення, збільшення їх захворюваності, а також зростання питомої ваги безробітних, які дають вищі показники захворюваності, ніж решта населення, дуже відбиваються на загальному числі захворілих.

В країні збудованого соціалізму епоха Сталінської Конституції створює всі передумови для рішучого й стійкого зниження інфекційної захворюваності. Відсутність безробіття, високий і прогресивно зростаючий рівень добробуту трудящих, право на працю і відпочинок, що реально здійснюється у нас, право на освіту, яка озброює трудящих необхідними санітарно-гігієнічними знаннями і навичками, розквіт науки, зокрема медичної, охорона праці на виробництві, залучення широких мас до фізкультурного руху, величезні асигнування на потреби медично-санітарного будівництва, охорона материнства й дитинства, виключна увага, яку приділяють партія і уряд питанням здоров'я охорони, сталінське піклування про людей, в основі якого лежить той погляд, що «з усіх цінних капіталів, які є в світі, найціннішим і найвирішальнішим капіталом є люди, кадри» — усе це зумовлює велике зниження захворюваності й смертності і зокрема захворюваності й смертності від інфекційних хвороб.

Уявлення про різке зниження відносних показників захворювань в СРСР і зокрема УРСР, порівнюючи з дореволюційним часом, дають такі числа за 1935 р. у процентах до 1913 р., наведені у виданні «Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР», ЦУНХУ, М. 1937 (подаємо їх у скороченому вигляді).

	Дифтерія	Черевний тиф	Шкарлатина	Дизентерія	Коклюш
СРСР	19,9	29,2	58,2	54,2	Нема відомостей за 1913 р.
УРСР	5,5	23,0	44,6	57,0	46,8

З цих чисел випливає, що захворюваність значно зменшилась, а саме: на дифтерію — приблизно у 18 разів, на черевний тиф — більш ніж у чотори рази, на шкарлатину і на коклюш — більш ніж удвоє, на дизентерію — майже у два рази.

Число хворих на туберкульоз серед молодих робітників, які призиваються до Червоної Армії, за останні 7 років в УРСР знизилося в п'ять раз, тоді як у сусідній Польщі за короткий період воно збільшилося на 16%. Далі, відомо, що, не зважаючи на те, що минуло 140 років від відкриття Дженнера, число захворювань на віспу дуже велике навіть на батьківщині самого Дженнера. Наприклад, у 1932 р. число захворювань на віспу в Англії досягло цифри 2039 випадків, тоді як у нас в СРСР захворювання на віспу ліквідовано.

Виявити основну тенденцію до зниження захворюваності у нас і до підвищення її в капіталістичних країнах було б надзвичайно важливим завданням для того, хто починає вивчення динаміки інфекційних захворювань.

2. Труднощі, які виникають при вивченні загальної тенденції

Здається природним починати вивчення динаміки інфекційних захворювань саме з цих загальних тенденцій. Але тут ми натрапляємо на такі труднощі, які не можна подолати, оцінюючи числові дані про рух захворювань у минулому. Першою і основною з них є неповнота охоплення реєстрацією числа інфекційних захворювань і — це найважливіше — значні зміни процентів охоплення. Ми знаємо цілком певно, що процент охоплення збільшується — особливо в СРСР в останні роки, — але ми ніяк не можемо кількісно урахувати цього збільшення. Неповнота охоплення захворювань реєстрацією стосується попередніх років, коли недостатнє наближення медичної допомоги до населення було основною перешкодою для повноти реєстрації. Часто роблять спроби визначити поправковий коефіцієнт, але спроби в здебільшого цілком довільні. Так, наприклад Кононович на Всесоюзному з'їзді бактеріологів заявив, що зареєстрована захворюваність на шкарлатину в середині 20-х років нашого століття становить 50—60% усієї захворюваності на цю хворобу. З такою самою підставою можна сказати, що процент охоплення дорівнює 40 або 80; і те і те, як і думка Кононовича, буде однаково довільним, отже, в однаковій мірі таким, чого не можна ні довести, ні заперечити. Другий приклад можна знайти у Benda. Цей автор, наводячи дані про захворюваність на шкарлатину й дифтерію в Берліні

... рр. знаходит
... на 25%, а для
... на 33 1/3%, — ли
... з цілком довіт
... знайти і ст
... спосіб поляг
... для тих, що
... цього числа поме
... загальне число з
... ктальності¹⁾ дл
... що лікувалися
... спосіб обчисле
... мерних визначен
... революційній Ро
... повинно було зан
... поклатися н
... революційний
... від шкарла
... д. Крім тог
... тих, що лік
... від загальної
... більш тяжкі хв
... буде тим біль
... Справедли
... процентом летал
... гості госпіталізова
... наведені в та

Німеччина (за	
госпіталізо-	Заг
ває твори (%)	
22,5	
33,4	
25,4	

... в цьому ви
... розуміємо під
... захворювань.

1904—1911 рр., знаходить, що числа ці треба збільшити для дифтерії на 25%, а для шкарлатини на 33 1/3%. Чому саме на 25 і на 33 1/3%, — лишається секретом автора.

Поруч з цілком довільними вказівками на процент охоплення можна знайти і спроби обґрунтувати цей процент.

Перший спосіб полягає в тому, щоб обчислити процент летальності для тих, що лікувалися в лікарнях, і, виходячи з загального числа померлих від даного захворювання, обчислити загальне число захворілих, виходячи з того, що процент летальності¹⁾ для всіх захворілих такий самий, як і для тих, що лікувалися в лікарнях.

Такий спосіб обчислення наводить, наприклад, Шостак. Число померлих визначено за метричними книгами. Відомо, що в дореволюційній Росії духовенство, яке вело метричні книги, повинно було заносити в них причини смерті. Тому не можна покладатися на правильне встановлення причин смерті в дореволюційний час. Можна припустити, що в число померлих від шкарлатини нерідко записували померлих від кору і т. д. Крім того, наперед можна сказати, що летальність тих, що лікувалися в лікарнях, майже завжди буде вища від загальної, бо в лікарні попадають звичайно лише більш тяжкі хворі. Розбіжність між тим і другим процентом буде тим більша, чим менше відбирання хворих до лікарень. Справедливість припущення різниці між загальним процентом летальності від шкарлатини і процентом летальності госпіталізованих хворих на шкарлатину доводять числа, наведені в табл. 2—4.

Таблиця 2

Німеччина (за даними Schlossmann-a)

Рік	Госпіталізовані хворі (‰)	Летальність (‰)		З загального числа померлих померло в лікарнях (‰)
		Загальна	Госпіталізованих хворих	
1923	22,5	3,18	4,78	33,7
1924	23,4	2,27	3,42	35,3
1925	25,4	2,12	3,15	37,7

¹⁾ Летальність у цьому випадку, як і далі, вживаємо у звичайному розумінні, тобто розуміємо під цим словом відношення числа померлих до числа захворілих.

Таблиця 3

Дюссельдорф (за даними Schlossmann-а)

Р і к	Л е т а л ь н і с т ь	
	Загальна	Госпіталізованих хворих
1910	3,8	5,6
1911	2,7	6,4
1912	2,4	5,8
1913	1,9	4,7
1914	2,1	2,2
1915	5,3	11,2
1916	4,3	5,2
1917	3,0	7,4
1918	2,8	5,6
1919	3,0	3,8
1924	1,2	2,4
1925	1,6	1,6
1926	0,6	1,0

Таблиця 4

Ленінград (за даними Л. С. Камінського)

Р і к	Л е т а л ь н і с т ь (%)	
	За даними карткової реєстрації	За даними лікарень
1897—1901	25,37	26,00
1902—1906	21,91	21,88
1907—1911	20,49	18,93
1912—1916	16,62	17,09
1917—1922	31,32	18,45
1922—1926	10,70	11,00

За цими даними різниця між летальністю госпіталізованих хворих і загальною хоч і не така велика, як за даними Schlossmann-а, але все таки є. Якщо в 1902—1906 рр. і особливо в 1917—1922 рр. ми маємо обернене співвідношення (проти спостеріганого у названого автора), то це, очевидно, слід пояснити дуже значною неповнотою реєстрації хворих в наслідок чого збільшувався процент загальної летальності порівнюючи з реєстрацією лікарень, а справжнього перевіщення летальності загальної над лікарняною, імовірно, не було.

Є ще один спосіб визначення справжнього числа захворювань, застосовуваний, наприклад, Сахновським. Пояснимо цей спосіб на прикладі (Петербург, 1.XI 1882 р.—1.I 1884 р.

Підрахунок карток захворілих на шкарлатину дає цифру 2411. З них, як видно з метричних записів, померло 821 чол., 324 з померлих не попали в реєстрацію захворілих. При обчисленні летальності треба визначити, скільки померло з тих хворих, про захворювання яких є повідомлення, тобто на 2411 померло $821 - 324 = 487$ або 20,2% загального числа. Якщо 2411 відповідає 487 померлих, то невідомому числу захворілих, на яких немає повідомлень про захворювання відповідає 324 померлих. Приймаючи, що процент летальності для хворих, з яких померло 324, такий самий, як і для решти хворих, можна скласти пропорцію:

$$2411:487 = x:324$$

визначити, чому дорівнює число випадків, про які нема повідомлень:

$$x = \frac{2411 \cdot 324}{487} = 1654$$

В даному випадку ми припускаємо, що летальність серед повідомлених випадків така сама, як і серед повідомлених; припущення це не цілком правильне, тому що про важчі випадки, імовірно, повідомляють частіше, ніж про легші. Отже треба думати, що летальність серед повідомлених випадків менша, а тому певному числу смертних випадків буде відповідати більше число захворілих з повідомлених, ніж з повідомлених.

До цього треба додати, що даним способом можна обчислити процент охоплення тільки при картковій розробці матеріалу, яка провадиться лише рідко (в спеціальних випадках). Отже обидва ці способи обчислення справжнього числа захворілих не можна визнати правильними.

Третій спосіб обчислення поправки запропонував Якобсенко. Спосіб цей зводиться до стандартизації числа інфекційних захворювань за середнім звертанням. Для пояснення наведемо приклад¹⁾.

Припустімо, що звертання у 1910 р. було 800 на 1000, в 1911 — 1200 і в 1912—1600. Середня за ці роки — 1200. Отже число інфекційних захворювань в 1911 р. ми повинні збільшити в $\frac{1200}{800}$ раз, тобто в $1\frac{1}{2}$ раза, а число 1912 р. змен-

¹⁾ Приклад наш.

шити на $\frac{1200}{1600}$, тобто на $\frac{3}{4}$ (числа прикладу взято довільно).

Спосіб цей був би правильним, коли б процент охоплення інфекційних хворих і звертання змінювалися б в однаковій мірі. Однак таке припущення було б цілком довільне. Уявімо собі випадок, коли звертання при неінфекційних захворюваннях двох суміжних років змінюється мало, а при заразних хворобах змінюється значно через епідемію і разом з тим припустимо, що процент охоплення реєстрацією інфекційних хворих не зазнає особливих змін. В цьому випадку загальне звертання при інфекційних і неінфекційних захворюваннях зміниться, і при тому досить помітно, тоді що питома вага інфекційних захворювань в загальній масі захворювань досить помітна. Стандартизуючи за середніми звертанням, ми тільки переінакшемо загальне число інфекційних захворювань, а не виправимо їх.

Цей приклад, хоч і вигаданий, може бути, проте, досить імовірним. Сам автор, що запропонував цей спосіб в статті «К методам выравнивания эпидемических кривых», в іншій роботі «Эпидемические индексы» вважає стандартизацію за середнім звертанням способом ненадійним і не рекомендує застосовувати його для даних, які стосуються міст і районів з широко розвиненою сіткою лікувальних закладів.

Запропоновані способи виправлення даних реєстрації як видно із сказаного, швидше перекручують ці дані, ніж виправляють їх. Це одно вже пояснює, чому за сучасних умов (коли ми наближаємося уже до повного охоплення інфекційних захворювань), необхідно визнати неправильні кількісні визначення тих тривалих тенденцій у динаміці інфекційних захворювань, які ми спостерігали в попередні роки¹⁾.

¹⁾ В майбутньому, а саме починаючи з того часу, коли охоплення захворюваності реєстрацією наблизиться до 100%, можна буде почати вивчення загальної тенденції захворюваності. Висновок про наближення охоплення до 100% можна було б зробити, коли було б поставлено спостереження над захворюваністю в так званих пунктових лищах, тобто в таких населених пунктах, де є медичний заклад. Коли рівень захворюваності у них незначно відрізнявся б від рівня захворюваності в інших пунктах, можна було б прийти до такого висно-

Це міркування має особливу силу для шкарлатини — хвороби, що дає велику кількість «стертих» випадків, які дуже часто не реєструються. Крім того є ще один мотив, через що спроби кількісно визначити тривалі тенденції треба визнати невдалими. Очевидно, для цього треба брати інтенсивні показники, а не абсолютні числа, тому що кількість населення, якої стосуються ці числа, змінюється досить виразно, якщо брати більш-менш значні проміжки часу. Проте змінюється не лише кількість населення, а й вікова його структура, тим часом як захворюваність різко змінює залежно від віку (ця особливість надто різко виявляється щодо так званих дитячих захворювань, в тому числі й шкарлатини). Отже треба керуватися не загальними інтенсивними показниками, а віковими або стандартизованими.

Цього в більшості випадків не можна зробити в загальному масштабі (для цілих країв), тому що вікові структури для років між переписами точно невідомі.

Неточність реєстрації інфекційних захворювань, її неповнота і неможливість обчислення вікових коефіцієнтів — все це незрівнянно менше порушує правильність уявлення про динаміку інфекційних захворювань, коли ми маємо справу з коротким динамічним рядом.

Справді, кількість населення і його вікова структура змінюються поступово. Так само, хоч нам відомо, що абсолютні числа, з якими ми маємо діло, далеко неповні, але в нас немає підстав припускати, що процент охоплення змінюється протягом короткого проміжку часу. От через що, цілком розуміючи певну неточність, ми все таки можемо зважитися на аналіз коротких рядів чисел інфекційних захворювань.

3. Цільове настановлення роботи. Компоненти динаміки

Основна мета нашої роботи полягає в тому, щоб виробити таку методику вивчення динаміки захворювань, яка дала б можливість більш свідомо підійти до емпіричних чисел інфекційних захворювань, ніж це можна було б зробити до цього часу, коли такої методики не було.

Правильний аналіз динаміки інфекційних захворювань безумовно необхідний для правильного планування заходів

боротьби з інфекційними захворюваннями і оперативного керівництва роботою, спрямованою на зниження й викорінення інфекційних захворювань. Для цього найважливіше знайти таку методику, яка дозволила б визначити основний напрям інфекційної захворюваності, щоб правильно оцінити ефективність заходів для зниження захворюваності й дати планові настановлення, які ураховують досвід минулого.

Ми вже з'ясували, що це неможливо зробити безпосередньо. Лишається підійти до розв'язання поставленого завдання з другого боку, а саме з вивчення коливань другого й першого порядку, щоб в остаточному підсумку спробувати елімінувати їх. Справді, коли перед нами емпіричні числа захворювань, ми не можемо безпосередньо зробити ніяких висновків про тривалі тенденції. Наприклад, з того що захворюваність певного місяця, кварталу або року менша від захворюваності попереднього періоду однаковий тривалості, не можна зробити висновок про підвищувальну й знижувальну тенденції. Такий висновок був би неправильним, тому що емпіричні числа інфекційних захворювань — результат взаємодії тривалих тенденцій, коливань першого й другого порядку і короткочасно діючих відхилень (пертурбаційних відхилень); тривалі тенденції затемнені коливаннями першого й другого порядку.

Ця схема правильна при природному перебігу захворюваності або при такому, який більш-менш наближається до природного. Треба думати, що в той період, коли заходи спрямовані на зниження захворюваності, а також загальне піднесення економічного й культурного рівня рішуче впливають на зниження захворюваності і питання остаточної ліквідації відповідних інфекцій стане питанням найближчого часу, — коливання першого й другого порядку виявлять згладженими в такій мірі, що не буде рації ураховувати.

Аналіз матеріалу для кожної інфекції може дати відповідь на питання, в якій мірі виявляється дія цих компонентів. Можливо, деякі з цих складових частин випадуть для певних інфекцій і у всякому разі можна наперед вважати, що питома вага цих компонентів виявиться різною для різних інфекцій, для різних країн і для різних епох. Питання не розв'язується наперед до аналізу відповідного матеріалу.

Наведена схема класифікації факторів, які в своїй взаємодії дають емпіричні числа інфекційних захворювань, відрізняється від попередніх схем.

Harmon вважає, що місячні числа інфекційних захворювань треба розглядати як результат взаємодії вікових тенденцій (secular trend), сезонних коливань (seasonal variation), циклічних коливань (cyclical fluctuation) і пертурбаційних відхилень (irregular fluctuation).

Термін «вікової тенденції», хоч тут мова йде саме про «вікові», а не «вічні» тенденції, все таки цілком неприйнятний. Чи можна говорити про тенденцію, яка виявляється на протязі віків або хоча б «віку», і через те є спільною для різних історичних періодів? Очевидно не може бути ніякої спільної тенденції в динаміці інфекційних захворювань, яка, наприклад, об'єднувала б дореволюційну Росію, з одного боку, і СРСР — з другого. Тут доводиться говорити про різні тенденції. Усякі спроби знайти спільну тенденцію для цих періодів призвели б до затушковування основного, а саме цілковитої протилежності різних суспільних устроїв.

Мало того, марно було б шукати спільну тенденцію для різних етапів однієї історичної епохи. Не можна, наприклад, думати, що тенденція, яка виявляється в динаміці інфекційних захворювань, може бути спільною для періоду так званого воєнного комунізму і для епохи Сталінської Конституції. В першому випадку ми маємо на увазі період, коли країна була зруйнована імперіалістичною війною, коли пролетаріатові доводилося вести героїчну боротьбу проти спроб реставрації панування буржуазії, проти інтервенції, доводилося вести цю боротьбу, перемагаючи величезні труднощі на економічному фронті. Період Сталінської Конституції — це уже період повної перемоги соціалістичних форм економіки. Цілком природно, що динаміка інфекційних захворювань цих двох періодів докорінно різна. Тому далеко правильніше буде говорити про тривалі тенденції, які діють лише на протязі того чи іншого етапу певного історичного періоду. Саме ж поняття вікових тенденцій треба відкинути найрішучіше.

В схемі Яковенка замість вікових тенденцій фігурують еволюторні тенденції, які складаються зі сталих і безпе-

первно діючих факторів, що лежать в природі речей. З них найважливіші: ослаблення вірусу через його морфологічні й фізіологічні зміни, пристосування людини до дії токсичних речовин, які виділяються цими агентами (тобто підвищення природного імунітету), і зростання соціально-культурної профілактики.

Не можна погодитись з таким розумінням еволюторних тенденцій. Розуміння розвитку, як безперервного процесу, що відбувається весь час в тому самому напрямі, не погоджується з тим, що ми спостерігаємо в дійсності. Це давно доведено Марксом і Енгельсом.

Проти поняття сезонних коливань (або коливань першого порядку) заперечувати не доводиться. Спеціальна робота повинна з'ясувати, наскільки важливою складовою частиною динаміки інфекційних захворювань є сезонні коливання.

Щодо «циклічних коливань», то критику розуміння циклічності ми вважаємо більш доречним дати не в цій вступній частині роботи, а в іншій — спеціально присвяченій коливанням другого порядку.

Нарешті, лишається «irregular fluctuation». Найкраще їх визначити як «короткочасно діючі фактори». Припустімо, що боротьба з певним інфекційним захворюванням не була систематичною, а мала характер кампанії. Очевидно, це повинно було відбитися на короткочасному зниженні числа захворюваності. Коли ж боротьба провадиться систематично, то це повинно виявитися у вигляді тривалого й безперервного зниження захворюваності.

Поняття пертурбаційних відхилень охоплює численні, найрізноманітніші по суті, причини, які мають тільки те спільне, що кожна з них діє недовго.

РОЗДІЛ II

ОБСЯГ ТЕМИ І МЕТОДИКА ВИВЧЕННЯ КОЛИВАНЬ ДРУГОГО ПОРЯДКУ

4. Обсяг теми

На нашу думку, ця наша робота є лише перша ланка великої роботи загального характеру, яка має на меті вивчити коливання другого й першого порядку для ряду інфекцій. Найближчим продовженням роботи буде вивчення сезонних коливань захворюваності на шкарлатину.

З інфекцій ми взяли насамперед шкарлатину. Зроблено це не випадково. При виборі інфекцій ми вважали необхідним: 1) вибрати насамперед одну з найпоширеніших інфекцій, 2) вибрати таку інфекцію, боротьба з якою в цей час ще настільки важка, що повну ліквідацію цієї інфекції або зведення її до цілком незначного рівня не можна вважати справою ближчих місяців.

Було б абсолютно неактуальним вибрати таку інфекцію, як віспа, що ліквідована в СРСР. Цікаво, що для буржуазних країн справа стоїть зовсім інакше. Автори, які живуть на батьківщині Дженнера, примушені займатися вирівнюванням чисел захворювань на віспу, дуже численних. Як приклад можемо навести статтю Martin-а «Epidemic curve of smallpox», що вийшла в 1934 р.

Нам займатися цим питанням не доводиться, тому що, як сказано, віспа в нас ліквідована і вирівнювати нам нічого.

Друге питання — питання про хронологічні границі, в яких бажано й можливо провадити роботу. В даному випадку ми обмежені джерелами. Звичайно бажано взяти най-

¹⁾ The Journal of Hygiene, I.

довший ряд, бо досвід минулого дуже повчальний. Але разом з тим нас насамперед цікавить найближче минуле. Тільки старанно вивчивши це минуле, ми зможемо правильно будувати наше майбутнє. Крім того треба спробувати дати таку методику, яка дозволила б виходити з коротких рядів, тому що в розпорядженні епідеміолога часто-густо бувають тільки числа за короткий проміжок часу.

В основу нашої роботи покладено матеріал про Україну (за період 1902—1904 і 1921—1932 рр.). Але, зважаючи на загальний характер теми, ми взяли ще і інший матеріал, а саме матеріал, що стосується дореволюційної Росії (детально за 1903—1914 рр.), матеріал по 7 північних губерніях Росії (за той самий період), матеріал по м. Москві (1902—1912 рр.) і Московській губ. (1883—1917 рр.), числа інфекційних захворювань в Англії, Німеччині, Франції, Італії, Югославії, Австрії, Чехословаччині, Польщі, Голландії, Швеції, Данії, США, Канаді, Японії і Австралії.

Матеріал по вказаних європейських і неєвропейських країнах взято за період 1923—1932 рр. (для США — за період 1923—1930 рр.).

Методика, яку ми пропонуємо далі, потребує місячних чисел захворюваності. Це обмежує період, за який можна обробити відповідні числові дані. От через що нам не вдалося включити сюди матеріал по РРФСР за 1923—1932 рр. Проте в цілому ряді випадків ми взяли ще додаткові дані, представлені лише в річному розрізі. Виходячи з наміченого раніше практичного настановлення, ми обробляли матеріал в широкому територіальному масштабі: республіканському для УРСР, почасти в губернському для дореволюційної України і Росії і по окремих країнах для Західної Європи. Найбільшого значення надавали ми завданню спробувати насамперед виробити таку методику, яка могла б республіканським органам здоровоохорони в її роботі.

5. Критика поняття «циклічні коливання» на основі міркувань загального характеру. Попереднє визначення коливань другого порядку

Ми підійшли до того, що становить основний зміст нашої роботи, а саме до коливань другого порядку. Ми бачили

чили, що Нагтон говорить про «циклічні коливання». Цей термін дуже поширився після робіт Hirsch-a — його вживають багато авторів, нерідко розуміючи під ним не зовсім те, що він власне означає.

Вчення про циклічність дуже давнє. Ще піфагорейці вчили про «світовий рік», тобто про надзвичайно довгий період, який визначався часом обертанням непорушних зірок (на думку піфагорейців, зірки не непорушні, а обертаються, але тільки обертання їх відбувається надзвичайно повільно); коли завершується коло обертання цих зірок, всі події в житті природи й людини повторюються до найменших дрібниць. Ми не будемо говорити про численні різновидності, яких набуло це вчення. Згадаємо лише, що принцип циклічності знаходить прихильників і за наших часів. На з'їзді американських бактеріологів (1928 р.) голова з'їзду Аліса Еванс в прикінцевому слові оголосила, що «цикли розвитку — закон природи».

Коли розуміти циклічність буквально, то вона означає точне повернення до минулого (слово «циклічність» походить від грецького слова *κύκλος*¹⁾). Таке розуміння суперечить тому, що ми спостерігаємо в дійсності. Дійсність показує, що розвиток відбувається діалектично, а не циклічно. Тому й термін «циклічні коливання» слід відкинути, щоб уникнути перекрученого розуміння дійсності. Далі ми постараємося довести справедливість цієї думки щодо руху інфекційних захворювань.

Отже далеко правильніше буде говорити не про циклічні коливання, а про коливання другого порядку.

Справа, звичайно, не в зміні назви, а в тому, що під назвою коливання другого порядку розуміємо зовсім не те, що мають на увазі прихильники теорії циклічності під назвою циклів. Це видно з дальшого викладу. Для певної орієнтації в тому, що являють собою коливання другого порядку, спробуймо дати хоча б попереднє визначення цих коливань. Під коливаннями другого порядку треба розуміти чергування збільшення і зменшення числа інфекційних захворювань, якщо ці коливання не мають сезонного харак-

¹⁾ Застосоване до динаміки захворюваності — повернення до певного рівня через цілком однакові проміжки часу.

теру і якщо вони виявляються на протязі часу, меншого, ніж середня тривалість життя людини, але разом з тим досить тривалі, щоб не вважатися чисто випадковими.

Підкреслюємо цілком попередній характер цього визначення. Іншим воно й не може бути на початку роботи. Суть коливань другого порядку впливає з причин, які зумовлюють ці коливання, а з'ясувати ці причини можна тільки в підсумку роботи¹⁾. Несподіваним може здатися друге з тих обмежень, які входять у склад визначення, «коли вони виявляються протягом проміжку часу, меншого, ніж тривалість людського життя». Необхідність цього обмеження впливає з того, що, крім коливань другого порядку, на думку Gottstein-a, є ще коливання третього порядку, тривалість яких перевищує людське життя. Ці останні коливання характерні, на думку Gottstein-a, для дифтерії. Треба сказати, що матеріал про захворюваність на шкарлатину, який можна обробити пропонованим далі методом, не є достатнім для з'ясування цих коливань. Тому питання про них ми лишаємо невирішеним і не розглядаємо в цій роботі.

6. Наскільки загальні коливання другого порядку

Цікаво з'ясувати, наскільки загальними є коливання другого порядку, а саме, чи властиві вони лише шкарлатині, чи характерні також і для інших інфекцій.

В літературі є немало вказівок на те, що періодичність властива цілому рядові інфекцій, а не лише шкарлатині.

Наприклад, кір вважається хворобою з ясно виявленою періодичністю. Ranke відзначає, що вона підсилюється в Мюнхені через 2—3 роки; це саме явище констатував для Галле Мопп і для департаменту Уази Paquet. Про період 2—3 роки говорить також Vaughan. Spiess для Франкфурта на Майні указує період в 4—5 років. Такий самий період

¹⁾ Коли ми говоримо про коливання другого порядку, то маємо на увазі природний хід епідемії або у всякому разі такий, коли заходи боротьби з епідемією не цілком достатні для того, щоб у корені змінити перебіг захворюваності. Як буде видно далі, коливання другого порядку жодною мірою не можна вважати невід'ємною властивістю динаміки шкарлатини: енергійними санітарно-гігієнічними заходами можна добитися не тільки тривалого зниження загального рівня, але й ліквідації відповідних захворювань.

відмічено для Парижа (Geissler), Штуттгарта (Köstlin), Кентербері (Rigden), Алеппо - (Guys), Граца (Morher). Gottstein для німецьких міст (Берліна, Відня, Гамбурга, Дрездена, Лейпціга, Бреславля), а також для Парижа й Лондона встановлює для кору період у 3—5 років.

Спостерігаючи хід дифтерії Raquiêt відзначив, що період підсилення повторюється приблизно через 5 років; Prausnitz говорить про період у $3\frac{1}{2}$ року, що властивий рухові як шкарлатини, так і дифтерії. Gottstein, навпаки, заперечує спільні риси в епідеміології дифтерії й шкарлатини. Для дифтерії він визначає період в 30—50 років. Voкау на матеріалі Будапешта встановив період для дифтерії в 6—8 років. Шостаковіч для міст Данії визначає два періоди: менший — в 2,77 року і більший — в 11,33 року.

Для кол. Росії цикл у 7—11 років відмічено в роботах Уварова і Корчак-Чепурківського. На періодичність дифтерії є вказівки в роботах Ewald-a, Dopter-a et Lavergne-a, Караманенка, Тезякова, Гаврілова, Меєркова.

Періодичність віспи вказано в роботах Werlhof-a (Ганновер), Heincken-a (Бремен), Gibsen-a (Деккан), Guys-a (Алеппо). Ці автори говорять про період в 4—5 років; Stallybrass посилається на вказівки на повторність епідемії віспи через 7—8 років у тих колективах, де не було проведено вакцинації.

Добрейцер установив для малярії період приблизно в 4—5 років (на основі матеріалу, що стосується дореволюційної Росії і СРСР за 1887—1923 рр.). Stallybrass зазначає в деяких ендемічних країнах, наприклад в Пенджабі, виникнення епідемії малярії з перервами в 5 років і більше.

Той самий автор на основі матеріалу про грипозні епідемії в Англії з кінця XVIII століття відзначає десятирічну періодичність і цих епідемії.

Поруч з періодами приблизно в 11 років для грипу, відмічено і коротші, і довші періоди. Brownlee, вивчивши матеріал про грипозні епідемії за 1889—1911 рр., прийшов до висновку, що максимум повторюється через кожні 33 тижні. Поряд з цим коротким періодом указано й період 2—3 десятиріччя.

Mewes пробував встановити для епідемії чуми періодичність в 11 років. Його робота викликала закиди, що з за-

гального числа епідемій він довільно вибрав лише деякі; коли ж взяти повніший мітеріал, то 11-річного періоду не вийде.

Л. Д. Ульянов для холери відзначає 11-річну періодичність. За даними Russel-я перерви між епідеміями холери дорівнюють 6 рокам.

Якщо ми наводимо всі ці дані без особливих критичних зауважень, то з цього зовсім не виходить, що ми поділяємо думки зазначених авторів.

Ще Hirsch застерігав проти того, щоб перебільшувати циклічність динаміки інфекцій і вбачати в ній «піфагорейську містику чисел». Пошлімось тут на роботу проф. Соловйова про епідеміологію дифтерії, в якій ми читаємо дуже ґрунтовні заперечення циклічності цієї хвороби.

Якщо нам удасться продовжити роботу і вивчити інші інфекції, щоб встановити наявність коливань другого порядку або їх відсутність, ми піддамо думку прихильників періодичності критичному розглядові. Вказівки на періодичність захворюваності для ряду інфекцій ми навели на доказ того, що питання про періодичність постає не лише для шкарлатини, а й для цілого ряду інфекцій.

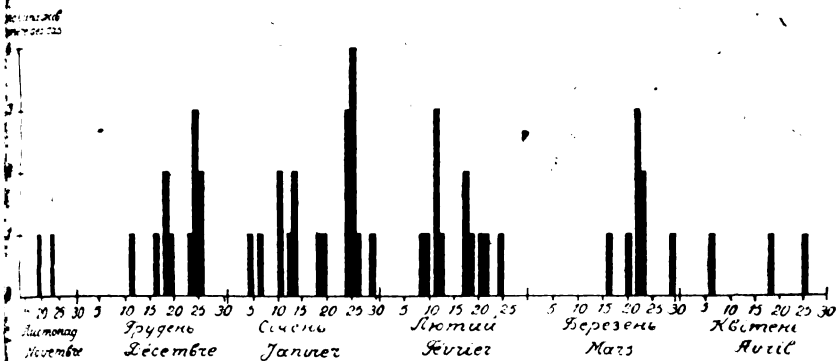
7. Зіставлення динаміки шкарлатини з динамікою деяких інших дитячих інфекцій

Зіставлення динаміки шкарлатини з динамікою інших інфекцій дуже цікаво, тому що, виявивши, чим відзначається динаміка тієї чи іншої інфекції від динаміки шкарлатини і чим вони схожі, можна добути вказівки на причини схожих і відмінних рис. Ми маємо на увазі докладно зробити це після того, як на основі пропонованої тут методики проробимо динаміку відповідних інфекцій, а тут обмежимося лише короткими вказівками на різниці.

Порівняння епідемічних кривих трьох так званих дитячих інфекцій, а саме кору, шкарлатини й дифтерії, виявляє, що найкрутішою є крива кору; крива шкарлатини подогіша, а крива дифтерії полого ще більше, ніж крива шкарлатини. Ці різниці вказав Gottstein ще в кінці XIX сторіччя. Будуючи криві кору й шкарлатини, Gottstein користувався даними за квартал, а щоб показати динаміку дифтерії, мусив перейти до річних даних, тому що поступовість зміни висоти рівня

дифтерії не дала б змоги ясно вбачати ці зміни, коли б він використав квартальні дані. Пізніше різниця між швидким зростанням числа захворювань на кір і таким самим швидким спаданням з одного боку, і поступовим наростанням числа випадків шкарлатини та поступовим їх спаданням — з другого, звертала на себе увагу епідеміологів.

Про це писали Долженков, Левіцький, на цьому докладно спинялися Dopter et Lavergne. Dopter et Lavergne дають



Діагр. 1. Денне число випадків захворювання на шкарлатину в невеликому пункті (за даними Dopter-a et Lavergne).

Diagr. 1. Nombre journalier des cas de scarlatine dans une localité habitée de petite dimension (d'après les données de Dopter et Lavergne).

графік руху шкарлатини в невеликому населеному пункті (див. діаграму 1). Звертають на себе увагу інтервали між випадками захворювань більш значні на початку і менш значні у середній частині, коли в русі шкарлатини спостерігається найбільше підвищення. Далі йде поступове спадання, при чому в останній частині інтервали настільки збільшуються, що можуть дати привід до неправильного припущення про повне припинення шкарлатини. Крім того, коли розглядати рух шкарлатини в одному населеному пункті, можна виявити досить значну іррегулярність, а саме тенденція підвищення, яка спостерігається в першій частині, переривається короткочасним зниженням, а тенденція зниження, яку спостерігаємо в другій частині, переривається короткочасним підвищенням. Як виняток можна відмітити окремі епідемії шкарлатини, які характеризуються іншими ознаками: наприклад женеvська епідемія 1921 р. характеризується швидким збільшенням числа випадків. Круте підви-

щення є особливістю також тих епідемій шкарлатини, що кваліфікуються, як молочні епідемії.

Далі слід відзначити, що спорадичні випадки для шкарлатини бувають далеко частіше, ніж для кору. Цю рису шкарлатини констатують Dopter et Lavergne, а також Bürgers.

Розгляд списку населених пунктів і захворювань в Ульяновській губ. за 8 років приводить Шостака до висновку, що часто трапляються селища з двома-трьома випадками захворювань на шкарлатину.

Велику дисемінацію й разом з тим малу кількість вогнищ з значною кількістю захворювань зазначає Дьяков у статті про епідемію шкарлатини 1923—1924 рр. в кол. Московській губ. Цю саму рису в епідемії 1923—1924 рр. для кол. Московського пов. підкреслює Глаголев. Наприклад, в кол. Ульяновській вол. шкарлатина була в 75 селищах; з них у 26 селищах було лише по одному випадку. Сльотс для епідемії 1927 р. в Московській окр. дає такі числа:

Таблиця 5

Число випадків	Число селищ, де була шкарлатина	Число хворих	
		Загальне	Середнє на 1 селище
0—5	219	400	1,8
6—10	22	152	6,9
11—20	10	156	15,6
21 і більше	6	229	38,1

З цих даних ясно видно, що переважають селища з невеликою кількістю захворювань.

Необхідно з'ясувати, чим пояснюється різниця епідемичних кривих кору й дифтерії і чому саме окремі випадки захворювань нерідко трапляються якраз при шкарлатині. Gottstein пояснює різницю між швидкістю поширення кору шкарлатини й дифтерії виключно різницею контагіозних індексів цих захворювань. Під контагіозним індексом він розуміє процентне відношення числа осіб, що захворіли на шкарлатину до загального числа тих, хто мав контакт

шкарлатинозними хворими і не хворів раніше. Цей індекс дуже наближається до 100 для кору (95). Це значить, що майже кожний, хто раніше не хворів на кір, захворіє на нього, коли буде в контакті з хворим на кір.

Для шкарлатини контагіозний індекс дорівнює всього 40, тобто на 100 осіб, які не хворіли на шкарлатину і мають контакт з шкарлатинозними, захворіє лише 40.

Для дифтерії контагіозний індекс дорівнює лише 15.

Цілком ясно, що величина контагіозного індексу не може не вплинути на швидкість поширення інфекції: чим менше буде заражень від одного хворого, тим повільніше буде наростати число захворілих. Але разом з тим лишається незрозумілим, через що крива віспи за минулих часів також мала дуже пологий характер, хоч до віспи й була загальна сприйнятливість (неприщеплених). Такий характер кривої відзначив Kisskalt. Виходить, що на характер кривої впливає не тільки висота контагіозного індексу. Уже а ріогі можна сказати, що на швидкість розвитку епідемії впливають також і інші фактори, насамперед протяг часу від заглиблення заразного збудника в організм до того строку, коли уражений організм сам стає джерелом поширення заразного збудника. Цей період Kisskalt назвав «Keimzeit». Keimzeit не цілком збігається з інкубаційним періодом. Він може бути коротшим за інкубаційний період тоді, коли заражений стає поширювачем інфекції ще в інкубаційному періоді (наприклад, при черевному тифі) і, навпаки, може бути трохи довшим за інкубаційний період, як це спостерігається, наприклад, у випадках малярії. Для шкарлатини Keimzeit збігається з інкубаційним періодом, тобто звичайно вважають, що хворий стає джерелом інфекції лише з самого початку захворювання.

Для кору Keimzeit треба вважати рівним приблизно 10—12 днів, тому що інкубаційний період при кору найчастіше дорівнює 10 дням, а хворий стає заразливим звичайно на третій день продромального періоду (рідко раніше).

Інкубаційний період шкарлатини звичайно триває 3—5 днів, хоча бувають випадки коли він дорівнює 24 годинам, а іноді буває значно довшим. Saunders розповідає про один випадок, коли інкубаційний період тривав 1½ місяці. Звичайно, якщо й повірити таким повідомленням, то треба визнати, що випадки такі трапляються рідко. Середнім

треба вважати період приблизно в 4 дні, тобто Keimzeit приблизно в $2\frac{1}{2}$ —3 рази коротший при шкарлатині, ніж при кору.

Отже, коли б швидкість розвитку епідемії залежала виключно від контагіозного індексу, що для шкарлатини приблизно в $2\frac{1}{2}$ рази менший, ніж для кору, то шкарлатина розвивалася б в $2\frac{1}{2}$ рази повільнішим темпом, ніж кір, а коли б темпи залежали виключно від Keimzeit, то шкарлатина розвивалася б в $2\frac{1}{2}$ або 3 рази швидше кору. Виходить, що при одночасній дії двох лише цих причин шкарлатина й кір повинні були б проходити однаково швидко. Але, крім цих двох факторів, які впливають на швидкість розвитку, звичайно, існує ще ряд інших факторів, що визначають швидкість руху тієї чи іншої інфекції. Kisskalt указав на один з таких факторів, а саме на те, що швидкість поширення названих хвороб залежить від способу поширення зарази навколо хворого або взагалі організму, який є джерелом зараження. Якщо, наприклад, інфекційний збудник передається через кашель або чхання, як це, звичайно, нерідко буває при кору і при грипі, то, очевидно, що він у великій кількості розсіюється в середовищі навколо хворого, і при відповідних умовах швидко й широко розноситься зараза. Коли ж кашлю й нежитю немає, як це буває в більшості випадків при шкарлатині, інфекційний збудник менше поширюється навколо хворого і темп наростання захворюваності в цьому випадку буває більш помірний.

За Stallybrass-ом інфекційність кожного окремого випадку при шкарлатині й дифтерії залежить 1) від кількості збудників у носоглотці, 2) від легкості, з якою вони можуть виділятися з слизових оболонок в зовнішнє середовище. Тому для з'ясування особливостей у динаміці шкарлатини надзвичайно важливо висвітлити питання про ступінь заразливості шкарлатини. На думку старих авторів, шкарлатина має виключно великий ступінь заразливості. Багато прикладів такої заразливості зібрано в роботі Левіцького. Так, там є оповідання Plaute-a про те, що мати занесла шкарлатину дочці, хоч лише кілька моментів пробула в кімнаті, де був шкарлатинозний хворий. Zengrle і Köslin також відзначають випадки зараження після пробування в атмосфері, що оточувала хворого.

В міру наближення до наших часів такі оповідання трапляються рідше. Деякі нові дослідники цілком навіть відкидають заразливість шкарлатини. Szontagh заперечує специфічність збудника шкарлатини і вважає цю хворобу анафілактичним шоком. Белоновський на першому конгресі мікробіологів прочитав доповідь про шкарлатину, як про амікробне захворювання. Доповідач намагався довести, що інфекційний збудник закладений в організмі ще до заглиблення стрептокока. Стрептокок, на його думку, можна порівняти з губкою, яка вбирає в себе всі токсичні і інфекційні продукти, утворені в організмі.

Але думка Szontagh-а про незаразливість шкарлатини заперечується всім досвідом минулого. Шкарлатина, за загальновизнаним поглядом, безперечно заразлива, хоч заразливість її менша, ніж заразливість кору (Dopter et Lavergne).

Отже три основні фактори, які зумовлюють різниці в темпах руху інфекції, полягають у відмінності контагіозних індексів, різній тривалості Keimzeit і, нарешті, неоднаковій заразливості різних інфекцій.

Щодо частоти спорадичних випадків, властивої шкарлатині, то можна думати, що тут основне значення має порівнюючи низький контагіозний індекс шкарлатини, а з другого боку, і те, що шкарлатина менш заразлива, ніж інфекції, які дають більшу кількість захворювань в одному вогнищі. Інфекцією цього останнього типу є кір.

Але, якщо шкарлатина менш заразлива й має порівнюючи невеликий контагіозний індекс, то незрозуміло, чому так стійко тримається ця інфекція.

Пояснюється це в основному високим ступенем стійкості шкарлатинозного вірусу. Для тих, хто додержує погляду, який визнає особливий вид гемолітичного стрептокока збудником шкарлатини, досить пригадати спроби Jettmar-а, коли стрептокок, узятий від шкарлатинозного хворого, був життєздатним і вірулентним протягом 245 днів, спроби Коробкової і Мітіної, коли стрептокок зберігав свою вірулентність і життєдіяльність у штучному середовищі без пересіву протягом 10—14 місяців, і досліди Bürgers-а, який спостерігав стрептокок, життєздатний протягом 1½ року. За спостереженнями Jungeblut-а шкарлатинозний гемолітичний стрептокок надзвичайно резистентний. Коли навіть відкидати

значення стрептокока як збудника шкарлатини¹⁾, залишивши, це питання нерозв'язаним, і звернутися до відповідних епідеміологічних спостережень, то треба буде визнати дуже значну стійкість шкарлатинозного вірусу. Можна, звичайно, ставитися скептично до твердження Вок-а (1868 р.), що наводить випадок збереження вірусу протягом 20 років, але не можна ігнорувати спостережень багатьох авторів, які рішуче висловлюються за стійкість шкарлатинозного вірусу. Такого саме погляду додержують Eliotson, Richardson, Murchison, Ferron, Pringle, Hildebrande, Wechselbaum, Salge, Dopter et Lavergne, Brelet, Левіцький, Адріанов, Біргер. З противників цього погляду можна назвати Стефанського.

Наведемо деякі приклади, що доводять надзвичайну стійкість шкарлатинозного вірусу.

Hildebrande розповідає, що він відвідав шкарлатинозного хворого у Відні. Одежу, в якій він був у хворого, він довго не надягав; переїхавши на Поділля, він одяг ту одежу, і це стало джерелом зараження, хоч після того, як він відвідав хворого у Відні до часу зараження на Поділлі минуло 1½ року. Pringle наводить такий приклад. Пароплав ішов з Австралії до Суецького каналу. В портах, куди він заходив, не було випадків захворювання на шкарлатину; не було таких випадків і в перші 56 днів плавання на пароплаві. На 56-й день був випадок шкарлатини і після того захворіло 30 чоловіка. Виявилось, що один з пасажирів за три тижні до відбуття з Австралії був у Квенсленді у знайомих, де був випадок захворювання на шкарлатину. Тому що в Квенсленді була сильна жара, а після похолоділо, одежа, яку носив цей пасажир, лежала у нього в скрині. Нестерпна спека під час проходження пароплавом Червоного моря, примусила пасажирів одягти ту легку одежу, яку він носив у Квенсленді.

Наведемо ще випадок Ferron-а. У травні в казармі виявилось три випадки захворювання; автор, підозріваючи, що дезинфекцію зроблено недбайливо, позначив чорною ниткою матраци, якими користувалися хворі. 10, 11 і 12 грудня сталося три нові випадки шкарлатини. При огляді матраців,

¹⁾ Треба відмітити, що в останні роки все більше й більше мікробіологів схиляються до того, щоб визнати збудника шкарлатини фільтрабельним вірусом.

на яких лежали хворі перед захворюванням, виявилось, що вони позначені чорною ниткою. Eliotson розповідає, що в палаті, де були шкарлатинозні хворі, діти захворювали на шкарлатину протягом двох років, хоч палату щороку чистили й фарбували.

Кількість прикладів стійкості шкарлатинозного вірусу можна було б збільшити в багато разів, але й сказаного цілком досить для того, щоб упевнитися, що шкарлатинозний вірус дуже стійкий. Очевидно, стійкістю шкарлатинозного вірусу до певної міри пояснюється те, що шкарлатина так часто буває ендемічним захворюванням і що тривалість епідемічних спалахів значно більша, ніж тривалість спалахів кору.

Kisskalt вважає, що тривалість епідемії шкарлатини для міста середніх розмірів звичайно дорівнює 3—4 рокам, для кору — приблизно $\frac{3}{4}$ року, а для невеликих міст навіть усього з $\frac{1}{2}$ року.

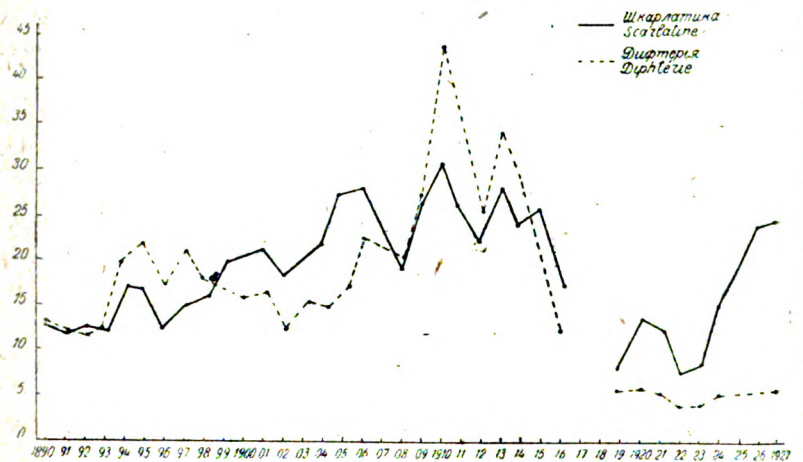
Зіставлення епідемічних кривих шкарлатини і дифтерії цікавило багатьох авторів. Деякі з них, як наприклад Gottstein, протиставили криві шкарлатини і дифтерії. Praussnitz, говорячи про коливання, які відбуваються протягом періодів у 20—40 років, вважає, що такі коливання спільні як для шкарлатини, так і для дифтерії; причина цих коливань лежить у доборі найбільш резистентних суб'єктів, які передають цю резистентність у спадок. Wolter, Ascher, Lenz і Reiche відмічають певний паралелізм між кривими захворюваності на шкарлатину і дифтерію для Прусії (1907—1929 рр.), Берліна (1884—1923 рр.), Франкфурта на Майні (1925—1928 рр.), Гамбурга і Будапешта (1872—1921 рр.).

В роботі, опублікованій в «Rapport Epidémiologique» за 1929 р., № 128, зазначається, що в США протягом 5 років до 1923 р. спостерігається паралелізм між дифтерією і шкарлатиною. З 1923 р. цей паралелізм порушився, а саме в 1923 р. збільшилося число захворювань на дифтерію і зменшилося число захворювань на шкарлатину. Паралелізм спостерігався і в Англії до 1928 р. коли він порушився.

Зіставлення кривих смертності від шкарлатини і дифтерії по Bochun і Gelsenkirch дає вказівки на відсутність паралелізму між смертністю від шкарлатини і дифтерії в цих

селищах. Криві захворюваності на шкарлатину і дифтерію в кол. Європейській Росії і в Європейській частині СРСР з 1890 до 1921 р. виявляють невелику кореляцію між шкарлатиною й дифтерією (діагр. 2).

Докладний розгляд цього питання доцільно відкласти до того часу, коли буде вивчено динаміку дифтерії. Коли



Діагр. 2. Захворюваність (на 10000 чол. населення) на шкарлатину і дифтерію у кол. Європейській Росії та УРСР за 1890—1927 рр.
 Diagr. 1. Cas de scarlatine et de diphtérie (sur 10000 habitants) dans l'ancien
 • Russie d'Europe et en URSS. 1890—1927.

вважати, що паралелізм існує, то треба відмітити різні припущення, висловлені про це явище. Одні бачать причину паралелізму в спільних факторах, що визначають розвиток як однієї, так і другої хвороби, інші, наприклад Löwenstadt, говорять про взаємодію між обома інфекціями. Якщо вважати реакцію Діка специфічною, то стає інтересним факт частого переходу негативної реакції Діка у позитивну після того, як суб'єкт, з негативною реакцією Діка, перехворіє на дифтерію, кір або коклюш. Очевидно, загальне ослаблення організму спричиняє і зниження резистентності до шкарлатини. Для прихильників стрептококової етіології шкарлатини треба вважати дуже цікавим той факт, що при асоціації гемолітичного стрептокока з дифтерійною бациллою відбувається активізація першого.

До цього слід додати спостереження Salge, який вважає,

що сприйнятливість до шкарлатини збільшується при деяких хворобах, а саме при дифтерії і ангіні.

8. Якими слід користуватися числами захворювань — абсолютними чи відносними?

Перше питання, на яке треба відповісти при побудові методики вивчення динаміки інфекційних захворювань, полягає в тому, чи можна користуватися абсолютними числами захворювань, чи правильніше буде обчислити інтенсивні коефіцієнти і оперувати з ними.

Здавалося б, у всіх випадках краще було б обчислити інтенсивні показники різних періодів, тому що, коли порівнювати їх між собою, то виявиться, що показники не змінюються від збільшення або зменшення кількості населення.

Спробуймо розв'язати це питання щодо шкарлатини. Відомо, що ця хвороба уражає майже виключно дітей. Тому здається, природно було б обчислювати інтенсивний показник тільки для дитячого віку. Щоб визначити, для якого саме віку треба обчислювати показник, необхідно розглянути питання, як часто уражаються окремі вікові групи, тобто визначити інтенсивні показники для кожної вікової групи. Такі дані наводяться значно рідше. Багато частіше дані показують, як розподіляються захворювання за віковими групами, тобто дають екстенсивні показники.

Велика різниця, яка існує між віковими групами (див. додаток 1), лише в незначній мірі пояснюється різницею кількості населення різних груп. Доказом цього є інтенсивні показники, обчислені для кожної вікової групи, тобто відношення числа захворілих у певному віці до кількості населення даного віку (показники ці див. далі). Очевидно, для виявлення динаміки інфекційних захворювань найправильніше було б обчислювати щоразу вікові коефіцієнти, а для загального показника динаміки захворюваності наводити ще стандартизований показник.

Практично це можна здійснити лише для років перепису, тому що обчислення вікової структури населення в роки між переписами менш точні. До того ж такі обчислення проводяться тільки в дуже обмеженому числі країн.

Отже, коли ми хочемо показати динаміку на порівнюючому малому відрізку часу, але зробити це якнайдокладніше,

інтенсивні показники не завжди допоможуть нам внести більшу точність у наші уявлення про динаміку.

Проте не слід забувати, що коли мова йде про порівнюючи короткий проміжок часу, вікова структура населення за цей час також змінюється не дуже швидко (сказане справедливе, звичайно, лише для такого часу, коли немає особливих обставин, що спричиняють різкі зрушення у віковій структурі населення).

Виходячи з цих міркувань, при вивченні коливань другого порядку треба визнати практично найдоцільнішим користуватися абсолютними числами.

Незрівнянно менш істотними, ніж вікові різниці, є різниці захворюваності за статтю.

9. Чи треба користуватися місячними числами при вивченні динаміки шкарлатини, чи можна обмежитися річними?

Ми розглянули питання про те, в чому полягають переваги і труднощі при оперуванні інтенсивними показниками. Друге питання, яке стоїть на черзі, це те, якими числами — місячними чи річними зручніше користуватися при вивченні динаміки шкарлатини і зокрема при виявленні коливань другого порядку.

Незручність використання місячних даних полягає в тому, що на ці дані дуже впливають фактори сезонного характеру. З того, що серпень дає підвищення, порівнюючи з липнем, а вересень — порівнюючи з серпнем, зовсім ще не виходить, що ми маємо тут підвищувальну тенденцію, незалежну від сезонних факторів. Як покаже дальший виклад (щодо вивчення сезонних коливань),¹⁾ зниження числа випадків шкарлатини навесні і підвищення його восени не мають вирішального значення.

Є надзвичайно простий спосіб усунути вплив сезонних факторів при розгляді руху шкарлатини. Іноді доцільно буває використати річні числа, наприклад, тоді, коли місячних даних немає зовсім. Дуже не погано, наприклад, коли дані захворюваності є років за 40—50, як це ми маємо для Гамбурга, Будапешта, Любека і Провіденса (США). Але першорядні дані за такий довгий час бувають далеко не часто.

¹⁾ Це буде подано в окремій роботі. ...

До того ж навіть і при наявності таких даних, хоч як цікаво було б простежити за рухом захворюваності за 40—50 років до нашого часу — практично для цілей оперативного керівництва — багато важливіше познайомитися з даними останніх років — до останніх місяців, але познайомитися докладніше, не обмежуючись лише річними числами. Очевидно, для цих цілей треба використати місячні числа захворювань, але зробити це якимсь особливим способом. Далі, для нашого спеціального завдання — вивчити коливання другого порядку — очевидно, важливо не обмежуватися лише річними даними, тому що в цьому випадку для нас пройшли б непомітними ті коливання другого порядку, які відбуваються протягом короткого часу, і, крім того, значно переінакшилися б ті коливання, які відбуваються протягом часу, не набагато більшого за один рік.

Усі ці міркування примушують спрямувати наші спроби до вишукування такої методики, яка дозволила б добре аналізувати порівнюючи короткі динамічні ряди.

Для цього ми використали зовсім особливий варіант методу ковзної середньої. Методом ковзної середньої користувався і Яковенко, але користувався для зовсім іншої мети і, до того, застосовуючи не той варіант, який застосовуємо ми, а користуючись методом ковзної середньої в його звичайному вигляді. Цільове настановлення Яковенка полягає в тому, щоб до певної міри виявити «еволюторні», як він їх назвав, тенденції. Для цього Яковенко звичайно не тільки не намагається дати детальнішу картину руху інфекційних захворювань, ніж картина дана в простому ряді річних чисел, а, навпаки, відповідно до поставленого завдання ще згладжує річні числа.

Тут немає потреби обмірковувати питання про те, в якій мірі автор досягає цим способом поставленої мети. Скажімо лише, що ми користувалися ковзною на 12 точках, щоб детальніше вивчити динаміку інфекційних захворювань, а не для того, щоб згладити ті коливання, які виявляють свій вплив у річних числах.

Середньою ковзною користувалися ми незваженою. Поясимо на прикладі, в чому полягає застосований нами метод.

Взято, скажімо, числа за цілий рік, тобто за 12 місяців 1903 р. — з січня до грудня включно.

Середньомісячну дістаємо, поділяючи річне число на 12. Далі треба взяти дані теж за рік, тому що в противному разі ці дані не можна буде порівнювати з попередніми. Беремо числа за період, починаючи з лютого 1903 р. до січня 1904 р. включно. Технічно це найлегше зробити, віднявши від даних за час з січня 1903 р. до грудня 1903 р. числа за січень 1903 р. і додавши дані за січень 1904 р. Щоб дістати середні місячні числа, число це поділяємо на 12. Далі аналогічним способом обчислюємо числа випадків шкарлатини за періоди (включно): з березня 1903 р. до лютого 1904 р., з квітня 1903 р. до березня 1904 р., з травня 1903 р. до квітня 1904 р., з червня 1903 р. до травня 1904 р., з липня 1903 р. до червня 1904 р., з серпня 1903 р. до липня 1904 р., з вересня 1903 р. до серпня 1904 р., з жовтня 1903 р. до вересня 1904 р., з листопада 1903 р. до жовтня 1904 р., з грудня 1903 р. до листопада 1904 р., з січня 1904 р. до грудня 1904 р. і т. д. В кожному випадку, щоб дістати середньомісячну, ми поділяємо відповідне число на 12.

Звичайно, при обчисленні ковзної середньомісячної умовно відносять до середньої точки: в даному випадку, очевидно, треба було б віднести її до шостої або сьомої точки; наприклад, якщо ми маємо середньомісячну за період з січня 1903 р. до грудня 1903 р. включно, то, очевидно, треба було б віднести її до червня або липня 1903 р. Але таке віднесення було б цілком довільним: адже кожний місяць входить з тією ж самою вагою, а тому ми з цілком однаковим правом можемо віднести дану середньомісячну ковзну до першого-ліпшого місяця; умовно навіть зручніше відносити її до кінцевої точки. Справді, якщо ми маємо два періоди з січня 1903 р. до грудня 1904 р., і з лютого 1903 р. до січня 1904 р., то ці два періоди відрізняються один від одного лише числами за січень відповідних років. Тому є деяка (хоча й невелика) підстава дану середньомісячну за період з лютого 1903 р. до січня 1904 р. відносити до січня 1904 р. Але й таке віднесення слід, звичайно, визнати умовним.¹⁾

¹⁾ Звичайно умовним буде тільки віднесення періоду до певної точки, а не самий запропонований метод. Цінність методу не знижується умовністю віднесення періоду до певної точки, бо це не позбавляє змоги порівнювати між собою різні періоди.

Зазначмо, що можна поділяти відповідні числа на 12, можна цього й не робити, — співвідношення чисел різних періодів від цього аж ніяк не зміниться і крива цілком збереже свій початковий характер. Зміниться лише масштаб, якому взято ці числа.

Тому що ми більше звикли до місячних масштабів, годі зручніше все таки ділити на 12, але це питання не принципіальне, і мало що зміниться, коли такого поділу не робити. При такій обробці динамічного ряду вплив сезонних факторів виключається, в кожному окремому випадку дані взято за рік. Переваги цього способу очевидні, він дає можливість багато точніше стежити за початком спадання або підвищення, незалежного від сезонних факторів. Якщо, наприклад, протягом першої половини року відбувалося спадання, а в другій половині було підвищення, то в результаті числа цього року можуть мало відрізнятися від чисел попереднього і зміна захворюваності може лишитися непоміченою. Взагалі, точний початок перелому чи в бік спадання, чи в бік підвищення, яке спричиняється несезонними факторами, коли користуватися річними числами, проходить непоміченим, а це знижує цінність відповідних відомостей для оперативної роботи.

Зазначмо ще й те, що, виробляючи відповідну методику, ми намагалися дати такі прості способи обробки динамічних рядів, щоб вони були цілком приступні не лише центральним працівникам, але й місцевим. Метод 12-місячної ковзної такий нескладний і технічно приступний, що цілком задовольняє цю вимогу.

Коли б ми мали відомості окремо про захворюваність пролетаріату і окремо про захворюваність буржуазії в капіталістичних країнах, було б зовсім не важко обробити окремо як перші, так і другі за методом ковзної на 12 точках і показати різний напрям динаміки захворюваності пролетаріату і буржуазії. Якщо ми цього не робимо, то винна в цьому класова політика буржуазних урядів, які навмисне замазують відміни у захворюваності різних класів буржуазного суспільства.

Наскільки нам відомо, цей метод обробки динамічних рядів вперше застосовується, при обробці динамічних рядів інфекційних захворювань. Крива (певніше, ламана), яку

дістаємо в результаті застосування методу 12-місячної середньої ковзної, є кривою, «очищеною» від коливань сезонного порядку. Вона утворюється в наслідок взаємодії тривалих тенденцій, коливань другого порядку й пертурбаційних відхилень. Результат дії тривалих тенденцій, яку можна сподіватися \hat{a} ргіогі, є максимальним. Він значно впливає протягом великого проміжку часу, але, якщо брати порівнюючи короткі ряди, то вплив тривалої тенденції не можна вважати значним. Дія коливань другого порядку порушується і викривляється від пертурбаційних відхилень. Якщо це відбувається, покаже розгляд конкретного матеріалу.

РОЗДІЛ III

ЕМПІРИЧНІ ДАНІ ПРО ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ШКАРЛАТИНУ

10. Ковзиа для України за 1903—1914 рр.

Простежити розвиток динаміки шкарлатини в певному населеному пункті безперечно важливо і цікаво. Але ще важливіше вивчити динаміку в ширшому масштабі — в масштабі республік або хоча б окремих областей, тому що таке вивчення дає матеріал для загального керування боротьбою з інфекційними захворюваннями.

Почнімо з динаміки шкарлатини на території, яка приблизно відповідає УРСР. Місячні дані для України ми дістали з 1902 р. (за 1902 р. відомості неповні).

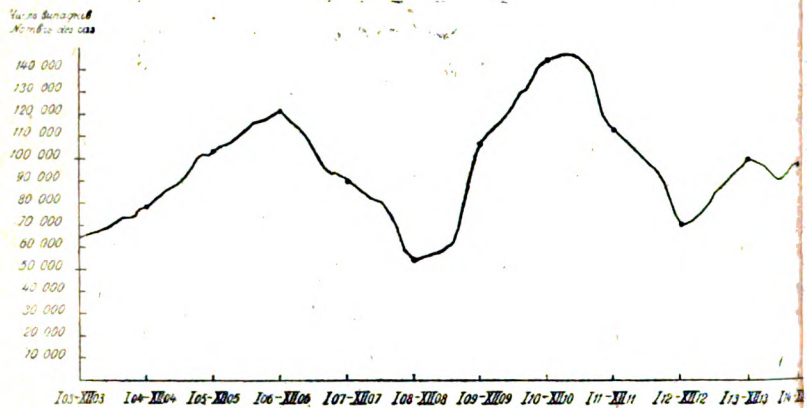
Починаючи з 1903 р. неперевні відомості можна добути для України без Таврійської губ. до 1914 р. включно. Для зазначеної губернії повні відомості є не за всі роки, і тому дані для України доводиться обробляти без цієї губернії.

До місячних даних доводилося вносити невеликі поправки. Річ у тому, що сума місячних відомостей в багатьох випадках виявлялася трохи меншою від річної кількості захворювань (річні числа у звітах «О состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России» подаються окремо). Це бувало через те, що не всі дані подано було в місячному розрізі. Тому що різниця між сумою місячних і повними річними числами в різні роки неоднакова, цілком природно було внести до місячних чисел певну поправку, розклавши різницю пропорціонально числам кожного місяця.

Технічно це робилося так. Припустімо, що сума місячних чисел становить 99% річної суми. В цьому випадку кожне з місячних чисел ділили на 99 і помножали на 100. Процент, який становить сума місячних до повного річ-

ного числа, можна не обчисляти. Досить кожне місячне число поділити на суму місячних і помножити на повне річне число або, інакше сказати, обчислити відношення повного річного до суми місячних і на цей коефіцієнт помножити кожне з місячних чисел.

Внівши відповідну поправку і обчисливши середню ковзну на 12 точках описаним вище способом, розгляньмо добу середню криву (певніше, ламану). Лінія, як видно з



Діагр. 3 Шкарлатина на Україні за 1903—1914 рр. (ковзна на 12 точках)
Diagr. 3. La scarlatine en Ukraine. 1903—1914 (courbe mobile sur 12 points)

діаграми 3, має хвилястий характер і на протязі розглянутого проміжку часу дає дві ясно виявлені хвилі і початок третьої. Важко точно сказати, коли починається перша хвиля, — це можна було б визначити, лише маючи повні місячні дані за час до 1903 р. Імовірно, початок цей припадає на січень 1904 р. або на час приблизно коло цієї дати. Справді попередній 1902 рік дає вищі числа, ніж 1903 рік. Зростання числа захворювань триває до грудня 1906 р. включно, тобто приблизно 3 роки. Потім починається спадання, яке триває до грудня 1908 року включно, тобто 2 роки. Отже протяг усієї хвилі дорівнює приблизно 5 рокам. Далі знову починається зростання, яке триває 2 роки 4 місяці, до квітня 1911 р. включно, після чого знову спостерігається спадання до січня 1913 р. включно, тобто протягом 1 року 8 місяців. Отже ми бачимо дві ясно виявлені хвилі, з яких перша має протяг приблизно в 5 років, а друга — в 4 роки.

Третя хвиля має рудиментарний характер; ми не можемо бути певними, що зменшення чисел сигналізує справжнє спадання захворюваності, а не є просто наслідком того, що через війну, яка почалася в середині 1914 р. (коли значна частина лікарів була мобілізована), зменшився об'єм реєстрації хворих і медична допомога цивільному населенню, яка і без того була недостатня. На жаль, у нас немає відомостей про період імперіалістичної війни і період безпосередньо після 1917 р.: розрух, спричинений імперіалістичною війною і інтервенцією дуже зменшив об'єм медичної допомоги населенню, а також зруйнував статистичний апарат, що збирав відповідні відомості. Скількинебудь повних загальних даних про рух шкарлатини за період 1915—1920 рр. для РРФСР і УРСР, на жаль, немає.

Тому розгляньмо покищо рух шкарлатини за час з 1903 до 1914 р.

Коли глянути на криву, то відразу в її формі можна не помітити чогось незвичайного. Але неважко довести, що форму кривої, яку ми маємо, ніяк не можна пояснити дією самих лише чисто випадкових причин.

Позначмо першу точку на початку підвищення через a_1 , другу — через a_2 , третю — через a_3 і т. д. Точка a_2 може лежати або вище, або нижче a_1 , або точно на такому самому рівні, як і a_1 — інакше кажучи, захворюваність у другому з указаних періодів часу може бути більша або менша, ніж у першому, або така ж сама. Остання імовірність дуже мала, тому що в точці a_1 ми маємо порівнюючи великі числа захворюваності і, коли вважати, що число захворювань в періоді a_2 чисто випадкове, то воно може бути всяким числом і імовірність того, що це число збіжиться якраз з попереднім, приблизно така ж невелика, як і імовірність того, що підкинута вгору монета впаде не гербом догори і не решіткою, а стане якраз на ребро.

Вважаємо, що для практичних цілей на таку можливість, в нашому випадку, як і випадку з монетою, можна зовсім не звертати уваги. Тоді лишаються дві можливості: або точка a_2 буде вище точки a_1 , або вона буде нижче цієї точки. Коли вважати, що рух захворюваності чисто випадковий, то треба прийняти обидві з цих можливостей однаково ймовірними; тобто імовірність того, що точка a_2 буде лежати вище точки a_1 , дорівнює $\frac{1}{2}$.

Тепер розгляньмо відносне положення точок a_2 і a_3 ; міркуючи аналогічно з попереднім, неважко довести таке: імовірність того, що точка a_3 буде лежати вище точки a_2 , рівна імовірності того, що вона буде лежати нижче, або імовірність того, що число захворювань відповідне точці a_3 , буде більше числа захворювань, відповідного точці a_2 , буде рівне протилежній імовірності, а саме імовірності того, що число, яке відповідає точці a_3 , буде менше того числа захворювань, яке відповідає точці a_2 ; а тому, що цими двома імовірностями обмежуються всі можливості, така імовірність дорівнює $\frac{1}{2}$.

Коли імовірність того, що $a_2 > a_1$, дорівнює $\frac{1}{2}$ і імовірність того, що $a_3 > a_2$, теж дорівнює $\frac{1}{2}$ і обидві ці події є незалежними одна від одної, як ми повинні припустити, приймаючи чисту випадковість в ході подій, сумісна імовірність того й другого, тобто імовірність того, що $a_1 < a_2 < a_3$, дорівнюватиме добуткові імовірностей кожної з подій, тобто дорівнюватиме $\frac{1}{4}$ або 25%. Міркуючи далі таким самим способом, ми прийдемо до висновку, що імовірність $a_4 > a_3 = \frac{1}{2}$, а імовірність $a_1 < a_2 < a_3 < a_4 = \frac{1}{2} \cdot \frac{1}{2} = (\frac{1}{2})^2 = 12,5\%$, і далі: $a_1 < a_2 < a_3 < a_4 < a_5 = \frac{1}{16} = 6\%$ (приблизно): $a_1 < a_2 < a_3 < a_4 < a_5 < a_6 = (\frac{1}{2})^5 = \frac{1}{32} = 3\%$ (приблизно) і, взагалі кажучи, імовірність $a_1 < a_2 < a_3 \dots < a_{n-1} < a_n = (\frac{1}{2})^{(n-1)}$.

Отже ми бачимо, що коли припустити чисто випадковий хід подій, неперервне зростання чисел захворювань протягом значного числа відрізків часу, прийнятих за одиницю, надзвичайно малоімовірне. Тому доводиться припустити, що зростання це має певну причину.

Таким самим способом, взявши період спадання, можна довести, що спадання не зумовлюється чисто випадковими причинами. З'ясування причин хвилястої форми кривої, яке є вузловою проблемою цієї роботи, ми відкладемо трохи надалі, а в ближчій частині перейдемо до розгляду динаміки шкарлатини на Україні за наступний час.

11. Короткі зауваження про рух шкарлатини в деяких містах України і Європейської частини РРФСР за 1914—1920 рр.

Як було вже сказано, загальних чисел захворювань на шкарлатину для України за період 1914—1920 рр. не збе-

реглося. Щоб до деякої міри надолужити цю прогалину, подаємо в табл. 6 числа для Києва, Харкова, Одеси й Кірова.

Таблиця 6

Рік	Київ ¹⁾ на 10 000 насел.	Харків ²⁾ (у тис.)	Одеса ³⁾ на 10 000 насел.	Кірово ⁴⁾ кол. Еліса- ветград) на 10 000 насел.
1912	24,4	0,8	25,6	..
1913	34,0	1,4	89,8	13
1914	33,0	2,4	43,7	27
1915	42,3	2,7	46,5	55
1916	28,2	1,7	42,4	62
1917	16,1	0,6	11,6	17
1918	11,1	0,2	6,7	15
1919	11,0	0,4	4,2	30
1920	10,0	0,4	18,3	14
1921	13,4	0,7	22,8	22
1922	4,4	0,4	5	2
1923	8,8	0,6	16,2	9

Не зважаючи на значну різницю для трьох найбільших центрів України і невеликого міста Кірова, можемо відзначити деяку спільну тенденцію, властиву динаміці шкарлатини в цих чотирьох пунктах — безсумнівне наростання чисел у 1915 р., порівнюючи з 1914 р. З цього часу ми спостерігаємо спадання, яке триває в Києві до 1920 р. включно, в Одесі до 1919 р., в Харкові й Кірові — до 1918 р. включно.

В табл. 7 наведено абсолютні числа захворювань на шкарлатину для двох міст РРФСР — Москви й Вологди.

І в названих містах ми можемо констатувати підвищення; в Москві максимум за цей час припадає на 1915 р., Вологда спізнюється проти Москви, і найвища точка тут спостерігається уже в 1916 р. Нарешті з 1915 р. для Москви і 1916 р. для Вологди спостерігається спадання числа захворювань: у Вологді — до 1919 р. включно, а в Москві — до 1918 р.

¹⁾ За даними Страдомського.

²⁾ За даними Златогорова і Міттельмана.

³⁾ За даними Писаревського і Резнікової.

⁴⁾ За даними Морейніс.

Рік		Москва ¹⁾	Вологда ²⁾
1912	} Довоєнний період	5 356	991
1913		6 947	237
1914	} Роки імперіалістичної війни	5 350	112
1915		7 346	178
1916		5 804	580
1917	} Роки громадянської війни	2 861	157
1918		923	99
1919		1 067	80
1920		2 670	281
1921	} Відбудовний період	2 677	314
1922		3 452	142

12. Ковзна для УРСР для 1921—1932 рр.

З 1921 р. у нас уже є дані для УРСР в місячному розрізі. Збудуємо ковзну на 12 точках. Цю криву ми доведемо до 1932 р. Отже і тут ми матимемо період в 12 років. Розглядаючи цю криву, бачимо такі її особливості (див. грама 4).

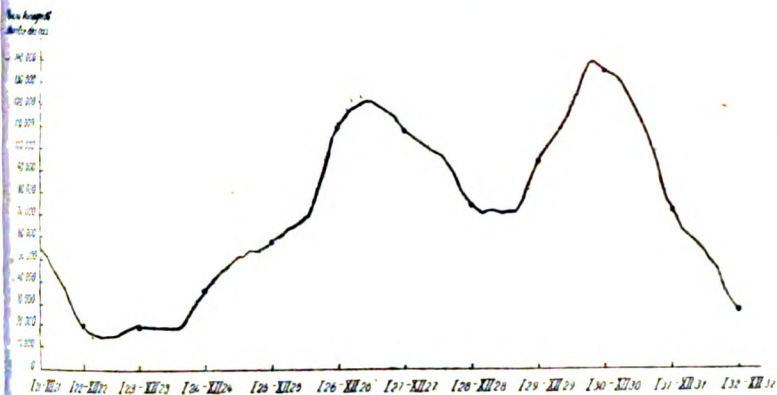
Насамперед — надзвичайно низький вихідний рівень. Необхідно взяти на увагу, що реєстрація інфекційних захворювань в ті роки була дуже мало налагоджена, і тому справжні числа цього періоду треба вважати трохи вищими. В початковій частині кривої звертає на себе увагу спадання чисел 1922 р., порівнюючи з числами 1921 р. (таке саме явище ми спостерігали і в кривих трьох міст України). З червня 1923 р. до червня 1927 р. число шкарлатинозних зростає безперервно. Далі спостерігається спадання протягом двох-трьох років — до червня 1929 р. і нове підвищення (до жовтня 1930 р.) — менш тривале, ніж перше, саме лише протягом 1 року 4 місяці; далі спадання спостерігається до самого кінця 1932 р., при чому числа захворювань на шкарлатину дуже знижуються.

Коли б ми побажали зіставити числа зареєстрованих хворих за період 1923—1932 рр. з числом зареєстрованих захворювань за 1903—1914 рр., то повинні були б тверди

¹⁾ За даними Егіза.

²⁾ За даними Воскресенського.

пам'ятати, що в даному випадку ми порівнюємо число зареєстрованих хворих, а ніяк не число захворювань. Цілком безперечно, що повнота охоплення реєстрацією шкарлатинозних хворих значно підвищилася. Колосальне зростання медично-санітарної сітки й кадрів призвело до того, що процент охоплення збільшився дуже значно. Тому ясно, що,



Діагр. 4. Шкарлатина на Україні за 1921—1932 рр. (ковзна на 12 точках)
 Diagr. 4. La scarlatine en Ukraine. 1921—1932 (courbe mobile sur 12 points).

Хоча загальний рівень зареєстрованих хворих на шкарлатину до певної міри зменшився, але це не дає повного уявлення про справжнє зменшення числа захворювань, яке було незрівняно інтенсивніше, — справжнє число захворювань в 1921—1932 рр. зменшилося дуже значно.

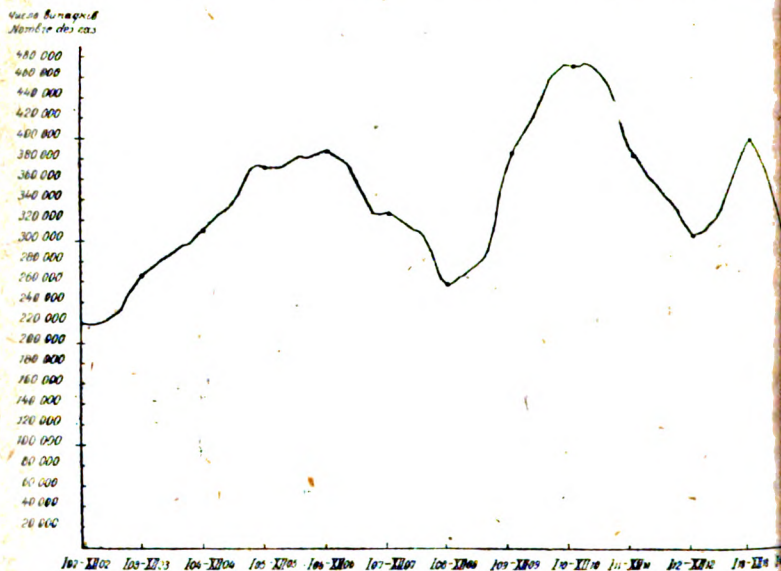
Основні причини цього зменшення були зазначені у вступній частині роботи; найголовніші з них полягають у тому, що добробут населення швидко зростає, підноситься його культурно-освітній рівень, зокрема рівень санітарної культури, приділяється величезна увага охороні здоров'я дитинства та підлітків, збільшується мережа медично-санітарних закладів і кадри лікарів та іншого медичного персоналу, зокрема тих закладів і персоналу такого фаху, які мають своїм спеціальним завданням боротьбу з інфекційними захворюваннями (санітарно-бактеріологічні лабораторії, санітарні станції, дезінфекційні станції та пункти, санітарні лікарі, лікарі-епідеміологи і т. д.).

Проте, якщо загальний рівень захворюваності на шкарлатину треба вважати значно нижчим проти дореволюцій-

них часів, то хвилястий характер кривої зберігся цілком; і в даному випадку за 12 років ми маємо дві з чимось хвилі шкарлатини. Протяг цих хвиль не зовсім однаковий у межах 1921—1932 рр. і не цілком збігається з протягом хвиль за дореволюційних часів.

13. Ковзна для Європейської Росії за 1903—1914 рр.

Коли обчислити ковзну за місячними даними у ще ширшому масштабі, — взяти дані за 1903—1914 рр. для Євро-



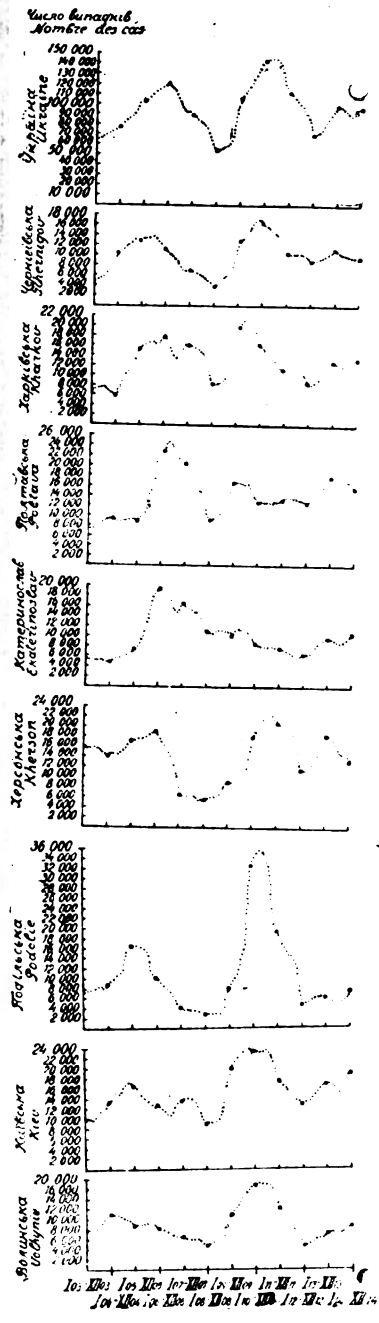
Діагр. 5. Шкарлатина в Європейській Росії за 1902—1914 рр. (ковзна на 12 точках)
 Diagr. 5. La scarlatine dans l'ancienne Russie d'Europe. 1902—1914 (courbe mobile sur 12 points).

пейської Росії в цілому, то крива, яку дістанемо в результаті такого вирівнювання, буде надзвичайно подібна до відповідної кривої для України (діагр. 5). На ній можна виділити ті самі дві хвилі, що й на кривій для України, причому в цій кривій періоди підвищень і спадань збігаються з відповідними періодами кривої для України; надзвичайно наближається ця крива до кривої для України і своєю формою і навіть деякими окремими деталями.

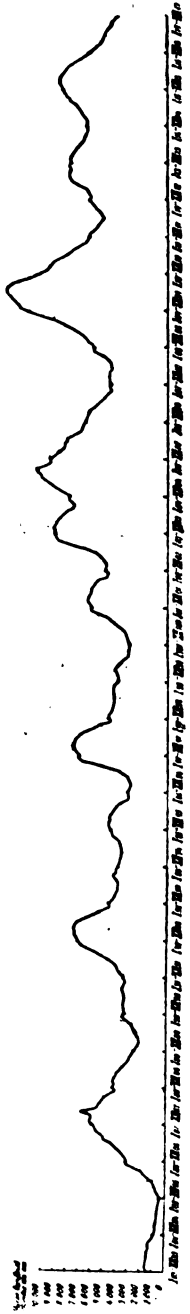
Скількинебудь значна різниця помітна в самому кінці кривої — в даних за 1914 р. Але це пояснюється тим, що відомості для Європейської Росії за цей період включали не всі губернії, тоді як відомості для України мають дані за всі губернії. Тому, очевидно, дані за останній період дали для Європейської Росії далеко ясніше виявлене спадання. Дані для України після короткочасного слабо виявленого спадання показують невелике підвищення. Щождо загальної форми, то крива для Європейської Росії майже зовсім не має відхилень від загального напрямку коливань другого порядку. Під таким «відхиленням» ми розуміємо тимчасові відхилення від загального напрямку руху кривої чи в бік збільшення, чи в бік зменшення, а саме відхиленням буде таке зменшення числа захворювань, яке може трапитися в одній-двох точках або в дуже обмеженому числі точок в період підвищення або, навпаки, збільшення в одній-двох точках або в дуже обмеженому числі точок, спостерігане в період зменшення. Такі відхилення на ковзній Україні за 1903—1914 рр. трапляються досить рідко, а саме за весь цей період їх є лише два. Треба взяти на увагу, що загальна кількість точок ковзної за період 1903—1914 рр. становить 132. Відхилень на кривій для Європейської Росії — чотири, при загальній кількості точок 132. Отже виявляється, що при досить масивних числах коливання другого порядку виявляються цілком наочно. Це й зрозуміло: вплив пертурбаційних факторів позначається незрівнянно слабкіше, коли ми маємо справу з великими числами. Окремі відхилення в той чи інший бік взаємно знищуються.

На жаль, ми не маємо змоги зіставити дані по СРСР з даними УРСР для періоду 1921—1932 рр. через відсутність відповідних повних місячних відомостей для СРСР. В криву для УРСР за цей період увійшли також 132 точки; відхилень у ній три, тобто майже стільки, як і в кривій для України за 1902—1914 рр. Погляньмо, як відіб'ється на формі кривих збільшення і зменшення масштабу.

Для цього ми взяли: 1) дані для кожної з 8 губерній України за 1903—1914 рр., 2) дані, підсумовані для 7 губерній Росії за 1903—1914 рр. і 3) дані для Московської губ. за 1883—1917 рр. (див. діагр. 6—8).



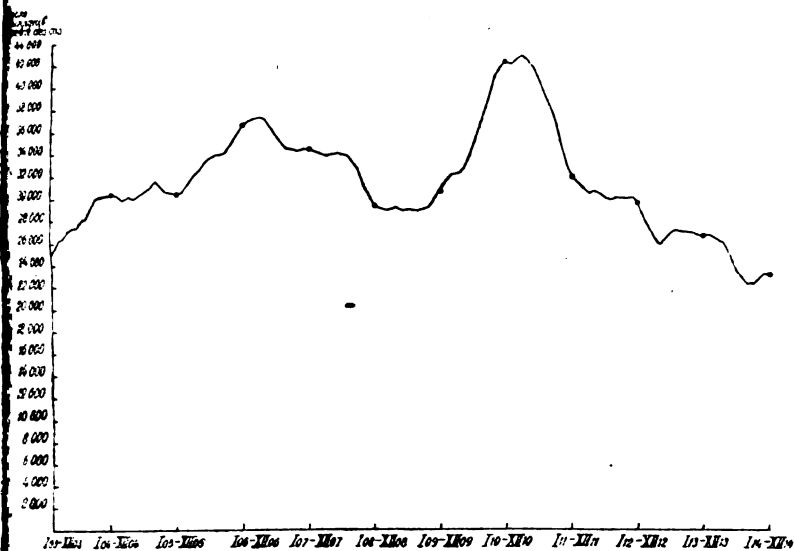
Діагр. 6. Захворюваність на шкарлатину на Україні в окремих її губерніях за 1903—1914 рр. (ковзна на 12 токах).
 Diagr. 6. Cas de scarlatine en Ukraine et dans ses différents gouvernements 1903—1914 (courbe mobile sur 12 points).



Діагр. 8. Шкарлатина в Московській губ. за 1883—1917 рр.
 Diagr. 8. La scarlatine dans l'ancien gouvernement de Moscou. 1883—1917.

14. Ковзна для восьми губерній України (для кожної окремо) за 1903—1914 рр.

Розглядаючи дані для 8 губерній України (для кожної окремо), ми бачимо дві ясно виявлені хвилі в Подільській, Херсонській, Чернігівській і Харківській губ. Перша хвиля цілком ясно намічається також у Полтавській і Катеринославській губ.; не так ясно виявлена вона в Київській і, осо-



Дягр. 7. Шкарлатина в 7 губерніях кол. Европейської Росії (Петербург, Псковський, Владимирський, Новгородський, Тверський, Костромський, Ярославський (ковзна на 12 точках)).
 Дягр. 7. La scarlatine dans les 7 gouvernements de l'ancienne Russie d'Europe (ouv. de St. Pétersbourg, Pskov, Vladimir, Novgorod, Tver, Kostroma et Jaroslave) (courbe mobile sur 12 points).

ливо, в Волинській губ. Друга хвиля, крім названих чотирьох губерній, цілком ясно позначається у Волинській і Київській губ., неясно — в Полтавській і майже зовсім відсутня в Катеринославській. Частину слабо наміченої третьої хвилі бачимо у всіх губерніях, крім Подільської та Волинської. Криві для окремих губерній, коли порівняти з кривою для цілої України, мають деякі особливості. Впадає на око, що відхилення тут значно частіші, ніж у кривій для цілої України; через те криві для губерній здаються менш правильними, ніж крива для цілої України. Причина цієї

особливості кривих для губерній полягає в тому, що місцеві особливості впливають на розвиток шкарлатини в даному випадку ще більше, ніж тоді, коли ми беремо дані для цілої України.

Складімо таблицю, в якій позначимо дати максимумів і мінімумів, тривалість періодів підвищення і спадання і тривалість усієї хвилі в цілому (див. табл. 8).

Розглядаючи табл. 8, ми приходимо до того висновку, що тривалість періодів підвищення і спадання не становить сталої величини і коливається в широких межах. Особливо великі ці коливання для даних окремих губерній, — наприклад, для кол. Катеринославської губ. тривалість хвиль коливається від 2 до 7½ років.

15. Ковзна з підсумованих даних для кол. семи північних губерній Європейської Росії за 1903—1914 рр. і ковзна для кол. Московської губ. за 1883—1917 рр. і для Москви за 1902—1912 рр.

Підсумування даних для окремих губерній виявляє різкіше риси, властиві кожній губернії, і приховує окремі особливості, властиві шкарлатині тільки в даній губернії.

Підсумовані дані для семи кол. північних губерній: Пелітербузької, Новгородської, Псковської, Тверської, Костромської, Ярославської, Владимирської, теж за період 1903—1914 рр., дають дві основні хвилі. Як і в даних для кол. Європейської Росії, перша хвиля пологіша, а друга — крутіша. «Відхилень» тут значно більше, ніж у даних для Європейської Росії. Те саме можна сказати й про дані кол. Московської губ. за 1883—1917 рр. (діагр. 8) і для Москви за 1902—1912 рр. (діагр. 9). Особливо цікаві дані для кол. Московської губ. Тривалість хвиль тут дуже різна. Про стежмо це на діаграмі і на таблиці 11.

Таблиця показує, що періоди підвищення тривають від 9 місяців до 3 років 1 місяця, періоди зниження — від року 1 місяця до 2 років 7 місяців. Тривалість хвиль (розуміємо під цим період підвищення і наступний за ним період зниження) також досить різна, а саме — від 1 року 10 місяців до 5 років 2 місяців.

Досить значна і кількість відхилень. Аналізуючи криву треба взяти на увагу прогресивно зростаючий процес

Таблиця 8

Кол. губернія	Початок	Мінімум	
		Максимум	Мінімум
Волынська	Дати		
	Тривалість даних		
	Тривалість		
Черсонська	Дати	XII/13	
	Тривалість даних	8,4)	
	Тривалість		
Саратовська	Дати	XII/13	IX/13—VI/14
	Тривалість	1,2)	(9,9)

й полягає в тому, що к
виток шкарлатини в д
ли ми беремо дані д
означимо дати макс
підвищення і спадан
в. табл. 8).

іходимо до того ви
ння і спадання не ст
широких межах. Ос
окремих губерній. —
ї губ. тривалість хв
их для кол. семи піт
1903—1914 рр. і ко
—1917 рр. і для Мос
2 рр.

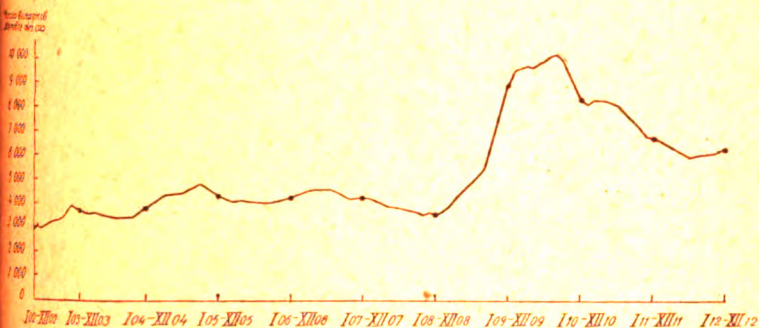
окремих губерній
губернії, і приховує
ині тільки в даній
ол. північних губер
овської, Тверської, Ко
ької, теж за період
или. Як і в даних д
я пологіша, а друга
о більше, ніж у дав
кна сказати й про д
рр. (діагр. 8) і для М
обливо цікаві дані д
виль тут дуже різн
иці 11.

и підвищення трива
періоди зниження
ців. Тривалість хвиль
я і наступний за ним
а саме — від 1 року

дхилень. Аналізуюч
есивно зростаючий

охоплення захворюваності реєстрацією, але це, очевидно, не можна вважати причиною хвилястого характеру кривої, який вона зберігає протягом усього періоду.

Таблиці 9, 10 і 11 наочно показують початок, кінець і тривалість періодів підвищення і спадання, а також тривалості цілих хвиль і дані про числа захворювань (в тисячах) в періоди максимумів і мінімумів. (табл. 9—11).



Діагр. 9. Шкарлатина в м. Москві за 1902—1912 рр.
Diagr. 9. La scarlatine dans la ville de Moscou. 1902—1912.

16. Короткі дані про рух шкарлатини в деяких європейських країнах і деяких європейських містах за період імперіалістичної війни і безпосередньо післявоєнний. Ковзна за 1922—1932 рр. для ряду європейських і позаєвропейських країн

Розгляньмо тепер дані для деяких інших європейських і позаєвропейських країн (табл. 12).

Відомості про довоєнний період недостатні. Щоб можна було аналізувати дані для післявоєнного періоду, спробуймо дати хоча б загальну характеристику руху шкарлатини за роки безпосередньо післявоєнного періоду і за роки імперіалістичної війни.

Не зважаючи на велику різноманітність цих даних, вони мають і деякі спільні риси, властиві динаміці шкарлатини в різних місцях, а саме підвищення, яке найчастіше припадає на 1915 р. (Німеччина в цілому, Прусія, Кенігсберг, Гамбург, Дюссельдорф, Нант. Для Берліна (1914—1921 рр.), Любека (1913—1919 рр.), Будапешта (1913—1920 рр.) вища точка припадає на початок періоду; Будапешт у 1916 р. дає нове підвищення.

Таблиця 9
Україна, 7 губерній кол. Європейської Росії, 1) кол. Європейська Росія в цілому (1903—1914 рр.)

Район	Початок і тривалість коливань	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум
Україна (1903— 1914)	Дата мінімуму і максимуму	I/03—XII/03 (64,6)	I/06—XII/06 (121,3)	I/08—XII/08 (54,2)	V/10—IV/11 (146,3)	I/12—XII/12 (70,1)	I/13—XII/13 (99,5)	VIII/13— VIII/14 (90,5)	
	Тривалість періоду підвищення і спадання	3 ^{0/12}	2 ^{0/12}	2 ^{4/12}	1 ^{8/12}	1 ^{0/12}	0 ^{8/12}		
	Тривалість хвиль	5 ^{0/12}	4 ^{0/12}	1 ^{8/12}	1 ^{0/12}	1 ^{8/12}			
	Дата мінімуму і максимуму	III/02—II/03 (218,2)	I/06—XII/06 (389,5)	I/08—XII/08 (259,8)	III/10—II/11 (477,6)	I/12—XII/12 (310,5)	I/13—XII/13 (404,4)		
Кол. Європей- ська Росія	Тривалість періоду підвищення і спадання	3 ^{10/12}	2 ^{0/12}	2 ^{2/12}	1 ^{10/12}	1 ^{0/12}			
	Тривалість хвиль	5 ^{10/12}	4 ^{0/12}						
	Дата мінімуму і максимуму	I/03—XII/03 (25,0)	IV/06—III/07 (37,6)	IX/08— VIII/09 (29,1)	IV/10—III/11 (43,1)	IX/13— VIII/14 (22,3)			
	Тривалість періоду підвищення і спадання	3 ^{3/12}	2 ^{5/12}	1 ^{7/12}	3 ^{5/12}				
Тривалість хвиль	5 ^{8/12}	5 ^{0/12}							

1) Петербурзька, Новгородська, Псковська, Тверська, Костромська, Ярославська, Владимирська.

Початок, кінець і тривалість коливань	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум
Дати мінімуму і максимуму	XI/02—X/03 (3,9)	X/03—IX/04 (3,4)	X/04—IX/05 (4,8)	IX/05— VIII/06 (4,1)	VII/06— VI/07 (4,5)	1 08—XII/08 (3,5)	IX/09—XII/10 (10,2)	VIII/11— VII/12 (6,0)
Тривалість періоду підвищення і спадання	0 11/12	1 6/12	1 11/12	0 11/12	0 10/12	1 6/12	1 8/12	1 11/12
Тривалість хвиль			1 11/12		2 4/12		3 7/12	

Таблиця 11

Московська губернія

Початок, кінець і тривалість коливань	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум
Дата максимуму і мінімуму Тривалість періодів підвищення і спадання Тривалість хвиль	I/85—XII/85 (0,4)	V/87—IV/88 (6,8)	IV/89—III/90 (2,2)	V/92—IV/93 (7,6)	V/94—V/95 (3,7)	II/95—I/96 (4,7)	III/96—II/97 (2,9)		
	2 ⁴ / ₁₂	4 ³ / ₁₂	1 ¹¹ / ₁₂	3 ¹ / ₁₂	2 ¹ / ₁₂	0 ⁹ / ₁₂	1 ¹ / ₁₂		
Початок, кінець і тривалість коливань	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум
Дата максимуму і мінімуму Тривалість періодів підвищення і спадання Тривалість хвиль	III/96—II/97 (2,9)	V/97—IV/98 (7,5)	XII/99—XI/900 (3,0)	III/01—II/02 (6,4)	XII/01—XI/02 (4,8)	III/03—II/04 (9,1)	X/03—IX/04 (7,5)		
	1 ² / ₁₂	3 ⁹ / ₁₂	2 ⁷ / ₁₂	1 ⁸ / ₁₂	0 ⁹ / ₁₂	2 ¹⁰ / ₁₂	1 ⁷ / ₁₂		
Початок, кінець і тривалість коливань	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум	Максимум	Мінімум
Дата максимуму і мінімуму Тривалість періодів підвищення і спадання Тривалість хвиль	X/03—IX/04 (7,5)	X/04—IX/05 (10,6)	V/07—V/08 (4,7)	VII/09—VI/10 (12/9)	VII/11—VI/12 (5,1)	XII/12—XI/13 (7,9)	XI/13—XI/14 (6,4)	III/15—II/16 (8,8)	
	1 ⁰ / ₁₂	3 ⁷ / ₁₂	2 ⁷ / ₁₂	2 ² / ₁₂	4 ² / ₁₂	2 ⁰ / ₁₂	1 ⁵ / ₁₂	1 ⁰ / ₁₂	1 ³ / ₁₂

Захворюваність на шкарлатину

Рік	В										Рига ^{б)}	Буда-пешт ^{в)} на 10000	Нант ^{б)}	Провіденс США ^{г)}
	Німеччина ¹⁾	Прусія ²⁾	Берлін ²⁾	Кенігсберг ³⁾	Гамбург ³⁾	Любек ³⁾	Дюсельдорф ⁴⁾	Саксен ⁴⁾	Т	С					Я	Ч	А	Х
1913	104,4	70,4		0,2	28,4	49,6	1,0	10,0	1,0	52,1	68	577		
1914	103,7	78,0	5,4	2,2	23,7	34,1	1,0	8,5	2,2	27,5	202	670		
1915	149,6	120,2	4,6	4,5	25,8	21,6	1,1	10,0	1,0	28,1	205	803		
1916	94,7	71,4	3,9	1,0	18,1	12,2	1,0	6,0	1,1	38,1	163	749		
1917	48,8	34,7	2,0	0,6	10,8	8,6	0,3	2,5	0,3	33,8	69	434		
1918	39,3	26,4	1,7	0,4	18,2	10,2	0,3	2,3	0,1	18,9	86	367		
1919	51,2	35,6	1,8	0,5	21,6	15,1	0,3	3,3	0,1	11,5	170	528		
1920	46,0	30,0	3,2	0,2	13,3		0,3	4,1	0,7	28,7		533		
1921	48,7		3,7		15,0		0,5	5,1				319		
1922	32,4						0,3	3,1				161		
1923	27,8						0,2	3,9				696		
1924	33,0						0,4	4,4				1570		

1) За даними Schössman-a.

2) За даними Bürgers-a.

3) За даними Natorp-a.

4) За даними Krahn-a.

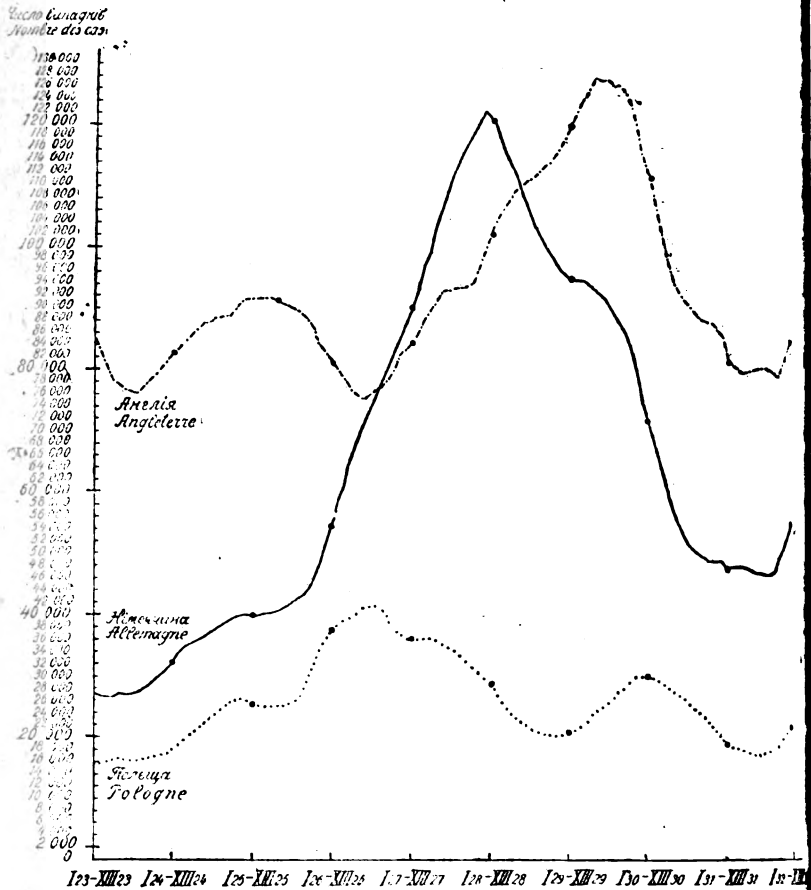
5) За даними Fehrmann-a.

6) За даними Brelet.

7) За даними Pore.

Для розглянутих місцевостей період імперіалістичної війни (крім перших 1½ років) показує зменшення числа захворюваності. Мінімум припадає на 1918 або 1917 р.

За Raquet згідно з даними департаменту Уази за 1911—



Діагр. 10.
Diagr. 10.

1930 рр., максимальне число захворювань припадає на 1914 р. Gottstein відзначає, що після короткого підвищення числа захворювань на шкарлатину на початку війни згодом це число знижується до такого низького рівня, якого не було протягом десятиліть; це явище має міжнародний масштаб.

Наведені вище дані ствердили це. Виявляється, що підвищення в 1915 р. властиве надзвичайно віддаленим пунктам.

там, дуже відмінним своїми побутовими умовами: Єлісаветград і Нант, Кенігсберг і Одеса і цілий ряд інших. Характерне велике наступне спадання. Сказане ілюструється табл. 6 і 12. Аналіз цього явища спробуємо дати нижче, а тепер перейдімо до періоду 1922—1932 рр.

Дані за 1922—1932 рр. бачимо на двох основних діаграмах: на першій (діагр. 10) — для тих країн, які групували відомості за чотиритижневими періодами, а на другій (діагр. 11) — для тих, які дають ці відомості в місячному розрізі. В тих випадках, коли сума місячних чисел була менша, ніж повні річні, через те, що деякі пункти не поділяли даних на місяці і чотиритижневі періоди, або тому, що місячні дані були попередніми, нам довелося поширити місячні дані аналогічно тому, як ми робили це для України.

В перці два роки (1923—1924) деякі країни давали щотижневі відомості. Отже бували випадки, коли 53-й тиждень припадав на кінець року й переходив на наступний рік. Числа цього 53-го тижня доводилося відкидати, щоб у всіх випадках був однаковий період — 52 тижні.

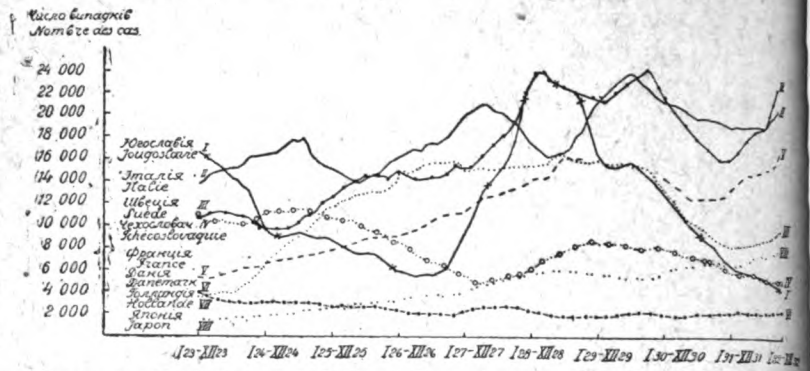
США давали відомості для різної кількості штатів. Місячний матеріал вони давали не по окремих штатах, а сумарно. Щоб дістати порівнюючі числа, ми поширювали ці числа, поділяючи число захворювань на кількість населення, про яке дано відомості, і добуту частку помножали на повне число населення в той час, якого стосуються відповідні відомості. Ми вважали можливим користуватися цим способом, хоча й урахували його неточність, бо інших, точніших способів ми не знайшли. Величина нашої поправки була незначною (діагр. 12).

Треба сказати, що всі ці криві ніяк не можна використати для зіставлення рівнів захворюваності на шкарлатину в різних країнах. Не можна робити цього тому, що діаграми дають абсолютні цифри, а не інтенсивні показники. Питання про те, в якій мірі інтенсивні показники задовільні, ми розглянули вище.

Подані на діаграмах криві показують два основних типи: один з них характеризується хвилястою формою, а другий — не має або майже не має цієї форми.

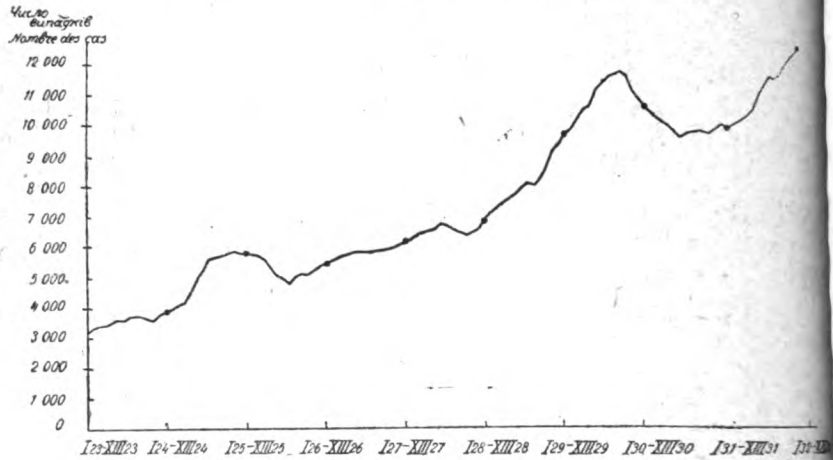
Переважає більшість кривих належить саме до першої групи; до кривих першого типу належать криві Англії, Ні-

меччини, Франції, Італії, Югославії, Чехословаччини, Швеції, Голландії, Польщі, Австралії. Деяку хвилястість дає також крива Австрії (діагр. 13).



Діагр. 11. Шкарлатина в Західній Європі та Японії за 1923—1932 рр.
Diagr. 11. La scarlatine en Europe occidentale et au Japon. 1923—1932.

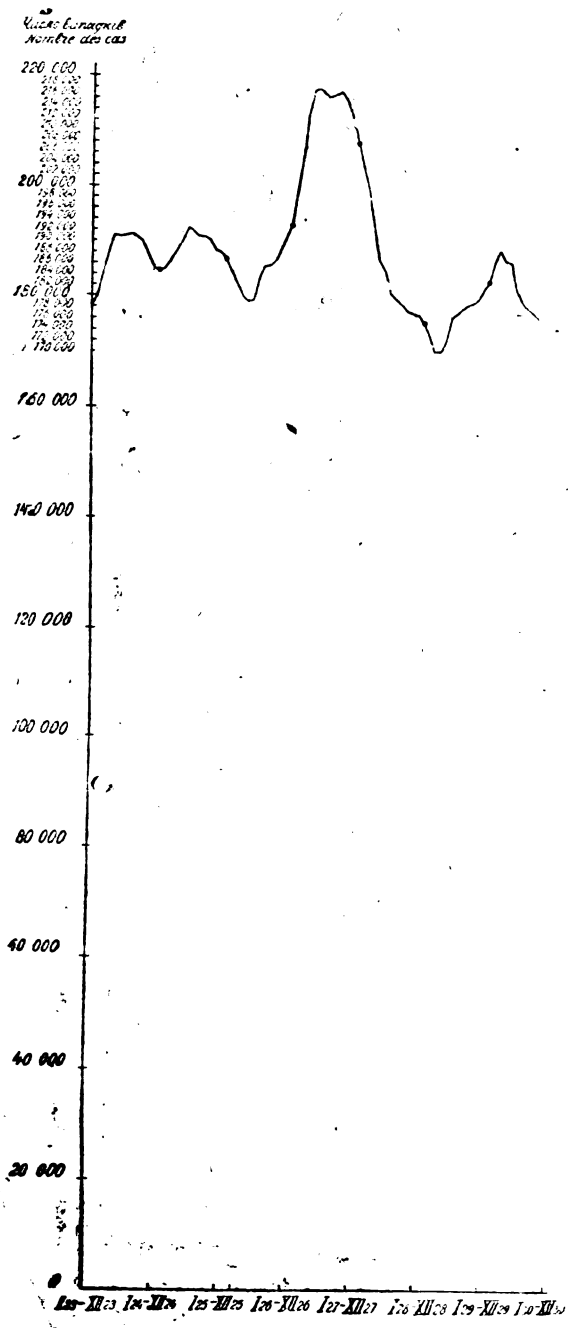
Проте ясніше, ніж коливання другого порядку, в кривій Австрії виявляється підвищувальна тенденція. Крива Япо-



Діагр. 13. Шкарлатина в Австрії за 1923—1932 рр.
Diagr. 13. La scarlatine en Autriche. 1923—1932.

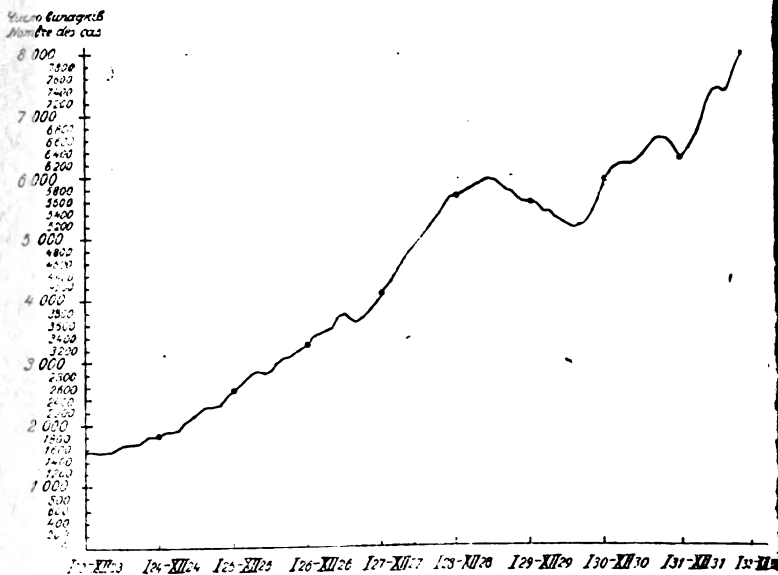
нії (діагр. 14) показує неперервне зростання. Тільки в другій половині цієї кривої можна виявити деякий натяк на хвилясті коливання.

Інша ознака кривих, які ми розглядаємо, є кількість хвиль, виявлених на протязі того ж самого періоду. Крива

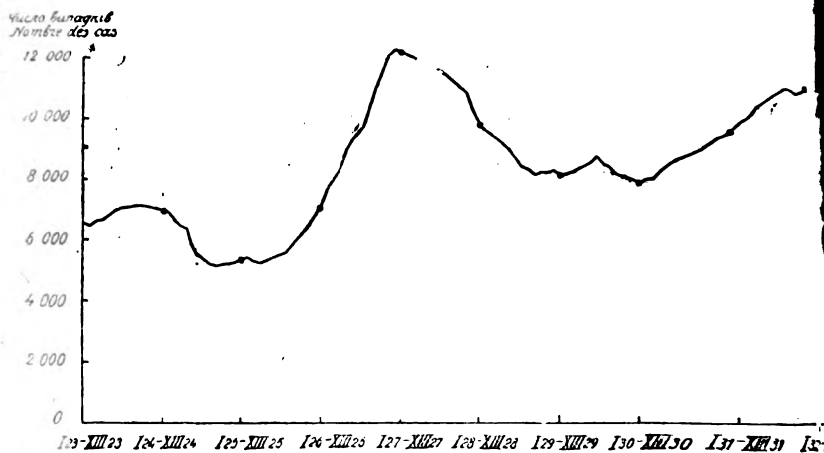


Диагр. 12. Шкарлатина в США за 1923—1930 гг.
Diagr. 12. La scarlatine aux Etats Unis. 1923—1930.

США ¹⁾ утворює чотири хвилі, крива Італії — три, криві Англії, Польщі, Чехословаччини, Швеції й Австралії (діагр.



Діагр. 14. Шкарлатина в Японії за 1923—1932 рр.
 Diagr. 14. La scarlatine au Japon. 1923—1922.

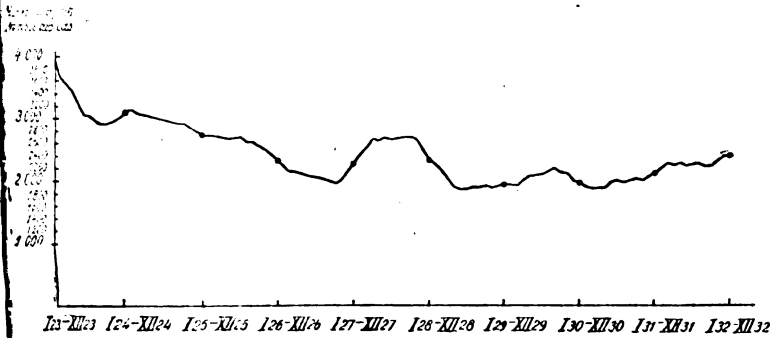


Діагр. 15. Шкарлатина в Австралії за 1923—1932 рр.
 Diagr. 15. La scarlatine en Australie. 1923—1932.

¹⁾ Відомості для США подані лише за 1923—1930 рр.

15) за той самий період — по дві хвилі і, нарешті, криві Німеччини, Франції, Голландії, Югославії — по одній повній хвилі.

Коли простежити динаміку шкарлатини за цей період, то побачимо, що, починаючи з кінця 1923 р., більшість перелічених країн дає зростання числа випадків захворювань на шкарлатину. Виняток становить Югославія, яка дає три-



Діагр. 16. Шкарлатина в Данії за 1923—1932 рр.
 Diagr. 16. La scarlatine au Danemark, 1923—1932.

але спадання, потім — підвищення, а за ним — знову спадання. Отже Югославія за цей час дає приблизно $1\frac{1}{2}$ повних хвилі. Але певна схожість динаміки шкарлатини в різних країнах є рисою, властивою лише початкові того часу, який ми розглядаємо. Далі ніякого синхронізму не спостерігається. Тільки вже перед кінцем періоду, а саме в останні місяці 1931 р. і першій половині 1932 р., криві стоять на найнижчому рівні, після чого починається вже підвищення. Але дані для України, які на початку розглянутого періоду (1923 р.) показують підвищення, що спостерігається в інших європейських країнах, в самому кінці періоду (1932 р.) не показують початку підвищувальної тенденції, характерної для інших країн.

Ковзна для США за період, який ми розглядаємо, дає чотири невеликі хвилі. Порівнюючи з загальним рівнем, тількинебудь значне підвищення дає лише третя хвиля.

Відкладаючи покищо розгляд причин цих різниць, зазначимо, що правильність коливань (коли розуміти під цим цю правильність так званих відхилень) надзвичайно різноманітна. Чим більші абсолютні числа, тим більша ця правильність.

В англійських даних ми не знайшли відхилень зовсім. У німецьких знайшли тільки одне, і то в тій точці кривої, де вона досягла низького рівня. Франція і Італія дають значно нижчі абсолютні величини; коли б їх перерахувати на відносні числа, вони були б ще нижчі проти показників Німеччини і особливо Англії. Отже і число відхилень за італійськими та французькими даними значно більше. Більше числа відхилень можна було б пояснити краще поставленою реєстрацією в Англії порівнюючи з Францією. Проте, коли поглянути на числа Данії (діагр. 16), яку вважають однією з класичних країн щодо організації медичної статистики, то виявиться, що її криві дають дуже значне число відхилень. Інші країни, з меншими числами захворювань, показують значну кількість відхилень.

Щодо форми кривих для окремих країн, наприклад їх пологості або крутості, які показують повільність або швидкість зростання чи спадання захворюваності, а також щодо інших особливостей їх форми, то вони для різних країн дуже різноманітні.

17. Територіальний масштаб, в якому слід розглядати коливання другого порядку

Розгляд емпіричних даних, оброблених методом ковзної на 12 точках, дозволяє прийти до певних висновків про те, як повинне відбиватися на формі деяких кривих те, що в суті вони є результатом додавання чисел, які стосуються різних населених пунктів.

Brownlee, Greenwood та ін. пробують уникнути таких даних, які являють собою результат додавання кривих ендемії у різних місцях, і обмежуються виключно тими даними, що стосуються певної території. Відразу може з'явитися, що пояснення коливань другого порядку придатне лише для певного населеного пункту. Якщо, скажімо, додаємо числа інфекційних захворювань двох населених пунктів, з яких у кожному рух захворювань має хвилястий характер, але періодові підвищення в одному з них відповідає період спадання в другому, то в результаті додавання хвилясті коливання зглядяться в тій чи іншій мірі, як це видно з діагр. 17.

Автор статті в «Rapport Epidémiologique» (№ 142 з

1930 р.) підкреслює, що аналіз руху шкарлатини в різних країнах за 9 років до 1928 р. не виявляє картини «циклічності», спостереженої при меншому територіальному масштабі. «Необхідно прийти до такого висновку, що коливання цього роду зовсім не виявляється відносно більших територій». Відразу здається, що цей висновок погоджується з теоретичними передумовами, які ми висловили вище, але рішуче суперечить числовим даним наведених діаграм. Ми вже бачили, що майже всі країни дають картину коливань другого порядку. Якщо автор статті в «Rapport Epidémiologique» не виявив їх, то це, імовірно, залежить від того,



Діагр. 17.
Diagr. 17.

що він застосовував звичайну методику, — не досить тонку, щоб вловити ці коливання. Наші дані відзначають ще одну особливість, яка до певної міри суперечить положенню автора статті в згаданому журналі, а саме те, що коливання другого порядку на ширшій території виявляються виразніше, ніж на території обмеженій. До такого висновку ми прийшли, зіставляючи динаміку шкарлатини для кожної губернії, з одного боку, і для України в цілому — з другого. Відразу бачимо ніби суперечність між апріорними припущеннями і емпіричним ходом шкарлатини. Але ця суперечність тільки позірна, тому що кожний населений пункт не являє собою замкнутої одиниці. Коли в ньому вибухає епідемія, то випадки шкарлатини легко поширюються на сусідні пункти; якщо число захворювань спадає, то рівночасно зменшується імовірність передачі шкарлатини в сусідні населені пункти. Мандрування епідемій — факт досить відомий.

Цьому питанню Kisskalt присвячує спеціальну роботу, в якій розглянуто поширення шкарлатини в Шлезвіг-Голштинії. Виявляється, що епідемія попадає туди, як правило, з півдня (з Гамбурга) і проходить країну протягом трьох

років. Дьяков відмічає той цікавий факт, що епідемія шарлатини 1923 р. почалася в Москві, а вже звідти поширилася по кол. Московській губ. Мінкевіч розповідає, що епідемія в Ашхабаді почалася від масового напливу зайшлої людності; епідемія ця почалася в 1927 р., тобто приблизно тоді, коли також епідемія починається в РРФСР.

Повідомлені факти дозволяють цілком з'ясувати, чому саме хвилясті коливання охоплюють надзвичайно великі території: поруч із зростанням захворюваності в певних вогнищах спостерігається підсилена дисимінація інфекційного збудника і зростання числа нових вогнищ, які теж спричиняються до чимраз більшого поширення цього збудника. До того ж поняття населеного пункту говорить лише про дуже відносну єдність і замкнутість. Зносини між окремими частинами міста в окремих випадках можуть бути навіть слабкішими, ніж між певною частиною міста і селищем, яке безпосередньо прилягає до неї. Тому по суті крива інфекційних захворювань для міста є результатом додавання кривих для окремих його частин, кожна з яких характеризується певною, хоча і малою, часткою самостійності. А крива, яка стосується ширшої території, є результатом додавання кривих для окремих пунктів і т. д. Проте все це аж ніяк не заперечує наведеного вище пояснення руху захворюваності; таке пояснення було б неправильним лише тоді, коли б окремі населені пункти були цілком замкнутими одиницями, а цього в дійсності немає.

РОЗДІЛ IV

ФАКТОРИ КОЛИВАНЬ ДРУГОГО ПОРЯДКУ

18. Значення харчування і конституції

Існує думка про залежність між харчуванням і схильністю до шкарлатини.

Якщо стати на цю точку зору, то можна припустити, що коливання чисел захворювань пояснюються якраз цим фактором.

Szerny і Szontagh звернули увагу на зв'язок між харчуванням і конституцією, з одного боку, і рівнем захворюваності на шкарлатину — з другого.

В роботі Kobrak-а відмічено, між іншим, два явища, які автор пояснює тією ж самою причиною. Перше явище — зменшення захворюваності на шкарлатину під час війни; друге — менша захворюваність в родинах з недостатнім харчуванням. Останній факт можна тлумачити найрізноманітнішими способами.

Більша захворюваність родин з кращим харчуванням була б доказом впливу харчування на захворюваність тільки в тому випадку, коли б ці родини відрізнялись від інших лише самим харчуванням, а щодо всього іншого мали б схожі життєві умови. Природно, що цього немає, і тому факти, вказані названим автором, слід розглядати в іншому зв'язку. Ми вже наводили числа захворюваності на шкарлатину, з яких виходить, що після 1915 р. вони дуже спадають. В Берліні це спадання починається раніше, а саме після 1913 р., — року максимуму¹⁾. Одночасно з спаданням захво-

¹⁾ Можна припустити, що збільшення захворюваності в столиці (в 1913 р.), до певної міри спричинилося і до зростання захворюваності на шкарлатину в країні, яке, цілком природно, настало через певний проміжок часу, необхідний для поширення інфекції.

рюваності спадає і смертність; цим до певної міри відкидається можливе припущення про те, що зменшення числа повідомлень про шкарлатину залежало виключно від зменшення повноти реєстрації захворілих. Крім того у Kobrak-a наведено дані про смертність від дифтерії і кору за ті самі роки для Берліна (див. табл. 13).

Таблиця 13

Р і к	Число повідомлень про захворювання на шкарлатину	Число померлих		
		від шкарлатини (дітей до 10 років)	від кору	від дифтерії
1910	5 282	361	269	706
1911	6 772	373	193	878
1912	4 779	276	284	649
1913	5 867	260	176	558
1914	5 354	274	252	нема відом.
1915	4 687	234	304	770
1916	3 871	нема відомост.	235	745
1917	нема відомост.	" "	188*)(225)	427*)(512)
1918	1 962	" "	нема відом.	нема відом.
1919	1 622	" "	" "	" "

На думку автора, ці дані заперечують припущення про зменшене охоплення реєстрацією захворілих не тільки тим, що смертність від шкарлатини зменшилась. Проти цього говорять також наведені в таблиці числа померлих від дифтерії та кору. Проте з розгляду цієї таблиці можна зробити висновок не тільки про спадання смертності від шкарлатини, але й від кору та дифтерії. Правда, спадання це починається на рік пізніше (в 1916 р.), тобто тоді, коли Німеччина в цілому і ряд поодиноких міст у країні окремо показують спадання захворюваності на шкарлатину. З цього виходить, що доводиться говорити про спадання захворювань на дитячі інфекції, а не на саму лише шкарлатину. Більш природно буде шукати загальних причин цього явища (зокрема зменшення дитячих контингентів), а не висувати такий фактор, який може зумовити спадання лише захворюваності на шкарлатину.

Bürgers наводить ще один довід проти Kobrak-a. Він констатує зниження захворюваності на шкарлатину в нор

*) Відомості за 10 місяців (в дужках — перерахунок на рік).

везьких містах, що відбулося одночасно із спостережаним у Німеччині. Schlossmann вважає, що зменшення захворюваності на шкарлатину в Дюсельдорфі не можна пояснювати переходом на безбілкове й до того ще знижене харчування, — перехід цей стався там у 1915 р., а скількинебудь значне зниження захворюваності спостерігаємо лише в 1917 р.

Ми вже відзначили, що 1915 рік для Німеччини був роком надзвичайного підвищення захворюваності, не зважаючи на те, що недостача харчів, особливо м'ясної їжі (через блокаду Німеччини), на цей час уже позначилась чимало. Крім того Schlossmann констатує значне зменшення кількості м'ясної їжі не тільки в безпосередньо післявоєнний період, але й на час доповіді автора (тобто в 1928 р.).

Schlossman відзначає, що навіть діти багатих родин дістають більш раціональну їжу і зокрема меншу кількість їжі, багаті на пурини; не зважаючи на менше споживання білків, як відомо, спостерігається зростання захворюваності на шкарлатину. Всі ці міркування, якщо не виключають деякої залежності захворювань на шкарлатину від умов харчування, то у всякому разі дуже обмежують імовірність вирішального впливу недостачі харчування на захворюваність на шкарлатину в Німеччині під час війни.

Подібну залежність між харчуванням і захворюваністю на шкарлатину відзначають не лише для Німеччини. Зменшення захворюваності на шкарлатину в Ризі (1917 р.) Feigmann пояснює великою недостачею продуктів харчування, що настала в цей час. Проф. Розенберг, як приклад такого зв'язку, наводить голодні роки в Петрограді (1917—1919), коли добувати білки та жири було дуже важко і майже єдиним джерелом харчування була рослинна їжа; на думку Розенберга в цей час зовсім зникла захворюваність на шкарлатину, не зважаючи на значне ущільнення житлової площі, в наслідок якого в одній кімнаті жило по кілька чоловік.

Белонівський кваліфікує шкарлатину як анафілактичний шок. За спостереженнями Doerr-a, а також Friedberg-a і Caizag-a анафілактичного шоку не буває у виснажених тварин. Названі автори цим і пояснюють залежність між урожаєм і шкарлатиною. На підтвердження цього Белонівський наводить дані, вміщені в табл. 14 (курсивом в

Захворюваність на шкарлатину (на 10 000 нас.)

Кол. губернії	Пермська	Тамбовська	Псковська	Новгородська	Гомельська
Рік					
1913	50	39	22	13	52
1914	31	32	13	12	23
1915	11	29	16	18	20
1916	18	18	12	29	14
1919	1	6	6	5	19
1920	10	11	7	4	80
1921	11	15	11	8	50
1922	2	5	4	10	7
1923	1	19	3	10	8
1924	15	20	15	17	15

таблиці відзначено роки недороду, чорним шрифтом — роки особливо доброго врожаю).

При оцінці наведених даних треба мати на увазі, що для років поганих урожаїв цілком природно буде припускати рідше звертання населення до медичної допомоги. Дані Белоновського охоплюють дореволюційні роки, епоху громадянської війни й ті роки, коли пережитки дореволюційного минулого дуже тяжіли на економіці і психології селянина. Діти в психології селянина дореволюційного часу розцінювались як майбутня трудова сила. Але під час неврожаїв тяжкі злидні примушували приділяти менше уваги здоров'ю як дорослих, так і дітей. От через що, можливо, в періоди неврожаю зменшувалося звертання по медичну допомогу взагалі, а особливо при дитячих інфекціях. Звичайно, ми не обстоюємо того, що спадання захворюваності на шкарлатину в неврожайні роки треба пояснювати лише меншою реєстрацією, але у всякому разі не можна вважати зменшення числа хворих, зареєстрованих в неврожайні роки, безперечним доказом впливу неврожаю на захворюваність на шкарлатину.

Шостак у спеціальній роботі розглядає зв'язок між урожаєм і епідеміями, використовуючи для цього дані кол. Ульяновської губ. Основна мета цієї роботи полягає в тому, щоб встановити обернену залежність між урожаєм і епідеміями або, що є те саме, пряму залежність між неврожаєм і епідеміями. Нас не цікавлять у даному випадку ті висновки, до яких прийшов автор щодо інших інфекцій. Але

усимо відзначити, що автор у своїх висновках намагається встановити саме прямий зв'язок між захворюваністю й урожаєм і, очевидно, не уявляє собі, що можна мислити інакше, вважаючи, що в деяких випадках ослаблення харчування може мати зовсім несподіваний результат, а саме може сприяти зниженню захворюваності, як це мислить собі Солоновський. В роботі Шостака трапляються досить несподівані твердження: автор знаходить, що зменшення захворюваності на дитячі інфекційні хвороби залежить почасти від зменшення народжуваності, але «безсумнівно, цьому сприяло припинення вивозу яєць і молока — головних продуктів дитячого харчування».

Тут ми маємо цікаве явище: в Німеччині під час імперіалістичної війни захворюваність на шкарлатину зменшується, і це зменшення, на думку деяких німецьких авторів, зумовлюється до певної міри тим, що припинився довіз яєць і інших продуктів харчування; за Шостаком виходить, що захворюваність зменшилася почасти через те, що припинився вивіз яєць і інших продуктів дитячого харчування. Тут ми маємо цікавий приклад того, що однакові явища пояснюються протилежними причинами. У всякому разі твердження Шостака викликає великі сумніви, хоч автор і виступає його як безсумнівне. Автор не наводить жодного доказу, що підкріплював би це твердження. Навпаки, його обчислення кореляції між урожаєм і захворюваністю на шкарлатину приводить до того, що залежність між урожаєм і захворюваністю на шкарлатину обернена, коли порівнювати захворюваність на шкарлатину з урожаєм минулого року, бо коли брати сільськогосподарський рік, тобто період часу від осені до осені. Брати числа того самого року було б неправильно, бо врожай починає впливати на харчування на висоту матеріальної забезпеченості тільки з осені. Автор не наводить, який саме коефіцієнт буває для шкарлатини і яка стандартна похибка цього коефіцієнта.

Дані обчислення автора ризиковані з двох основних міркувань. Поперше, в одну групу з дитячими інфекціями в розумінні характеру зв'язку попадає висипний тиф, чого ніяк не можна чекати, бо зв'язок між неврожаєм і висипним тифом, як можна думати, прямий, а не обернений; такий результат дістаємо, обчислюючи кореляцію між урожаєм за сіль-

ськогосподарськими періодами; коли обчислити кореляцію з урожаями попереднього року, то виявляється, що поруч з дитячими інфекціями таку саму залежність має і туберкульоз. Тим часом це зовсім неймовірно: ми маємо підстави вважати, що зв'язок туберкульозу з неврожайами є позитивний, а не негативний. Уже ці результати підривають цінність застосування тих методів установалення зв'язку, якими користується автор.

Друге міркування полягає в тому, що по суті невідомо, через який час позначається підвищення або зниження врожайності, якщо воно взагалі позначається. Через те неможливо правильно вибрати ті дані, зв'язок яких треба з'ясувати. Статистичні методи дають можливість обминути ці труднощі, але автор не застосував відповідних технічних способів і це значно підриває цінність його обчислень.

Ще один факт висувається для підкріплення положення про залежність між харчуванням і захворюваністю на шкарлатину, а саме те, що народи, які харчуються м'ясом, більше хворіють, ніж ті, які споживають вегетаріанську їжу (Rösle). От через що, відповідно до цього погляду, народи, які живуть у тропічних країнах, майже не хворіють на шкарлатину. Проте є дані, які не погоджуються з таким припущенням. Відомо, наприклад, що основним предметом споживання у китайців є риж; не зважаючи на те, що їжа китайців має в собі мало білків, у Китаї бувають великі епідемії шкарлатини (Muillas). Узбеки майже виключно харчуються м'ясною їжею, а киргизи споживають вегетаріанську їжу ще менш за узбеків; серед них навіть є прислів'я: «хліб псує м'ясо». І проте ні узбеки, ні киргизи, за даними Агаджанова, не хворіють на шкарлатину. Так, за відомостями цього автора, кількість російських дітей від 1 до 15 років у Ташкенті становила 31639; з них за час з 1 жовтня 1924 р. до 20 лютого 1926 р. захворіло 429; дітей узбеків і киргизів того самого віку в Ташкенті було значно більше — 57050, і ніхто з них не захворів на шкарлатину, крім однієї дитини, при чому і цей єдиний випадок дуже сумнівний. Крім цієї епідемії, Агаджанов і присутні на його повідомленні лікарі були свідками ряду інших епідемій, але ніхто з них не міг вказати випадку захворювання на шкарлатину узбеків або киргизів. Треба застерегти, що поруч з цим поглядом існує

протилежна думка, за якою основу харчування узбеків становлять рослинні речовини. Це обстоює Карпов, посиляючись на роботи Шишова та Федорова. Крім того за новішими даними спостерігаються окремі поодинокі випадки захворювань узбеків. Але, навіть прийнявши думку Агаджанова, треба сказати, що його дані остаточно не спростовують припущення про вплив харчування на захворюваність, тому що несприйнятливості узбеків і киргизів можна пояснювати іншими факторами, які діють, не зважаючи на м'ясне харчування, яке само по собі може бути причиною схильності до шкарлатини. Те саме можна припустити і щодо сприйнятливості цього захворювання китайців; вегетаріанське харчування, може бути, і спричиняє деяку несприйнятливості їх до шкарлатини, але цю несприйнятливості перемагають якісь інші, сильніші за цей, фактори.

Проте як перший, так і другий приклади доводять, що характер харчування не має вирішального значення для захворюваності на шкарлатину.

Всі ці дані, хоч і дуже численні, не вирішують питання про вплив харчування і конституції на захворюваність на шкарлатину. Окремі клінічні спостереження (Румянцев) відзначають, що на шкарлатину хворіють звичайно діти середньої вгодованості. Нам здається, що питання, яке ми розглядаємо, має велике практичне значення. Розв'язати це питання більш категорично було б не так важко, коли б поставити відповідне спостереження над перебігом шкарлатини в лікарнях. Звичайно, певне розв'язання можна було б зробити, базуючись не на поодиноких явищах, а на даних масового дослідження. Для цього в історію хвороби для шкарлатинозних хворих слід було б включити деякі питання про вагу, конституцію, зріст (останній — для обчислення відповідних індексів). Зіставляючи дані про шкарлатинозних хворих з даними, які стосуються всього дитячого населення, можна було б прийти до певного висновку.

Не зовсім ясно, чи впливає характер і кількісна сторона харчування на захворюваність на шкарлатину, але треба відмітити, що коли подібний зв'язок і є, то коливання другого порядку не зумовлені цим фактором. Справді, протягом усього періоду з 1914 по 1918 р. у всіх воюючих

країнах, а особливо в Німеччині, спостерігалось дуже значне ослаблення харчування широких мас населення. А проте в цей період захворюваність на шкарлатину спочатку дуже підвищилася (з максимумом коло 1915 р.), а потім значно знизилася.

Крім того треба звернути увагу й на те, що в період від 1921 до 1932 р. крива захворюваності в УРСР зберігає свій хвилястий характер, не зважаючи на швидке зростання добробуту трудящих і поліпшення умов їх харчування.

19. Основні фактори розвитку епідемії. Значення умов, які сприяють поширенню інфекцій

Три основні фактори мають значення для розвитку епідемії: 1) підсилення вірулентності збудника, 2) ослаблення опірності окремих макроорганів або збільшення кількості сприйнятливого населення, 3) сприятливіші умови передавання інфекцій. Цього погляду додержують більшість епідеміологів, розходячись, проте, в оцінці значення кожного із згаданих факторів. Спробуймо оцінити кожний з цих факторів. Почнімо з третього.

Безсумнівно, що сприятливіші умови інфекування повинні відбитися на підсиленні захворюваності. Можна сказати, що розвиток зносин полегшує можливість зараження. Trifinet в дисертації на тему про статистику шкарлатини в Ліоні за 1901—1905 рр. приписує зростання шкарлатини в в названому місті почасти збільшенню трамвайного руху. Kobrak, що спостерігав 50 заражених шкарлатиною родин, констатував 8 випадків, коли перед захворюванням діти їздили у відповідний період трамваєм. Аналізуючи відомості про захворюваність у кол. Сімбірській губ. за 1896—1923 рр., Шостак вважає причиною вищої захворюваності в кол. Корсунському пов. найбільшу кількість кустарів у цьому повіті, а в Ардатовському пов. — більшу кількість заробітчан. Меншу частоту епідемії у XVIII столітті Kisskalt згоден пояснювати менш жвавими зносинами населення в ті часи. Так у минулі часи епідемії збільшувалися через кожні 10—15 років, а тепер період цей, на думку названого автора, зменшився до 8 років. За Schlossmann-ом чим більше зносин і чим вони жвавіші, тим більша можливість за-

раження. На думку проф. Данілевича, зрушення захворюваності в бік молодших вікових груп, які він відмітив для періоду 1925—1928 рр., пояснюється почасти тим, що гігантське зростання населення в Ленінграді до певної міри випереджало тоді збільшення житлової площі, створюючи ущільнення житлової площі. Крім того однією з основних причин, на думку названого автора, є постійне перебування дітей в закладах закритого й відкритого типу. Думка проф. Данілевича не досить переконлива, але зауваження його треба прийняти, оскільки вони говорять про необхідність підсилення профілактичних заходів у дитячих установах тоді, коли ці заходи недостатні і коли їх недостатність може призвести, а іноді й призводить, до поширення інфекцій.

Аналізуючи дані про епідемію в кол. Московській губ. в 1923—1924 рр. Дьяков надає великого значення як факторові поширення шкарлатини тим випадкам, коли інфекція була завезена з міста. Не малу роль, на думку Дьякова, тут грали так звані молочниці (тобто жінки, які щодня привозять молоко з села до міста), робітники, що живуть у приміських місцевостях і щодня їздять на роботу, дачники, які на літо приїжджають на село, дитячі колонії, дитячі будинки й будинки немовляти, що переїжджають на село.

Розглядаючи дані для колишнього Московського повіту, за 1923—1924 рр. Глаголев приходить до цілком аналогічних висновків. Цікаво, що, за даними Дьякова, шкарлатина почалася раніше в Москві, а потім уже поширилася по кол. Московській губ.

Якщо підсилення зносин між людьми впливає на збільшення захворюваності, то можна чекати, що збільшення густоти населення, тобто кількості людей на одну квадратну одиницю площі (напр. 1 км²) не лишиться без впливу на зростання шкарлатини. Так само ми маємо підставу припустити велику захворюваність для місць з відносно більшою густістю населення.

Аналогічно повинна відбиватися і більша скупченість населення. Щоб з'ясувати це питання наводимо в табл. 15 дані Reiter-а про захворюваність на шкарлатину в Мекленбургі за період 1903—1920 рр. (на 10000 населення).

Рік	Місто	Село	Рік	Місто	Село
1903	17,0	13,0	1912	28,1	12,4
1904	17,0	9,3	1913	20,1	3,9
1905	11,4	8,7	1914	13,1	10,2
1906	20,7	9,6	1915	13,5	8,9
1907	19,0	13,0	1916	18,1	7,7
1908	19,3	12,0	1917	9,5	5,4
1909	15,3	11,1	1918	4,9	2,8
1910	14,7	8,7	1919	14,9	15,6
1911	26,5	10,9	1920	18,3	12,2

Отже захворюваність в містах Мекленбурга значно більша, ніж в сільських місцевостях. Перевага міської захворюваності над сільською зберігається протягом усього періоду, крім 1919 року.

Brelet наводить кілька прикладів поширення епідемії міста на села навколо міст, а саме з міст Анжера, Вандома Іссуара в прилеглі до них місцевості.

Протягом усього періоду захворюваності в кол. Сімбірську, за даними Шостака захворюваність була вища, ніж у губернії. Так само за даними Ельберта¹⁾ захворюваність в білоруських селах в 2½ рази нижча, ніж у містах. За відомостями Смулевіча, захворюваність у Мінську на шкарлатину більш ніж удвоє перевищує захворюваність у містечках БРСР (1925 р.). Дьяков відмічає розвиток шкарлатини в більших промислових центрах кол. Московської губ. Розенберг гадає, що захворюваність у великих містах значно вища, ніж у невеликих, а захворюваність у містах вища ніж у селах.

Гандельсман теж констатує вищу захворюваність у Харкові, порівнюючи з округою (дані стосуються 1924—1926 рр.), а також зв'язок шкарлатини з залізничними центрами. Цікаво, що за її даними із числа пунктів з населенням понад 5000 чол. уражено шкарлатиною 92,0%, з населенням 501—5000 чол.—58,1%, з населенням 100—500 чол.—5,7%. Ці дані стосуються 1926 р.

Не зважаючи на численність наведених даних, вони все таки не цілком переконливі, тим більше, що є й противники такого погляду.

¹⁾ Дані наведено за статтею „AR“, вміщеною в Rapport Epidémiologique Mensuel, 1934, № 128, 15. VII.

Так, за Peters-ом захворюваність на селі вища, тому що сільське населення менше підпадає поступовій природній імунізації невеликими дозами.

Дуже ймовірно, що в місті процент хворих, охоплених реєстрацією, значно вищий, ніж на селі, тому що медична допомога в місті незрівняно приступніша.

Тому більш доказовими виявляються дані для Московської губ. за 1926 р., взяті по пунктових селищах, тобто по таких, в яких були лікувальні заклади. Рівень захворюваності на шкарлатину в таких селищах особливо цікавий, бо для цих пунктів ми з дуже великою ймовірністю можемо припустити, що реєстрація вичерпує або майже вичерпує захворюваність у них. В цих селищах на 10000 чол. захворює 28,0, тоді, як у Москві захворюваність на шкарлатину в той самий 1926 рік становила 53,2 на 10000 чол., тобто була на 90% вища, ніж у Московській губ. Цікаво, що в пунктових селищах Московської губ. в 1926 р. захворюваність на шкарлатину майже така сама, як і по всій Московській губ. без Москви, де вона дорівнювала 27,6 на 10000. З цього треба зробити висновок про дуже значну повноту охоплення захворюваності реєстрацією в Московській губ. тому, що частота захворювань у пунктових селищах виявляється лише на 1% вищою; значить, не буде значною помилкою оперувати просто числом захворюваності в Московській губ.

Коли ми порівнюємо захворюваність в м. Москві з захворюваністю в Московській губ., то повинні взяти на увагу, що питома вага окремих вікових груп у Московській губ. вища, ніж у Москві, і це, звичайно, відбивається на захворюваності, тому, що суб'єкти різного віку хворіють неоднаково часто.

Обчислимо якою була б захворюваність у Московській губ. як би вікова структура цієї губернії була такою, як структура Москви. Для цього кожний з вікових показників частоти захворюваності в Московській губ. треба взяти з питомою вагою, яка відповідає питомій вазі тієї самої вікової групи Москви. В результаті виявляється, що цей показник значно нижчий, а саме дорівнює 19,4 на 10000. Показник захворюваності для Москви дорівнює 53,2 на 10000, яке перевищує показник для губернії в 2,7 раза.

Підсумовуючи сказане про порівняльну захворюваність на шкарлатину в місті і на селі треба зробити висновок про більшу захворюваність в містах, порівнюючи з селами. Звичайно, з цього можливі окремі винятки, які пояснюються особливими причинами. Треба гадати, що винятки ці не суперечать висловленій вище загальній думці.

Коли вважати реакцію Діка специфічною, то поруч відзначеними фактами цікаво буде звернути увагу на те, що реакція Діка дає вищий процент позитивних реакцій на селі, ніж у місті (дані Lamu); далі треба відмітити, що порівняння вікового співвідношення позитивних і негативних реакцій Діка в Нью-Йорку і в Угорщині показують, що позитивна реакція Діка переходить у Нью-Йорку в негативну у молодших вікових групах, ніж в Угорщині (дані наведені у Меєра і Яра).

Зважаючи на те, що специфічність реакції Діка задоцзрена деякими дослідниками, ці дані самі по собі наврядчи для всіх цілком доказові. Відзначмо, що за Redlich-с Варшава дає 60% позитивних реакцій Діка, а сільські мцевості — всього 45%. Якщо вірити цим даним, то факт суперечить попереднім твердженням.

Попередні дані дають деякі вказівки на більше поширення шкарлатини в місті, ніж на селі. Проте цікаво, чи є різниця між густістю населення і величиною захворюваності на шкарлатину, незалежно від того, чи стосується це сільське чи міського населення.

Автор статті про шкарлатину в Rapport Epidémiologique (№ 142) зіставляє інтенсивні показники захворюваності в Англії і в Бельгії за 1927—1929 рр. (на 100000 чол.):

Р і к	Англія	Бельгія
1927	215	12,2
1928	260	26,0
1929	290	26,9

Як бачимо, різкий контраст існує між захворюваністю на шкарлатину в цих двох країнах, які значно не відрізняються ні своїми соціально-економічними відносинами, ні рівнем цивілізації, ні кліматичними умовами. Разом з цим ці дані нібито заперечують залежність рівня захворюваності

густоті населення, тому що Бельгія, як і Англія щодо густоті населення стоять на перших місцях в Європі. Далі автор наводить дані для Нової Зеландії¹⁾, яка характеризується розсіяним населенням і відсутністю великих міст. У 1927 р. в ній захворіло на шкарлатину 1583, в 1928 р. — 3583, а в 1929 р. — 4947 (357 на 100000). Виявляється, що, не зважаючи на невелику густість населення, ця країна дає високий процент захворюваності.

Проте порівняльні дані, наведені в Rapport Epidémiologique щодо захворюваності на шкарлатину в Англії і Бельгії, непереконливі, бо в Бельгії повідомлення про випадки шкарлатини не було обов'язковим; отже у Rapport Epidémiologique потрапляли лише ті випадки шкарлатини, про які одержано було добровільні повідомлення. Тому не можна порівнювати випадків шкарлатини в Англії і Бельгії.

Щодо Нової Зеландії, то, крім показника густоті населення, слід було б з'ясувати так званий показник людності, тобто процент населення, яке живе у порівнюючі великих населених пунктах (наприклад, з числом жителів понад 500). Показник людності не завжди збігається з показником густоті. На авторитетну думку проф. Новосельського показник людності має не менше значення, ніж показник густоті. Вплив так званої людності на поширення дифтерії детально з'ясовано у згаданого автора.

Порівнюючи частоту захворюваності в різних частинах Прусії, Bürgers констатує, що залежності між густістю населення і захворюваністю на шкарлатину немає. Розглядаючи частоту захворюваності в різних кварталах Берліна, він приходить до того висновку, що квартали з більшою скупченістю населення відзначаються меншою захворюваністю, як інші.

Отже є думка, що густість населення не впливає помітно на частоту випадків шкарлатини, але думку цю не можна вважати доведеною.

Міське населення характеризується трохи більшою частотою захворювання, ніж сільське; посилення зносин, при інших однакових умовах, сприяє зростанню захворюваності на шкарлатину, але і урбанізація і посилення зносин відбуваються більш-менш поступово й безперервно, і тому ними

¹⁾ 6 чол. на 1 км² (дані 1932 р.).

ніяк не можна пояснювати виникнення й загасання епідемій. Можна припустити, що ці фактори в певній мірі пояснюють загальну тенденцію зростання захворюваності на шкарлатину, але не можуть бути причиною постійних чергувань збільшення й зменшення чисел захворюваності на шкарлатину.

Розгляньмо ще два інші фактори: 1) коливання вірулентності збудника і 2) коливання резистентності окремих макроорганізмів, а також коливання кількості населення, сприйнятливою до інфекції.

20. Значення коливань вірулентності збудника

Акад. Заболотний надавав значення насамперед мікробному факторові, вважаючи, що коливання вірулентності є першим фактором виникання й згасання епідемії.

Питання це акад. Заболотний ставив у загальній формі наводячи докази коливань вірулентності збудників різних хвороб: холери, чуми, дифтерії; те саме, на його думку має місце й для шкарлатинозних стрептококів.

Щодо шкарлатини питання дуже ускладняється тим, що етіологія цієї хвороби дуже спірна. Якщо погодитися доводами прихильників стрептококової теорії і вважати єдиним збудником шкарлатини, шкарлатинозний гемолітичний стрептокок, то треба взяти на увагу і ті висновки, які зроблено було щодо деяких біологічних особливостей гемолітичного стрептококу.

Висновки ці зводяться до констатації того, що вірулентність гемолітичного стрептокока — властивість занадто стійка. Friedmann відмічає, що більшість бактеріологів вважає найбільш варіабільною якраз групу стрептококів.

Діючи трипофлавіном (Deicher і Friedmann) або проводячи їх через нормальну слину (Jettmar), дослідники перетворювали гемолітичний стрептокок у *streptococcus viridans* не гемолітичний і не патогенний, а цей останній, знов робили гемолітичним і патогенним, проводячи через органи миші. Margonek-ові також удавалось значно підвищити вірулентність стрептокока способом пасажу через кроликів, чому підвищення це досягало таких розмірів, що в $0,000001$ см³ бульйонної культури вбивала кролика. Deicher описує випадок зараження від видужалої дівчинки, яка вернулася додому після 6 тижнів пробування в лікарні.

зіві цієї дівчинки знайдено було лише streptococcus viridans. Очевидно, цей стрептокок в даному випадку перейшов у гемолітичний.

Цілий ряд авторів (Deicher і Friedmann, Коробкова і Мітіна, Каневський) відмічають, що в тих, хто хворіє на шкарлатину, на кінець захворювання з зіві зникає гемолітичний стрептокок і з'являється streptococcus viridans. Каневському і Казаріновському удавалося ослабити вірулентність стрептокока, проводячи його через сироватку коня. Hans Groenewald-ові вдавалося досягти того самого результату, проводячи гемолітичний стрептокок через середовище з фільтрованою слиною й через сироватку шкарлатинозного реконвалесцента. Ослаблення стрептокока у всіх цих спробах сталося від дії відповідних речовин, які зменшують його вірулентність, наприклад трипофлавіну, сироватки реконвалесцентів або імунізованих коней, слини (слина, як відомо, має до деякої міри бактерицидні властивості, — про це див. у Гамалея). Підсилення вірулентності стрептокока досягали, проводячи його через сприйнятливі організми. Самовільної зміни властивостей гемолітичного стрептокока ці експерименти не доводять.

Грунтуючись на експериментах, деякі автори вважають, що гемолітична властивість стрептококів шкарлатини стійка, постійна і спонтанно не зникає (Коробкова й Мітіна). Цікаві експерименти Dold-а, поставлені з метою з'ясувати, наскільки стійкі властивості стрептокока. Попередники Dold-а вважали вірулентність стрептокока мало схильною до стійкості (Lehmann і Neumann) і гадали, що при вирощуванні на штучних середовищах стрептококи швидко й остаточно втрачають силу. Dold, зважаючи на характер шкірної реакції у кроликів, розрізняє три типи вірулентності: 1) найслабший, 2) середній, 3) найсильніший. Вірулентність першого типу не вдалося підвищити пасажами через 12 кроликів; другий тип довгий час зберігав свою вірулентність, не зважаючи на вирощування в штучних середовищах, потім помітно ослаб (ця частина досліду охопила 13 місяців); підсиленням за допомогою пасажу через кількох кроликів вдалося привести його до початкового типу й характеру вірулентності. Аналогічні результати дали дослідження типу другого й третього, які проводились протягом 11 місяців.

Потім цікаве було дослідження стрептокока (штам Aronson), який невідомо коли виділився з організму і з 1920 р. перещеплювався 800 раз на штучних середовищах, що не переривалися жодним пасажем через тварин. При першій спробі на кролику цей штам виявив величезну вірулентність. Опис спроби надзвичайно цікавий і до певної міри заперечує думку про те, що коливання другого порядку в динаміці шкарлатини залежать від коливань вірулентності стрептокока.

Але ці спроби з багатьох причин не можуть мати вирішального значення. Поперше, тому, що цінність реакції Dold-а була запідозрена (Мітельман, який поставив такі самі досліди, вважає, що різниця між реакціями залежить від індивідуальності кроликів, а не від вірулентності штамів); подруге, тому, що було б не зовсім правильно переносити результати дослідів з кроликами на людський організм; потретьє, тому, що визнання стрептокока єдиним збудником шкарлатини не тільки не є твердо встановленим, а й багатьма заперечується, особливо в останні роки. Крім того, якби навіть було доведено самовільне підсилення чи ослаблення вірулентності стрептокока, то треба було б довести, що відбувається чергування підсилення і ослаблення, при чому періоди між підсиленнями повинні були приблизно відповідати проміжковій часу від епідемії до епідемії шкарлатини. Але це не доведено не тільки для шкарлатини, а й для інших інфекцій. Flexner і Arnos протягом 14 років випробовували на мавпах вірулентність збудника поліомієліту. В 1908—1912 рр. вірулентність збудника поліомієліту, за їх даними, дуже велика. В 1912—1918 рр. вона впала настільки, що після прищеплення тварини здебільшого зовсім не захворювали. В 1918—1924 рр. вірулентність збудника поліомієліту різко збільшилася. Але треба ще розв'язати питання, чи ми маємо тут коливання вірулентності, чи резистентність досліджуваних тварин коливалася під впливом якихсь нез'ясованих причин. Але, якщо висновок Flexner і Arnos і цілком правильний для поліомієліту, то вони зовсім ще не розв'язують питання в загальній формі і не можуть бути підставою для того, щоб визнати причиною коливань другого порядку в динаміці шкарлатини коливання вірулентності її збудника.

Отже при сучасному стані питання дані бактеріології не можуть довести, що коливання другого порядку зумовлюються зміною вірулентності збудника шкарлатини. Тому розв'язання цього питання доводиться базувати на епідеміологічних спостереженнях.

Грунтуючись почасти на цих спостереженнях, Neufeld зацікавив шкарлатинні гемолітичні стрептококи до групи «флюктууючих» збудників. Brownlee, Rudder, Kisskalt вважають, що основним фактором епідемічних підсилень захворюваності і її ослаблень треба вважати коливання вірулентності. Brownlee доводить свою думку способом виключення другого фактора, а саме — впливу наявності або відсутності населення схильного до інфекції на її виникнення й згасання. Отже довід Brownlee зручніше розглянути при розгляді впливу цього другого фактора. Kisskalt обережно висловлює думку, що при сучасному рівні знань епідемію треба пояснювати насамперед зростанням вірулентності збудника. Цей висновок він подає в роботі 1927 р. В іншій роботі цей автор звертає увагу на дивний збіг часу епідемій в різних містах. Наприклад, він указує на епідемії, які виникли близько 1880 р. майже одночасно в різних містах Німеччини (Берлін, Кенігсберг, Гамбург, Ерфурт, Мангейм, Вюрцбург) і були надзвичайно злоскісні. Одночасне виникнення епідемій в різних містах, на його думку, треба пояснити тим, що епідемія виникає в місті через занесення ззовні вірусу, а не тому, що виростає нове несприйнятливий населення; цей вірус, на його думку, багато вірулентніший від того вірусу, який спостерігається при ендемічному ході захворюваності. Останнє припущення необхідно виключити, тому, що, коли б діяв цей фактор, то епідемії XVIII століття спостерігалися б так часто й правильно, як спостерігаються вони в наші часи. Рідкість епідемій шкарлатини в XVIII столітті, за Kisskalt-ом треба пояснити меншою жвавистію зносин.

Висновок Kisskalt-а уявляється нам дуже ризикованим, тому що наші відомості для XVIII століття, очевидно, менш повні, ніж для XIX і XX століть, в наслідок чого цілий ряд епідемій XVIII століття, просто випали з нашого поля зору. Тільки виникнення епідемії в тому місті, де зовсім не було захворюваності на дану інфекцію, звичайно, необхідно пояснити занесенням інфекції ззовні.

Великі коливання вірулентності шкарлатини спостерігаються в Ірландії на початку XIX століття. В 1800—1804 рр. шкарлатина спустошила Ірландію, маючи високий процент летальності. В 1804—1831 рр. лікарі, що раніш вважали цю хворобу надзвичайно небезпечною, в ці роки не спостерігали смертності від неї. В 1831 р. знову виявилася зловідомна епідемія в Дубліні і його околицях. В 1834 р. вона забрала більше жертв, ніж через кілька років азіатська холера, або тиф, що був два роки перед тим. Цікаво розповідає Trousseau про свого вчителя Bretonneau. Останній повідомляв, що за час усієї своєї медичної роботи з 1799 по 1822 рр. він не пам'ятає жодного смертного випадку від шкарлатини. В 1824 р. в Турі виникла епідемія шкарлатини, після якої той самий Bretonneau цілком змінив свій погляд на зловідомність шкарлатини і говорив уже, що її треба боятися як чуми, тифу й холери.

Цілий ряд епідеміологів і клініцистів відмічають, що летальність від шкарлатини, на підставі якої до певної міри можна судити про ступінь вірулентності збудника, коливається в дуже широких межах. Friedmann і Deicher повідомляють, що тепер (1925 р.) шкарлатина має дуже легкі форми. Але відомі епідемії, коли летальність від шкарлатини досягла 20 і навіть 40%. За Dopter і Lavergne-ем, смертність від шкарлатини під час одних епідемій досягає 25—30%, а під час інших знижується до 2—3%. Feery намічає ще ширші межі, в яких коливається летальність, а саме від 2 до 50%. За Salge, поширення епідемій і їх інтенсивність до того різні, що встановити відношення захворілих кількості населення і летальність неможливо. Златогорський наводить дані про летальність від шкарлатини в різних країнах (за відомостями Ліги націй); за його даними максимальну летальність дає Корея (40,8% в 1922 р.), мінімальну — Австралія (0,7%), тобто виходить, що летальність у Кореї в 55 раз більша, ніж в Австралії.

Звичайно, такий спосіб зіставлення методично дуже неточний: майже напевно можна сказати, що реєстрація випадків захворювань у Кореї далеко менш повна, ніж в Австралії, і тому при обчисленні процента помилки захворілих у Кореї, імовірно, сталася далеко значніша помилка в бік перебільшення. Це примушує ставитися з

Таблиця 16

Летальність від шкарлатини

(у %))

Рік	Німеччина ¹⁾	Прусія ²⁾	Берлін ³⁾	Гамбург ⁴⁾	Саксен ⁵⁾	Мекленбург ⁶⁾		Італія ⁷⁾	Провінція (США) ⁸⁾	Москва ⁹⁾
						місто	село			
1898				3,3				31,3	1,2	
1899				2,1				24,1	3,9	
1900				3,2				16,6	2,6	
1901				5,8				15,1	2,7	
1902		17,8		12,5				13,6	3,5	
1903		17,5		13,8		10,9	8,6	14,1	4,3	
1904		18,9		6,2		-2,2	6,7	12,8	5,5	
1905		13,1		3,2		1,9	1,0	15,8	3,9	
1906		12,1		4,3		2,2	3,6	17,1	12,0	
1907		10,9		3,4	4,4	4,2	5,2	13,6	5,2	
1908		10,1		2,5	4,5	1,6	6,2	11,3	5,2	
1909		9,2		4,4	4,4	1,0	5,8	8,4	1,6	
1910		7,7	6,9	2,6	3,6	3,6	6,1	12,1	2,8	
1911		6,3	8,9	5,3	2,9	3,5	10,5	14,7	4,5	
1912		6,5	6,3	5,8	2,6	8,3	6,3	14,5	3,9	10,4
1913	5,7	6,4	4,8	4,6	3,3	10,2	11,6	18,1	2,4	8,7
1914	6,9	7,7	5,5		3,2	4,0	6,7	15,5	2,7	10,3
1915	6,6	10,1	5,5		6,4	5,5	5,0		2,2	6,4
1916	7,6	8,4	4,5		6,3	2,0	3,8		1,9	8,8
1917	6,9	8,1			4,5	1,8	2,7		3,5	12,6
1918	6,2	7,0			2,6	1,2	4,1		4,9	21,1
1919	5,4	6,2			3,2	4,0	2,8		2,1	22,6
1920	4,2	4,9			2,0	1,6	5,1		2,6	23,6
1921	3,1			1,8	1,8	3,0	4,6	15,9	2,0	21,0
1922	3,3			4,0	1,9	2,8	7,5	21,1	1,2	14,4
1923	3,2			3,3	1,8	2,7	відом. нема	17,6	0,57	
1924	2,7			0,4	1,5	1,0	2,4	14,5	0,76	
1925	2,1			0,4	0,9	0,7	4,8	16,4		
1926	1,0			1,0	0,8	0,5	1,6	16,5		
1927	1,6			1,5	0,5	0,1	3,6	13,5		
1928				1,3				13,3		
1929				1,8						
1930				2,2						
1931				1,2						
1932				0,4						

1) За даними Schlossmann-a.

2) За даними Bürgers-a.

3) За даними Kobrak-a.

4) За даними Bürgers-a.

5) За даними Krahn-a.

6) За даними Reiter-a.

7) За даними Bulletin mensuel de l'Office International d'Hygiène Publique т. XXIV, № 11, 1932, novembre.

8) За даними Pope-a.

9) За даними Eriza.

більшою обережністю до тих порівнянь, які стосуються летальності в різних країнах, якщо летальність обчислена способом ділення числа померлих на число захворілих при чому це останнє число добуто на основі повідомлень про захворілих.

Ми вже наводили деякі дані про летальність від шкарлатини загальну (тобто за даними повідомлень) і про летальність госпіталізованих хворих. Ці дані стосувались Німеччини в цілому і, крім того, були окремі дані для Дюссельдорфа. Потім ми наводили дані за п'ятирічки для Ленінграда. Скажімо ще про дані летальності для Німеччини в цілому (за великий період) окремо для Прусії і окремо для Берліна, Кенігсберга, Гамбурга, Саксена, Мекленбурга, Провіденса (США), Італії і, крім того, для Москви (табл. 16).

Зіставлення цих даних навіть для тієї ж самої країни або міста приводить до того безсумнівного висновку, що летальність надзвичайно коливається. Правда, коли взяти відомості для Прусії або тим більше для Німеччини в цілому, то летальність коливається значно менше, ніж для окремих міст або для окремих невеликих частин Німеччини. Але це зрозуміло. Летальність у Німеччині й Прусії обчислено на основі великих чисел; ці числа є результат додавання даних для різних міст і інших населених пунктів, а тому що летальність коливається там, певно, не зовсім одночасно, різні відхилення в той чи інший бік взаємно знищуються.

Проте коливання летальності можуть залежати не тільки від коливань вірулентності збудника, а й від того, що змінюється віковий склад захворілих. Справді, летальність різних вікових груп цілком різна. На підтвердження цього наводимо деякі дані (в процентах), що характеризують летальність за віковими групами.

1) Дюссельдорф (1919—1927 рр.); загальне число захворювань — 4603, смертей — 62):

Вік (роки)		
До 2	.....	21,5
2—5	.....	2,7
6—10	.....	0,78
11—15	.....	0,7
Серед дітей	.....	1,4

2) Детройт (1919 р.):

Вік (роки)

До 1	29,0
1	6,0
2	8,0
3	6,0
4	2,0
5—9	1,5

3) Дані Weaver-а (за багаторічними спостереженнями див. у Caronia:

Вік (роки)

До 1	30,8
1—2	13,5
2—3	14,3
3—4	5,0
4—5	7,1
5—6	8,3
6—7	1,4
7—8	1,5

4) Провіденс (дані Pore-а; загальне число захворілих—20694, померлих—1039).

Вік (роки)	1887—1896	1897—1906	1907—1916	1917—1924
До 1	20,5	13,9	16,0	9,1
1	36,1	12,5	11,8	4,7
2—4	8,7	7,4	6,5	3,1
5—9	7,9	3,0	2,3	1,0
10—14	4,8	1,5	2,5	0,7
15—19	4,2	4,1	2,6	0,7
20 і стар.	6,6	4,1	6,2	3,5
	9,1	4,6	4,3	1,8

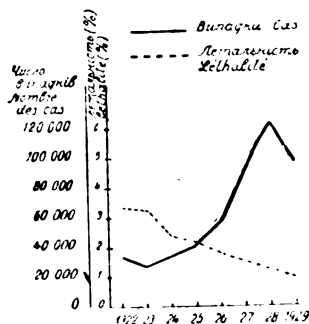
Ці дані цілком виразно показують, що летальність молодших вікових груп у багато разів перевищує летальність старших груп. Отже, якщо питома вага молодших вікових груп в загальному числі захворювань на шкарлатину буде більша, загальна летальність буде значно вища, хоча б летальність кожної вікової групи окремо не змінювалась. Тому треба розглянути вікову летальність, тобто таку, яку дістали б ми, коли б в числове співвідношення вікових груп протягом усього розгляданого періоду лишалося незмінним. В табл. 17 ми наводимо ці дані для Гамбурга і для Москви за матеріалами п'яти московських лікарень.

Таблиця 17

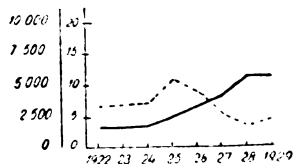
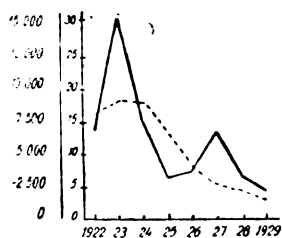
Рік	Коефіцієнт летальності	
	Нестандартний	Стандартний
	Московські лікарні	
1906	10,4	10,4
1907	11,2	11,7
1908	14,7	14,4
1909	17,8	17,6
1910	12,0	11,8
1911	11,4	11,6
1912	9,5	10,7
1913	11,1	10,8
1914	9,5	9,4
1916	11,7	10,4
Г а м б у р г		
1898	3,3	2,9
1899	2,1	2,1
1900	3,2	2,8
1901	5,8	5,6
1902	12,5	15,7
1903	13,8	13,2
1904	6,2	6,1
1905	3,2	3,1
1906	4,3	4,3
1907	2,4	3,4
1908	2,5	3,0
1909	4,4	4,8
1910	2,6	2,7
1911	5,3	5,8
1912	5,8	5,9
1913	4,6	5,6
1921	1,8	2,1
1922	4,0	4,4
1923	3,3	3,0
1924	0,4	0,4
1925	0,4	0,4
1926	1,0	0,5
1927	1,5	1,6
1928	1,3	1,0
1929	1,8	1,9
1930	2,2	2,2
1931	1,2	1,2
1932	0,4	0,4

Наведені числа показують, що, не зважаючи на стандартизацію, летальність все таки коливається в дуже значній мірі. Це доводить, що зміну вікового складу не можна вважати серйозним фактором коливання летальності. Оче-

видно, коливання летальності є переважно наслідок коливань вірулентності збудника. Надзвичайно важливо вирішити питання, чи синхронічні коливання вірулентності, отже й коливання летальності, з коливаннями захворюваності. Розглядаючи зміни летальності за матеріалами московських лікарень за 1901—1928 рр., Добрейцер знайшов, що крива летальності до певної міри кореспондує кривій захворюваності. Щоб уникнути суб'єктивізму в оцінці зв'язку, обчислимо коефіцієнт кореляції.



Діагр. 18а. Шкарлатина у Німеччині.
Diagr. 18а. La scarlatine en Allemagne.



Діагр. 18б. Шкарлатина у Болгарії.
Diagr. 18б. La scarlatine en Bulgarie.

Діагр. 18в. Шкарлатина у Японії.
Diagr. 18в. La scarlatine au Japon.

Виявляється, що коли й існує певна залежність між летальністю і захворюваністю, то лише невелика. Коефіцієнт кореляції, рівний $+0,40$, не є справжнім показником зв'язку між захворюваністю й летальністю¹⁾. Щоб виключити вплив

¹⁾ Імовірність випадкового відхилення від коефіцієнта кореляції на його величину дорівнює $0,24$, тобто коефіцієнт кореляції не можна вважати в достатній мірі надійним. Імовірність $0,24$ обчислена способом Z , що застосовується для малого числа спостережень.

різних вікових груп, обчислімо коефіцієнт кореляції між захворюваністю й стандартизованою летальністю. Він виявиться майже таким же, а саме $+ 0,39$.

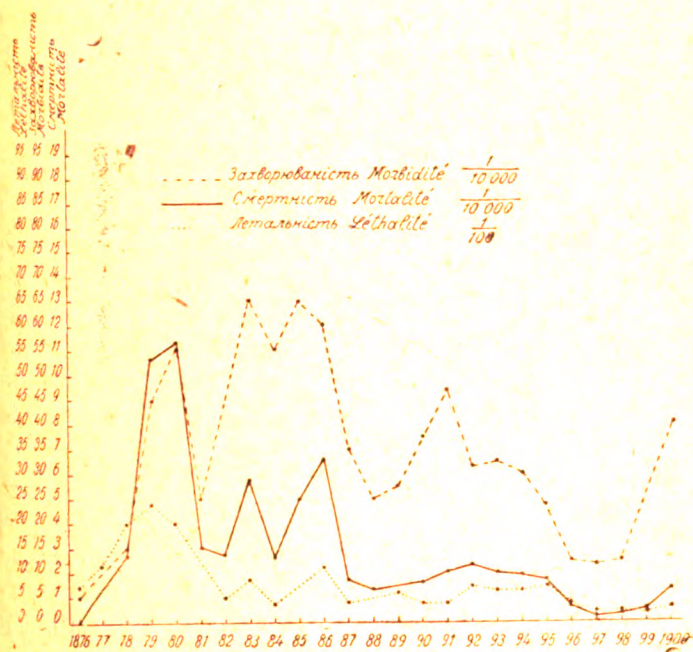
За цими даними виходить, що коли існує паралелізм між захворюваністю і летальністю, то лише в невеликій мірі, при чому не можна поручитися, що цей коефіцієнт не є результатом випадковості.

Спробу з'ясувати існування залежності між летальністю і захворюваністю зроблено було автором статті в «Rapport Epidémiologique¹⁾). Автор цієї статті користувався графічним методом і наніс на діаграму відповідні дані, що стосуються Німеччини, Японії і Болгарії (див. діагр. 18).

Коли аналізувати відомості для Німеччини, то виявиться, що протягом усього періоду (1919—1929 рр.) напрями динаміки захворюваності й летальності мають протилежні тенденції, а саме крива летальності спадає, а крива захворюваності підвищується. Дані для Болгарії показують зовсім іншу картину, — майже весь час спостерігається паралельний хід кривих летальності й захворюваності. Виняток з цього спостерігається хіба тільки в 1926 і 1927 рр., коли летальність продовжує спадати, а захворюваність зростає. Нарешті, дані для Японії протягом першого періоду дають картину зростання як для захворюваності, так і для летальності, але з 1925 р. паралелізм цей порушується, — летальність починає спадати, а захворюваність продовжує зростати. Далі, цікаво розглянути дані для Гамбурга, наведені у Schütz-а (з 1876 до 1900 р.). Крива, яку він дає (діагр. 19), показує досить значний паралелізм між захворюваністю на шкарлатину і летальністю. Але таку методику встановлення зв'язку треба вважати занадто грубою. Летальність, коли обчисляти її, взявши кількість захворювань на основі повідомлень про кількість смертей, треба гадати, буде занадто неточною. Крім того, необхідно щоразу ураховувати, чи не залежить зміна летальності від зміни вікової структури хворілих на шкарлатину, чого не дозволяє спосіб, застосований в наведених вище роботах. До того ж оцінка ступеня паралелізму кривих завжди має значну частку суб'ек-

¹⁾ № 142, 15. IX 1930.

тивізму. Тому нам здається правильнішим обчислити коефіцієнт кореляції i , крім того, коефіцієнт між стандартизованою летальністю й захворюваністю. Ми застосували цей метод також і для Гамбурга. Результати такі. Коефіцієнт кореляції для нестандартизованих даних за період 1898—1913 рр. дорівнює $+0,36$; за стандартизованими даними коефіцієнт кореляції $+0,42$, тобто в обох випадках виявляється в значній мірі ненадійним¹⁾.



Діагр. 19. Шкарлатина в Гамбурзі за 1876—1900 рр.
Diagr. 19. La scarlatine à Hambourg. 1876—1900.

¹⁾ Імовірність випадкового відхилення на величину коефіцієнта кореляції, обчислена способом z (спосіб цей, як сказано, застосовується для малого числа спостережень)— $0,115$ в той чи інший бік, а імовірність лише випадкового негативного відхилення дорівнюватиме приблизно 5 на 100 ; ця імовірність хоч і не буде високою, а проте такою, яка не дозволяє без застереження покладатися на коефіцієнт кореляції; при $r = +0,36$ (випадок, відзначений вище) ця імовірність буде трохи більша й дорівнюватиме приблизно $0,18$ в обидва боки або 9 на 100 в один бік.

Отже, хоч, напевно, зв'язок між летальністю і захворюваністю є, але не дуже тісний.

Коли взяти відомості для Гамбурга за післявоєнний період (1921—1932 рр.), то коефіцієнт цей буде такий незначний (+ 0,005 для нестандартизованих даних і + 0,029 — для стандартизованих), що, розглядаючи числа даного періоду, звичайно, не доводиться говорити про будьякий зв'язок між летальністю і захворюваністю.

Коефіцієнт кореляції між летальністю і захворюваністю на шкарлатину, вирахований Роре-ом для Провіденса (1887 — 1924) дорівнює $+ 0,346 \pm 0,141$.

При оцінці зв'язку між летальністю і захворюваністю треба взяти на увагу таке. Припустімо, що ми порівнюємо два періоди за захворюваністю. На протязі одного періоду переважали тяжкі форми, на протязі другого разом з тяжкими було немало і легких. В першому випадку охоплення реєстрацією, як правило, буде великим, тому що тяжкі форми мимоволі звертають на себе увагу, а в другому тяжкі форми будуть зареєстровані досить повно, а цілий ряд легких випадків із спостереження. Отже різниця тяжкості шкарлатинної захворюваності цих періодів буде значно затушована. Таке міркування наведено у Salge.

Але поруч з цим треба взяти на увагу і те, що під час епідемії при більшій уважності до даного захворювання найчастіше фіксують і легкі форми, навіть такі, які в між-епідемічний період зовсім не звертають на себе уваги.

Виходячи з першого міркування, треба гадати, що різниці в летальності будуть трохи «змазаними» для періодів, які характеризуються різною тяжкістю захворюваності; виходячи з другого міркування, можна припускати, що летальність в міжепідемічний період буде трохи перебільшеною, тому що в цей час випадає ряд легких захворювань. І те, і друге міркування примушують нас думати, що коли зв'язок між тяжкістю випадків і великим процентом летальності (як виразом тяжкості) справді є, то виявити його не так легко. Тому малий коефіцієнт кореляції і для Москви за період 1906—1916 рр., і для Гамбурга за період 1898—1913 рр., а також майже повну відсутність кореляції для періоду 1921—1932 рр. не можна вважати вирішальним аргументом проти цього зв'язку. Навпаки, якщо дані показують хоча б деяку

кореляцію, то таку вказівку ігнорувати ніяк не можна¹⁾.
Методи математичної статистики в даному випадку істотно не допомогли. Лишається ще звернутися до окремих епідеміологічних спостережень, які могли б дати матеріал для розв'язання цього питання, бо при опису окремих епідемій треба не лише подавати голі цифри, а й ураховувати всі епідеміологічні умови. Salge, який жив у гірській місцевості, розповідає, що епідемії починаються з легких випадків; наближення епідемії лишається прихованим від влади, бо при цьому не реєструється багато легких випадків, коли зовсім обходяться без лікаря; крім того, хворобу часто помилково вважають краснухою. Поступово картина міняється: починають з'являтися окремі серйозні захворювання, яких уже ніяк неможна не визнати за шкарлатину; виявляються захворювання і в школах, і тоді вже хвороба не може лишатися непоміченою.

Вищу летальність від шкарлатини під час епідемій констатує також Rudder. Гандельсман, описуючи епідемію в Харкові і Харківській окр., підкреслює збільшення смертності в 1926 р. проти 1925 р., особливо для округи, а саме — з 11,2 до 14% (дані стосуються летальності госпіталізованих хворих). Треба взяти на увагу, що 1926 рік дав значне підвищення проти 1925 р. (з 2052 до 3579 для округи).

Проте поруч з прикладами, коли в період зростання захворюваності збільшувалася летальність, можна навести протилежні випадки, коли збільшення захворюваності йшло разом із зменшенням летальності. Таке зменшення летальності спостерігалось в період зростання епідемії в кол. Московській губ. В 1923 р. летальність дорівнювала 12—14%, спостерігалися окремі випадки блискавичної шкарлатини і смертність окремих груп населення була вища. Далі тяжкість епідемії значно зменшилася: в останні місяці літа до 10%, а в серпні до 5,7% летальності. Спостерігалися

¹⁾ Stallybrass обчислив коефіцієнт кореляції між захворюваністю і летальністю для даних, що стосуються різних зон м. Ліверпуля (1920—1927 рр.). Коефіцієнт цей він вважає незначним. Неможливість встановити певний зв'язок між цими явищами, за автором, пояснюється частіше місцевими коливаннями летальності, а цього досить, щоб привести до нуля значення коефіцієнтів кореляції.

легкі випадки, коли хворі навіть не лягали в ліжку (Дьяков). Спостереження над шкарлатиною за матеріалами Волчанського заразного барака, проведені Мошковським дають таке співвідношення різних форм захворювання.

Рік	Заг. число захворювань	З н и х (%)			Летальність (%)
		Тяжкі	Середні	Легкі	
1926	107	21	37	42	13,8
1927	812	19	25	55	8,6

Виходить, що в 1927 р., коли загальна кількість хворих зросла майже в 8 раз, процент тяжких форм трохи зменшився, процент середніх зменшився значно, а процент легких збільшився і при тому в досить значній мірі. Правда, треба взяти на увагу і те, що при цьому, можливо, збільшився також і процент госпіталізованих хворих. Процент цей був порівнюючи дуже високий — 97,5 для Волчанського барака, 77,7 для округи, але відомостей за 1926 і 1927 р. окремо, жаль, не наведено. Коли ж припустити, що процент госпіталізації збільшився, то треба гадати, що в 1927 р. госпіталізувалися такі легкі хворі, які в 1926 р. лежали вдома, тому із спостережень Мошковського не можна робити скількинебудь вирішальних висновків про обернену залежність висоти захворюваності від тяжкості форм спостережених за цей час захворювань на шкарлатину.

Підсумовуючи все сказане про зміни вірулентності збудника шкарлатини і про те, чи є ця зміна причиною коливань захворюваності, які позначаються як коливання другого порядку, можна вважати дуже ймовірною значну зміну вірулентності збудника. З меншою категоричністю, але все таки можна твердити, що є деякий паралелізм між цими змінами й коливаннями другого порядку. Ще менше підстав припускати, що зміни вірулентності є основною причиною коливань; для цього твердження треба було б, поперше, відкинути можливість того, що інші фактори рішуче впливають на коливання другого порядку і, подруге, довести думку, що підсилення і зменшення захворюваності наслідком, а не причиною змін у летальності.

21. Контактний характер шкарлатинної інфекції.

Схема поширення контактної інфекції. Априорні дані про можливі причини коливань другого порядку

Лишається ще дати оцінку третього із згаданих факторів, а саме наявності або відсутності сприйнятливого населення. Значення цього фактора було відмічено дуже давно. Детальну схему розвитку епідемій дає Gottstein, схема якого стосується якраз саме контактних інфекцій.

Треба зазначити, що прямий контакт з хворими в клінічній чи прихованій формі або з реконвалесцентом має основне значення при зараженні шкарлатиною. Деяка кількість випадків передається також через оточення хворого через речі, якими він користується. Немале значення має також і передача через третіх осіб. Невелику частину випадків зараження шкарлатиною треба кваліфікувати як зараження через молоко¹⁾.

Це, кажучи загальною, дає право розглядати хід шкарлатини за схемою, встановленою Gottstein-ом для контактних інфекцій, але треба брати на увагу і деякі можливі відхилення від неї.

Схема ця має такий вигляд: 1, n , n^2 , n^3 і т. д. (перше ближження).

Справді, якщо одна людина заражає у певний період n людей, кожна з них теж заражає за наступний період n людей, заражених в кінці другого періоду буде $n \times n = n^2$ людей, в кінці третього періоду ці n^2 людей знову заразять людей кожна, і заражених буде вже $n^2 \times n = n^3$ людей і т. д. Але не всі заражені захворюють. Наприклад, за обчисленнями Gottstein-а, приблизно лише 15% заражених дифтерією тільки приблизно 40% заражених шкарлатиною захворюють. Випустимо, що a є той процент людей, які, будучи заражені, дійсно захворюють; в такому випадку за певний проміжок часу захворює всього $\frac{na}{100}$ осіб; кожен з цих $\frac{na}{100}$ випадків дасть $\frac{na}{100} \times n$, тобто $\frac{n^2a}{100}$ заражень, а тому що загального числа захворює тільки a процентів, у другий

¹⁾ Питання про шляхи поширення шкарлатинної інфекції докладно розглянуто в додатку III.

період захворіє $\frac{n^2 a}{100} \times \frac{a}{100} = \left(\frac{na}{100}\right)^2$, в третій проміжок часу захворіє $\left(\frac{na}{100}\right)^3$ і т. д. Отже, коли припустити, що n , тобто кількість людей, яких заражає одна людина, і a , тобто контагіозний індекс, будуть весь час незмінними, то, треба думати, що кількість захворювань при інших однакових умовах зростатиме в геометричній прогресії. Наприклад, якщо протягом певного проміжку часу захворіло 100 людей, протягом наступного проміжку, однакової з ним величини захворіло 110 людей, тобто, інакше сказати, кожні 10 людей спричиняли 11 захворювань, і коли припустити, протягом наступного проміжку часу кожні 10 людей спричинять 11 захворювань, то за третій проміжок часу захворіє вже $(110 : 10) \times 11 = 121$ чоловік. Проте слід звернути на увагу, що навіть при припущеній цілком незмінній частоті заражень рух чисел захворілих не піде за вказану схему, бо кількість населення, яке може захворіти, поступово зменшуватися (перехворілі раз на такі інфекційні хвороби, як кір, шкарлатина й ряд інших хвороб, далі не можуть захворіти, тобто набувають імунітету до захворювання). І число захворілих збільшується не в геометричній висхідній прогресії, як це треба було б припустити, коли захворювання не давали імунітету, а повільно зростання спостерігається як наслідок зменшення числа населення, сприйнятливо до інфекції. Співвідношення це сповільнення захворюваності надзвичайно мале, так що хворіє мало, отже і загальне число тих, що хворіють, і набувають імунітету, дуже невелике. Але в міру того захворюваність набуває певної широти, сповільнення зростає і кінець-кінцем не тільки зрівноважує зростання, про яке ми говорили, але й призводить до скорення, про яке ми говорили, але й призводить до того, що число інфекційних захворювань починає спадати. Це переходить в антитезу, Нового підвищення зовсім не буде, якщо не було припливу свіжого, неімунізованого населення.

Описану нами схему руху інфекційних захворювань можна було б вкласти у відповідну математичну формулу, врахувавши ті зміни, які вносить зменшення населення сприйнятливо до інфекції. Проте ми гадаємо, що це було б мало корисним для зрозуміння руху епідемій, бо і в сучасних умовах

stein-а ми мали по суті абстракцію надго далеку від того, що відбувалося в дійсності. Якщо тут можливі порівняння, то збільшення епідемії слід уподібнити пожежі, яка згоряється спочатку повільно, а потім дедалі швидше, поки не загасає від недостачі горючого матеріалу. Але певної схожості тут немає. Якщо, скажімо, село вигоріло вогнем, то нова пожежа на тому самому місці статися відразу ж не може ніяк, бо горіти на ньому нічому. Щодо хвилястості інфекційних захворювань, то тут, звичайно, відбувається безупинний приплив чимраз нового «горючого» матеріалу, який являють собою нові покоління. В цьому прикладі того, що за періодом спадання числа захворілих звичайно йде період його наростання. Цікаву аналогію в цьому випадку дає так звана експериментальна епідеміологія. Виявляється, що коли штучно спричинена епізоотія тварин (наприклад, мишей) проходить у відокремленому стаді, епізоотія, досягши певної висоти, зменшується і потім припиняється остаточно. Інша картина спостерігається при підсаджуванні певної кількості тварин. Виявляється, що коли саджувати велику кількість їх, то число захворювань швидко зростає, коли ж підсаджувати небагато мишей, то захворюваність набуває хвилястого характеру.

Отже і апріорні дані, і аналогія з даними експериментальної епідеміології переконують нас у тому, що рух захворюваності може набувати хвилястого характеру з тих причин, про які ми тількищо говорили.

Brownlee дає примірну гіпотетичну криву розвитку епідемії, яка була б при наведених припущеннях.

Однак, чи можна сподіватися, що крива справжньої захворюваності настільки наближається до теоретичної кривої, що є рація робити відповідні спроби вирівнювання?

Детальний розгляд умов розвитку захворюваності на грипу примушує рішуче відкинути такі спроби. Справді, дані говорять за те, що ні вірулентність збудника, ні вплив нового неперехворілого людського матеріалу не є причиною зміни. Мало того, помилкою було б гадати, що зміна вірулентності збудника має хоч трохи постійний характер. Саме це й припускає Brownlee, вважаючи, що вірулентність збудника рівномірно спадає. Нам надзвичайно важко судити про те, яких змін зазнає вірулентність збуд-

ника шкарлатини, хоча б уже через те, що ми не знаємо скількинебудь певно цього збудника.

Якщо ж ставити питання в загальній формі, то про відношення збудника через сприйнятливий організм підвищується, а не знижує його вірулентність. Отже припущення Brownlee цілком необгрунтоване.

Щождо зміни вірулентності, то саме припущення про поступову рівномірну зміну, спрямовану весь час в одне бік, ніяк не погоджується з діалектичним розумінням процесу розвитку, який підкреслює наявність стрибків і розвиток через протилежність.

Звичайно було б дивно сподіватися від Brownlee діалектичного розуміння епідеміологічних проблем, але те еволюційне розуміння зміни вірулентності збудника, яке відбилося в побудові цього автора, для нас абсолютно неприйнятне.

Другий фактор, який, до певної міри, визначає форму кривої, а саме приплив сприйнятливого населення, також треба вважати досить нестійким. Ми вже не говоримо про ряд інших факторів, які впливають на швидкість поширення шкарлатини, наприклад, на такі, як більший чи менший ступінь жвавості зносин, різниця в розселенні жителів (більша чи менша скупченість) та ін.

Отже була б дуже велика несподіванка, коли б колишні захворюванія на шкарлатину давали одноманітну картину або навіть повною мірою зберігали всі свої особливості протягом довгого відрізка часу.

22. Концепція циклічності і її критика. Діалектичність, а циклічність динаміки шкарлатини

Другим завданням, і до того ж завданням великої практичної ваги, є визначення тривалості періодів коливань, якщо тільки взагалі можна говорити про періодичні коливання захворюваності на шкарлатину.

Різні літературні дані говорять про періоди найрізноманітнішої тривалості: Proust відмічає період в 3—4 роки; Prausnitz для Лондона — $3\frac{1}{2}$ року; Stallybrass для Лестера (XIX стол.) — 3—4 роки; Златогоров для Англії — 3 роки, Камінський для Ленінграда — 4—5 років; такий самий період відзначає для Будапешта Vokey; Debré для Варшави і Невядомський Воронізької губ. указують на

річний період, Маслаковець — 5—6 років, Златогоров для СРСР — 5—6 років, Debré для Праги і для Ясс — 7 років, Богралік і Розенберг — 8—10 років, Hirsch — 10—15 років, Müller і Gottstein — також 10—15 років; Kisskalt вважає, що для минулих часів характерний період в 10—15 років, а для наших часів — 8 років; Hübner вважає цей період у 10—12 років і відмічає ще невелике підвищення на протязі цього часу, а саме через 5—6 років; до цієї думки приєднується і Адріанов (за матеріалами Устюжінського району).

Отже, як бачимо, дані дуже відрізняються між собою, коливаючись від 3 до 15 років. Уже одне це примушує нас дуже обережно поставитися до спроб встановити певний період.

Питання по суті розпадається на два: 1) чи збігаються періоди коливань для різних країн або різних територіальних підрозділів країни; 2) чи існує періодичність для певної країни або територіального підрозділу країни, чи навіть для певного населеного пункту і яка ця тривалість в кожному окремому випадку.

Розгляньмо наші дані. Для зручності складімо таблицю, в якій позначмо тривалість періодів як збільшення, так і зменшення і тривалість хвиль (закінчених) в різних країнах у період 1923—1932 рр.):

Країна	Тривалість хвиль (роки)	Країна	Тривалість хвиль (роки)
Нідерландія	8	Польща	$5\frac{11}{13}$; $2\frac{8}{13}$
Франція	$7\frac{4}{12}$	Англія	$2\frac{11}{13}$; $5\frac{5}{13}$
Німеччина	$6\frac{6}{13}$	Швеція	$3\frac{6}{12}$; $4\frac{7}{12}$
СРСР	6	Чехословаччина	$4\frac{11}{12}$; $1\frac{11}{12}$
Австрія	$4\frac{12}{13}$	Австралія	$1\frac{9}{13}$; $4\frac{11}{13}$
Канада	$2\frac{5}{13}$	США	$1\frac{4}{12}$; $2\frac{10}{12}$; $2\frac{9}{12}$
Югославія	$1\frac{9}{12}$	Данія	3; $1\frac{9}{12}$; $1\frac{10}{12}$

З цієї таблиці видно, що тривалість коливань для різних країн цілком різна і для тієї ж самої країни різні хвилі характеризуються різною тривалістю. В таблиці ми знаходимо коливання від $1\frac{4}{12}$ до 8 років. Ці дані суперечать тому, що твердили багато авторів як про шарлатину, так і про деякі інші інфекції (наприклад, дифтерію), обстоюючи стійкість періодів і пробуючи пояснити їх правильність. Левіцький висловлює думку про п'ятирічну періодичність для шарлатини, аналогічну тому припущенню, яке робив Уваров і інші автори для дифтерії; пояснення це зводиться до

того, що найбільше число захворювань припадає на групу дітей до 5 років. Після чергового підвищення захворюваності на шкарлатину основна маса населення виявляється імунізованою. Щоб назбирався досить великий матеріал для нового спалаху потрібно приблизно 5 років. Шостак пробує навіть пояснити різницю в періодах коливання різних хвороб тим, що вік найбільшої захворюваності при цих хворобах не цілком однаковий. За даними його таблиці (які стосуються кол. Ульяновської губ.) на вік від 0 до 4 років припадає: хворих на коклюш — 65%, на дизентерію — 53%, на кір і шкарлатину — 52%, на дифтерію — 36,7%, на віспу — 22,9%, на паротит — 14,6%. У зв'язку з цим, на думку Шостака, інтервали або перерви між епідеміями для перших чотирьох хвороб повинні дорівнювати приблизно 4—6 рокам, а для дифтерії, віспи і т. д. повинні бути довшими, чим, незважаючи на те ж, що контингент захворілих на ці хвороби складається з багатьох вікових груп, такі епідемії повинні тривати довше і мати хвости.

Проти пояснення Левіцького й інших можна заперечити, що приплив «горючого» матеріалу йде безперервно. Діти приблизно вже через півроку після народження (діти до 1/2 року захворюють рідко) можуть захворіти на шкарлатину. І тому що шкарлатина в багатьох населених пунктах ендемічна, частина дітей дійсно захворює, ще не досягнувши другого року. Навіть коли мова йде про найнижче число захворювань; деяка частина захворілих вступає в другий рік життя, уже маючи імунітет. Те саме можна сказати про наступний рік, так само деяка частина народжених переживає, ще не вступивши в третій рік життя. Отже щороку кількість неперехворілих буде збільшуватися не на те число, яке буде вступати в наступний рік життя, а на трохи менше. Треба взяти на увагу, що в міру того, як цифри захворюваності зростають, процент перехворілих, які вступають в другий рік життя, буде зменшуватися. Міркуючи аналогічно, можна сподіватися, що після того, як неперехворілі до одного року перейдуть в третій рік життя (після двох повних років), частина з них перехворіє протягом ближчого року, при чому процент перехворілих, які вступають у наступний рік життя, буде зменшуватися і зменшення це буде тим більше, чим більше буде зростати загальний рівень

захворюваності на шкарлатину. Ці міркування можна повторити для кожної вікової групи до 5 років. Отже через 5 років кожна з п'яти перших вікових груп матиме деяку частину перехворілих. Якщо ми побажаємо з'ясувати, чи буде й далі збільшуватися число неімунізованого населення, то ми повинні будемо зіставити кількість тих, що захворюють за певний рік (в тій чи іншій формі), з припливом свіжого (неімунізованого) населення, який в основній частині становлять контингенти малолітніх приблизно через півроку після народження (діти до цього віку, як правило, несприйнятливі до шкарлатини). У нас немає даних вважати, що саме через 5 років кількість неімунізованих буде максимальною. Це залежить від того, якої висоти досягне захворюваність. Якщо кількість захворювань¹⁾ буде менша, ніж приплив «горючого» матеріалу, то при інших однакових умовах, очевидно, зростання продовжуватиметься, коли буде більша, то настане зменшення. Але відповідної висоти захворюваність може досягти або раніше, ніж через 5 років після того року, коли її рівень є мінімальним, або пізніше. Який вік найбільш сприйнятливий до шкарлатини, в даному випадку, очевидно, не має ніякого значення.

З цього виходить, що пояснення періодичності, яке надають Уваров, Левіцький, Шостак та інші автори, прийняти неможливо. Крім того розгляд кривих захворюваності показує, що періодичності по суті немає, тому що інтервали між двома суміжними максимумами для різних країн різні і далеко не збігаються для тієї ж самої країни або частини її.

Ці міркування цілком заперечують концепцію циклічності коливань захворюваності на шкарлатину. Досить глянути на наші дві основні діаграми, щоб з повною категоричністю відкинути думку про таку циклічність. Правильно інтерпретувати рух захворювань на шкарлатину можна, лише застосувавши виявлення діалектичності її динаміки. Чергування періодів спадання і підвищення є основна особливість кривої шкарлатини, але даремно було б пробувати порівняти цю криву, скористувавшись, скажімо, тригоно-

¹⁾ Щоб не ускладняти питання, ми говоримо лише про захворювання (в явній або нерозпізній формі), а не згадуємо про можливість імунізації в прихованій формі, про що скажемо далі.

метричними функціями. В русі чисел захворювань ми спостерігаємо перехід від тези до антитези: низькі числа змінюються високими, а потім настає нова зміна напрямку; в синтезі відбувається злиття протилежностей. Але синтез не збігається з тезою і набуває деяких нових властивостей; інакше сказати, розвиток відбувається згідно із схемою Енгельса від A до $-A$ і від $-A$ до A^2 : синтез являє певну схожість з вихідним пунктом, але zarazом набуває деякої нової властивості, якої в тезі немає.

Коли б теорія циклів була правильна, то зміни відбувалися б за іншою схемою, а саме: $+A, -A, +A, -A$. Інакше кажучи, жодного розвитку, жодного руху не було б, а спостерігалось б топтання на одному місці. За одним з прикладів того, що розвиток відбувається діалектично, може бути динаміка захворюваності на шкарлатину.

Отже докладний аналіз динаміки шкарлатини в різних країнах приводить до висновку, що так звані цикли є фікцією буржуазних дослідників. Жодних циклів у русі захворюваності на шкарлатину немає. Коли ми говоримо про коливання другого порядку, то різниця тут не лише в самій назві, — заперечується періодичність цих коливань і повторюваність форми кривої захворюваності. Дальший виклад доведе і третю особливість коливань другого порядку, а саме те, що вони аж ніяк не мають тієї фаталістичної неминучості, яку буржуазні дослідники звичайно надають циклічним коливанням.

23. Коливання вірулентності як фактор, що перекручує правильність кривої коливань другого порядку

Згідно з наведеним поясненням коливань другого порядку, основним фактором коливань є наявність або відсутність матеріалу, сприйнятливо до шкарлатини. Одним з факторів, який перекручує правильність кривої і впливає на її форму, треба вважати коливання вірулентності збудника. Треба підкреслити, що за прийнятою гіпотезою цей останній фактор не спричиняє хвилястості кривої шкарлатини, а лише в певних межах змінює положення кожної точки кривої захворюваності. Подане вище пояснення треба

визнати апріорним припущенням, ще не ствердженим на конкретному матеріалі. Поряд з цим можна припускати, що основною причиною коливань другого порядку є коливання вірулентності. Наведений вище аналіз показав, що ніяких фактів, які стверджували б це припущення, встановлено не було. Проте до цього часу не наведено й таких фактів, які б його заперечували.

24. Аналіз емпіричних даних про коливання другого порядку

Розгляньмо наші криві, щоб вирішити, якими з цих двох припущень можна пояснити їх особливості.

Почнімо з зіставлення ковзної кривої Англії та Німеччини. Відразу впадає в око різниця цих кривих. Починаючи від вихідного пункту (1923 р.) до кінця періоду (1932 р.) крива Англії дає дві повні хвилі і початок підвищення в третій. Коливання відбуваються на високому рівні. Німеччина на початку періоду показує (супротивно до Англії) надзвичайно низькі — як абсолютно, так і відносно — цифри захворюваності. 1923 рік в Англії дає 85,6 тис. захворювань, що становить 22,3 $\frac{0}{1000}$, а Німеччині 27,2 тис. або 4,4 $\frac{0}{1000}$. Потім спостерігається неперервне зростання майже по прямій лінії (тобто приблизно в арифметичній прогресії). Це зростання триває до січня 1929 р. У цей час числа шкарлатини в Англії цілком закінчують першу хвилю і дають початок другій. Тільки з січня 1929 р. починається спадання; не зважаючи на це спадання, шкарлатина в Німеччині вже не спускається до тих низьких чисел, які спостерігаються на самому початку періоду.

Коли вважати, що коливання вірулентності збудника є основним фактором, що спричиняє коливання другого періоду, то різниця в кривих Німеччини і Англії зовсім незрозуміла. Справді, навряд чи хто візьметься пояснити, чому саме вірулентність збудника шкарлатини в Англії коливається багато частіше, ніж у Німеччині.

Перш ніж знайти пояснення різниці кривих шкарлатини для двох цих країн, звернімо увагу на те, що не менші різниці дають і інші країни. Франція, наприклад, відмінно від Англії і подібно до Німеччини, дає одну лише хвилю (крива

на діагр. 11 розірвана, не вистачає приблизно одного року, тому що числа одного місяця, а саме листопада 1929 р. явно дефектні), Італія за цей самий період дає три хвилі, Югославія, що лежить по той бік Адриатичного моря, дає тільки кінець (період спадання) однієї хвилі і другу повну, тобто приблизно $1\frac{1}{2}$ хвилі і т. д.

Отже теорія, що пояснює коливання другого порядку насамперед зміною вірулентності збудника шкарлатини, не погоджується з справжньою динамікою захворювань на шкарлатину. Погляньмо, в якій мірі друге припущення, а саме думка про те, що коливання спричиняються зміною кількості індивідуумів, сприйнятливих до шкарлатини, відповідає нашим кривим.

Насамперед треба пояснити, чому числа захворюваності на шкарлатину на початку нашого періоду низькі для Німеччини і високі для Англії. Щодо Німеччини, то ми знаємо, що 1915 рік був роком дуже значного піднесення шкарлатини. Число захворювань від шкарлатини в Німеччині в 1915 р. досягло 149,5 тис., тобто вищеї точки за ціле десятиріччя, починаючи з 1913 і кінчаючи 1922 р. Друге щодо висоти число, яке припадає на 1913 р. дорівнює 104,4 тис. Імовірно, що захворюваність у 1915 р. применшена більше, ніж у 1913 р., через меншу повноту реєстрації, в наслідок неминучого ослаблення медичного обслуговування цивільного населення під час війни. Число захворювань на шкарлатину (в явній або нерозпізнаній формі), імовірно, було таке значне, що майже все сприйнятливє до шкарлатини населення дістало імунітет. Далі йдуть роки війни, коли народжуваність у Німеччині різко спала. Взявши середнє арифметичне коефіцієнтів народжуваності в Німеччині за три передвоєнні роки і перший рік війни (1914 р.), що був лише на $\frac{3}{12}$ роком війни¹⁾, з одного боку, і зіставивши його з чотирма роками війни (1915—1918 рр.), виявимо, що перше дорівнює 27,8 на 1000, а друге — 15,9. Як бачимо, народжуваність за чотириліття

¹⁾ Протягом цього року війна ще не могла вплинути на висоту народжуваності; це буде зрозумілим, якщо взяти на увагу тривалість часу від запліднення до народження.

зменшилася на 43%. Цілком природно, що це призвело до того, що хворіти на шкарлатину було майже нікому. І справді, числа тих, що хворіли на неї, різко спадають — до 39,2 тис. в 1918 р. Наступні чотири роки дають підвищення народжуваності й невелике підвищення захворюваності на шкарлатину, — невелике тому, що старші дитячі контингенти перехворіли вже під час епідемії шкарлатини в 1915 р. Невелике підвищення, що охоплює період до 1921 р., змінюється черговим зниженням. В 1923 р. спостерігаємо небувало низькі числа за весь період з 1913 р., а саме 27,8 тис., що становить 18,6% до числа 1915 р.

Цілком природно, що число захворілих було в багато разів менше, ніж приплив неімунізованого населення. От через що в наступні роки спостерігається неперервне зростання до 1929 р. Треба думати, що різниця між припливом неімунізованого населення збільшувалася рік-у-рік, тобто до числа неімунізованих за один рік добавлявся контингент неімунізованих протягом наступного року. Незначність імунного прошарку створювала сприятливі умови для тривалого зростання числа захворювань на шкарлатину. Це зростання тривало доти, поки числа захворілих за річний період не досягли такої границі, що не тільки могли покрити приплив свіжого людського матеріалу, але разом з тим і погасити сприятливість тих резервів «горючого» матеріалу, які утворилися за попередні роки.

Інакше стояла справа в Англії. Спадання народжуваності за роки війни відбувалося тут менше, ніж у Німеччині й Франції. Середнє арифметичне коефіцієнтів народжуваності за 1911—1914 рр. дорівнює 24,0 на 1000, а за 1915—1918 рр. — 19,6, тобто народжуваність в Англії знизилась лише на 18%. Це, очевидно, стало одним з факторів, через що на початку розгляданого нами періоду (за час війни відомостей у нас немає), числа захворюваності були досить високі. Такі високі числа повинні були призвести до того, що більшість населення набула імунітету. Приплив свіжого матеріалу, крім того, був трохи менший, ніж у Німеччині (середній коефіцієнт за 1919—1922 рр. дорівнював 21,7, а в Німеччині — 23,5), тому тут ми маємо більш короткочасне, ніж у Німеччині, зростання числа захворювань

на шкарлатину і частіші хвилі захворювань. Це зростання тривало до того часу, поки захворюваність за річний період не дійшла такої висоти, що могла покрити приплив свіжого людського матеріалу, а також і зробити імунними ті невеликі резерви «горючого» матеріалу, які назбиралися за попередній час. >

Франція дає картину, аналогічну Німеччині, — різке зниження народжуваності за чотириліття 1914—1918 рр. (з 18,5 довоєнного чотириліття до 10,9 воєнного, тобто на 41%) і значне підвищення в 1919—1923 рр. Крім того і картина збільшення захворюваності до певної міри наближається до німецької.

Щодо Італії, то, як відомо, вона вступила у війну лише в 1915 р. і значне спадання народжуваності почалося тут тільки з 1916 р. Італія типом хвиль наближається до Англії.

Швеція, не втягнута в імперіалістичну війну, майже не виявляє спадання народжуваності в роки війни. За війни в Швеції спостерігається лише незначне зниження народжуваності (1911—1914 рр. — 23,4, 1915—1918 рр. — 21,0, тобто зниження лише на 10%). Поруч з цим у кривій захворюваності Швеції ми спостерігаємо загальну тенденцію до зниження, яку, за нашими даними, можна простежити до 1930 р. Відповідні дані наведено в табл. 18.

Цікаво, що Австралія, яка не давала скількинебудь різкого спадання народжуваності, характеризується двома хвилями.

Розгляньмо ще криву захворюваності в УРСР за 1921—1923 рр. В середині 1923 р. захворюваність спадає до дуже низького рівня. Імовірно деяке значення тут має неповнота реєстрації. В даному випадку ми спостерігаємо картину, аналогічну тій, яку дає Німеччина. Низькі післявоєнні числа, очевидно, і в даному випадку треба пояснити переважно зниженою народжуваністю після війни й підвищенням захворюваності на шкарлатину, яке було на Україні в 1915 р. Потім іде досить тривале зростання захворюваності протягом чотирьох років до середини 1927 р. Починаючи з цього часу, коливання на порівнюючі високому рівні стають частішими; це й зрозуміло, тому що при попередніх висо-

Таблиця 18

Народжуваність (середнє арифметичне за 4 роки на 1000 чол. населення)

Країна	Роки				
	1911—1914	1915—1918	1919—1922	1923—1926	1927—1930
Англія	24,0	19,6	21,7	18,6	16,5
Німеччина . .	27,8	15,9	23,5	20,4	18,1
Франція . . .	18,5	10,9	18,6	18,9	18,0
Італія	31,7	23,0	28,3	28,8	26,6
Швеція	23,4	21,0	21,1	17,8	15,7
Австралія . .	28,0	26,2	24,6	23,0	20,8

Для Італії маємо такі річні дані за період 1913—1918 рр.:

Рік	На 1000 чол.
1913	31,7
1914	31,1
1915	30,5
1916	24,0
1917	19,5
1918	18,1

ких числах переважна більшість населення була вже імунізована і те свіже населення, яке вливалось, імунізувалося за короткий проміжок часу.

Інше пояснення низьких чисел, яких досягла захворюваність в останні роки війни і в перші роки після війни, вже розглянуто в § 18 цієї роботи.

26. Антагонізм між захворюваністю того чи іншого населеного пункту під час однієї епідемії і захворюваності його під час наступної епідемії.

Щоб ще більше підтвердити вирішальне значення саме цього фактора, ми взяли деякі матеріали про шкарлатину, де дані розміщено в розрізі невеликих територіальних одиниць, а також (що здавалося нам ще доцільнішим) для окремих населених пунктів. Krahn дає картину захворюваності на шкарлатину для окремих територіальних частин Саксена (Bezirk) за 1922—1925 і 1927 рр.

Виявляється, що в тих частинах Саксена, які характеризувалися високою захворюваністю в 1922 р., спостерігалася низька захворюваність в 1937 р. і, навпаки, — низькій захворюваності 1922 р. відповідає здебільшого висока захворюваність у 1927 р. Застерігаємо, що цього висновку автор не робить, але висновок цей впливає з розгляду наведених в його статті картограм.

Далі ми використали відомості для кол. Курської губ. подані в роботі Долженкова; ці відомості стосуються періоду з 1886 до 1890 р. і цінні тим, що захворюваність у них дана для окремих населених пунктів за весь цей час. Знаємо, що підвищення захворюваності на шкарлатину припадає саме на початковий (1886) і кінцевий (1890) роки цього періоду.

У 1886 р. із загального числа населених пунктів (2816) 261 пункт був уражений шкарлатиною; це дає 9,3% загального числа населених пунктів. У 1890 р. таких пунктів було 151 або 5,4% загальної кількості. Обчислити очікувану кількість населених пунктів, в яких були випадки шкарлатини і в 1886, і в 1890 рр., можна, припустивши, що між захворюваністю 1886 р. і захворюваністю 1890 р. не була ніякої залежності — ні позитивної, ні негативної; інакше кажучи, що випадки захворювань в певних населених пунктах, у 1886 р. ніяк не відбилися на захворюваності на шкарлатину, або на відсутності її в 1890 р. в тих самих населених пунктах.

Імовірність сумісної появи двох незалежних подій дорівнює добуткові їх імовірностей. Імовірність того, що якийсь населений пункт уражений був у 1886 р. приблизно дорівнює 9,3%; імовірність того, що якийсь пункт уражений був у 1890 р. дорівнює 5,4%. Отже, імовірність того, що той самий населений пункт буде уражений і в 1886, і в 1890 р. дорівнює:

$$\frac{9,3}{100} \times \frac{5,4}{100} = \frac{50}{10000} = 0,005 = 0,5\% \text{ (приблизно).}$$

Тому, коли припустити, що захворюваність 1890 р. залежить від захворюваності 1886 р., то виявиться, що уражено буде 0,5% загального числа населених пунктів.

або 14 селищ. В дійсності виявляється, що таких селищ було всього лише 7, тобто в два рази менше, ніж можна було сподіватися¹⁾).

Отже захворюваність 1886 р. впливала в тому напрямі, що в цілому ряді випадків забезпечувала ці населені пункти від захворювань під час наступної епідемії 1890 р. Якби пояснювати коливання другого порядку переважно зміною вірулентності збудника, то було б незрозумілим, чому саме з новим підвищенням вірулентності збудника не захворіло населення всіх пунктів, які були заражені під час попередньої епідемії. Це явно суперечить такому поясненню, як суперечить йому і аналогічний факт щодо захворюваності в Саксені (див. вище). Це значно підкріплює пояснення, за яким коливання другого порядку залежить від наявності або відсутності населення, сприйнятливого до шкарлатини. Якщо на шкарлатину перехворіла значна частина дитячого населення певного пункту, то ймовірність нового виникнення шкарлатини в цьому пункті значно знижується. При обчисленні, яка частина дитячого населення перехворіла, треба брати на увагу захворювання як в явній формі, так і в формі нерозпізнаній.

Наведені пояснення факторів коливань другого порядку наближаються до того, яке наводить Stallybrass. «Періодичні зміни патогенності мікроба, уперше висунуті Farr-ом на основі математичних передумов і ствержені на тій самій основі Brownlee, не є, очевидно, скількинебудь необхідними для пояснення періодичності», — пише Stallybrass. «Основним фактором, який зумовлює позасезонну періодичність, є виснаження в результаті епідемії сприйнятливості населення до таких меж, коли сприйнятливе населення стає таким рідким, що хвороба лише ледве поширюється або не поширюється зовсім».

На відміну від погляду Stallybrass-a і тих робіт, на яких ґрунтуються його висновки, наша робота відкидає

¹⁾ Щоб упевнитися у не випадковому характері розходження, вирахуємо χ^2 , яке вживають для оцінки міри збігу. В нашому випадку χ^2 дорівнює 4,08, тобто розходження не можна вважати випадковим, бо остання ймовірність менша 0,05.

концепцію циклічності. Коли це так (адже сам Stallybrass припускає значне відхилення від періодичності), то і спосіб доведення повинен бути іншим. Більше підстав виходити з розгляду обробленого належним способом конкретного матеріалу, ніж з апіорних міркувань, як це робить Stallybrass і деякі з противників і прихильників його погляду. Проте слід підкреслити, що остаточні висновки про причини так званих періодичних коливань або, точніше, коливань другого порядку, до яких приходять Stallybrass, і ті висновки, які випливають з нашої цієї роботи, методично побудованої цілком інакше, близькі одні до одних.

27. Підсумки з'ясування причин коливань другого порядку

Після докладного розгляду всіх наведених вище припущень про можливі причини коливань другого порядку і аналізу конкретного матеріалу необхідно зробити такі висновки:

1. Питання про вплив якісного складу їжі і її кількості на динаміку шкарлатини не можна вважати з'ясованим; ясно, проте, що дією цього фактора не можна пояснити походження коливань другого порядку.

2. Є серйозні дані вважати, що вірулентність збудника шкарлатини зазнає значних змін; проте розгляд конкретного матеріалу приводить до висновку, що коливання другого порядку в основному спричиняються не цим фактором.

3. Наявність або відсутність сприйнятливого населення як основний фактор коливань другого порядку є тим припущенням, яке цілком погоджується з конкретним матеріалом, обробленим методом ковзної на 12 точках, — методом, що дозволяє багато точніше вловлювати динаміку шкарлатини, ніж це робилося досі.

Крім того, значення цієї обставини стверджується розглядом захворюваності населення окремих пунктів під час двох епідемій, які йдуть одна за одною.

Було б непотрібним спрощенством припускати, що коли розглядані коливання другого порядку спричиняються наявністю або відсутністю сприйнятливого населення, то цим самим зовсім усувається вплив коливань вірулентності

на хід захворюваності на шкарлатину. Важливо з'ясувати, в якій мірі підсилення або ослаблення захворюваності відбивається на вірулентності збудника. Хоч впливу цього не можна встановити з певністю, але можна припускати, що при зменшенні захворюваності на шкарлатину (коли між окремими захворюваннями минає більший проміжок часу, ніж під час епідемії) збудник шкарлатини, як правило, довше лишається поза організмом людини і в деяких випадках цілком втрачає свою патогенність і навіть стає нежиттєздатним. Пасажі через організм при цих обставинах відбуваються рідше; взагалі, якщо навіть мікроорганізм не втрачає цілком своєї вірулентності, то тривале перебування вірусу поза організмом зменшує її; а це може сприяти зменшенню захворюваності. Під час епідемій інтервали між окремими захворюваннями зменшуються; в наслідок цього пасажі вірусу через організм людини повинні відбуватися часто, а тому що однією з умов зростання захворюваності є наявність сприйнятливого населення, вірус проходить якраз через сприйнятливий організм, а це, як відомо, сприяє збільшенню його вірулентності, яка впливає на підвищення захворюваності. Отже можна припустити, що підсилення вірулентності як наслідок цієї причини саме сприяє підвищенню захворюваності, тобто підсилює дію тієї причини, яка його викликала. Навпаки, зниження вірулентності через недостатню кількість сприйнятливого матеріалу теж впливає на зменшення захворювань, тобто підсилює дію того фактора, який його спричинив. Отже при такому припущенні провідним фактором є наявність або відсутність достатньої кількості населення, сприйнятливого до інфекції, а коливання вірулентності спричиняються цим фактором і самі підсилюють його дію. Справді, самовільної зміни вірулентності збудника спостерігати не доводиться, а підсилення її від пасажу відмічалось дуже часто, і зокрема для стрептокока (досліди Марморєка), про що ми вже говорили. Досліди з гемолітичними стрептококами переконливі при поясненні динаміки шкарлатини, звичайно, тільки тоді, коли вважати гемолітичний стрептокок збудником шкарлатини. Проте підсилення вірулентності збудника

при проходженні через сприйнятливий організм є загальне положення мікробіології, а тому відмічений погляд повинен бути цілком сприйнятливий і для противників стрептокового пояснення етіології шкарлатини. Так, очевидно, і треба тлумачити деяке відносне підвищення вірулентності, яке спостерігається під час епідемії і виявляється в підсиленні летальності.

29. Можлива критика викладеного розуміння коливань другого порядку і її заперечення

Основне заперечення, яке можна зробити проти такого розуміння коливань другого порядку, полягає в тому, що кількість захворювань значно менша, ніж приплив нового населення через народження. Візьмемо як приклад дані для України (без кол. Таврійської губ.) з 1903 до 1910 р., зіставивши число зареєстрованих захворювань з числом народжених на Україні (без Таврійської губ.) за той самий час. При цьому від числа народжених треба відняти число померлих і у віці до 1 року, тому що у віці до $\frac{1}{2}$ року захворювань на шкарлатину майже не спостерігається а після $\frac{1}{2}$ року до 1 року такі захворювання надзвичайно рідкі. Загальне число народжених без числа померлих у віці до 1 року за цей період становить 7385,1 тис., зареєстровано ж захворювань на шкарлатину за цей час 761,8 тис. Це зіставлення показує, що число зареєстрованих захворювань становить приблизно лише 10% усього числа народжених і тих, що дожили до 1 року.

Проте в число зареєстрованих захворювань треба внести цілий ряд поправок. Насамперед цілком ясно, що реєструються далеко не всі випадки захворювань. Розмір поправки на неповноту охоплення ніяк не можна встановити, як це показали ми вище.

Потім треба взяти на увагу стерті форми захворювань. Ще Graves потім Trousseau обстоювали частоту атипичних форм шкарлатини. Bouché, Blashez, Squire, Colin, Pollak, Toupin, Maclintoch, Giranden, Fournié, Henoeh, Kelche, Dopter er Lavergne, Brelet, Paquêt, Proust, Kobrak, Reiter, Stallybrass, James, Rudder, Drygalsky, Златогоров, Маслаковець.

Стафанський, Каневський, Коробкова і Мітін, Горбунов, Соколов, Малхазов та ін. відмічають дуже велике значення стертих форм шкарлатини. Це так звані scarlatinettes, scarlatines ambulatoires, scarlatines frustes, scarlatines latentes французьких авторів (при таких формах часто-густо не звертаються до лікаря). Ми вже відзначили високий процент випадків, коли важко знайти джерело зараження. Це до деякої міри треба пояснити частотою стертих форм, при яких дуже часто не викликають лікаря (Paquet). Наявністю таких стертих форм пояснюється те явище, що навіть стопроцентна своєчасна госпіталізація не приводить до повного припинення епідемії. Старі автори (Hübner, Salge) вважали, що шкарлатину можна зовсім викоренити, добившись стопроцентної госпіталізації. Але відповідний дослід, описаний Greef-ом показав, що така повна госпіталізація лише знизилася захворюваність на 17,2%, але епідемії не припинила.

Велике епідеміологічне значення має ангіна в дорослих а частіше і в дітей. Кобрак спостерігав 50 родин, заражених шкарлатиною. З них перше захворювання викликало повторне захворювання в 36 випадках. З цих 36 випадків у 13 захворювали матері, при чому найчастіше хвороба виявлялася в них незначними явищами, а іноді все обмежувалося ангіною. За спостереженнями James-а в родинях, де з'являється шкарлатина, молодші діти типово захворюють з добре виявленою висипкою, старші діти захворюють менш типово, імовірно лише з тимчасовою висипкою, тоді як у дорослих спостерігається гарячка й ангіна без блювання та висипки. Проте, у всіх захворілих виявляється ідентичний штам стрептокока. Епідеміологічне значення ангін у дорослих обстоює також Vormann. За Proust-ом треті особи, через яких передається шкарлатина, дуже часто хворіють на ангіну. Johanessen, що спостерігав 26 шкарлатинозних родин з 68 хворими, виявив, що зараження від явно шкарлатинозного сталося лише в трьох випадках; в 17 випадках джерелом зараження була ангіна. Baur і Lesage також вважають, що основним джерелом шкарлатини є стерті форми. Горбунов, описуючи перебіг шкарлатини в Бійську, розповідає про ті випадки шкарлатини, коли

діагноз її ставили виходячи з епідеміологічних міркувань. Наступні ускладнення підтверджували правильність діагнозу. Kelsch констатує, що ангіна передує, супроводить і закінчує шкарлатинозні епідемії. Маслаковець наводить такі відомості про частоту захворювань на ангіну й шкарлатину в різних типах дитячих закладів (для Ленінграда — 1923—1926 рр.):

Таблиця 19

Рік	Хвороба	На 100 дітей відповідного віку			
		Притулки (1—3 р.)	Дитячі будинки		Школяри (8—17 р.)
			Дошкільн. 4—5 р.	Школяри 8—17 р.	
1923	Ангіна	10,47	3,8	6,45	2,17
	Шкарлатина . .	0,67	0,66	0,39	0,18
1924	Ангіна	11,11	7,14	12,65	5,3
	Шкарлатина . .	3,28	2,42	0,81	0,88
1925	Ангіна	12,12	20,0	23,3	7,1
	Шкарлатина . .	5,2	9,0	1,4	1,4
1926	Ангіна	4,88	4,89	12,5	6,25
	Шкарлатина . .	2,84	0,72	0,35	0,87

З табл. 19 видно, що разом з зростанням числа захворювань на ангіну зростало і число захворювань на шкарлатину, а коли зменшувалося число випадків ангіни, зменшувалося й число випадків шкарлатини. Величезна захворюваність на стрептококові ангіни характерна якраз для епідемічного часу. Про це явище повідомив у своїй доповіді на конгресі по шкарлатині (Кенігсберг, 1928 р.) Дригальський. Він указав, що епідемія шкарлатини супроводиться випадками ангіни, в яких дуже часто виявляється гемолітичний стрептокок. Ті, що перехворіли на ангіну й були носіями гемолітичного стрептокока, нерідко ставали джерелом зараження шкарлатиною.

В опису шкарлатини в Ашхабаді (1927 р.), наведеному в роботі Мінкевіча, автор звертає увагу на те, що паралельно з розвитком шкарлатини відмічено було й масові випад-

ки захворювань на ангіну. Майже в одній третині випадків ангіна проходила з симптомокомплексом, подібним до шарлатинозного (яскрава почервонілість, насиченість кров'ю слизової оболонки зів, прискорення пульсу, малиновий язик, підозріла червоність шкіри). Перші дні захворювань у дітей була позитивна реакція Діка, яка з другого тижня переходила в негативну або несправжню. Слідом за появою ангіни у старших дітей нерідко захворювали на шарлатину й молодші. За три місяці серед школярів було 493 випадки ангіни і 41 випадок шарлатини. Загалом перехворіло приблизно 40% школярів, які мали позитивну реакцію Діка (коли вважати ангіну етіологічно шарлатиною). З цього зрозуміло зниження числа випадків шарлатини, яке було після того.

Звичайно, співвідношення стертих і явних форм шарлатини, яке спостерігалось в Ашхабаді не можна вважати обов'язковим для всякої епідемії. Thornton (епідемія в англійській школі) на 31 випадок шарлатини відзначає 19 випадків ангіни, які спочатку не давали вказівок на шарлатину. Ці випадки ангіни закінчувалися луценням. За даними Reiter-а для Мекленбурга виходить, що атипові форми шарлатини становлять 50% яскраво виявлених форм. Проте числа Reiter-а навряд чи можна прийняти без застережень, тому що відношення атипових форм до яскраво виявлених надзвичайно важко визначити, бо стерті форми хвороби далеко важче визначити, ніж ті, які виявляються яскраво. Очевидно, процент стертих форм шарлатини в загальній їх кількості, який наводять Reiter і Thornton, треба вважати применшеним. За це говорять зіставлення як з тими даними, що були вже наведені, так і з тими, які ми наводимо далі. Так, за повідомленням Vormann-а на кенігсберському конгресі по шарлатині кількість захворювань на ангіну, спостережених під час епідемії в Ревелі, в багато разів перевищувала кількість випадків шарлатини. Наприклад, в одній частині на 400 солдат спостерігалось 5 випадків шарлатини і 60 випадків ангіни. У хворих знаходили гемолітичний стрептокок, а в здорових здебільшого його не виявляли. Звичайно ангіна мала тяжку форму з великим підвищенням температури (нерідко вище 40°)

і з загальними тяжкими явищами. Треба зазначити, що результатом контакту з шкарлатинозними хворими, нерідко буває ангіна. Доповідач вважає, що вислів: «шкарлатина — гостра екзантема» неправильний. Скоріше треба було б сказати, що шкарлатина є специфічна ангіна, яка в певному числі випадків супроводиться екзантемою.

Можливо, що несприйнятливість є наслідок поступової імунізації невеликими дозами. Значення носіїв збудника шкарлатини в епідеміології цього захворювання різні автори оцінюють різно. Великої ваги надають їм Jürgens, Jungeblut, Meier und Jar, Reiter, Rudder, Friedmann, Rauncz і Czoma, Гамалея, Стефанський, Маслаковець, Ревіч і Шнеерзон. На протилежній позиції стоять Коробкова і Мітін. Питання це так чи інакше може бути остаточно розв'язане тільки тими, хто вважає етіологію шкарлатини з'ясованою, а ті автори, які вважають питання про етіологію шкарлатини нерозв'язаним, цілком природно, не можуть прийти до певного висновку (в цьому питанні). З фактів, які говорять на користь деякої ролі носія, треба згадати опис епідемії в дитячому будинку, спричиненої, на думку Bliss-a, здоровим носієм гемолітичного стрептокока. Для тих, хто вважає реакцію Діка специфічною, велике значення повинне мати повідомлення Rauncz-a і Czoma, які відмічають, що семеро дітей в клініці проф. Вокау реагували на реакцію Діка позитивно, але незабаром після одного випадку шкарлатини в клініці почали реагувати на неї негативно.

Якщо реакцію Діка розглядати, як показник імунітету до шкарлатини, то виходить, що цей імунітет може настати без будь-яких явних ознак хвороби. Так, за даними Stallybrass-a, у виправній школі біля Ліверпуля було мало сприйнятливих до шкарлатини, а в сусідній підготовчій школі (старший клас) всі, крім чотирьох із загальної кількості (65) були сприйнятливими. Ці несприйнятливі діти з підготовчої школи перенесли інфекцію самі, або ж — це має особливе значення — серед них не було виявлено хворих, тоді як інші члени їх родин перехворіли.

Reiter вважає, що лише приблизно 10—20% захворюють на шкарлатину в явній формі. Він наводить відповідні

матеріали для Мекленбурга, з яких виходить, що на 10000 чол. населення в середньому захворює щороку 10 (дані за 1908—1927 рр.); отже за 20 років захворює 200; коли до цього додати 50% атипичних форм, то захворюваність становитиме приблизно 300 на 10000; населення віком до 20 років є приблизно 3400 на 10000; отже захворює приблизно 10% населення.

З цього можна зробити той висновок, що питання про імунізацію невеликими дозами при сучасному стані наших дітей не можна вважати розв'язаним остаточно, хоч можливість такої імунізації дуже значна.

Треба мати на увазі, що на шкарлатину захворюють далеко не всі. Там, де ця хвороба ендемічна, на неї в її класичній формі, за Rudder-ом, захворює 25—30% усього населення.

Reiter, за даними для Мекленбурга за 1903—1927 рр., обчислив середню захворюваність в 10 на 10000 (розрахунок ми навели вище). Шостак для кол. Росії наводить такий розрахунок. Народжуваність в кол. Росії в першій чверті XX століття була приблизно 40 на 1000. З числа народжених не виживає до одного року приблизно 25%. Отже до одного року доживає 30 на 1000. Середня захворюваність на шкарлатину була 1,8 на 1000. Виходить, що захворюваність дорівнювала $\frac{1,8}{30,0} = 6\%$. Якщо навіть збільшити цю величину вдвоє, ураховуючи неповноту охоплення, то вона становитиме 12%. Ці дані наближаються до даних Мекленбурга. Під час епідемії на Фарерських островах у 1875 р. в місті Торнсгавн захворіло 25% населення. Воскресенський наводить дані Кононовича, за якими 83% дітей до 12 років захворюють на шкарлатину. За даними Schelleу для Лондона 73,57% дітей не мали шкарлатини до вступу в школу. Отже в Лондоні приблизно 26% дітей, що вступають до школи, перехворіли на шкарлатину. Collins (1916 р.) на підставі спеціального опитування зазначає, що між школьниками віком у 16 років, які належали до місцевого білого населення чотирьох штатів США, на шкарлатину перехворіло 14,0% (дані стосуються Мерленда, Вірджинії, Північної й Південної Кароліни). По Henderson-у

(1916 р.) відповідний процент становить 25,2 (дані стосуються Канади). За відомостями Van Valzah (1915 р.) процент перехворілих становить для чоловіків 24,0, а для жінок 20,0; його відомості стосуються студентів, які вступають до університету у Вісконсіні (середній вік чоловіків 20,5, а жінок 20,6 років).

Треба підкреслити, що всі подібні розрахунки, цілком природно, дуже неточні, поперше, тому що часто-густо неможливо визначити процент охоплення (дані Шостака і Кононовича зовсім не обгрунтовані), подруге, тому, що визначити процент атипичних форм у загальному числі захворювань на шкарлатину — спроба майже така ж безнадійна.

Досі ми мали справу з процентом захворілих. Але можна лишитися здоровим або через відсутність контакту з інфекційним збудником, або через несприйнятливість. Цікаво обчислити, який процент захворює з числа тих, хто мав контакт з інфекційним збудником.

Ми вже бачили, що Gottstein визначив контагіозний індекс для шкарлатини в 40%. Якщо взяти відношення числа захворілих до числа тих, що жили в уражених будинках в місті Торнсгавн, виявиться, що процент цей дорівнює 38. Kobrak спостерігав у Берліні 50 родин, в яких були випадки захворювання на шкарлатину, і повідомляє, що з загального числа членів цих родин 227 захворіло 86; це становить 38%. Pore, за даними для міста Провіденс в США, установлює, що з загального числа осіб, яким загрожувала небезпека зараження, включаючи й число захворілих, захворіло 25%.

З цих даних треба зробити висновок, що певний процент населення має природжену несприйнятливість до шкарлатини. Справді, той факт, що під час епідемії на Фарерських островах, де з 1815 до 1873 р. шкарлатини не було зовсім, захворіли не всі жителі, а лише частина, а також аналогічні дані для Ломсдален — далекого селища в Норвегії, де перед епідемією також не було шкарлатини, безсумнівно свідчать про те, що певна частина населення має природжену несприйнятливість до шкарлатини, таку несприйнятливість, яку, очевидно, не можна пояснити захворюванням, перенесеним в більш ранньому віці. Правда, Rudder, виходячи

Durchseuchungtheorie», вважає можливим пояснити це явище інакше. На його думку, після епідемії 1815 р. віру-
тність збудника шкарлатини знизилася; через те там не
остерігалася шкарлатина в її звичайній формі. Імунізація
населення була наслідком тих, цілком стертих,
форм, які проходили під виглядом ангіни. В 1873 р. віру-
тність збудника знову підвищилася. Це пояснення треба
вважати до тих надзвичайно штучних пояснень, які викли-
вають надто мало довір'я, але які дуже важко остаточно
перечити. Brelet обстоює існування природженої несприй-
нятливості, бо інакше, на його думку, треба було б сподіва-
тися захворювання персоналу, який доглядає хворого,
що цей персонал не хворів раніше. Але правильність
думки Brelet легко запідозрити. Справді, особи, які до-
дають шкарлатинозних хворих, могли б не захворіти,
якщо раніше перенесли шкарлатину в нерозпізній
формі, а не тому, що мають природжену несприйнятливість
до шкарлатини.

Щоб розв'язати це питання, треба розглянути всі ті
фактори, які наводять Rudder і його прихильники, що вва-
ють шкарлатину «цивілізаційною» інфекцією (під цим
іменем Rudder розуміє всі ті захворювання, ступінь про-
світлення яких у населення «Durchseuchung» — залежить
певної міри від частоти контактів). Захворювання, ці-
лком зважаючи на дитячі, а по суті можуть уражати суб'єк-
та будь-якого віку і, якщо уражають переважно дитяче насе-
лення, а не дорослих, то тільки тому, що дорослі вже всти-
ли перехворіти на ці хвороби в дитинстві. Передаються
інфекції в значній мірі або нерозпізнаними хворими, або
іншими вірусу. Rudder і інші автори наводять такі дані,
які підтверджують правильність вказівок на основні особли-
вості цивілізаційних інфекцій, а саме:

- 1) приблизно однаковий ступінь Durchseuchung всіма
цивілізаційними інфекціями;
- 2) відповідність між віковою частотою захворюваності і
всім розподілом процента сприйнятливого населення,
який визначається на основі реакції Діка;
- 3) більш рання Durchseuchung населення міст, порівнюю-
чи з населенням сільських місцевостей;

4) більша летальність ранніх вікових груп і менша (летальність) старших груп у містах, порівнюючи з сільськими місцевостями;

5) спізнення *Durchseuchung* в місцевостях з більш рідким населенням, яке виявляється в тому, що захворюваність там припадає на старші вікові групи;

6) більша ураженість ранніх вікових груп в закритих дитячих закладах, порівнюючи з відкритими;

7) більша ураженість ранніх вікових груп пролетарського населення порівнюючи з непролетарським;

8) відносна сталість вікового розподілу шкарлатини там, де вона ендемічна;

9) близькість вікового розподілу захворілих на шкарлатину в різних місцевостях;

10) більша ураженість ранніх вікових груп під час епідемії на шкарлатину порівнюючи з тим часом, коли вона виявляє нижчий рівень захворюваності;

11) більший процент захворюваності на шкарлатину серед дорослих в тих місцях, де до того часу довго не було шкарлатини.

Оцінюючи окремі твердження теорії *Durchseuchung* треба більшість з них обмежити, частину відкинути зовсім і прийняти лише деякі з них.

Не можна, наприклад, категорично обстоювати однією швидкістю *Durchseuchung* для всіх цивілізаційних захворювань. Далі, важко категорично твердити, що існує відповідність між віковим розподілом захворюваності і віковим співвідношенням об'єктів, сприйнятливих до шкарлатини, тому що про сприйнятливості ми судимо на підставі реакції Діка, специфічність якої запідозрена деякими дослідниками. Дуже сумнівною здається і думка про більшу ранню *Durchseuchung* міського населення порівнюючи з сільським. Дані для Москви й кол. Московської губ. рішуче суперечать цьому. Крім того, слід рішуче відкинути такі положення: 1) про відносну сталість вікового розподілу шкарлатини там, де вона ендемічна; 2) про близькість вікового розподілу шкарлатини в різних місцевостях; 3) про

¹⁾ Докладний розгляд цієї теорії див. у додатку IV.

ьшу ураженість ранніх вікових груп під час епідемії. особливо слід підкреслити, що сільське населення значно нше хворіє на шкарлатину, ніж міське. Щоб пояснити це, д припустити, що деякі населені пункти, в яких життя ьш замкнуте, не уражаються шкарлатиною. Звичайно ці нкти не гарантовані від того, що випадково може бути есена шкарлатинна інфекція¹⁾. Особливістю епідемічного ріоду є спостерігане під час його досить значне збіль- ння процента негативної реакції Діка, яке, дуже ймо- ожно, говорить за підсилення природної імунізації насе- ння.

¹⁾ Це — ще один фактор, який порушує правильність коливань другого порядку.

**ПРИНЦИПІАЛЬНА НЕПРАВИЛЬНІСТЬ ПОГЛЯДІВ НА
КОЛИВАННЯ ДРУГОГО ПОРЯДКУ, ЯК НА НЕВІД'ЄМНУ
ВЛАСТИВІСТЬ ДИНАМІКИ ШКАРЛАТИНИ. ЗНАЧЕННЯ
ВИРОБЛЕНОЇ МЕТОДИКИ**

**30. Методи обробки динамічних рядків, запропоновані
Brownlee, Harmon-ом та ін.**

Для елімінування сезонних коливань ми застосували метод 12-місячної ковзної. Обробляючи динамічні ряди інфекційних захворювань, англійська школа звичайно користувалася іншими, незрівняно складнішими, способами. Правда і цілі розробки динамічних рядів були інші. Найчастіше застосовували криві Пірсона (Brownlee, Greenwood та ін.). Марксистська критика (Ястремський, А. В. Смірнов довели, що криві Пірсона не мають науково-методологічної цінності. Вони теоретично неправильні, а тому й практично шкідливі. Крім того використання цих кривих через складність і велику копітливість необхідних для цього операцій обчислення ніяк не виправдовуються їх результатами.

Згадаймо ще методику Harmon-а, який для виявлення загальної тенденції вирівнює ряд, виходячи з того припущення, що річні числа розміщуються або в арифметичній або в геометричній прогресії. У першому випадку він користується методом найменших квадратів; у другому випадку застосовує той самий метод з тією лише відмінню, що вирівнює цим способом не числа інфекційних захворювань, а логарифми відповідних чисел. При обчисленні епідемічних циклів числа кожного місяця розміщуються в ряди, при чому кожний з рядів вирівнюється. В конкретному випадку (дані про кір для США за 1914—1927рр.) частину місяців вирівнював він першим способом (виходячи з при-

пущення змін в арифметичній прогресії), а частину — другим (виходячи з припущення змін у геометричній прогресії). Далі обчислюються відхилення емпіричного ряду від вирівняного, знаходиться стандартне відхилення і окремі відхилення виражаються в одиницях стандартних відхилень. Методику Нагтона слід було б спробувати використати, якби метод вирівнювання, який він пропонує, логічно був обґрунтований. В дійсності ж, принаймні щодо шкарлатини, спроба стоїть зовсім інакше.

Немає підстав припускати, що шкарлатина зростає або спадає в арифметичній прогресії. Не можна також думати, що числа шкарлатини змінюються в геометричній прогресії. В попередньому викладі ми доводили зумовленість динаміки шкарлатини цілим рядом факторів, при чому навіть основні з них виявляються дуже нестійкими і змінюються без видимої закономірності. От через що при сучасному рівні знання треба відмовитися від будь-яких спроб представити динаміку інфекційних захворювань як процес, який можна вкласти в математичну формулу. Проте ні прихильники Пірсона, ні Нагтон не пробують навіть з'ясувати внутрішню природу тих рушійних сил, які лежать в основі динаміки інфекційних захворювань. Побудова їх має чисто емпіричний характер: застосувати таке вирівнювання, яке найкраще підходило б до емпіричної кривої. Таке вирівнювання цілком марне: воно дає чисто зовнішній опис емпіричних кривих і зовсім не виявляє внутрішньої суті описуваних явищ. Інша річ, коли б ми могли встановити аналітичну форму кривої, але з попереднього ясно, що при сучасному стані знання зробити це неможливо. Правда, очевидно, не можна говорити про формулу коливань вірулентності збудника, коли остаточно невідомий збудник; не можна говорити про закономірність змін кількості сприйнятливого населення, припускаючи при цьому, що імунізація набувається навіть через «стерті» форми шкарлатини, які в невизначено великому числі лишаються нерозпізнаними, тощо.

Мета нашої методики інша — елімінувати сезонні коливання. Наш метод, як нам здається, добре досягає цієї мети. Дальше механічне згладжування не тільки непо-

трібне, але й шкідливе, тому що стирає ті чи інші особливості, характерні для кривої даної країни за певний період. Якщо для минулого часу важко буває пояснити окремі особливості кривої і вдається вияснити лише загальний характер форми її, то при спостереженні і обробленні ряду наведеним способом в майбутньому можливо буде зробити це значно детальніше, тому що, очевидно, можна буде вияснити всю епідеміологічну обстановку і виявити всі основні фактори, від дії яких виникають окремі конкретні особливості, властиві динаміці шкарлатини в певний момент і на певній території.

31. Помилковість екстраполяції знайденої форми кривої

Коли так ставиться питання, то ні в якому разі не слід думати що криві шкарлатини повинні і надалі зберегти форму, яку вони мали в минулому. Цього не можна допустити хоча б уже через те, що напрям ходу інфекційної захворюваності залежить від широти розгорнення заходів боротьби з інфекціями, їх плановірності і доцільності. Боротьба з інфекційними захворюваннями набуває дуже великого значення навіть у буржуазному суспільстві. Мотиви цього прекрасно виявлені уже в працях Маркса і Енгельса. Енгельс у своїй праці «До житлового питання» пише: «Порядковий клас капіталістів не може безкарно давати собі дозвілля, щоб прирікати на епідемічні захворювання робітничий клас; наслідки падають на самих капіталістів і смерть косить свої жертви серед них так само нещадно як і серед робітників». «Як тільки це було науково встановлено, чоловіколюбиві буржуа запалилися благородним змаганням в піклуванні про здоров'я своїх робітників. Почали закладати товариства, писати книги, складати проекти, обговорювати й видавати закони, щоб використати джерела епідемій, що щоразу відновлювалися»¹⁾. Маркс про Англію пише, що «один страх перед заразними хворобами, які не дають пощади й «чистій публіці», з 1847 по 1864 рік, викликав не менше десяти санітарно-поліційних парламентських актів, а перелякана буржуазія деяких

¹⁾ К. Маркс и Ф. Энгельс, Сочинения, под ред. В. И. Плеханова, т. XV, Москва, Партиздат, 1933, с. 26.

як Ліверпуль, Глазго і т. д., втрутилися в цю справу через своєї муніципалітети»¹⁾).

Отже, навіть при оцінці динаміки інфекційних захворювань у буржуазних країнах необхідно взяти на увагу вплив заходів боротьби за зниження захворюваності.

Маючи на увазі ці заходи, треба припускати можливість докорінної зміни й рівня захворюваності на шкарлатину і, мовірно, також пом'якшення форми, порівнюючи з тим часом, коли ці заходи не вживалися або вживалися в меншій мірі.

Через це саме було б цілком неправильно, знайшовши форму кривої, яка зовнішнім виглядом підходила б до емпіричних чисел захворювань у минулому, поширити ті дані на майбутнє.

Екстраполяція рядів динаміки, яку знаходимо у буржуазних теоретиків цілком неприйнятна для нас і в даному питанні. Оскільки ми розуміємо план, як директиву до дії, інфекційна захворюваність повинна бути зниженою, при чому було б помилковим вважати темпи зниження в минулому величиною будь-якою мірою стабільною, а не прагнути ще швидшого зниження захворюваності. Нічого не може бути більш помилковим, як фаталістичне уявлення про стійкість того, що було дано в минулому. Цією концепцією буржуазія намагається довести «вчність» буржуазних форм суспільного життя і перешкодити їх зміні. Ще раз підкреслюємо, що було б величезною помилкою перенести цю, в корені неправильну, концепцію в сферу епідеміології шкарлатини. Правда, було б безсумнівним перебільшенням припускати, що зниження захворюваності на шкарлатину в деяких країнах Західної Європи зумовлене виключно цими заходами боротьби за зниження. Із статті «Rapport Epidémiologique» № 128 за 1929 р. можна зробити той висновок, що одним з факторів цього є поступове вироблення імунітету, який, треба думати, певної міри передається у спадок. Stallybrass доводить, що зниження летальності в деякій, але порівнюючи лише невеликій, мірі можна пояснити зміною середнього віку, який

¹⁾ Карл Маркс, Капитал, Критика политической экономии, I. кн. 1, Процесс производства капитала, изд. 8. Партиздат, Москва, 1936, с. 563.

уражається, а саме відсуванням захворюваності в бік старших вікових груп, що загалом дають нижчу летальність, ніж молодші групи (дані, на яких базується Stallybrass стосуються Ліверпуля за 1901—1927 рр.).

Поступовим виробленням неповного імунітету, який передається почасти у спадок, можливо, слід пояснити те, що країни, в яких шкарлатина поширена здавна, звичайно характеризуються меншим процентом летальності, ніж ті, в яких вона існує порівнюючи недавно. Наприклад, в Англії шкарлатина існує принаймні з XVII століття; майже так само давно існує вона і в інших країнах Західної Європи. До Східної Європи шкарлатина проникла значно пізніше. Кол. Росії вона з'явилася, імовірно, тільки в другій половині XIX століття, коли її було занесено з Англії. Можливо, зв'язок з цим слід поставити надзвичайно низьку летальність від шкарлатини в Англії і високу летальність у нас. Взагалом треба сказати, що там, де шкарлатина натрапляє в своєму розвитку на цілинний ґрунт, перебіг її характеризується дуже тяжкими формами. Для прикладу можемо вказати першу появу шкарлатини в місті Кінгстоні (штат Нью-Гемпшир) в США в 1735 р., де вона мала тяжку форму. Другий приклад — це епідемія шкарлатини у Югославії (1928 р.). Летальність у 1928—29 р. досягла 34,7%, в 1929—30 р. вона була хоч і менша, але все ж надзвичайно висока (26,3%). По окремих дистриктах летальність була ще вища (в дистрикті Студениця 48,7%). Надзвичайно високу летальність Сепнозубов пояснює почасти недостатністю лікувальної допомоги, велике значення він надає також тому, що шкарлатина охопила такі місцевості, в яких до того часу ніколи не було шкарлатини.

Але ми маємо й винятки з цього. В Японії шкарлатина з'явилася порівнюючи недавно (імовірно, в кінці XIX століття)¹⁾, і, проте, мала дуже легкі форми. Треба припустити,

¹⁾ Є думка, що шкарлатину занесли до Японії російські полковники в 1905 р. Думка ця несправедлива, тому, що за даними Інституту інфекційних захворювань (у Токіо) в останньому десятилітті XIX століття в Японії щороку спостерігається 40—50 захворювань шкарлатину.

що це пояснюється особливими умовами, які відбиваються сприятливо на формі захворювання, а не тим, що шкарлатина попадає на незайманий ґрунт.

Вплив заходів боротьби з шкарлатиною, треба думати, більше позначився на зниженні летальності, отже і смертності, ніж на зниженні захворюваності на шкарлатину. Зниження летальності слід пояснити, крім того, такими основними факторами: 1) успішною боротьбою з тими захворюваннями, які приєднуються до шкарлатини (особливо з дифтерією); 2) зрушенням вікового складу хворілих в бік старших вікових груп, які характеризуються нижчим процентом летальності.

Важливо з'ясувати вплив госпіталізації. Старі автори (іноземні—Salge, Hübner) трохи перебільшували значення госпіталізації, вбачаючи в ній вірний засіб до викорінення шкарлатини. Такого ж погляду додержували і деякі російські автори. Майоров, спираючись на досвід 100% госпіталізації, яка провадилась у м. Житомирі в 1925—1926 рр., вказує на позитивні результати цього заходу, а саме—зниження захворюваності, не зважаючи на те, що залишилися ще чималі контингенти сприйнятливо до шкарлатини дитячого населення. Розрахунки Майорова не можна, проте, визнати цілком бездоганними: коли він обчислює несприйнятливі контингенти, то робить це, урахувуючи лише перехворілих в явній формі. Тим часом треба взяти на увагу можливість створення імунітету шляхом перенесення стертих форм шкарлатини або шляхом поступової імунізації невеликими дозами в'фекта.

Мошковський гадав, що своєчасна вдала госпіталізація може увірвати епідемію шкарлатини, але Greef наводить дані, які показують перебільшеність цих надій (див вище). Коли Reiter-ові на кенігсберзькому конгресі по шкарлатині закинули, що він несправедливо заперечує значення госпіталізації, Reiter сказав, що він не вважає можливим усунути госпіталізацію, але гадає, що госпіталізацією самих лише явних випадків усунути шкарлатину не можна.

Того самого погляду додержує Стефанський. За цим втором, не зважаючи на всі заходи дезинфекції і ізоляції, майже неможливо обмежити поширення епідемії шкарлатини.

ни. Про безрезультатність ізоляції і дезинфекції повідомляв також Ascher. Крайнього погляду додержує Кононович. Він знаходить, що госпіталізацію слід проводити не стільки з епідеміологічних, скільки з терапевтичних міркувань. Цьому поглядові на X всесоюзному з'їзді бактеріологів і епідеміологів рішучу відсіч дав Златогоров.

Справді, ніяк не можна погодитися з поглядом тих авторів, які заперечують істотний вплив госпіталізації на динаміку захворюваності. Невдача госпіталізації тут часто-густо пояснюється недостатньою її повнотою; дуже велике значення має також і те, що госпіталізація проводиться досить своєчасно. Крім того епідеміологічні спостереження констатують сповільнення темпів захворюваності в зв'язку з госпіталізацією (Greef). Якщо при цьому не спостерігається радикального перелому в динаміці захворюваності, це слід пояснити стертими формами, які лишаються невизначеними і неізольованими. При ізолюванні також і стертих форм можна сподіватися значніших результатів, але звичайно, завдання це далеко важче.

Нам здається, що хоч госпіталізація явних форм шкарлатини і не завжди рішуче впливає на динаміку цієї хвороби, проте значення її надзвичайно велике навіть і тоді, коли обмежуються госпіталізацією лише безсумнівних випадків. Госпіталізуючи явні випадки, ізолюють саме ті, в яких вірус шкарлатини досяг більшої сили, ніж у стертих випадках, що лишаються неізольованими. Отже ми штучно робимо добрі організми, уражених найбільш вірулентними збудниками поширюються тільки легші форми шкарлатини. Правильно уражаючи людей з дуже великою сприйнятливістю, вірус знову може підсилити свою вірулентність. Але, коли систематично й далі проводити госпіталізацію, то рано чи пізно імовірно, можна досягти ослаблення вірулентності.

Вказівки літератури з цього питання суперечні. Шаріт підкреслює що лікарняна госпіталізація є одним з факторів зниження летальності; він указав, що ті країни, які проводили найбільш ранню й повну госпіталізацію, дають найнижчі показники летальності, але Holst, базуючись на даних Норвегії, не зміг констатувати впливу госпіталізації на зниження летальності.

31. Чи є коливання другого порядку невід'ємною властивістю динаміки шкарлатини

Одне з останніх питань, яке ми маємо висвітлити в нашій роботі, полягає в тому, наскільки обов'язковими треба визнати коливання другого порядку, виявлені в динаміці шкарлатини майже по всіх країнах. З того, що було сказано раніше, повинно бути цілком ясно, що коливання ці аж ніяк не можна вважати неминучими. Очевидно, що їх немає, поперше, тоді, коли шкарлатина тількищо починає поширюватися в країні, подруге, тоді, коли наближаються до остаточного її викорінення.

Приклад першого роду показує Японія. Цілком ясно, що незначне число випадків шкарлатини в Японії зовсім недостатнє для того, щоб імунізувати приплив свіжого населення. От через що в Японії спостерігається безперервне зростання захворюваності на шкарлатину. До середини 1929 р. там немає навіть натяку на хвилястий характер; тільки приблизно з цього року, при підвищувальній тенденції, яка йде далі, крива дає дуже слабо виявлені коливання. Незначний розмах цих коливань утруднює пояснення; можна припустити, що тут маємо просто деякі коливання в повноті реєстрації. Можливо також, що ці невеликі коливання походять з коливань вірулентності збудника, нарешті можна припустити, що ледве помітне зниження кривої залежить від вичерпання «горючого» матеріалу в тих населених пунктах, де лише й були випадки шкарлатини. Зрозуміло, чому ці зниження мають короточасний характер; шкарлатина поширюється й далі і зменшення числа випадків у тих пунктах, де вона була раніше, компенсується дальшим її поширенням в інших пунктах. Треба припустити, що шкарлатина збереже такий характер динаміки лише доти, поки після безперервного зростання не дійде досить високого рівня, щоб уражати припливаючий свіжий матеріал.

Колівання другого порядку виявляться згладженими ще і в іншому випадку. Можна думати, що найширше планове розгортання заходів боротьби з шкарлатиною, яке має місце у нас, величезною мірою обмежить поширення шкарлатини, що кількість захворювань за певний проміжок часу

буде така невелика, що, навіть коли додати до нього число стертих випадків, а, можливо і число імунованих у прихованій формі, сума ця буде значно меншою, ніж вплив свіжого сприйнятливого населення.

Ясно, що крива в цьому випадку втратить свою хвилясту форму і виявить безперервно тривале зниження, зумовлене на цей раз не недостатчею сприйнятливого населення, а успішністю боротьби з шкарлатиною. Саме це, ми цілком в тому певні, повинна показати наша країна.

Отже тривале зниження і втрата хвилястої форми кривої (при безперервних високих показниках приросту населення), є ознаками ефективності заходів спрямованих на боротьбу з шкарлатиною. Дуже значне зниження шкарлатини ми спостерігаємо в УРСР в 1930—1932 рр. Важливо відзначити, що за період 1928—1932 рр. було імуновано близько 5 мільйонів дітей, тобто в середньому близько 1 мільйона щороку. Можливо, що це вплинуло на різке зниження захворюваності і що зниження це треба розглядати почасти як результат активної імунізації і інших заходів боротьби з шкарлатиною, і, отже, вичерпання матеріалу сталося не тільки і, може, не тільки через природну імунізацію, скільки в наслідок штучної імунізації.

Проте треба сказати, що імунітет після штучної імунізації дуже короткочасний¹⁾. Це приводить нас до того висновку, що при сучасному стані цього питання недоцільно обмежувати заходи боротьби з шкарлатиною самою лише активною імунізацією.

Цінність запропонованого нами методу в тому й полягає, що, елімінуючи сезонні коливання, він дозволяє дати оцінку ефективності заходів боротьби з шкарлатиною і вибрати з них, які дають найкращі результати. За результатами можна стежити безперервно, щомісяця продовжуючи криву на одну точку, а не дожидаючись кінця року.

Правильно оцінити певні методи боротьби можна, лише взявши на увагу час, коли вживаються ті чи інші методи.

¹⁾ Тут не місце ставити питання про значення активної імунізації. Відомо, що питання це дуже спірне і що література з цього питання така велика, що її ледве можна охопити.

а саме чи маємо ми справу з наростанням епідемічної хвилі, чи з її зниженням. Якщо, наприклад, брати ефективність активної імунізації, то очевидно, що значна різниця між тими, хто був активно імунізованим, і тими, хто не був імунізований, повинна виявитися лише при підвищенні хвилі. В період зниження більшість населення уже підпала природній імунізації, тому й різниця між тими, хто був імунізований штучно і тими, хто не був імунізований, в значній мірі буває стерта і це може привести до необгрунтованого висновку про мале значення активної імунізації.

Наш метод має ще й інше значення. Дуже часто ті чи інші заходи боротьби з епідемією застосовуються вже на висоті епідемічної хвилі. Зниження числа захворюваності може іноді, безпідставно розцінюватися як результат відповідних заходів. На це звернув увагу уже Friedberger. Лише уважне зіставлення кривої з її попередніми частинами разом з урахуванням всіх конкретних особливостей епідеміологічної ситуації, дозволяє нам вирішувати, чи подібне пояснення зниження є єдиним можливим поясненням, чи може бути ще й інше пояснення. Очевидно, слід надавати більшої ваги значному подовженню періоду зниження, ніж тому спаданню, яке йде за підвищенням. При цьому, звичайно, треба ще попередити, чи не є тривале зниження результатом зменшення народжуваності в попередні роки, як це було після світової війни.

Цілком неправильно було б робити з наведеного той висновок, що після періоду зниження захворюваності неодмінно повинен настати період підвищення. Підвищення захворюваності станеться тільки тоді, коли медично-санітарні організації не вживуть усіх тих заходів боротьби з інфекцією, до яких зобов'язує їх значна імовірність підвищення захворюваності; очікуване підвищення дійсно настане тільки тоді, коли розвиткові буде дано природний його хід або боротьба з епідемією провадитиметься в масштабі, невідповідному небезпеці зростання захворюваності. Коли починається підвищення захворюваності після її, спадання, медично-санітарні організації повинні урахувати, що заходи боротьби з шкарлатиною, які застосовуються звичайний час, цілком недостатні. В цей період необхідно

мобілізувати максимум зусиль для того, щоб зірвати хвилю, яка насувається. Метод, який пропонуємо ми, тому і має цінність, що дозволяє багато швидше сигналізувати підвищення, яке намічається, ніж це можна зробити, користуючись звичайними способами.

Наша робота, разом з тим, застерігає від ліквідаторських настроїв, які часто з'являються в період спадання захворюваності, що настає за її підвищенням. В цей час треба не тільки всіма способами намагатися прискорити темп спадання, щоб «добити» шкарлатину, але, разом з тим слід підготовляти й нагромаджувати всі ефективні засоби боротьби на час можливого підвищення захворюваності на шкарлатину, яке настане після періоду спадання, якщо медично-санітарні організації виявлять невідповідність до боротьби з даним захворюванням.

Сказане впливає з самої суті коливань другого порядку, яка з'ясована в цій роботі. Справді, якщо коливання другого порядку в основному зумовлені перехворюванням більшості населення (як явною, так і в нерозпізній формі), то коли припустити, що основним фактором спадання чисел захворілих замість перехворювання стане госпіталізація (в її найдосконалішій формі) або активна імунізація, то в цьому останньому випадку після періоду спадання не буде ніякого підвищення хоча б серед населення переважно більшість становили контингенти індивідуумів, що не хворіли ні в явній, ні в нерозпізній формі.

Коли говорити про оперативне значення запропонованого нами методу, то слід зазначити, що цінний він саме тим, що, застосовуючи його, можна сигналізувати особливо різкі підвищення захворюваності: для цього досить зіставити крутизну підвищення кривої з тією, яку вона мала перед тим. Зробити це можна, не тільки розглядаючи графічний вираз відповідних чисел, а й обчисливши відношення чисел кожного періоду до попереднього, інакше сказати, обчисливши темп руху шкарлатинних захворювань.

Треба відмітити, що було б неправильно зіставляти середньорічну захворюваність за певні великі інтервали, а саме чотириліття, десятиліття і т. д. Справді, якщо чоти-

риліття виявиться розміщеним так, що зріже верхню частину хвилі, середньорічна буде перебільшеною, а коли зріже нижню частину хвилі, то буде применшеною. Очевидно, коли треба зіставити висоти захворюваності за великі періоди, то необхідно порівнювати періоди, які охоплюють закінчену хвилю. Щоб дістати середньорічну, треба підсумувати дані за всі періоди, обчислені пропонованим нами способом у межах однієї хвилі, і добути суму поділити на число годанків. Це середнє треба порівнювати з середнім за час інших хвиль, обчислених таким самим способом. При цьому періоди, яких стосуються середні, в більшості випадків не будуть дорівнювати один одному, а будуть відмінні величиною.

Отже, застосовуючи наш спосіб, ми зможемо уникнути тих, в корені неправильних, способів планування зниження захворюваності на шкарлатину, які були неминучі до цього часу, тому що методика обчислення відповідних показників була побудована неправильно.

Основна мета нашої роботи — методична. Пропонований нами метод має значні переваги проти тих, які застосовувалися раніше. Вважаємо, що нам удалося довести значення, яке він може мати в плановій і оперативній роботі органів дорвоохорони. Цінність цього методу доведена на практиці: застосовуючи його нам удалося розв'язати питання, яке до останнього часу лишалось нерозв'язаним, а саме питання про основні фактори, що спричиняють коливання другого порядку. На кенігзберзькому конгресі по шкарлатині Siegert закінчив свою промову такими словами: «Я не знаю, що аке шкарлатина». Ці слова щодо проблеми шкарлатини цілком лишаяються в значній мірі справедливими, а для олівань другого порядку в русі шкарлатини, нам здається, застосування виробленої нами методики дозволило ясувати основні рушійні сили, які спричиняють ці коливання.

ДОДАТОК I

РОЗПОДІЛ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗА ВІКОМ

Майже кожна робота, в якій говориться про шкарлатину, наводить 1—2 таблиці вікового розподілу захворілих і звичайно цілком байдуже ставиться до того, яке співвідношення існує між цими даними і іншими, вміщеними в попередніх роботах. Ми наводимо таблицю, в якій використано дані українських, російських, німецьких, французьких і американських авторів. У деяких випадках відповідні відомості за кілька років згруповано разом; крім того, ряд даних, що стосуються ширших вікових груп, добуто через додавання. Процент ми обчислювали завжди для тих захворілих, вік яких було встановлено. Відомості розміщено в порядку числового складу вікової групи 0—4 років включно. Краще було б взяти групу 1—4 роки, але цього не можна зробити, тому що число захворювань до одного року в багатьох випадках невідділено від числа захворілих у віці 1—4 роки (див. табл. 20).

Таблиця показує дуже значне коливання питомої ваги окремих вікових груп. На вік до одного року припадає від 0,5 до 3,9%, на вік 1—4 роки—від 20,8 до 42,1%, на вік 0—4 роки—17,5—59,9%, на вік 5—9 років—27,9—44,1%, на вік 10—14 років—13—24%, на вік 5—14 років—44,3—63,9%. Значні розходження залежать від різниці умов місця і часу.

Звертає на себе увагу те, що питома вага вікової групи 0—4 в СРСР і в кол. Росії значно вища, ніж в Західноєвропейських країнах і в США.

Далі цікаво, що в раніший період питома вага цієї групи вища, ніж у пізніший. Якщо раніше в Західній Європі шкарлатина була переважно хворобою дошкільного віку

то тепер вона стала хворобою дітей переважно шкільного віку. Звичайно такого висновку ще не можна зробити, лише порівнюючи питому вагу різних груп дитинства в різних містах і за різний час: перевагу тієї чи іншої групи можна вважати особливістю, яка характерна для даного міста й може бути не зв'язаною зовсім з раннішим або пізнішим періодом. Проте зіставлення частини загальної захворюваності, що припадає на дошкільний вік в тому ж самому місті за різні часи, дозволяє зробити якраз цей висновок. Для Гамбурга питома вага цієї групи змінюється так: в 1898—1913 рр. — 29,5%, в 1914—1920 рр. — 21,2%, в 1921—1932 рр. — 19,7%; для Кенігсберга в 1900—1913 рр. — 35,4%, в 1914—1920 рр. — 31,3%, в 1921—1927 рр. — 28,5%. Аналогічне зрушення в бік старших вікових груп спостерігаємо й у нас; відміна тільки та, що питома вага вихідних періодів тут вища і що, не зважаючи на це зрушення, частина захворювань, яка припадає саме на інтервал 0—4 років, залишається більшою ніж частина яка припадає на інші вікові групи, з однаковими річними інтервалами. Отже шкарлатина в нас лишається переважно хворобою дошкільного дитинства, не зважаючи на те, що дошкільне дитинство хворіє на неї трохи менше, ніж хворіло раніше.

Наведемо приклад. Перед нами числа, зібрані в роботах трьох авторів: Сахновського, Павловського й Корсакова. Перші стосуються 1881—1882 рр., другі—1888—1895 рр. і треті—1924—1925 рр. Проценті вікової групи 0—4 роки в першому й другому випадках майже не різняться і дорівнюють 45,0 (1881—1882 рр.) і 45,3 (1889—1895 рр.), а в третьому — 40,5. Як бачимо, різниця не така значна, як у наведених вище прикладах.

Другий приклад—дані для кол. Сімбірської губ. 1911—1913 рр. група 0—4 роки становила 45,2%, а в 1914—1916 рр. процент знизився до 37,7.

Одна з найістотніших причин різниці між даними для РСРР та дореволюційної Росії і даними для інших країн, з одного боку, і старими даними і даними новішими,— з другого, полягає в тому, що вікові структури Німеччини, Франції і США мають меншу питому вагу молодших вікових груп порівнюючи з нами і що питома вага цієї вікової групи

Питома вага вікових груп в загальному числі

Територія	Роки	Автор, у якого взято відомості	Абсолютні числа, за якими обчислено проценти
Кзил-Орда	1927—1932	Козлов	429
Петербург	1889—1895	Павловський	15 374
"	1881—1880	Сахновський	2 238
Ленінград	1924—1925	Корсаков	12 797
Сімбірськ	1911—1913	Шостак	712
"	1914—1916	"	786
Кірово	1923—1926	Морейніс	449
Вологда	1925—1926	Воскресенський	585
Київ	1926	"10-річ. рад. мед. на Київщ." 1918—1927	3 788
Бійськ	1923—1926	Горбунов	360
Кол. Московська губ.	1898—1906	Левіцький	46 538
Кенігсберг	1900—1913	Natorp	5 330
"	1914—1920	"	8 669
"	1921—1927	"	3 335
Ліон	1)	Brelet	1 283
Провіданс	1887—1920	Pope	17 625
Гамбург	1898—1913	Reiche	38 747
"	1914—1920	"	12 450
"	1921—1932	"	14 605
Кіль	1884—1895	Kisskalt	—
Дейтройт (США)	1919	Vaughan	—
Массачусетс (США)	1918—1921	Fales	29 374
Меріленд (США)	1908—1917	"	16 103
Пенсільванія (США)	1910—1916	"	83 637
Нью-Жерсей (США)	1917—1921	"	25 654
Дюсельдорф	1912—1919	Gaus	—
Мекленбург	1903—1927	Reiter	17 645
Конектикут (США)	1921—1922	Fales	6 902
Канзас (США)	1918—1921	"	17 336
Нью-Йорк	1917—1921	"	10 189
Любек	1907—1914	"	..

1) Року не зазначено. Видання належить до 1924 р.

Таблиця 20

ворілих на шкарлатину (в процентах)

	1-4	0-4	5-9	0-9	10 і більше	10-14	5-14	0-14	15 і більше	15-19	20 і більше	20-39	40 і більше
..	59,9	27,9	87,8	12,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..
41,9	45,3	32,4	77,7	22,3	15,8	48,2	93,5	6,5	3,8	2,7	2,7	—	..
42,1	45,0	32,7	77,7	22,3	16,6	49,3	94,3	5,7	3,0	2,7	..	..	..
38,2	40,5	28,2	68,7	31,3	20,3	48,5	89,0	11,0	5,5	5,5	4,7	0,8	..
..	45,2	33,4	78,6	21,4	15,9	49,3	94,5	5,5	4,4	1,1	..	..	..
..	37,7	30,9	68,6	31,4	17,2	48,1	85,8	14,2	9,7	4,5	..	..	..
41,8	44,3	29,4	73,7	26,3	14,9	44,3	88,6	11,4	..	..	..	..	..
41,2	43,5	34,4	77,9	22,1	14,9	49,3	92,8	7,2	3,6	3,6	2,0	1,6	..
40,4	43,4	30,6	74,0	26,0	16,5	47,1	90,5	9,5	4,5	5,0	4,8	0,2	..
38,3	42,2	34,2	76,4	23,6	16,7	50,9	93,1	6,9	1,9	5,0	..	..	..
34,0	37,3	38,3	75,6	24,4	17,2	55,5	92,8	7,2	4,7	2,5	2,2	0,3	..
34,0	35,4	..	..	..	..	58,1	93,5	6,5	..	..	..	..	..
29,3	31,3	..	..	..	..	58,3	89,6	10,4	..	..	..	..	..
27,8	28,5	..	..	..	..	56,5	85,0	15,0	..	..	..	..	..
31,7	33,0	31,3	64,3	35,7	13,0	44,3	77,3	22,7	7,3	15,4	..	..	..
29,7	31,6	42,3	73,9	26,1	15,1	57,4	89,0	11,0	5,2	5,8	..	..	..
..	29,5	..	..	..	..	57,5	87,0	13,0	..	..	..	..	..
..	21,2	..	..	..	..	58,3	79,5	20,5	..	..	..	..	..
..	19,7	..	..	..	..	54,7	74,4	25,6	..	..	..	..	..
27,1	29,0	43,0	72,0	18,0	15,9	58,9	87,9	12,1	..	..	..	..	..
25,6	26,2	44,1	70,3	29,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..
..	25,5	42,0	67,5	32,5	18,0	60,0	85,5	14,5	6,5	8,0	..	..	..
..	25,5	44,1	69,6	30,4	19,3	63,4	88,9	11,1	5,8	5,3	..	..	..
..	24,9	43,2	68,1	31,9	19,1	62,3	87,2	12,8	6,4	6,4	..	..	..
..	21,9	43,7	65,6	34,4	20,2	63,9	85,8	14,2	6,6	7,6	..	..	..
21,9	22,5	37,6	60,1	39,9	19,3	56,9	79,4	20,6	8,8	11,8	..	..	..
20,8	21,3	..	..	..	..	58,5	..	20,2	..	..	..	..	..
..	20,0	42,8	62,8	37,2	20,7	63,5	83,5	16,5	7,3	9,2	..	..	..
..	20,0	36,1	56,1	43,9	23,2	59,3	79,3	20,7	11,2	9,5	..	..	..
..	17,5	37,3	54,8	45,2	23,4	60,7	78,2	21,8	10,0	11,8	..	..	..
..	..	..	58,0	—	24,0	—	82,0	18,0	11,0	7,0	..	..	..

в загальній масі населення виявляє тенденцію до зниження. Це підтверджує дальша таблиця, в якій наведено питому вагу вікової групи 0—4 роки для 8 перелічених районів РРФСР і відповідної території кол. Росії, Німеччини і Франції.

Р і к	Х л о п ч и к и			Д і в ч а т к а		
	РРФСР і кол. Росія	Німець- чина	Франція	РРФСР і кол. Росія	Німець- чина	Франція
1897	15,3			14,4		
1910		12,3			11,8	
1911			9,1			8,7
1919		6,7			5,9	
1921			6,6			5,8
1926	16,2	16,2		14,2	9,0	

З цих даних можна зробити висновок, що питома вага групи дітей віком 0—4 роки в Німеччині і Франції виявляє значну тенденцію до зменшення за період, указаний в таблиці. Особливо велике це зменшення за роки, безпосередньо після війни.

Щождо СРСР, коли порівнювати його з кол. Європейською Росією, то питома вага цієї групи в 1926 р. проти 1897 р. майже не змінилася.

Коли візьмемо Ленінград, то 1897 рік дає 9,6% цієї групи в загальному числі населення, 1923 рік — 8,2% і 1926 р. — 10,1%.

Коли ми говоримо про те, що шкарлатина в пізніший період виявляє тенденцію перейти на старші вікові групи, то це треба розуміти тільки так, що відмічена різниця є різницею між двома відрізками часу, кожний з яких досить тривалий. В даному випадку ми не розглядаємо тих змін, які відбуваються протягом більш обмежених відрізків часу. Тому сказане не суперечить думці проф. Данілевича, яку він висловив у своїй роботі про профілактику дитячих хвороб. У цій роботі наведено дані за чотири роки (1925, 1926, 1927, 1928), при чому для різних дитячих інфекцій, і в тому числі для шкарлатини, справді, спостерігається певне зрушення в бік молодших вікових груп, але навіть згідно з даними

1928 р. цей процент для шкарлатини не перевищує 44,9 (тобто того процента, який ми спостерігаємо в Петербурзі в 1889—1895 рр.), а середне за чотири роки дало б навіть ще трохи менше число. Важко сказати, на скільки тривалою буде тенденція, на яку указав проф. Данілевіч. Проте ми вже відмітили, що взагалі різниця, яку дають числа Ленінграда за різні часи порівнюючи невелика.

Питома вага віку 5—14 років як видно з таблиці, дає трохи менші коливання, ніж питома вага попереднього віку. Вікові групи, старші 15 років, за даними для СРСР і дореволюційної Росії, дають відносно менше число захворювань порівнюючи з даними Німеччини, Англії, США і особливо Франції. У цих країнах звичайно спостерігається таке явище: чим новіші дані, тим вищий процент цієї вікової групи. Франція, взагалі, дає високі показники. Правда, про рівні захворюваності для Франції ми можемо судити тільки на підставі даних для Нанта, але ці дані підтверджуються тим, що при дуже низькій загальній захворюваності на шкарлатину французька армія дає показник в кілька разів більший, ніж показники інших країн, і більш, ніж утворює вищий за показники захворюваності для цивільного населення (6,5 і 20,44 на 10000).

Вища питома вага для віку понад 15 років серед захворілих зрозуміла, тому що Франція є класичним прикладом країни літніх людей. Правда, Dorper пояснив порівнюючи велику захворюваність на шкарлатину у французькій армії інакше: він вважав це наслідком відносно малої урбанізації країни; сільське населення, яке живе відокремлено, не встигало заразитися до того віку, в якому воно повинне було йти до армії. Умови життя в казармах і контакт з міським населенням сприяли зараженню тих, які не хворіли ще в дитинстві. Дуже можливо, що це пояснення до певної міри правильне, але тільки до певної міри. Якби значний процент захворювань на шкарлатину в старшому віці пояснювався малою урбанізацією, то незрозуміло було б, чому в дореволюційній Росії, — країні, безперечно, більш селянській, ніж Франція, люди, старші 15 років, хворіли порівнюючи з Францією рідше, ніж інші вікові групи.

Зіставмо дані про питому вагу захворілих на шкарлати-

ну у віці понад 15 років в тому ж самому місці для різного часу. Петербург у 1881 р. дає 5,7%, в 1889—1895 рр. — 6,5%, а Ленінград в 1924—1925 рр. — 11,0%, в 1926 р. — 9,7%, в 1927 р. — 8,7%, в 1928 р. — 8%. Отже після революції старші вікові групи, виявляється, охоплені шкарлатиною в більшій мірі, ніж молодші, хоч у межах 1925—1928 рр. спостерігається невелике зрушення в протилежний бік.

Дані для кол. Сімбірської губ. також свідчать про збільшення питомої ваги захворілих на шкарлатину після 15 років. У 1911—1913 рр. ця група становить 5,5%, а в 1914—1916 рр. — 14,2%.

Коли від наших даних перейти до даних для Німеччини, то і тут можна виявити те саме збільшення питомої ваги цієї групи. В Гамбурзі в 1898—1913 рр. на захворілих в цьому віці припадало 13,0%, в 1914—1920 рр. — 20,5%, в 1921—1932 рр. — 25,6%.

Для Кенігсберга питома вага цієї групи менша, ніж для Гамбурга, але загальна підвищувальна тенденція і там дуже виразна: 1900—1913 рр. — 6,5%, 1914—1920 рр. — 10,4% і 1921—1927 рр. — 15,0%.

Для Берліна процент захворілих хлопців у цьому віці становив до загального числа захворілих чоловіків у 1884—1889 рр. 7,5%, а в 1919—1923 рр. — 16,9%; відповідні числа для дівчат — 8,2 і 22,2%.

Збільшення участі дорослого населення в загальній кількості захворілих пояснюється в основному так само, як і зменшення участі захворілих у віці до 5 років, а саме — зміною вікової структури населення в бік старших вікових груп.

Ми спинилися на зіставленні питомої ваги різних вікових груп для того, щоб показати, яка велика різниця щодо цього в різних країнах, містах і в різний час. От через що з методичного погляду було б неправильно замінити загальні інтенсивні показники інтенсивними показниками лише для дитячого віку, тим більше, що в останній час спостерігається підвищення захворюваності на шкарлатину дорослого населення. Брати ж загальні коефіцієнти було б цілком невірно, тому що, не зважаючи на підвищення процента дорослих серед захворілих на шкарлатину, різниця між окремими віковими групами надзвичайно велика.

ДОДАТОК II

РІЗНИЦЯ В ЗАХВОРЮВАНІСТІ НА ШКАРЛАТИНУ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК

Далеко не такими істотними, як вікові різниці, є різниці захворюваності чоловічої й жіночої статі. Тут існує три основні погляди: деякі автори відмічають більшу захворюваність жінок, інші вважають, що немає різниці між захворюваністю чоловіків і жінок, і, нарешті, треті зазначають такі випадки, коли чоловіків захворювало більше, ніж жінок. Різницю захворюваності чоловіків і жінок деякі автори пояснюють виключно тим, що жінок взагалі більше, ніж чоловіків.

Так, наприклад, Donally обчислив інтенсивні показники, тобто число захворілих окремо чоловіків і жінок на 10000 населення, відповідно до їх статі, і знайшов, що захворюваність чоловіків і жінок приблизно однакова. Безперечно, числа перевага жінок, яка спостерігається в більшості випадків, повинна приводити часто до того, що з усієї кількості захворілих більше буває жінок ніж чоловіків, хоч інтенсивні показники захворюваності жінок можуть і не відрізнятись від захворюваності чоловіків або, якщо й будуть відрізнятись, то не в такій мірі, як екстенсивні (тобто кількість чоловіків або жінок на 100 захворілих). Але ця причина не завжди є єдиною причиною переваги числа жінок, які захворіли на шкарлатину, над чоловіками (серед захворілих).

Щоб так чи інакше розв'язати це питання, використані були відомості, які стосуються року перепису (1926). 1926 р. обрано було для того, щоб можна було взяти потрібні показники. Взяті були дані по м.м. Москві, Ленінграду, Києву, і, крім того, по кол. Московській губернії.

Наводимо дані захворюваності на 1000 відповідної статті за 1926 р.;

Вік (роки)	Кол. Московська губ.		м. Москва	
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
До 1	5,0	4,6	6,9	8,4
" 1—4	11,4	11,1	29,5	29,8
" 5—9	7,7	8,8	23,7	25,5
" 10—14	2,7	3,5	7,8	8,9
" 15—19	0,9	0,9	2,4	2,3
" 20—29	0,4	0,3	0,7	0,9
" 30—39	0,2	0,2	0,4	0,4
" 40—49	—	—	0,2	0,1
" 50—59	—	—	0,1	—
" 60 і вище	—	—	0,1	0,1

Коли прийняти захворюваність чоловіків на 100, то захворюваність жінок відповідного віку дає такі показники:

Вік (роки)	Кол. Московська губ.	м. Москва
До 1	92	122
" 1—4	97	101
" 5—9	114	108
" 10—14	130	114
" 15—19	100	96
" 20—29	75	129
" 30—39	100	100

З цих даних виходить незначна лише різниця в захворюваності чоловіків і жінок, при чому м. Москва й кол. Московська губ. дають неоднакову картину.

Наведемо, далі, дані про захворюваність на шкарлатину для Ленінграда (на 1000 захворілих відповідної вікової групи) за 1926 р.:

Вік (роки)	Чол.	Жін.
До 1	8,1	7,1
" 1—4	31,3	32,0
" 5—9	29,1	31,8
" 10—14	11,2	13,5
" 15—19	2,7	3,2
" 20—29	0,6	1,0
" 30—39	0,4	0,4

Якщо взяти частоту захворювань чоловіків за 100, то захворюваність жінок (інтенсивні показники) дасть таку картину:

Вік (роки)	Жін.
До 1	88
· 1—4	102
· 5—9	109
· 10—14	121
· 15—19	119
· 20—29	167
· 30—39	100

З цих даних видно, що жінки в Ленінграді хворіли трохи частіше, ніж чоловіки; виняток становлять лише дівчатка до 1 року.

Далі наведено відомості для Києва (на 1000 осіб відповідної віково-статевої групи захворіло) за 1926 р:

Вік (роки)	Чол.	Жін.
До 1	12,9	12,9
· 1—4	45,7	40,7
· 5—9	38,2	40,2
· 10—14	14,6	20,0
· 15—19	0,4	0,4
· 20—29	0,8	1,1
· 30—39	0,1	0,1

Якщо прийняти частоту захворювань чоловіків за 100, то захворюваність жінок дасть такі показники:

Вік (роки)	Жін.
До 1	100
· 1—4	89
· 5—9	105
· 10—14	137
· 15—19	100
· 20—29	137
· 30—39	100

Ці дані показують більшу частоту захворюваності жінок майже у всіх вікових групах; виняток становить група 1—4 роки, яку характеризує обернене співвідношення.

Donally і Whitelige, обчисливши вікову захворюваність на шкарлатину, також знайшли, що до 6 років захворюваність хлопчиків вища, ніж дівчаток, але, починаючи з 6 років захворюваність більша уже серед дівчаток. За даними Teissier et Duvoir, які наводять відомості лікарні в Обервільє число госпіталізованих чоловіків і жінок було таке:

Вік (роки)	Чол.	Жін.
20—29	85	297
30—34	44	82
35—40	20	48

Більшу частину захворювань серед жінок можна пояснити тим, що хворих на шкарлатину доглядають переважно жінки, а саме в домашній обстанові — матері, хатні робітнички, а в лікарнях — сестри, сиділки. Kobrak, що систематично спостерігав 50 родин з 227 членами, нарахував 13 випадків зараження матерів, які доглядали хворих, з загальною кількістю числа 86 захворілих. За даними Prinzing-а на 100 захворювань на шкарлатину чоловіків захворілих жінок було:

Вік (роки)	Базель 1875—1914 pp.	Відень 1887—1899 pp.
1	81	80
2	88	} 98
3—5	89	
6—10	119	111
10—15	130	105
15 і більше . . .	154	127

Отже, в прикладах, наведених у Prinzing-а, перевага захворюваності дівчаток над захворюваністю хлопчиків повна.

ається тільки після 5 років. Дівчатка до 5 років хворіють менше, ніж хлопчики. Є думка, що більшу захворюваність дівчаток після 5 років слід пояснити тим, що вони частіше доглядають хворих братів і сестер, ніж хлопчики, і є *petites malades*. Причина ця не може діяти до 5 років. Дані для Базеля й Відня до деякої міри цікаві тим, що, на нашу думку, почасти свідчать на користь висловленого нами погляду. Почасти ж більше число захворілих хлопчиків до 5 років треба пояснити тим, що хлопчиків народжується більше, ніж дівчаток, і числа перевага жіночої частини населення починає позначатися уже в пізнішому віці.

А втім є вказівки і на те, що захворюваність чоловіків більша, ніж захворюваність жінок.

За даними Шостака, з загальної кількості хворих на шкарлатину, що вступили в губернську лікарню за 1911—1918 рр., чоловіків було 1141, а жінок 1112. Далі автор посилюється на дані Воробйова, за якими в 1897 р. в лікарню вступило чоловіків 1276, а жінок 1212. У тому й другому випадках ми бачимо лише невелику перевагу кількості захворілих чоловіків над кількістю захворілих жінок. Цю перевагу Шостак пояснює тим, що хлопців більше ходить до школи, ніж дівчат (згадаймо, що мова йде про дореволюційні часи і тільки про два роки після революції).

Нарешті деякі автори не бачать скількинебудь значної різниці в захворюваності чоловіків і жінок (Weichselbaum, Козлов, Горбунов та ін.).

Очевидно, невелика перевага в захворюваності жінок над захворюваністю чоловіків не є такою сталою, як більша захворюваність певних вікових груп. Тому зміна числового співвідношення чоловіків і жінок незрівняно менше позначається на загальних інтенсивних показниках захворюваності на шкарлатину.

ШЛЯХИ ПОШИРЕННЯ ШКАРЛАТИНИ

Майже всі автори вважають шкарлатину інфекцією контактною або переважно контактною. Правда, є немало вказівок на молочні інфекції. Вказівки ці найчастіше читаємо у американських та англійських авторів. На можливість передачі шкарлатини через молоко звернули увагу Taylor і Hart (в 1870 р.). Ще за старими даними Proust-а (які стосуються самого початку XX століття) з 44 молочних епідемій 42 були в Німеччині і тільки 2 у Франції. Перебіг таких епідемій більш сприятливий, ніж епідемій немолочних. Інкубаційний період буває коротшим, ніж звичайно — 24—48 годин. Епідемії, які спостерігали Klein і Blanc, були, на думку цих авторів, виключно епідеміями молочними. Kobert описав епідемію в Англії, коли джерелом зараження було молоко. Trask у 1908 р. описав 51 епідемію подібного роду (переважно в Англії і США). Після цього молочні епідемії описали Rosenau, Stokes, Hochtcl, Krumwide, Volentine, Jardane, Brown та ін. Teissier et Duvoire, Weil u. Pehn пояснюють виникнення таких епідемій наявністю бацилоносіїв, які заражали молоко. Про молочні епідемії говорить також Vaughan. В Бірслемі в 1923 р. вибухла молочна епідемія, яка характеризувалася незвичайно крутим підвищенням захворюваності, — за три тижні перехворіло 280 чоловіка. Запідозрили молочний розподільник. Обслідування виявило, що один з хлопців, які працювали в розподільнику, незадовго перед обслідуванням захворів, а в деяких були виразки в зіві. Дальше обслідування виявило випадок свіжого захворювання на шкарлатину, а також і другого хворого, що хворів на шкарлатину уже два тижні. За Gram-ом найдужче розвивається епідемія шкарлатини тоді, коли джерелом її є молоко або питна

ода. Kiskkalt знаходить, що контактний фактор тріхи пере-
 альшують, пояснюючи ним такі епідемії, як дифтерія та
 шкарлатина, і що нерідко бувають також і молочні епідемії.
 Bürgers також визнає, що джерелом епідемії іноді буває
 молоко, хоч і зауважує при цьому, що подібні епідемії в Ні-
 меччині рідкі. Schütz теж знаходить, що молоко й лід, який
 живається в деяких охолоджених стравах (Speisseis), є одним
 з способів зараження шкарлатиною. Ramsey спостерігав
 понад 100 випадків захворювання на шкарлатину після
 морозива. За Fabian-ом епідемії дитячих інфекцій, зокрема
 шкарлатина, нерідко спричиняються морозивом.

Заморожування не може вважатися надійним захистом
 проти патогенних бактерій. Як показали досліди Кадіша
 (1931 р.), навіть охолодження до -272° не вбиває остаточно
 жодного з мікробів.

Можна було б у багато разів збільшити число спостере-
 жень над описаними в іноземній літературі молочними епіде-
 міями, але ми вважаємо, що й наведених буде досить. Наші
 автори (Златогоров, Гамалея, Біргер, Маслаковець, Розен-
 берг та ін.) також надають значення молоку, як джерелу
 інфекції, але в нашій літературі майже не знаходимо доклад-
 ного опису молочних епідемій.

Лишається ще з'ясувати, яке значення мають молочні
 епідемії порівнюючи з іншими способами поширення шкарла-
 тинозної інфекції.

Kelley з'ясовує, який процент становили випадки шкарла-
 тини, спричинені молочною інфекцією, до загального числа
 випадків шкарлатини в штаті Массачусетс:

Виявляється, що таких випадків було:

Роки	%
1907—1914	3,89
1915—1918	0,55
1919—1923	0,11

В Ліверпулі за 37 років (1891—1927) було зареєстровано
 108776 випадків шкарлатини. За той самий період Stallybrass
 спостерігав там лише один спалах епідемії шкарлатини
 молочного походження, що дав 59 випадків.

Підсумовуючи наведені, дані приходимо до висновку, що
 молочні епідемії дають лише невеликий процент загального
 числа випадків шкарлатини і що самий факт існування

молочних епідемій не заперечує переважно контактного характеру поширення шкарлатини.

Необхідно ще з'ясувати значення передачі шкарлатини через безпосередній контакт і роль другого способу зараження, а саме зараження через речі. Звичайно гадають, що основний спосіб зараження є безпосередній контакт з хворим (в розпізній або нерозпізній формі) або з реконвалесцентом.

Деякі автори цілком відкидають посередній шлях передачі шкарлатинозної інфекції (Hermann, Fissinger, Charin); інші надають речам надзвичайно мало значення. Соколов гадає, що основним джерелом зараження є саме хворий; під час епідемії 1928 р. він спостеріг усього три випадки передачі шкарлатини через речі.

Інші автори вважають, що поруч з безпосереднім контактом велике значення для передачі зарази мають речі, з якими стикається хворий, і обстановка, в якій він перебуває.

Для тих, хто вважає шкарлатинний гемолітичний стрептокок збудником шкарлатини, дуже велике значення мають роботи Deicher-a, Коробкової і Мітіної, Лінденбаума і інших, які знаходили гемолітичний стрептокок у повітрі тих палат, де лежали хворі на шкарлатину. Deicher досліджував інші палати (хірургічні, дерматологічні і навіть палати хворих на бешиху), але гемолітичного стрептокока в них не виявив. Інші дослідники знаходили ці стрептококи як у палаті, так і в домашній обстанові тих хворих, що виписалися з лікарні. Пізніші досліди трохи підірвали епідеміологічне значення гемолітичного стрептокока. Наприклад Нарре в 25% випадків знаходив гемолітичний стрептокок у здорових. Береснев і Востроухова, обслідуючи гуртожиток робітників Сосновської фабрики, в 10 випадках з 42 знайшли гемолітичний стрептокок у цілком здорових. Ці автори при 11 обслідуваннях двох палат, де лежали шкарлатинні хворі, знайшли гемолітичний стрептокок тільки в двох випадках. Спірність питання про значення гемолітичного стрептокока в епідеміології шкарлатини примушує нас не викладати різних суперечливих думок, висловлених різними авторами, а обмежитися лише посиланнями на епідеміологічні спостереження

Переважна більшість авторів знаходить, що в епідеміології шкарлатини має значення безпосередній контакт і передача через речі (Weichselbaum Salge, Златогоров, Маслаковець, Мінкевіч, Стефанський, Воскресенський).

Воскресенський обслідував походження шкарлатинної інфекції в 280 випадках. У 52, тобто в 19⁰%, джерелом зараження був безпосередньо хворий.

За даними Мінкевіча (для 1924—1929 рр.) хворий був джерелом зараження в 3,1⁰% захворювань, але тут автор мав тільки випадки зараження хворим до госпіталізації, тому що всі обслідувані випадки госпіталізувалися.

При своєчасній госпіталізації небезпека зараження хворим до госпіталізації невелика. Це доводять відомості Greef-a, який описує застосування повної госпіталізації. До запровадження госпіталізації в Тутлінгені спостерігався 21 випадок родинної інфекції (1916 р.), після ж того, як почали застосовувати госпіталізацію, — тільки 3 випадки, один з яких був через реконвалесцента, а в двох інших — через приховане захворювання.

Значення контакту з реконвалесцентами як важливого джерела зараження, тепер загально визнане. Лепьохін знайшов, що випадки пізніх контактів у 1923 р. в Києві становлять 2,8⁰% усіх випадків за цей рік. Згідно з іншими даними з 134 хворих, виписаних з лікарні, 31 (23%) стали причиною зараження (з них виписані з гемолітичним стрептококом стали джерелом зараження в 34⁰% випадків, без гемолітичного стрептокока — дали зараження в 4⁰%. За даними Центрального н.-д. інституту ОЗДП РРФСР¹⁾ процент зараження реконвалесцентами коливається від 3,2 до 8,7.

Деяке значення в передачі шкарлатини мають треті особи. Це визнає цілий ряд авторів. В роботі Левіцького зібрано кілька випадків такого зараження, запозичених у старих авторів. Наприклад, наведено випадок, коли дочка була заражена матір'ю, хоч мати на один лише момент зайшла до кімнати, де лежав шкарлатинозний хворий. Другий при-

¹⁾ «Вопросы профилактики острых детских инфекций», Москва, 1935, З. И. Эдельман, Г. Б. Шапиро, А. И. Серковский, Е. В. Гришина. Поздние контакты при скарлатине.

клад зараження наведено у Hoff-a. Робітник, що побував у зараженому будинку в Торнсгавні, вернувся додому в невелике селище, де раніш ніколи не було шкарлатини, і заразив дочку свого хазяїна. Третій випадок (теж описаний у Hoff-a) являє собою випадок зараження навіть не через третю особу, а через четверту. На острові Відеро лікар відвідав хворого на шкарлатину, а потім другого хворого, дочка якого потім захворіла на шкарлатину. На треті особи як джерело зараження указують також Proust, Dopter, Маслаковець, Воскресенський. У Воскресенського з 260 обслідуваних випадків шкарлатина була передана через третіх осіб у 44 випадках, або в 16 %.

Речі, як ми знаємо, можуть бути джерелом зараження. Кілька випадків зараження шкарлатиною через заражені речі ми навели вище. Додамо ще деякі.

Sanné розповідає про випадок захворювання дівчинки в Бретані після того, як дівчинка ця одержала листа від своєї виховательки з Німеччини. Вихователька в цьому листі пише, що вона хвора на шкарлатину, і час написання листа збігся з часом лущення, яке було таким великим, що їй доводилося кілька раз струшувати лист, на який попадала луска. Comby знаходить, що в цьому випадку збудником інфекції була не луска, а слина, якою заклеювався конверт. Випадки зараження через листи описано було не раз. Сузіскі спостерігав раптове підвищення захворювань у маленькому місті після того, як у сім'ї поштмейстера було два випадки захворювання. Велике значення для передачі інфекції мають також іграшки.

Н. Воскресенський описує випадок, коли зараження сталося через ложку, якою користувалася хвора дитина; ложку цю мати викинула у вікно, тому що за народними забобонами це повинно було забезпечити інших членів родини від захворювання. Ложку підняла й почала смоктати дитина з сусіднього двору, після того незабаром і захворіла на шкарлатину.

Передачі шкарлатинозної інфекції через речі надають значення також Weichselbaum, Salge, Brelet, Dopter, Lavergne, Schütz, Bürgers, Vaughan, Стефанський, Маслаковець, Мінкевіч і багато інших авторів.

Зокрема, Bürgers в доповіді на кенігсберзькому конгресі по шкарлатині підкреслив цілком безсумнівні, особисто перевірені ним, випадки передачі шкарлатини через речі. Усі ці надзвичайно численні й авторитетні твердження примушують нас відкинути протилежний погляд, який категорично заперечував передачу шкарлатинозної інфекції через речі.

За супротивним поглядом, висловленим Vaughan-ом, передача інфекції через речі є основним джерелом поширення шкарлатини, порівнюючи з яким безпосередній контакт має лише другорядне значення. Не можна, очевидно, погодитися з цим крайнім твердженням, бо воно заперечується статистичними даними. За Мінкевічем зараження через речі було констатовано лише в 1% всіх випадків. Воскресенський знайшов передачу зараження лише в 6 випадках з 280, тобто в 2% випадків. При цьому треба сказати, що лише 1 з 6 випадків належить до цілком безсумнівних, а саме описаний вище випадок з ложкою. Щодо деяких інших випадків, то зараження через речі можна лише припускати, і випадки ці не є безсумнівними: у двох випадках заразилися скупники старих речей; в одному випадку — залізничний касир, імовірно, через гроші; в одному випадку в родині шевця, який прийняв замовлення з родини, де була шкарлатина; в одному випадку прачка заразилася через білизну хворого на шкарлатину.

Проте треба сказати, що процент випадків передачі через речі в дійсності, очевидно, трохи вищий, тому що частина цих випадків належить до таких, коли не можна простежити шляхів переходу інфекції. Дуже ймовірно, що саме через це для шкарлатини порівнюючи так часто спостерігаються випадки з невизначеним способом зараження. В статистиці Воскресенського (захворюваність у Вологді в 1926 р.) таких невстановлених випадків було 129 з 280, тобто 46%. Ще вищий процент таких випадків у Мінкевіча, — а саме 65% (стосується московської епідемії 1924—1929 рр.). Нарешті, найвищий процент нез'ясованих шляхів зараження дають числа Roger-а — 1840 з 2213, тобто 83%.

Правда, треба гадати, що лише частина таких нез'ясованих випадків належить до тих, при яких інфекція перейшла через речі: в частині цих випадків, очевидно, було

зараження через приховані форми, в частині, можливо,—зараження бацилоносієм. Про цей спосіб зараження скажемо нижче в іншому зв'язку. Але, коли процент випадків, що припадає на зараження через речі, збільшиться навіть у кілька разів, то й тоді він не буде значним¹⁾.

¹⁾ Узагальнення сказаного про шляхи поширення шкарлатини наведено в основному тексті.

ДОДАТОК IV

ПОГЛЯД НА ШКАРЛАТИНУ ЯК НА ЦИВІЛІЗАЦІЙНУ
ІНФЕКЦІЮ І КРИТИКА ЙОГО

Критичний розгляд цих доводів примушує нас рішуче відкинути деякі з них, обмежити другі й погодитися з третіми. Для доказу приблизно однакового ступеня поширення цивілізаційних інфекцій Rudder наводить дані Förster-a про процентний розподіл захворілих між різними частинами Дрездена, для кожного з трьох захворювань, а саме для шкарлатини, кору та віспи. Дані стосуються 1835—1865 рр., коли віспа була в Дрездені ще дуже поширеним захворюванням через незначне застосування щеплення. Відповідні дані наведено в табл. 21.

Таблиця 21

Район міста	Шкарлатина	Віспа	Кір
Внутрішнє місто	36,9	34,0	36,6
Передмістя I	35,5	36,1	34,6
" II	7,8	5,5	10,1
" III	10,6	4,2	6,1
" IV	5,6	9,3	7,8
Нове місто	5,6	10,9	2,8

Для перевірки правильності висновків Rudder-a в табл. 22 наводимо дані Павловського про захворюваність на шкарлатину і дифтерію в різних частинах Петербурга за 1886—1895 рр. (табл. 22).

Обчислимо кореляцію між захворюваністю на шкарлатину й дифтерію для окремих частин кол. Петербурга. Через те, що наведені дані є лише наближені, обмежмося тільки обчисленням кореляції рангів. У даному випадку r буде рівним 0,608, а коефіцієнт кореляції дорівнюватиме

Частина міста	На 10 000 чол.		Процент дітей до 10 років
	Шкарлатина	Дифтерія	
Адміралтейська	15,7	9,3	12,9
Казанська	21,7	12,4	15,3
Спаська	77,6	14,5	12,9
Коломенська	23,4	11,1	15,1
Нарвська	22,1	16,8	15,6
Московська	17,5	11,2	12,8
Александро-Невська	21,2	14,9	14,4
Рождственська	21,7	13,5	14,3
Літейна	18,5	10,0	13,4
Васильєвська	21,0	12,0	14,0
Петербурзька	27,8	12,9	17,2
Виборзька	16,9	11,2	17,3

+0,626, тобто кореляція між висотою захворюваності на дифтерію і шкарлатину населення окремих частин міста досить помітна. Імовірна похибка цього коефіцієнта дорівнюватиме $\pm 0,176$, тобто коефіцієнт трохи більше, ніж утроє, перевищить похибку.

Не можна вважати, що ця кореляція пояснюється виключно різницею процента дітей в різних частинах міста, тому, що обчислення кореляції рангів між висотою захворюваності на шкарлатину і кількість дітей до 10 років показує лише на зовсім незначну кореляцію (+0,276); так само незначна кореляція між захворюваністю на дифтерію й кількістю дітей до 10 років (+0,304).

Отже дані для Петербурга, наведені Павловським, при відповідній їх обробці стверджують висновок автора про схожість, але не тотожність у поширенні цих хвороб. Разом з тим вони говорять на користь висновку Rudder-a, хоч, на нашу думку, було б трохи необережно робити категоричний висновок про паралелізм у розподілі цих хвороб по частинах міста, — питання потребує дальшої розробки.

Для доведення значного паралелізму між сприйнятливістю до шкарлатини і дифтерії Rudder наводить такі дані для процента позитивних і негативних реакцій Шіка і Діка випробованих на одному й тому самому матеріалі:

	Шік +	Шік —	Разом
Дік +	32,6	14,4	47,0
Дік —	18,1	34,7	52,8
Разом	50,7	49,1	

Наводимо докази існування цього зв'язку (у Rudder-а цей доказ наведено не досить докладно). Шік позитивний у загальній масі становив 50,7%, Дік позитивний — 47,0%. Якби між частотою позитивної реакції Шіка і частотою позитивної реакції Діка не існувало залежності, то імовірність частоти збігу позитивної реакції Діка з позитивною реакцією Шіка дорівнювала б добутковій частоті позитивної реакції Шіка (в загальному числі проб) на частоту позитивних реакцій Діка (в загальній кількості проб) або, інакше кажучи, частота ця дорівнювала б $0,507 \times 0,47 = 0,23829 = 23,8\%$ (приблизно); в дійсності ж кількість збігів позитивних реакцій Шіка з позитивними реакціями Діка значно вища, а саме 32,6%. Отже існує певний безпосередній зв'язок між позитивною реакцією Шіка й позитивною реакцією Діка.

Так само обчислено й імовірність збігу негативної реакції Шіка з негативною реакцією Діка з тим припущенням, що результати цих реакцій незалежні. Імовірність ця дорівнює $0,528 \times 0,491 = 0,259248 = 25,9\%$ (приблизно); в дійсності збіг цей маємо в 34,7% випадків; отже між негативними реакціями Шіка й Діка є деякий безпосередній зв'язок.

Ці дані мали б доказову силу, якби в останній час не було почасти захитане довір'я до реакції Діка.

Peters знайшов, що з 127 чоловіка з негативною реакцією Шіка захворіло на шкарлатину 3,9%, а з 85 з позитивною реакцією захворіло 11,8%. Отже виявляється, що сприйнятливі до дифтерії (як це показує реакція Шіка) багато частіше хворіють на шкарлатину. Попереднє заперечення, що ґрунтувалося на недовір'ї до реакції Діка, в даному випадку відпадає, бо сприйнятливість до шкарлатини підтверджується захворюваннями.

Відповідність між розподілом шкарлатини за віком сприйнятливостю до шкарлатини теж за віком відмітили Brown, Zinger, Bokay, Johan і Rudder. Цю відповідність маємо для вікових груп, починаючи з другого року життя; лише у віці до одного року спостерігається дуже високий процент негативних реакцій Діка, який не можна зв'язувати з несприйнятливостю, добутою через перехворіння.

Дані Reiter-а про віковий розподіл захворілих для Мек-

ленбурга, з одного боку (1902—1927 рр.), і ряду міст за різний час (здебільшого за дуже давній час, починаючи з 1839 р.)—з другого, доводять, на його думку, що міське населення через більшу кількість контактів перехворює ще в більш молодому віці, ніж населення сільське. Грунтуючись на числах, які наводить Reiter, не можна по суті зробити ніяких висновків, тому що вікова структура змінюється, і при тому в бік збільшення питомої ваги старших вікових груп (це пояснюється прогресивним зменшенням народжуваності). Якщо ж питома вага старших вікових груп підвищиться, то підвищиться і питома вага старших вікових груп в загальній кількості захворілих. Уже через одне це треба визнати довід Reiter-а методично неправильним. Крім того, майже всі дані, які він наводить, виключаючи дані для Мекленбурга, стосуються років епідемії, а, як видно, буде далі, є думка, що віковий розподіл захворілих під час епідемій відрізняється від того, який буває в період низьких чисел захворюваності. З цього виходить, що Reiter порівнює, по суті, непорівнювані дані.

Думку Reiter-а підтримує Friedberg, за яким теж виходить, що міське населення дає більший процент захворюваності, ніж сільське (дані неопубліковані й наводяться за статтею Rudder-а). Auscock вважає, що віковий розподіл захворілих на поліомієліт, дифтерію і шкарлатину в містах відрізняється від вікового розподілу в сільських місцевостях більшою питомою вагою молодших вікових груп. Перевага раннього дитячого віку, за Auscock-ом, пропорційна густоті населення. Цінні матеріали про середній вік захворілих на шкарлатину наводить для чотирьох штатів США Fales.

Назва штатів	Місто	Село	Відношення 2 : 1
	1	2	
Меріленд (1907—1917)	7,96	10,07	1,26
Пенсільванія (1910—1911)	8,99	9,82	1,09
Нью-Йорк (1918—1919)	11,16	12,31	1,10
Канзас (1918—1921)	10,02	10,80	1,08

Наведені дані свідчать, що на селі середній вік захворілих в усіх чотирьох штатах вищий, ніж у місті. Цілком алогічні висновки автора й щодо інших дитячих інфекцій: коклюша, кору, дифтерії. З цими даними слід поставити

зв'язок цікаву особливість вікового розподілу шкарлатини у Франції. Франція, загалом, дає незрівнянно нижчий показник захворюваності на шкарлатину, ніж Німеччина, а тим більше Англія. Але щодо висоти захворювань в армії, то саме Франція стоїть на першому місці, при чому відповідні показники захворюваності майже втричі перевищували відповідні показники для цивільного населення (6,5 на 10000 і 20,44 на 10000). Пояснюється це тим, що Франція — країна більш сільська, ніж Німеччина і Англія. Контингенти французької армії набираються переважно з сільського населення, яке в дуже незначній кількості перехворіє в дитинстві. Попадаючи в місто, сільські жителі часто заражаються, при чому казарменні умови життя сприяються до того, що зараження поширюється на сприйнятливих до хвороби новобранців.

Для тих, хто вважає реакцію Діка специфічною, підтвердженням цього погляду можуть бути відмінні особливості кривої вікового розподілу — процента негативних реакцій в Нью-Йорку проти відповідних даних для Угорщини (тобто переважно для сільських місцевостей). Виявляється, що в Нью-Йорку підвищення цієї кривої починається в молодших вікових групах, ніж в Угорщині, тобто в Нью-Йорку природна імунізація стосується віку молодшого, ніж в Угорщині.

Зважаючи на значну хиткість твердження про більш ранню перехворюваність міського населення порівнюючи з сільським, а також і на те, що в літературі є погляд, за яким це питання вважається нез'ясованим, спробуймо перевірити ці дані за матеріалами для м. Москви й кол. Московської губ. Наведімо інтенсивні показники захворюваності на шкарлатину для м. Москви і кол. Московської губ. за 1926 р.

Вік (роки)	м. Москва	Кол. Московська губ.
до 1	7,6	4,8
1—4	29,6	11,2
5—9	24,6	8,2
10—14	8,4	3,1
15—19	2,3	0,9
20—29	0,8	0,3
30—39	0,4	0,2

Коли прийняти показник групи 0—4 роки за 100, ма-
тимемо:

Вік (роки)	м. Москва	Кол. Московська губ.
До 1	} 100,0	} 100,0
1—4		
5—9	100,0	84,6
10—14	34,1	32,0
15—19	9,3	9,3
20—29	3,3	3,1
30—39	1,6	2,1

Безпосереднє зіставлення інтенсивних показників для м. Москви й кол. Московської губ. не дозволило б нам відповісти на поставлене питання, тому що загальний рівень захворюваності для м. Москви значно вищий, ніж для кол. Московської губ., незалежно від порівняльної висоти захворюваності ранніх вікових груп.

Тому ми прийняли за 100 висоту молодшої вікової групи. Виявляється, що — порівнюючи з цією віковою групою — наступна (5—9 років) дає для м. Москви такий самий рівень, а для кол. Московської губ. приблизно на 15% нижчий, так само й наступні групи (10—14 років) хворіють у м. Москві більше, порівнюючи з першою групою, ніж у кол. Московський губ. (34,1 і 32,0), і тільки групи понад 30 років показують більшу захворюваність (порівнюючи з групою 0—4 роки) в кол. Московській губ., ніж у м. Москві. Отже порівнюючи з частотою захворюваності групи 0—4 роки наступні старші групи хворіють більше у м. Москві, ніж в кол. Московській губ. Звідси випливає, що населення м. Москви хворіє відносно пізніше, а не раніше, як це виходить у Rudder-а та інших авторів для міського населення.

Пояснити це, на нашу думку, можна тим, що сільське населення відзначається більшим числом членів родини. Тому в тих випадках, коли шкарлатина епідемічна на селі старші брати й сестри, які перехворіли вже на шкарлатину в ранньому віці, передають її своїм молодшим братам і сестрам, а самі вдруге не хворіють. В місті маємо порівнюючи більший процент родин з однією дитиною, яка може досягти шкільного віку й не захворіти на шкарлатину.

ну до вступу в школу. Застерігаємо, що це пояснення дуже гіпотетичне й потребує дальшої перевірки. Безсумнівне тільки те, що думка Rudder-а й інших авторів про більш ранню захворюваність міського населення порівнюючи з сільським не може бути прийнята як загальне положення, тому що їй суперечать наведені факти.

Reiter відмічає ще одну особливість шкарлатини, а саме більшу летальність від шкарлатини в сільських місцевостях проти міських. До цього висновку слід поставитися з певною обережністю, бо, очевидно, що процент охоплення захворювань вищий для міських, ніж для сільських місцевостей, і отже треба припустити, що відношення померлих до захворілих у сільських місцевостях трохи перебільшено.

Зіставлення даних летальності від шкарлатини для Мекленбурга з відповідними даними для Любека Reiter наводить у такій таблиці (в процентах):

Вік (роки)	Мекленбург (17 645 захворювань) 1903—1927	Любек 1913—1914
0—1	18,5	28,6
2—5	7,8	8,4
6—10	4,4	2,7
11—15	2,7	—
16—20	3,2	} 1,74
Понад 20	3,3	

З таблиці видно, що летальність у вікових групах до 5 років нижча в сільських місцевостях (Мекленбург), ніж у міських (Любек), а в старших групах нижча в міських, ніж у сільських. Reiter пояснює цю різницю більш ранньою Durchseuchung міського населення, через що раніше вимирають найменш стійкі індивідууми; виходить певний добір стійкіших, і як наслідок цього — менша летальність старших вікових груп.

Близько до думки про різницю вікового розподілу захворювань для міського населення порівнюючи з сільським підходять ті автори, за якими аналогічна різниця існує і для частин міста з різною густістю населення. Наведена далі таблиця показує цю різницю питомої ваги випадків захво-

рювань на шкарлатину (в процентах до загальної кількості захворювань на шкарлатину).

Таблиця 23

Вюрцбург (дані за Rudder-ом)

Вік (роки) до	Вулиці з густістю населення		
	великою	середньою	малою
2	21,8	15,8	14,7
4	56,4	46,9	29,3
5	64,5	53,9	51,2
7	79,5	69,7	61,0
10	84,7	81,9	75,6

З таблиці видно, що жителі вулиць з більшою густотою населення хворіють на шкарлатину, раніше, ніж жителі менш заселених вулиць.

До фактів цього ж порядку належить і менший процент позитивних реакцій Діка в закритих дитячих закладах, ніж у відкритих. Менший процент свідчить про набутий імунітет (якщо реакцію Діка можна вважати досить надійним показником сприйнятливості до шкарлатини). Цілковито очевидно, що імунітет набувається швидше в закритих дитячих закладах, де, через тісніший контакт дітей між собою, вони, цілком імовірно, або раніше переохворюють на шкарлатину (в явній або нерозпізнаній формі), або раніше набувають малі дози.

Наведена тут таблиця з даними про процент позитивних реакцій Діка, взята у Маслаковця, підтверджує це:

Вік	Закриті дитячі заклади	Відкриті дитячі заклади
6 міс.—3 р.	31,7	50,4
4—8 р.	21,6	41,3
9—14 р.	13,7	32,4
Понад 14 р.	10,0	25,7
Середнє	14,6	40,4

Далі слід підкреслити, що за даними німецьких авторів крива захворюваності досягає свого максимуму в значно раннішому віці для біднішого населення, ніж для багатішого.

го¹⁾ (напр., Behrendt). З цим погоджується менший процент негативних реакцій Діка в школах, де навчаються діти заможніших батьків, порівнюючи з школами для менш заможних (16,3 і 65,6%). Це доводить, що більше число дітей менш заможних батьків хворіло на шкарлатину ще в більш ранньому віці.

За Rudder-ом інша особливість цивілізаційних інфекцій полягає у відносній стійкості вікового розподілу. Це твердження слід рішуче відкинути. Ті відомості про віковий розподіл захворювань, який ми навели раніше, абсолютно суперечать цьому твердженню Rudder-а і показують, що віковий розподіл захворілих на шкарлатину змінюється, і при тому великою мірою.

Так само рішуче треба відкинути друге твердження Rudder-а, а саме про близькість вікового розподілу захворювань в різних місцевостях, яке (за названим автором) спостерігається принаймні при ендемічному перебігу шкарлатини. Проти цього рішуче свідчать наведені нами вище дані.

Наступне твердження Rudder-а полягає в тому, що в епідемічні роки молодші вікові групи захворюють більше, ніж в роки міжепідемічні.

Це питання треба розглянути трохи докладніше хоч би через те, що цілком супротивну думку висловлює Kisskalt, який вважає, що ті роки, коли дорослі захворюють в більшій кількості, ніж завжди, якраз є роками тяжких епідемій.

Звернімося до аналізу захворюваності на шкарлатину, щоб вирішити це питання. Для цього маємо такі дані: для кол. Петербурга — за 1889—1895 рр., для кол. Сібірська — за 1911—1918 рр., для Дюссельдорфа — за 1912—1921 рр., для Гамбурга — за 1898—1932 рр., для Кенігсберга — за 1900—1927 рр. і для Риги — за 1922—1927 рр.

Можна використати відомості для цих міст за кожний рік з розподілом числа захворілих на вікові групи. Дані для кол. Сібірська й Дюссельдорфа непоказові, тому що в значній своїй частині вони стосуються часів війни. Під час імперіалістичної війни дуже зменшилася народжува-

¹⁾ Матеріали стосуються населення Франкфурта на Майні за 1920—1925 рр.

ність; це повинно було позначитися тим, що зменшилися кількість дітей молодших вікових груп. Цілком природно, що зменшилась і питома вага молодших вікових груп захворілих на шкарлатину. Проте неправильно було б робити з цього той висновок, що при загальному низькому рівні захворюваності на шкарлатину питома вага молодших вікових груп нижча, ніж при високому, — в даному випадку зменшення питомої ваги може залежати виключно від зменшення кількості дітей відповідних вікових груп. Тому обмежимося розглядом відомостей для кол. Петербурга, Гамбурга, Кенігсберга та Риги.

Почнімо з захворюваності в кол. Петербурзі (табл. 24).

Таблиця 24

Рік	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	Середнє
Загальне число захворілих	1996	< 4008 >	2332	> 1251 <	1578	< 1839 <	2364	2196
Питома вага групи 0—4 роки в загальному числі захворілих	47,1	> 42,0 <	44,1	< 45,7 <	52,9	> 46,3 >	44,2	45,2

Для зручності між суміжними числами поставлено знаки «більше» або «менше». Виявляється, що знаки ці в 6 випадках з 7 не збігаються для загального числа і величини питомої ваги відповідних вікових груп або, інакше кажучи, збільшення числа захворілих відповідало зменшенню питомої ваги і, навпаки — зменшення числа захворілих відповідало збільшенню питомої ваги цієї групи в одному лише випадку. Збільшенню числа захворілих відповідає збільшення питомої ваги цієї групи. Далі, коли взяти 3 роки (з 7) з найвищими числами захворювань (1890, 1895 і 1891), то виявиться, що питома вага кожного з них нижча середньої питомої ваги (42,0; 44,2; 44,1 при середній питомій вазі 45,2).

В табл. 25 наведено дані для Гамбурга (з викладених вище міркувань ми обмежуємося в ній роками до війни).

Таблиця 25

Рік	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905
Захворіло на 10 000 чол.	13,5	< 24,9	< 41,2	< 42,9	< 50,6	> 37,5	> 17,7	> 10,8
	-	+	-	+	+	+	-	
Питома вага групи 0—4 роки	42,3	> 37,5	< 38,1	> 32,1	< 37,3	> 33,2	> 30,5	< 35,1

(Продовження табл. 25)

Рік	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914
Захворіло на 10 000 чол.	< 16,0	> 14,8	< 47,6	< 53,1	> 24,7	< 28,3	> 22,1	< 29,2	> 23,5
	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Питома вага групи 0—4 роки	> 28,2	< 29,2	> 21,3	< 24,1	< 28,1	> 25,0	< 29,1	> 20,6	< 26,2

І в даному прикладі лише в 5 випадках збільшення або зменшення показників захворюваності відповідає збільшенню питомої ваги відповідних вікових груп, а в 11 спостерігається відсутність паралелізму. Ряд такий довгий, що є сенс обчислити коефіцієнт кореляції рангів. Обчислення дає лише незначний коефіцієнт $r = -0,26$, при цьому саме з знаком мінус. При такій невеликій величині ніяк не можна твердити, що між висотою захворюваності і величиною питомої ваги молодших вікових груп є обернена залежність.

Відповідні дані для Кенігсберга за 1906—1914 рр. наведено в табл. 26.

Паралелізм між збільшенням числа захворювань і питомої ваги молодшої вікової групи (0—4 роки) спостерігається

Таблиця 26

Рік	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907
Кількість захворілих	1125	> 314	< 335	> 64	> 49	< 177	< 389	< 854
		-	-	-	-	-	+	+
Питома вага групи 0—4 роки	42,9	< 49,0	> 34,9	< 39,1	< 53,1	> 28,3	< 30,6	< 42,9

Рік	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914
Кількість захворілих	> 491 +	> 382 +	< 540 -	> 251 +	> 148 -	< 211 -	< 1942 +
Питома вага групи 0—4 роки	> 33,2	> 30,1	> 25,2	> 21,9	< 27,1	> 19,0	< 32,5

лише в 6 випадках, обернене співвідношення — у 8. Обчислення коефіцієнта кореляції рангів дає зовсім малий показник, а саме $\rho = +0,075$.

Дані для Риги відразу здаються особливо цікавими, тому що тут подано вікові інтенсивні показники. Але з роботи Fehrman-a, де наведено ці відомості, не видно, чи справді кожного року за 6 років (1922—1927) був спеціальний перепис населення Риги. Дуже можливо, що вони обчислені лише до кількості кожної вікової групи за даними одного з років цього періоду, а це знецінило б відомості, тому що для нас якраз важливе зіставлення року з роком. З чисел для Риги Fehrman робить висновок, що в епідемічні роки спостерігається збільшення питомої ваги захворілих молодших вікових груп. Такий висновок був би цілком правильним для Риги лише тоді, коли б обчислення вікового інтенсивного показника робилося бездоганним методом (тобто, коли б щороку відома була кількість членів кожної вікової групи). В протилежному разі наведені числа були зовсім непоказові, бо на числовому складі відповідних вікових груп повинен був би позначитися дефіцит, зумовлений зменшенням народжуваності під час війни, при чом дефіцит цей поступово переходив би на старші вікові групи. Тому є повна рація запідозрити правильність висновку Fehrman.

Підсумовуючи дані щодо висоти питомої ваги групи 0—4 роки в епідемічній і неепідемічній час, треба зробити той висновок, що аналіз для кол. Петербурга, Гамбурга та Кенігсберга не стверджують припущення Rudder-a про відносно велику захворюваність молодших вікових груп порівнюючи з старшими в ті роки, коли загальний рівень захворюваності вищий. Розгляньмо далі, до якої міри справедливі

ва думка Kisskalt-а супротивна попередній, а саме припущення про те, ніби підсилення захворюваності на шкарлатину збільшує питому вагу старших вікових груп населення в загальному числі захворілих на цю хворобу.

Почнімо з відомостей для кол. Петербурга (табл. 27).

Таблиця 27

Рік	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	Середнє
Число захворілих на шкарлатину	1996	< 4008 > +	2332	> 1257 < +	1578	< 1839 < +	2364	2196
Питома вага групи старшої 15 р. у загальній захворюваності	6,9	< 7,1 <	8,2 >	6,9 >	5,6 <	6,4 >	4,8	6,6

Відповідність між збільшенням або зменшенням числа захворілих і зміною питомої ваги старших вікових груп в той самий бік спостерігається лише в трьох випадках, невідповідність — у решті чотирьох. Коли взяти три роки з максимальними числами захворілих (1890, 1891, 1895), то в двох випадках питома вага групи старшої 15 років, перевищуватиме середній процент, а в одному — буде менша (7,1; 8,2; 4,8 при середньому 6,6).

Таблиця 28

Рік	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906
Кількість захворілих	1125	> 314 < -	335	> 64 > +	49	< 177 < +	389
Питома вага для групи старшої 15 р.	4,5	< 8,9 >	8,1 <	11,0 >	4,1 <	4,5 <	5,1

(Продовження табл. 28)

Рік	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914
Кількість захворілих	< 854 > -	491	> 382 < -	540	> 251 > +	148	< 211 < +	1942
Питома вага для групи старшої 15 р.	> 3,9 <	5,5 <	6,8 <	9,6 <	11,2 >	6,8 <	11,4 >	8,7

Розгляньмо тепер дані для Кенігсберга (табл. 28).

Паралелізм між підвищувальною і знижувальною тенденціями в числі захворювань, з одного боку, і збільшенням або зменшенням питомої ваги вікової групи старшої 15 років, — з другого, спостерігається лише в шести випадках, обернене співвідношення — у решти восьми. Обчислення коефіцієнта кореляції рангів приводить до $\rho = -0,168$. Величина коефіцієнта така незначна, що немає підстав говорити про обернений зв'язок між зростанням числа випадків і збільшенням питомої ваги вікової групи, старшої 15 років.

Відомості для Гамбурга подано в табл. 29.

Таблиця 29

Роки	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905
Захворіло на 10 000 чол.	13,5	< 24,9	< 41,2	< 42,9	< 50,6	> 37,5	> 17,7	> 10,8
	-	-	+	+	-	+	-	
Питома вага групи старшої 15 р.	11,4	> 10,2	> 9,1	< 10,3	< 11,4	< 12,0	> 10,6	< 12,1

(Продовження табл. 29)

Роки	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914
Захворіло на 10 000 чол.	< 16,0	> 14,8	< 47,6	< 53,1	> 24,7	< 28,3	> 22,1	< 29,9	> 23,5
	-	-	+	+	+	-	-	+	+
Питома вага групи старшої 15 р.	> 11,9	< 12,6	< 13,0	< 16,1	> 14,9	> 13,6	< 15,5	< 17,7	> 15,5

У 8 випадках з 16 маємо обернену залежність між збільшенням частоти випадків шкарлатини або її зменшенням, з одного боку, і відповідними змінами питомої ваги вікової групи, старшої 15 років, в загальному числі захворюлих, — з другого, і лише в 8 випадках спостерігаємо відповідність. Коефіцієнт кореляції рангів $\rho = +0,05$ такий незначний, що тут не доводиться говорити про будьякий закономірний зв'язок.

Наведених фактів вважаємо досить для того, щоб відхилити припущення Kisskalt-а про більшу захворюваність старших вікових груп, яка, на його думку, спостерігається під час епідемії.

Скорочений список використаної літератури

а) Українською та російською мовами

- Агаджанов В. Г. Эпидемиология скарлатины в Ташкенте. — Гигиена и эпидемиология, 1927, № 6.
- Адрианов. Материалы к изучению эпидемиологии скарлатины по данным Устюженского района. — Журнал эпидемиологии и микробиологии, 1933, № 1—2.
- Баткис Г. А. Социальная гигиена. Санитарное состояние населения и санитарная статистика. — Гос. изд. биологической и медицинской литературы, М.-Л., 1936.
- Береснев и Востроухова. К вопросу об этиологической роли гемолитического стрептококка при скарлатине. — Северный медицинский сборник, т. I, вып. 2.
- Биргер О. Г. Эпидемиология скарлатины. В сборнике „Дифтерия и скарлатина . . .“ под ред. проф. С. В. Коршуна. — ГИЗ, М.-Л., 1925.
- Вогралик Г. Ф. Учение об эпидемических заболеваниях. Часть I. История эпидемических заболеваний. Часть II. Общая эпидемиология. — „Сибирская научная мысль“, Томск, изд. студ. коопер. 1935.
- Вольфсон И. Я. Скарлатина в европейских странах в 1923—1925 гг. — Советский врачебный журнал, 1936, февраль, № 3.
- Воскресенский Н. И. Скарлатина в г. Вологде по данным 1926 г. — Северный Медицинский Сборник, т. I, вып. 2, 1927.
- Гамалея Н. Ф. Учение об инфекции. Гос. мед. изд., М.-Л., 1931.
- Гандельсман. Эпидемии скарлатины в Харьковском округе 1924—1926 гг. — Гигиена и эпидемиология, 1928, № 3.
- Глаголев Ф. Ф. Некоторые эпидемиологические данные о движении скарлатины в Московском уезде с октября 1923 по июль 1924 г. — Московский медицинский журнал, 1924, № 9.
- Горбунов С. С. Тяжесть эпидемии скарлатины в гор. Бийске 1923—1926 гг. — Сибирский медицинский журнал, 1927, № 5.
- Готтштейн А. и Добрейцер И. Учение об эпидемиях (пособие к изучению эпидемиологии). — Гос. мед. изд., М.-Л., 1933.
- Данилевич М. Г. Профилактика детских болезней. — Гос. мед. изд., М.-Л., 1931.
- Данилевич М. Г. и Доброхотова В. Н. Нозокомальные заболевания (Из Василеостр. инф. детск. больницы, гл. вр. Данилевич). — Гигиена и эпидемиология, 1928, № 10.
- Дифтерія. Довідник для лікарів, студентів та медперсоналу. — Київ, медвидав, 1935 (УРСР, Нар. ком. охорони здоров'я).
- Добрейцер И. А. Малярия в СССР. Материалы по эпидемиологии малярии. — Изд-во Сан.-пр. отд. Наркомздрава, М., 1924.
- Добрейцер И. А. и Ганюшина Е. X. Материалы по летальности при детских болезнях в больницах Москвы. — Журнал эпидемиологии и микробиологии, 1932, № 6.
- Долженков В. И. Обзор важнейших болезней в Курской губернии в 1886—1890 гг. Исследование на основании данных, присланных земскими врачами. — Изд. Курского губернского земства, Курск, 1893.

Дольд Г. (Берлин). О трех типах вирулентности стрептококков. — Профилактическая медицина, 1928, приложение.

Дьяков Ю. И. К вопросу об эпидемии скарлатины в г. Москве и Московской губ. — Московский медицинский журнал, 1924, № 9.

Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. — Центр. упр. нар. хоз. учета Госплана СССР, М., 1936.

Златогоров С. И. Этиология, эпидемиология, профилактика и серотерапия скарлатины. Отд. оттиск из журн. „Профилактическая медицина“ за 1927 г., № 1, 2.

Златогоров С. И. Немецко-русский конгресс по скарлатине 11—14.VI 1928. — Профилактическая медицина, 1928, № 8.

Игумнов С. Н. Эпидемии в Харьковской губ. с 1897 по 1909 г. — Санитарное бюро Харьковской губернской земской управы, Харьков, 1911.

Изаболинский и Липкина. К вопросу о реакции Дика при скарлатине. — Вестник эпидемиологии и микробиологии, 1925, т. IV, № 4.

Каминский Л. С. Смертность от скарлатины в Ленинграде за 30 лет (1897—1926). Санитарно-статистический сборник Ленинградского областного отдела здравоохранения. — Изд. Ленинградского медицинского журнала, Л., 1928.

Каневская С. С. Диагностическое значение феномена угасания сыпи. — Профилактическая медицина, 1926, № 7.

Карония. Скарлатина. В сборном руководстве: Курс инфекционных заболеваний, под ред. проф. С. И. Златогорова и проф. Д. Д. Петенева, т. II, — Гос. изд-во медицинской и биологической литературы, М.-Л. 1935.

Карпов Н. А. К вопросу о скарлатине в Узбекистане (г. Бек-Буди). — Труды научной ассоциации врачей гор. Бек-Буди, вып. 1, Бек-Буди Узб. ССР), 1932.

Козлов Ю. А. Эпидемиология скарлатины и дифтерии в Кызыл-Орде 1927—1932 гг. — Медицинский журнал Казакстана, 1934, № 3-4.

Колодизнер А. И. К современным спорам о причинах эпидемии. — Ленинградский медицинский журнал, 1928, № 5.

Кононович К. Ю. К вопросу об эпидемиологии скарлатины и борьбе с нею. — Труды X всесоюзного съезда бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей. 1—11. IX 1926 г. — (Харьков), 1927.

Коробкова и Митин. Здоровое носительство скарлатинозного стрептококка. — Вестник микробиологии, эпидемиологии, паразитологии и 1929, т. VIII, вып. 2.

Коробкова и Митин. К характеристике скарлатинозных стрептококков, выделенных в эпидемию 1926—1927 гг. — Вестник микробиологии, эпидемиологии и паразитологии, 1927, т. VI, вып. 1.

Коробкова и Митин. Пути распространения скарлатинозного стрептококка. Вестник микробиологии, эпидемиологии и паразитологии, 1927, т. VI, вып. 4.

Коробков, Митин и Рубин. Роль скарлатинозных носителей в эпидемиологии скарлатины. — Вестник микробиологии и эпидемиологии паразитологии, 1930, т. IX, вып. 2.

Корчак-Чепурковский А. В. Материалы для изучения эпидемиологии скарлатины. — Вестник микробиологии, эпидемиологии и паразитологии, 1927, т. VI, вып. 4.

демии дифтерии (эпидемиологии). Вып. 1. Исследование особенностей в развитии дифтерии сельского населения на основании изучения эпидемии ее в Херсонском уезде с 1870 по 1889 г. и связи их с ходом эпидемии детского возраста и общим санитарным состоянием уезда. — Изд. Херсонской губернской земской управы, Херсон, 1898.

Косарев Н. Н. и Георгиев. Ф. Л. Очерк скарлатинозной эпидемии в Ганджинском округе Азербайджана и борьба с нею прививками стрептококкового анатоксина. — Гигиена и эпидемиология, 1931, № 1.

Лепехин Е. И. Некоторые эпидемиологические закономерности в форме болезни при скарлатине. — Гигиена и эпидемиология, 1929, № 6.

Лепехин Е. А. Поздние контакты при скарлатине. — Гигиена и эпидемиология, 1928, № 9.

Малхазов А. И. Скарлатина и ход эпидемии в Эриванском уезде за 1928 г. — (S. I. a.).

Маслаковец. Этиология, эпидемиология и профилактика скарлатины. — Ленинградский медицинский журнал, Л., 1928.

Маслаковец П. П. Стрептококк — возбудитель скарлатины. — Гигиена и эпидемиология, 1928, № 3.

Майоров А. И. Опыт 100% госпитализации зарегистрированных случаев скарлатины по г. Житомиру. — Профилактическая медицина, 1927, № 7.

Мейер Л. Скарлатина. Перев. с нем. д-ра П. Л. Абегауз. Под ред. с примеч. проф. В. И. Молчанова. — Гос. мед. изд. М. 1929, на обор. лит. листа: *Der Scharlach. Von Prof. E. Meier und D-ŕ. Jahr.*

Мерков А. М., Гинзбург О. Г. Дифтерия та скарлатина в Харьковѣ в 1931 і 1932 рр. — Профилактична медицина, 1935, № 12.

Минкевич. Скарлатина и дифтерия и иммунитет к этим заболеваниям у населения Туркменистана. — Микробиологический журнал, 1929, т. IX, вып. 2.

Минкевич. Эпидемиологические наблюдения над скарлатиной. — Гигиена и Эпидемиология, 1931, № 1.

Миттельман П. М. Значения реакції Dold-a для означення токсичності *streptococca* (Прот. Наук. конф. Укр. держ. сан. бак. ін-ту) — Профилактична медицина, 1929, № 12.

Морейнис И. Я. Массовый опыт активной иммунизации против скарлатины. — Профилактическая медицина, 1927, № 8.

Мошковский И. И. Наблюдения над скарлатиной по материалам Волчанского заразного барака. — Гигиена и эпидемиология, 1929, № 10.

Новосельский С. А. Статистический очерк дифтерии и результатов сывороточного ее лечения. Сборник монографий по дифтерии, издаваемый под ред. Ф. М. Блюменталя и М. М. Грана. Отд. II (эпидемиология). М., 1915.

Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи населению России за 1902 г. Упр. гл. врач. инсп. М. В. Д., 1906. Теж за 1903—1914 рр. (для кожного року окремо).

Павловский Л. К. Заболеваемость и смертность от скарлатины и дифтерита в С.-Петербурге с 1886 по 1895 г. Статистические материалы по эпидемиологии С.-Петербурга. Диссертация на степень доктора медицины. — СПб, 1896.

Писаревский и Резникова. К вопросу о профилактике скарлатины прививками модифицированной вакцины Г. Н. Габричевского. — Профилактическая медицина, 1926, № 12.

Ревіч Е. І. і Шнеерсон (Одеса). Носіння гемолітичного стрептокока в епідемію шкарлатини. — Профілактична медицина, 1929, № 12.

Розен и Корбицына. Скарлатинозный токсин и реакция Дика. — Профилактическая медицина, 1925, № 6.

Розенберг Н. К. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии. — Изд. (посмертное) при участии прив-доц. С. В. Висковского. Лев-медгиз, Л.-М., 1934.

Рудницкий Н. Л. Наблюдения над эпидемиологией скарлатины. — Советская врачебная газета, 1935, № 12.

Румянцев Ф. Д. К эпидемиологии скарлатины в Киеве. — Педиатрия, IX. вып. 2—3, 1925.

Сахновский Владимир. Дифтерит и скарлатина в С-Петербурге с 1 ноября 1882 по 1 января 1884 г. (Медико-статистический очерк). Диссертация на степень доктора медицины. — СПб, 1884.

Слетов П. О движении эпидемии скарлатины в Московском уезде. — Московский медицинский журнал, 1927, № 1.

Соколов. Заболеваемость и смертность детей при дифтерии, скарлатине и кори. — Профилактическая медицина, 1926, № 2.

Соколов. К вопросу об особенностях текущей скарлатинозной эпидемии. — Врачебное дело, 1928, № 2.

Стефанский В. К. Скарлатина. — Исполпрофбюро Одесского гос-медина, Одесса, 1924.

Страдомський М. Ф. Рух інфекційних захворювань м. Києві за останні 10 років (1917—1926) — Київський медичний журнал, 1928, № 1.

Троцкий В. Л. Реакция Дика в связи с учением об инфекционной аллергии. В сборнике „Вопросы профилактики острых детских инфекций.“ — Гос. мед. изд., М.-Л., 1935.

Ульянов Л. Д. Периодичность в развитии холерных эпидемий. — Профилактическая медицина, 1923, № 7—8.

Friedberger. Вопросы современной эпидемиологии, в частности эпидемиологии брюшного тифа. — Гигиена и эпидемиология, 1928, № 4.

Флеров К. Ф. О течении скарлатины у взрослых. — Московский медицинский журнал, 1927, № 5.

Шостак Я. Е. Урожай и эпидемии в Ульяновской губ. за 1890—1927 гг. (Материалы по изучению санитарного состояния губернии). — Ульяновськ, 1928 р.

Шостак Я. Е. Эпидемии скарлатины и борьба с ними. — Ульянов Улян. Губздравотдел.

Шпарц И. А. Некоторые данные эпидемии скарлатины в Виннице. — Профилактическая медицина, 1925, № 12.

Экель С. М. Инфекционные заболевания на Украине. — Научная мысль, Харьков, 1927.

Эгиз В. А. Эпидемия скарлатины и дифтерии в Москве за десятилетие 1913—1923 гг. — Московский медицинский журнал, 1924, № 9.

Яковенко Е. И. Эпидемические кривые (к эпидемиологической методологии). — Гигиена и эпидемиология, 1927, № 12.

Яковенко Е. И. К методам выравнивания эпидемических кривых (к эпидемиологической методологии). — Гигиена и эпидемиология, 1929, № 3—4.

Яковенко Е. И. Эпидемические индексы (к эпидемиологической методологии). — Гигиена и эпидемиология, 1927, № 3.

б) Иноземными мовами

Aimes A. Météoropathologie — Paris, 1932.

Ascher. Erfolgrlose Bekämpfung von Scharlach und Diphtherie. — Deutsche medizinische Wochenschrift, 1929, № 34.

Ванов. Contribution à l'étude de la scarlatine. — Archives de médecine des enfants. 1930, № 6 (XXXIII).

Behrendt Hans. Über den Einfluss der sozialen Lage auf die Morbidität an Scharlach und Diphtherie. — Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 1926, Bd. 106, Heft 3.

Belonowsky G. La scarlatine comme processus amicrobien. — I Congrès International de Microbiologie, t. I, Paris, 1931.

Benda Th. Die Witterung in ihrer Beziehung zu Scharlach und Diphtherie. — Archiv für Kinderheilkunde, 1915, Bd. 65.

Bormann. Diskussion zur Scharlachepidemiologie. Verhandlungen des Deutsch-Russischen Scharlach-Kongresses vom 11.—14.VI.1928 in Königsberg. — [S. I. d.], herausgegeben von Dr. Th. Bürgers.

Brelet M. La scarlatine. — Flammarion, Paris, 1924.

Brownlee John. Statistical Studies in Immunity. The Theory of an Epidemic. — Proc. of the Royal Society of Edinburgh, Vol. XXVI, 1906 № 1.

Bürgers u. Wohlfeil. Die Bedeutung der hämolitischen Streptokokken für die Ätiologie des Scharlachs. — Klinische Wochenschrift, 1928, № 9.

Bürgers. Das Scharlachproblem. Eine epidemiologische Studie. — Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, Bd. 99, 1923.

Bürgers. Zur Epidemiologie des Scharlachs. — Verhandlungen des Deutsch-Russischen Scharlach-Kongresses vom 11.—14.VI. in Königsberg, [S. I. d.], herausgegeben von Dr. Th. Bürgers.

Cernozubov N. D. Epidémie de scarlatine en Yougoslavie (Glosnik M. fasc. 1—3. Belgrades). Pef. в „Bulletin mensuel de l'Office International d'Hygiène Publique“, T. XXIV, № 11, 1932, novembre.

Curschmann Hans. Ueber Krankheitswellen. — Münchener medizinische Wochenschrift, 1926, № 53.

Deicher H. Behandlung und Verbreitung von Masern, Scharlach und Diphtherie. — Beihefte zur Medizinischen Klinik, 1928, Heft 7.

Deicher H. und Friedmann U. Die Uebertragung des Scharlachs. — Deutsche medizinische Wochenschrift, 1926, № 51.

Dopter et Lavergne. Epidémiologie. 3 livres. — Paris. Librairie Baillière et Fils, 1925—1927, (Traité d'Hygiène publique en fascicules sous direction de M. M. Martin Gonis et Brouadel Georges).

Drigalski. Scharlach und Schule (Epidemiologisches). — Verhandlungen des Deutsch-Russischen Kongresses vom 11.—14.VI. in Königsberg — [S. I. d.], herausgegeben von Dr. Th. Bürgers.

Epidemische Krankheiten in Japan. — [S. I.] Kaiserlich. Japanisches Institut in Tokio, 1911.

Evolution récente de la scarlatine. — Rapport épidémiologique de la section d'Hygiène du secrétariat de la Société des Nations — № 172, 1934 mars-avril, № 3—4.

Fales, Thurber. The age distribution of whooping-cough, chicken pox, scarlet fever and diphtheria in various areas in the United States—The American Journal of Hygiene, Vol. VIII, № 5, 1928, sept.

Fedders. Die Scharlachdurchkrankung und ihre epidemiologische Bedeutung. — Monatsschrift für Kinderheilkunde, Bd. 52, 1932.

Fehrman. Epidemiologie des Scharlachs in Lettland. Verhandlungen des Deutsch-Russischen Scharlach-Kongresses vom 11.—14.VI.1928 in Königsberg. [S. l. d], herausgegeben von Dr. Th. Burgers.

Friedmann und Deicher. Ueber die Aetiologie und spezifische Therapie des Scharlachs. — Deutsche medizinische Wochenschrift, 1925, № 46—47.

Gaus Rudolf. Zur Epidemiologie des Scharlachs in Düsseldorf von 1901—1930. — Jahrbuch für Kinderheilkunde, 135., der dritten Folge 85. Band Heft 3/4, 1932, April.

Goodall E. W., Greenwood and Russell W. T. Scarlet Fever, Diphtheria and Enteric Fever 1895—1914. A clinical statistical study. London, 1929.

Gottschlich E. Kommen und Gehen der Epidemien. — Die Naturwissenschaft, 1928, № 45/46, 47.

Gottstein Adolf. Allgemeine Epidemiologie. — Leipzig, 1897.

Gottstein A. Epidemiologie und Soziologie der akuten Infektionskrankheiten. У збірному підручнику „Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge“. Herausgegeben von A. Gottstein, A. Schlossmann, L. Teley. Fünfter Band, Soziale Physiologie und Pathologie. — Berlin, Verlag von Julius Springer, 1927.

Gottstein A. Rechnende Epidemiologie — Ergebnisse der Hygiene Bakteriologie, Immunitätsforschung und experimentale Therapie, B. 2. 1923.

Gottstein A. Ueber gesetzmässige Erscheinungen bei der Ausbreitung einiger endemischer Krankheiten. — Berliner klinische Wochenschrift 1898, № 16.

Greef H. Beitrag zur Epidemiologie des Scharlachs. — Deutsche medizinische Wochenschrift, 1916, № 30. — Реферат в „Archiv für Kinderheilkunde“, 1915, Bd. 66, Heft I-II.

Happe. Untersuchungen zur Epidemiologie des Scharlachs. — Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten, I. Abteilung Originale, Bd. 105, 1927/8.

Harmon G. E. A comparison of two methods of obtaining epidemic cycles. — The Journal of Preventive Medicine, 1929, september, vol. 3, № 3.

Hindmann and Sarah Harmon G. E. Seasonal distribution of measles, scarlet fever and diphtheria for periods of high and low incidence. American Journal of Hygiene, Vol. 20, № 3, 1934, november.

Hippke. Betrachtungen zum Scharlachproblem auf Grund von Beobachtungen in einer militärischen Anstalt.—Münchener medizinische Wochenschrift 1929, № 45.

- Holst. L'isolement dans la fièvre scarlatine doit-il être moins rigoureux (Journ. Prevent. Med., Baltimore, Vol. 1, 1927). — Реф. в „Bulletin mensuel de l'Office International d'Hygiène Publique“, Vol. 3, № 6, 1928, juin.
- Jungeblut Cl. W. Scharlach. У збірному підручнику „Handbuch der pathologischen Mikroorganismen“. Begründet von W. Kolle und A. v. Wassermann. Dritte erweiterte Aufl. Von Fachgelehrten neu bearbeitet und herausgegeben von W. Kolle, R. Kraus, P. Uhlenhuth. Bd. 2,4.—Jena. Berlin u. Wien. Gustav Fischer u. Urban v. Schwarzenberg, 1928.
- Jurgens Georg. Infektionskrankheiten. — Berlin. 1920.
- Kisskalt Karl. Entstehen und Vergehen von Seuchen. — Seuchenbekämpfung, Jahrgang III, 1926, Heft 5/6.
- Kisskalt K. Epidemiologie und Bakteriologie. — Münchener medizinische Wochenschrift, 1927, № 2.
- Kisskalt K. Das Wandern der Seuchen. — Deutsche medizinische Wochenschrift, 1923, № 18.
- Kisskalt K. Untersuchungen über Konstitution und Krankheitsdisposition. 1. Die Ermittlung der Disposition zu Infektionskrankheiten. — Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, Bd. 87, Heft 3, 1914.
- Kobrak Erwin O. Beiträge zur Kenntnis der Ansteckungswege des Scharlachs. — Zeitschrift für Kinderheilkunde, Originalen, Bd. 26, 1920.
- Krahn H. Die Epidemiologie von Scharlach und Diphtherie in Freistadt Sachsen in den letzten 50 Jahren. — Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, Bd. 109, Heft 5, 1928.
- Löwenstadt H. Die epidemiologischen Beziehungen zwischen Diphtherie und Scharlach, nachgewiesen an dem zeitlichen Ablauf der Epidemien und der Letalität. — (Veröff. med. Verw., Bd. 32, Heft 4.) Ref. in Klinische Wochenschrift. 1930, № 45.
- Madsen Th. Le rythme saisonnier des maladies infectieuses. — Revue d'Hygiène et de Médecine Préventive, 1929, t. LI, № 11.
- Martin. The epidemic curve of small pox. — The Journal of Hygiene, 1934, 1 (February).
- Müller P. Th. Общая эпидемиология. Пер. с нем. Яковлева. — [П]зд. журн. Медицинский современник, 1917.
- Natorp W. Zur Epidemiologie des Scharlachs in Königsberg. Verhandlungen des Deutsch-Russischen Scharlach-Kongresses vom 11.—14.VI. in Königsberg. — [S. l. d.], herausgegeben von Dr. Th. Bürgers.
- Neufeld F. Einige neue Ergebnisse der epidemiologischen Forschung. — Klinische Wochenschrift, 1929, № 2.
- Paquêt. Rôle des saisons et des pluies dans l'évolution de certaines maladies contagieuses. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1931, № 15.
- Peters. Prophylaxe und Scharlach. — Verhandlungen des Deutsch-Russischen Kongresses vom 11.—14.VI. in Königsberg [S. l. d.], herausgegeben von Dr. Th. Bürgers.
- Pope Alton. Studies on the Epidemiology of Scarlet Fever. — The American Journal of Hygiene, Vol. VI, № 2, 1926, march.
- Prinzing Fr. Handbuch der Medizinischen Statistik. Zweiter Halbband. — Gustav Fischer, Jena, 1931.
- Proust A. Traité d'Hygiène. Troisième édition. — Masson et C^{ie}, 1902.

Reiche F. Betrachtungen zur Epidemiologie der Diphtherie und Scharlachs.—Zeitschrift für klinische Medizin. Bd. 125, 1933.

Reiter Hans. Bedeutung stummer Infektion und stummer Immunität für die Epidemiologie des Scharlachs.—Verhandlungen des Deutsch-Russischen Scharlach-Kongresses vom 11.—14.VI.1928 in Königsberg. [S. l. d.], herausgegeben von Dr. Th. Bürgers.

Revue générale de la scarlatine au cours des dernières années.—Rapport Epidémiologique Mensuel de la Section d'Hygiène du Secrétariat de la Société des Nations, № 1288, 1928 (15. VII), № 129, 1928 (15. VIII).

De Rudder Bernhard t. Epidemiologische Probleme beim Scharlach.—Münchener medizinische Wochenschrift. 1927, № 6.

De Rudder. Scharlach-Epidemiologie vom Gesichtspunkt stummer Immunisierung (stille Feiung).—Verhandlungen des Deutsch-Russischen Scharlach-Kongress vom 11.—14.VI.1928 in Königsberg. [S. l. d.] herausgegeben von Dr. Th. Bürgers.

De Rudder B. Wetter und Jahreszeit als Krankheitsfaktoren. Grundriss einer Meteoropathologie des Menschen. Verlag von Julius Springer, Berlin, 1931.

Salge B. Скарлатина (Scarlatina). У збірному підручнику: Kraus Fr. u. Brugsch. Инфекционные болезни. Пер. с нем. с дополнениями прив.-доц. Блюменау, т. II, В. I—II. 1915.

La scarlatine et la diphtérie en 1929—1930.—Rapport Epidémiologique mensuel de la Section d'Hygiène du Secrétariat de la Société des Nations, № 142, 1930, 15. IX № 9.

Schütz Franz. Die Epidemiologie der Masern. Festgestellt unter Mithilfe der Schleswig-Holsteinischen Universitätsgesellschaft.—Kiel-Jena Gustav Fischer. 1925.

Schütz Franz. Über die Epidemiologie des Scharlachs.—Verhandlungen des Deutsch-Russischen Scharlach-Kongresses vom 11.—14.VI.1928 in Königsberg. [S. l. d.], herausgegeben von Dr. Th. Bürgers.

Schlossmann. Der Scharlach vom Gesichtspunkt des Sozial-Hygienikers.—Verhandlungen des Deutsch-Russischen Scharlach-Kongresses vom 11.—14.VI. in Königsberg. [S. l. d.], herausgegeben von Dr. Th. Bürgers.

Seligmann. Streptokokken-Kontrolle bei Scharlachrekonvaleszenten.—Klinische Wochenschrift, 1929, № 31.

Seligmann. Zur Epidemiologie [des Scharlachs] in Berlin. Verhandlungen des Deutsch-Russischen Scharlach-Kongresses vom 11.—14.VI. 1928 in Königsberg. [S. l. d.], herausgegeben von Dr. Th. Bürgers.

Stallybrass C. O. The principle of epidemiology and the process of infection.—London, Routledge and Son, 1931 (с рос. перекл.).

Torday Franz. Die Bekämpfung der akuten Infektionskrankheiten des Kindesalter.—Jahrbuch für Kinderheilkunde, 102, der dritten Folge, Bd. 52, 1928.

Tron U. Recherches sur l'immunité streptococcique et scarlatine chez les scarlatineux (Atti della Società Lombarda Medicina et Biologica XVI).—Реп. в „Bulletin mensuel de l'Office International d'Hygiène Publique“ т. XX № 3, 1928, mars.

Vaughan C. Epidemiology and Public Health. I.—London, H. Kimpton, 1921.

- Verzikovsky N. A., Constantinova O. M., Gorochevnicova et Solovieva. La toxine scarlatineuse. Revue d'Immunologie, т. 3, 1927, janvier.
- Weichselbaum A. Epidemiologie. — Jena, 1904. У збірному підручнику „Handbuch der Hygiene“, herausgegeben von Dr Theodor Weyl., 9, Lief. 3.
- Woods H. M. Epidemiological Study of Scarlet Fever in England and Wales since 1900. — London, His Majesty's Stationery office, 1933.
- Statistique des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1923. (Renseignements épidémiologiques). — Société des Nations, Genève, 1924.
- Statistique des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1924. (Renseignements épidémiologiques). — Société des Nations, Genève 1925, № 9.
- Statistique des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1925. (Renseignements épidémiologiques, № 10). — Société des Nations, Genève, 1926.
- Quatrième rapport épidémiologique pour l'année 1926. — Société des Nations, Genève, 1929.
- Statistique des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1927. — Société des Nations, organisation d'Hygiène, Genève, 1929.
- Statistique des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1928. — Société des Nations, organisation d'Hygiène, Genève, 1930.
- Statistiques des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1929. — Société des Nations, organisation d'Hygiène, Genève, 1931.
- Statistiques des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1930. — Société des Nations, organisation d'Hygiène, Genève, 1932.
- Statistiques des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1931. — Société des Nations, organisation d'Hygiène, Genève, 1933.
- Rapport épidémiologique annuel. Statistiques corrigées des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1932. — Société des Nations, organisation d'Hygiène, Genève, 1934.

РЕЗЮМЕ

Основная целевая установка работы — выработать методику изучения динамики скарлатины, которая дала бы возможность вполне правильно подойти к оценке эмпирических чисел заболеваний и, следовательно, помогла бы органам здравоохранения в их плановой и оперативной работе по борьбе со скарлатиной.

Правильный анализ чисел заболеваний весьма затрудняется тем, что эмпирические числа инфекционных заболеваний представляют собою результат взаимодействия длительных тенденций, колебаний первого порядка (сезонных), колебаний второго порядка и кратковременно действующих отклонений. Для оценки причин понижения или повышения заболеваний чрезвычайно важно, например, выяснить насколько это повышение или понижение обусловлено длительными тенденциями динамики заболеваемости в одном

определенном направлении (в сторону роста или уменьшения) и в какой мере его следует считать выражением колебаний, т. е. чередований увеличения или уменьшения числа заболевших. Отсутствие правильной методики сплошь и рядом приводит к тому, что анализ инфекционной заболеваемости, в частности заболеваемости скарлатиной, носит чисто формальный характер и ограничивается простой констатацией увеличения или уменьшения числа заболеваний без всякой попытки глубже проникнуть в сущность явлений и вскрыть их причины.

Настоящая схема коренным образом отличается от схемы Хармон-а и других подобных: в тех — фигурируют циклические колебания, в настоящей — говорится о колебаниях второго порядка; в схеме Хармон-а фигурируют вековые тенденции, в настоящей — длительные тенденции. Не существует вековых тенденций общих различным историческим периодом или даже различным этапам одного и того же исторического периода; можно говорить только о тенденциях, длящихся на протяжении одного и того же исторического этапа.

Вопрос о сезонных колебаниях будет разобран в отдельной работе. Однако, чтобы избежать недоразумений, сразу же отмечу следующее: 1) сезонные колебания в смысле продолжительности их влияния на число заболеваний являются во всяком случае второстепенным по сравнению с тенденциями длительными; 2) они имеют место только в том случае, когда мероприятия по борьбе с инфекционными заболеваниями оказываются недостаточными для преодоления этих колебаний. Чрезвычайно важно было бы в первую очередь выявить эти длительные тенденции. Однако сделать это непосредственным путем не представляется возможным, так как число зарегистрированных больных меньше числа заболевших; процент охвата регистрацией заболевших в СССР повышается в виду роста лечебных учреждений и медицинских кадров, но невозможно определить, в какой мере растет полнота охвата. Попытка внести поправочный коэффициент в число зарегистрированных больных, которые нам известны, следует признать или совершенно произвольными, или методически неправильными. Только с того времени, когда регистрация прибли

зится к исчерпывающей, можно будет поставить вопрос о численном выявлении этих длительных тенденций.

Употребляя выражение «циклические колебания», очень часто применяют его неточно. Цикличность (от греческого слова *κυκλος*) означает точное повторение прошлого; применительно к динамике заболеваний — возвращение к определенному уровню заболеваемости через одинаковые промежутки времени. Как видно из анализа конкретного материала, нельзя говорить о цикличности, так как колебания заболеваемости 1) совершаются через различные промежутки времени, 2) высота заболеваемости во время различных волн различна и 3) формы кривых также весьма существенно отличаются друг от друга.

Под колебаниями второго порядка следует подразумевать чередования увеличения и уменьшения чисел инфекционных заболеваний, если эти колебания не носят сезонного характера и если они проявляются на протяжении промежутка времени, меньшего, чем средняя длительность жизни человека, и вместе с тем настолько продолжительного, чтобы нельзя было их считать чисто случайными.

Следует подчеркнуть, что определение это носит предварительный характер. Сущность колебаний второго порядка можно вскрыть только путем выявления их причин.

Согласно мнению ряда авторов, периодичность присуща еще многим инфекциям, кроме скарлатины: кори, дифтерии, оспе, малярии, чуме, холере брюшному тифу, гриппу и др.

Настоящая работа не предрешает вопроса относительно общности колебаний второго порядка для всех этих инфекций.

При объяснении различий в быстроте распространения заболеваний нужно учесть не только существующие различия в контагиозных индексах разных инфекций (как это делает Gottstein), но также и ряд других обстоятельств. Из них важнейшими являются: 1) различия в Keimzeit, т. е. в длительности периода, который проходит с момента внедрения инфекционного начала в организм до того срока, когда пораженный организм сам становится источником распространения инфекции; 2) различия в тех способах, которыми распространяется инфекционное начало.

Чем длительнее Keimzeit, тем медленнее при прочих равных условиях будет происходить распространение инфекции; чем больше контагиозный индекс, т. е. процент заболеваний из числа зараженных, тем быстрее будет происходить нарастание числа заболевших. Сопоставление между собой темпов распространения кори и скарлатины показывает, что корь распространяется гораздо быстрее скарлатины. Объяснять это действием только двух упомянутых факторов нельзя. Они действуют в противоположных направлениях и приблизительно с одинаковой силой (контагиозный индекс кори приблизительно в 2,5 раза больше, чем скарлатины, а Keimzeit для кори приблизительно в 2,5 раза длиннее, чем для скарлатины).

Нужно думать, что быстрота передачи кори зависит от способа передачи инфекции: усиленное разбрызгивание инфекционного начала во время кашля характерно для кори в отличие от скарлатины.

Исходя из основной целевой установки работы, важнее получить детальное представление о динамике инфекционных заболеваний за короткий срок, примыкающий к настоящему времени, чем только общее представление за более продолжительный промежуток времени, потому что инфекционная заболеваемость текущего периода в значительной мере обусловлена числами заболеваний непосредственно предшествующего периода. Из этого следует, что важно использовать сведения именно в месячном разрезе. Если же взять месячные числа, то колебания второго порядка окажутся затененными сезонными колебаниями. Весьма существенно поэтому найти такую методику, которая позволила бы очистить числа от сезонных колебаний с тем, чтобы остальные факторы, обуславливающие направление динамики инфекционных заболеваний, выявились с большей рельефностью.

Выходом из этого затруднения является построение скользящей кривой на двенадцати точках.

Для ясности приведу пример, как строится скользящая на двенадцати точках. Взяты числа заболеваний за год, скажем — с января 1921 г. по декабрь того же года включительно. Чтобы найти следующую точку кривой, берут числа с февраля 1921 г. по январь 1922 г. включительно; для на-

хождения третьей точки кривой берут числа с марта 1921 года до февраля 1922 г. включительно и т. д. по такому же образу до конца изучаемого периода. Для нахождения средней месячной полученные числа следует разделить на двенадцать. Впрочем среднемесячные можно и не вычислять, так как кривые годовых чисел по своей форме нисколько не будут отличаться от кривой среднемесячных.

Основные преимущества предложенного метода заключаются в том, что 1) он позволяет выявить начало подъема или падения с точностью до одного месяца, 2) что он вместе с тем элиминирует сезонные колебания. Эти преимущества настоящего метода вместе с простотою в смысле вычислений придают ему значение метода, который может быть использован для оперативной работы, позволяя улавливать изменения в динамике и оценивать эти изменения путем сопоставления уровня заболеваемости в настоящий момент с тем, который она имела в предшествующее время. Значение предложенного метода подтверждается на практике тем, что он позволяет сделать ряд важных заключений по вопросу о факторах, вызывающих колебания второго порядка.

Анализ конкретного материала показывает, что колебания второго порядка выявляются более рельефно на больших территориях, чем на меньших. Объясняется это тем обстоятельством, что пертурбационные отклонения, которые имеют место и сказываются весьма ощутительно на динамике скарлатины в отдельных населенных пунктах и небольших территориях при сложении данных отдельных населенных пунктов или небольших территорий, взаимно погашаются. Сказанное иллюстрирует сопоставление скользящей кривой по отдельным украинским губерниям с общекитайскими данными (за 1903—1914 г.; см. диаграммы).

Характеризуя изображенный на диаграммах материал, отметим следующие его особенности.

Данные по Украине за 1903—1914 гг. позволяют заключить о наличии двух ясно выраженных волн в динамике скарлатинных заболеваний. Благодаря методу скользящей на двенадцати точках имеется возможность более точно указать длительность как первой, так и второй. Волны эти не вполне одинаковы по своей продолжительности. В самом

конце периода намечается еще третья волна. За период 1914—1921 гг. у нас имеются только отрывочные данные по отдельным населенным пунктам. По этим данным можно судить о значительном повышении заболеваемости скарлатиной в 1915 г.

За 1921—1932 гг., т. е. тоже за 12-летний промежуток, действительное число заболеваний в УССР значительно снизилось по сравнению с дореволюционным периодом. К этому заключению следует прийти, рассматривая числа зарегистрированных больных и учитывая при том сильно возросший процент охвата регистрацией заболевших. За этот промежуток времени мы наблюдаем: 1) чрезвычайно низкий уровень заболеваний в начале периода, 2) две ясно выраженные волны, 3) очень крутое падение числа заболевших за 1930—1932 гг. Надо принять во внимание, что за последние пять лет рассматриваемого периода (1927—1932 гг.) в УССР было иммунизировано против скарлатины около пяти миллионов детей. Возможно, что это сыграло известную роль в резком падении заболеваемости скарлатиной. Кривая заболеваний скарлатиной в Европейской России за 1903—1914 гг. (материал, легший в ее основу, обработан тоже по методу скользящей на двенадцати точках) также обнаруживает две волны и намечающуюся третью. Кривая эта по своей форме, даже в некоторых деталях, напоминает кривую по Украине за те же годы. Сходную форму обнаруживает также кривая по семи северным губерниям России, взятым вместе. Рассмотрение данных по Московской губернии интересно в том отношении, что эти сведения даны в месячном разрезе за 35 лет (с 1883—1917 гг.) и их можно обработать за такой период по методу скользящей на двенадцати точках; длительность волн здесь весьма различна (от 1 года 10 месяцев до 5 лет 2 месяцев); значительно изменяется и число заболеваний, и форма кривых.

Сведения о заболеваниях по отдельным губерниям Украины за 1903—1914 гг., обработанные тем же способом, приводят к выводу, что длительность волн колеблется в весьма значительных размерах (напр., по быв. Екатеринославской губ. от 2 до 7,5 лет).

Если обратиться к материалу по ряду западноевропейских и внеевропейских стран и рассмотреть динамику скар-

латины в этих странах, то окажется, что США обнаруживают за 1923—1930 гг. четыре волны, кривая Италии за 1923—1932 гг. выявляет только три, кривые Англии, Польши, Чехословакии, Швеции и Австралии за тот же период (1923—1932 гг.) — две, а кривые Германии, Франции, Голландии и Югославии — только по одной ясно выраженной волне.

Формы кривых перечисленных стран весьма различны. Достаточно беглого взгляда на диаграммы, чтобы отрезиться от представления о цикличности заболеваний скарлатиной. Вместе с тем, рассмотрение перечисленных данных ясно доказывает наличие колебаний второго порядка.

Согласно работам Czerny, Czontagh-а, Kobrak-а и Белонковского, существует зависимость между питанием и заболеваемостью скарлатиной, а именно: чем лучше питание, тем больше число заболеваний скарлатиной, и обратно — чем хуже питание, тем их меньше.

Рассмотрение конкретного материала опровергает это положение. Действительно, на протяжении всего периода 1914—1918 гг. во всех воюющих странах, а особенно в Германии, наблюдалось весьма значительное ослабление питания широких масс населения, между тем, за этот промежуток времени имело место большое увеличение числа заболеваний, которое длилось приблизительно до 1915 г. включительно, после чего уже последовало снижение числа заболеваний. Точно также анализ динамики заболеваний скарлатиной в УССР опровергает мысль о том, что колебания второго порядка вызваны именно этим фактором.

Существуют серьезные основания думать, что вирулентность возбудителя скарлатины претерпевает значительные изменения. В пользу этого, между прочим, говорят многочисленные эпидемиологические наблюдения над различиями в течении скарлатины на протяжении различных эпидемий, а также во время различных частей (начала середины, конца) одной и той же эпидемии.

Рассмотрение процента летальности показывает, что изменение ее часто, хотя далеко не всегда, протекает до известной степени параллельно изменению высоты заболеваемости.

Однако анализ конкретного материала относительно

динамики скарлатины в различных странах, близких территориально, как видно из приложенных диаграмм (см. диаграммы 10 и 11), ясно обнаруживает отсутствие синхронности колебаний заболеваемости скарлатиной. Если предположить, что последние вызываются колебанием вирулентности возбудителя, этот факт представляется непонятным.

При таком объяснении непонятно, например, почему в Англии за рассматриваемый период (1923—1932 гг.) мы наблюдаем две волны, в Германии — только одну, а в Италии — три; выходит, что Англия по динамике скарлатинных заболеваний ближе к Италии, чем Германия.

Наличие или отсутствие восприимчивого населения является основным фактором, вызывающим колебания второго порядка. Априорные предположения в пользу этого положения в данном случае вполне согласуются с конкретным материалом, обработанным по методу скользящей средней на двенадцати точках.

Известно, что период войны был периодом падения рождаемости. Это падение сказалось с особой силой в Германии и Франции, в меньшей степени — в Англии; в Италии вступившей в войну позже, чем другие державы, и падение заболеваемости сказалось позже.

Значительная эпидемия скарлатины в 1915 г. (или около этой даты), поразившая многие страны Западной Европы, имела своим результатом иммунизацию значительной части населения, возникшую в результате того, что многие за это время переболели.

При той малой рождаемости, которая наблюдалась в Германии в военное время, в стране этой не могло накопиться достаточного числа населения, восприимчивого к скарлатине, а потому и заболеваемость ею спустилась там до весьма низкого уровня. Поэтому естественно, что прирост населения после войны значительно обгонял число переболевших скарлатиной. Вот почему мы наблюдаем длительный рост заболеваний в Германии. В Англии рождаемость во время войны упала в меньшей степени, а потому и заболеваемость там не падала так низко, как в Германии. Вследствие этого, для исчерпания притока свежего, немунимизованного населения в Англии потребовался меньший

промежуток времени, чем в Германии, а поэтому и колебания там происходили чаще. Аналогичным образом объясняется частота волнообразных колебаний в заболеваемости скарлатиной в США, где наблюдались частые колебания на очень высоком уровне, и в Италии (надо принять во внимание, что Италия вступила в империалистическую войну позже других государств и падение рождаемости там началось позже). Обратное явление наблюдается во Франции, в которой динамика заболеваемости скарлатиной до известной степени аналогична динамике заболеваемости в Германии.

Волнообразие формы кривой заболеваемости получается и по данным экспериментальной эпидемиологии при подсаживании известного числа животных к тем, среди которых развивается эпизоотия. Наши данные позволяют установить зависимость между уровнем заболеваемости, частотой колебаний и величиною притока восприимчивого населения.

Предположение это подтверждается также рассмотрением заболеваемости в отдельных населенных пунктах, которая имеет место во время двух эпидемий, смежных во времени.

Оказывается, что существует известный антагонизм между пораженностью того или иного небольшого населенного пункта во время первой эпидемии и его пораженностью во время следующей. Это обстоятельство опровергает допущение, что повышение заболеваемости вызывается усилением вирулентности и подтверждает предположение о том, что основным фактором в данном случае является наличие или отсутствие восприимчивого населения.

Колебания вирулентности возбудителя нельзя считать основным фактором, определяющим колебания второго порядка. Однако наличие восприимчивого населения допускает возможность частого пассажа возбудителя именно через восприимчивые организмы. Это, естественно, должно сказаться на усилении вирулентности, что в свою очередь усиливает рост эпидемии. Таким образом, повышение вирулентности можно считать одним из факторов роста заболеваемости, но этот фактор нельзя квалифицировать как ведущий.

Если сравнить количество зарегистрированных случаев

заболевания скарлатиной, с одной стороны, и число родившихся за тот же период, с другой, то окажется, что заболевших значительно меньше, чем родившихся (для Украины 1903—1910 гг. — только около 10%). Это на первый взгляд противоречит высказанному предположению о причинах угасания эпидемии скарлатины вследствие недостатка «горючего» материала. Однако противоречие это только кажущееся, потому что при этом нужно учесть:

- 1) неполноту охвата регистрацией заболевших;
- 2) частоту «стертых» форм скарлатины;
- 3) возможность постепенной скрытой иммунизации не большими дозами возбудителя;
- 4) возможность врожденной невосприимчивости части населения.

Следует учесть, что приток неиммунизованного населения и колебание вирулентности возбудителя нельзя считать не только равномерными, но нельзя даже думать, что действие этих факторов укладывается в определенные формулы, а потому нужно признать несколько рискованными попытки выравнивания динамических рядов заболеваний скарлатиной, которые имели уже место (Броунли и др.).

Исходя из тех же положений, нужно признать методически неверными и какие бы то ни было попытки экстраполяции чисел скарлатины. Необходимо также учесть борьбу со скарлатиной в качестве фактора, изменяющего ее динамику.

Колебания второго порядка нельзя считать неотъемлемым свойством динамики скарлатины. Они отсутствуют тогда, когда скарлатина только начинает распространяться в стране, и будут отсутствовать тогда, когда успешная борьба со скарлатиной настолько снизит заболеваемость, что число заболевших окажется несравненно ниже притоков новых неиммунизованных контингентов. Примером первого рода служит динамика заболеваний скарлатиной в Японии; в этой стране за период 1923—1932 гг. наблюдается непрерывный рост заболеваний (см. диаграмму 14).

Уменьшение колеблемости и снижение числа заболеваний, длящееся продолжительное время и не зависящее от значительного сокращения рождаемости, являются показателями успешности борьбы со скарлатиной. И первое

торое может быть обнаружено скользящей на двенадцати точках.

При наличии колебаний второго порядка безусловно правильно сопоставлять средние годовые за одинаковое количество лет (напр., за 3 или 4 года), так как в одном случае этот период может срезать верхнюю, а в другом — нижнюю часть волны и может получиться ложное впечатление о длительном увеличении или длительном уменьшении числа заболеваний. Правильнее вычислять средние годовые за периоды законченных волн, хотя бы эти периоды были неодинаковыми. Это можно сделать, используя скользящую на двенадцати точках или скользящую на тридцати точках (последнюю в том случае, когда материал группирован по четырехнедельным периодам).

R É S U M É

Le but principal du présent ouvrage est celui d'élaborer une méthode pour l'étude du mouvement de la scarlatine, qui puisse permettre de traiter avec beaucoup d'exactitude les chiffres empiriques des cas de cette maladie, et faciliter, par conséquent, aux services de la santé publique l'organisation de la lutte contre celle-ci.

L'analyse des chiffres des cas de maladie présente beaucoup de difficultés, puisque les chiffres empiriques des maladies infectieuses sont le résultat de l'interrelation des tendances de longue durée, des fluctuations de premier ordre (saisonniers) et des fluctuations de deuxième ordre et des déviations agissant pendant un espace de temps réduit. Pour apprécier les causes de la diminution ou de l'augmentation des cas d'une maladie, il serait très important d'éclaircir, par exemple, dans quelle mesure cette diminution ou augmentation dépend des tendances de longue durée du mouvement de la maladie dans un sens déterminé (accroissement ou diminution), et jusqu'à quel degré l'une ou l'autre sont l'expression de ces fluctuations, c'est-à-dire de l'alternance de l'augmentation et de la diminution du nombre des malades.

L'absence d'une méthode régulière a souvent pour résultat que l'analyse des cas de maladies infectieuses, de la scarlatine en particulier, présente un caractère purement formel et se réduit à une simple constatation de l'augmentation ou de la diminution des cas de maladie, sans essayer de pénétrer plus avant dans la nature des phénomènes et de mettre en lumière tout ce qui les occasionne.

Le schéma dont il est question ici se distingue radicalement de celui de Harmon et autres semblables. Ce sont les fluctuations cycliques qui figurent dans ceux-ci, dans le nôtre — les fluctuations de deuxième ordre; dans le schéma de Harmon on trouve les tendances séculaires, dans celui-ci les tendances de longue durée. Or, il n'y pas de tendances séculaires qui soient générales à différentes périodes historiques, ou même à différentes étapes d'une même période, c'est pourquoi il ne peut être question que de tendances qui auront lieu pendant une seule et même étape historique.

Le problème des fluctuations saisonnières sera traité dans un travail spécial. Toutefois pour éviter certains malentendus je mentionnerai d'abord ce qui suit: 1) les fluctuations saisonnières par rapport à la durée de leur influence sur le nombre des cas de maladie jouent de toute façon un rôle secondaire comparativement aux tendances de longue durée; 2) elles n'ont lieu que lorsque les mesures prises en vue d'une lutte contre les maladies infectieuses sont insuffisantes pour réduire ces fluctuations. Il serait donc très important d'éclaircir en premier lieu les tendances de longue durée. Toutefois on ne pourrait procéder directement dans ce sens, car les chiffres des malades enregistrés sont inférieurs à ceux des cas de maladie. Ainsi, en URSS, le pourcentage des malades enregistrés augmente par suite de l'accroissement du nombre des établissements hospitaliers et des cadres médicaux, mais il est impossible aussi d'établir jusqu'à quel point les cas de maladie sont englobés dans l'enregistrement. Les tentatives qui avaient été faites dans le but d'apporter un certain correctif au chiffre des malades enregistrés ne sont que tout-à-fait arbitraires ou inexactes au point de vue de la méthode. C'est seulement lorsque l'enregistrement deviendra complet qu'on pourra se faire une idée de la valeur numérique des tendances de longue durée.

Très souvent l'expression „fluctuations cycliques“ est appliquée d'une manière incorrecte. L'alternance cyclique (du mot grec κυκλος) exprime la répétition de ce qui avait déjà été, et appliquée au mouvement des maladies — le retour à un niveau déterminé de morbidité après le même espace de temps. Comme il ressort de l'analyse des matériaux statistiques, il ne pourrait être question d'alternance cyclique puisque les fluctuations de la morbidité ont lieu après un laps de temps différent, l'intensité de celle-ci est diverse pendant différentes ondes, et l'allure des courbes très variée.

Les fluctuations de deuxième ordre doivent être interprétées comme l'alternance de l'augmentation et de la diminution des chiffres des maladies infectieuses, si toutefois ces fluctuations n'ont pas un caractère saisonnier et si elles se manifestent pendant un espace de temps moindre que la durée moyenne de la vie humaine, mais assez durable pour qu'on ne puisse les considérer comme purement éventuelles.

Il y a lieu de noter que cette définition a un caractère provisoire. On ne pourra déterminer la nature des fluctuations de deuxième ordre que lorsque leurs causes seront mises en lumière.

D'après certains auteurs le caractère de périodicité est propre à un grand nombre d'infections outre la scarlatine, comme la rougeole, la diphtérie, la variole, la malaria, la peste, le choléra, la fièvre typhoïde, la grippe etc. Aussi ne décide-t-on pas dans le présent travail si les fluctuations de deuxième ordre sont communes à toutes les infections.

Pour expliquer les diversités qui ont trait à la rapidité avec laquelle se propagent les maladies, on devra tenir compte non seulement de la différence des indices de contagiosité des diverses infections, comme le fait Gottstein, mais aussi de certaines circonstances, dont les plus notoires sont celles-ci: 1) diversité du „Keimzeit“, c'est-à-dire du temps qui s'écoule depuis la pénétration du virus dans l'organisme jusqu'au moment quand l'organisme atteint devient contagionnant par lui-même, et 2) différence du mode de propagation du virus.

Plus le „Keimzeit“ est long, plus la propagation de l'infection sera lente, si toutefois les autres conditions sont identiques. D'autre part, plus l'indice de contagiosité est grand, c'est-à-dire plus élevé est le pourcentage des malades par

rapport au nombre des personnes gagnées par la contagion plus rapide sera l'augmentation du nombre des maladies. En comparant la vitesse de propagation de la rougeole avec celle de la scarlatine, on voit que la première se propage beaucoup plus vite que la seconde. Il est impossible toutefois de l'expliquer seulement par l'action des deux facteurs mentionnés. Ceux-ci agissent en sens contraire et à peu près avec la même force (l'indice de contagiosité de la rougeole est environ 2 fois plus grand que celui de la scarlatine, et le „Keimzeit“ de la rougeole 2,5 fois environ plus long que celui de la scarlatine).

On peut considérer que la rapidité avec laquelle se communique la rougeole dépend du mode de transmission de l'infection: la dispersion rapide du virus en toussant est caractéristique pour la rougeole, ce qui la distingue de la scarlatine.

En partant du but proposé dans le présent travail, il est préférable d'avoir une notion circonstanciée du mouvement des maladies infectieuses pendant un espace de temps de courte durée, proche du temps présent, que des idées générales concernant une période plus longue, puisque la morbidité causée par les infections se rapportant à la période en cours dépend en grande partie du nombre des cas de maladie de la période précédente. Aussi est-il très important d'utiliser précisément les données mensuelles. D'autre part, si on prend les chiffres mensuels, les fluctuations de deuxième ordre seront quelque peu masquées par les fluctuations saisonnières, et c'est pourquoi il est indispensable de trouver une méthode qui permette d'épurer les chiffres de toute influence des fluctuations saisonnières pour que les autres facteurs, qui définissent le sens du mouvement des maladies infectieuses, soient mis en relief.

Pour trancher cette difficulté on n'aura qu'à établir une courbe mobile sur douze points. En voici un exemple. Pour fixer le premier point on prend le chiffre des cas de maladie pendant une année, depuis janvier jusqu'à décembre 1921 inclus (l'année 1921 est prise à titre d'exemple); pour obtenir le point suivant de la courbe, on prendra les chiffres depuis février 1921 jusqu'à janvier 1922 inclus; pour le troisième point — les chiffres depuis mars 1921 jusqu'à février 1922 inclus et ainsi de suite jusqu'au bout de la période étudiée. Pour trouver la moyenne du mois, il faudra diviser les chiffres ob-

us par douze. On pourrait d'ailleurs ne pas calculer les moyennes par mois, car l'allure des courbes établies d'après les chiffres annuels ne se distingue pas du tout de celle des chiffres mensuels.

Les principaux avantages du procédé sont ceux-ci: 1) cette méthode permet d'établir le moment initial du mouvement ascendant ou descendant jusqu'à un mois de précision, 2) elle élimine les fluctuations saisonnières. Ces avantages et la simplicité du calcul rendent la méthode propre à être adoptée par les services sanitaires pour un travail pratique, tout en permettant de saisir les variations du mouvement des maladies et d'évaluer ces variations en comparant le niveau de la morbidité actuelle avec celui de la période précédente. L'importance de la méthode est aussi démontrée par le fait qu'elle permet de tirer certaines conclusions concernant les facteurs qui sont la cause des fluctuations de deuxième ordre.

L'analyse des matériaux nous montre que les fluctuations de deuxième ordre sont plus apparentes sur de grands territoires, que sur ceux d'une superficie réduite. L'explication est que les déviations perturbatrices du mouvement de la scarlatine, qui ont lieu et se manifestent avec assez de force dans certaines localités habitées et autres territoires de petites dimensions, s'amortissent mutuellement lorsqu'on totalise les données de tous ces territoires. Ce fait est illustré par la comparaison de la courbe mobile des différents gouvernements ukrainiens avec les données se rapportant au pays entier (années 1903—1914, voir le diagramme).

En caractérisant les matériaux qui figurent aux diagrammes on peut noter les particularités suivantes.

Les données de l'Ukraine, se rapportant aux années 1903—1914, permettent de discerner deux ondes bien prononcées dans le mouvement de la scarlatine. A l'aide de la méthode de la courbe mobile sur douze points, il est possible d'indiquer avec plus de précision la durée de l'une et de l'autre. Ces deux ondes ne sont pas identiques par rapport à leur durée. A la fin de la période une troisième onde se dessine encore. Sur la période des années 1914—1921 nous ne disposons que de certains fragments de données ayant trait à différentes localités habitées; ces données témoignent d'une augmentation du nombre des cas de scarlatine en 1915.

Au cours des années 1921—1932, c'est-à-dire pendant une période de 12 ans aussi, les chiffres réels des cas de maladie dans la RSS d'Ukraine avaient beaucoup baissé comparative-ment à l'époque d'avant la révolution. Ce fait se trouve démontré lorsqu'on considère les chiffres des malades enregistrés et si on tient compte aussi de ce que le pourcentage des malades englobés dans l'enregistrement avait fortement augmenté à cette époque. Pendant la période de temps mentionnée on pouvait observer ce qui suit: 1) un niveau très bas du nombre des cas de maladie au commencement de la période, 2) deux ondes bien prononcées, et 3) une très forte baisse du nombre des malades en 1930—1932. D'autre part, il faut prendre en considération que pendant les cinq dernières années (1927—1932) de cette période, environ cinq millions d'enfants avaient été immunisés contre la scarlatine dans la RSS d'Ukraine. Il serait donc très possible que ce fait ait joué un certain rôle dans la forte diminution de la morbidité causée par la scarlatine qu'on avait observée. La courbe des cas de scarlatine de la Russie d'Europe (les matériaux qui lui servirent de base furent aussi traités d'après la méthode d'une courbe mobile sur douze points) décèle, en 1903—1914, deux ondes et une troisième qui s'ébauche. L'allure de la courbe par certains détails rappelle celle d'Ukraine pour ces mêmes années. On observe la même allure dans la courbe des sept gouvernements du nord de la Russie, pris ensemble. L'étude des données du gouvernement de Moscou présente un certain intérêt parce que celles-ci sont réparties par mois pour 35 ans (1883—1917) et qu'elles peuvent être traitées d'après la méthode d'une courbe mobile sur douze points; la durée des ondes est très diverse là-bas (de 1 an 10 mois à 5 ans 2 mois), et très varié aussi est le chiffre des cas de maladie, ainsi que l'allure de la courbe.

L'examen des chiffres des cas de maladie des différents gouvernements d'Ukraine pendant les années 1903—1914, traités par le même procédé, démontre que la durée des ondes y est très variée (dans l'ancien gouvernement d'Ekaterinoslav, par exemple, de 2 à 7,5 ans).

Si on a recours à la documentation ayant trait à certains pays de l'Europe Occidentale et non-européens et si on examine le mouvement de la scarlatine dans ces pays, on s'aperçoit que la courbe des Etats Unis décèle, en 1923—1930, quatre

ondes; celle d'Italie, en 1923—1932, trois seulement; les courbes d'Angleterre, de Pologne, de Tchécoslovaquie, de Suède et d'Australie, pendant la même période d'années, deux ondes, tandis que celles d'Allemagne, de France, de Hollande et de Yougoslavie—une seule onde bien prononcée.

L'allure des courbes, des pays cités est très variée. Il suffit d'un coup d'oeil rapide sur les diagrammes pour se convaincre que la morbidité causée par la scarlatine n'a aucun caractère cyclique. Avec cela l'examen des données ci-dessus démontre clairement l'existence des fluctuations de deuxième ordre.

D'après les travaux de Czerny, Szontagh, Kobrak et Bélonovsky il existerait une certaine dépendance entre le régime alimentaire et la morbidité causée par la scarlatine, notamment plus l'alimentation est bonne, plus élevé est le nombre des cas de scarlatine, et inversement.

L'examen de matériaux concrets réfute cette thèse. Au cours de toute la période des années 1914—1918, dans tous les pays belligérants, et en Allemagne surtout, le régime alimentaire de la population avait beaucoup baissé, or c'est pendant cette période qu'on observe une forte augmentation des cas de scarlatine, jusqu'à l'année 1915 inclus, après quoi survient une baisse. L'analyse du mouvement de la scarlatine, en Ukraine réfute aussi l'idée que les fluctuations de deuxième ordre sont causés par le facteur cité.

Il y a des raisons sérieuses de croire que la virulence de l'agent morbifique de la scarlatine est sujet à de grandes variations. De nombreuses observations épidémiologiques par rapport aux diversités du cours de la maladie pendant différentes épidémies, ainsi que différentes phases de la même épidémie (début, milieu, fin), parlent en faveur de cette opinion.

L'examen du pourcentage de léthalité montre que souvent les variations de celle-ci sont jusqu'à un certain point parallèles aux variations du nombre des cas de maladie.

L'analyse toutefois des matériaux concernant le mouvement de la scarlatine dans différents pays, proches au point de vue territorial, démontre clairement, comme il ressort des diagrammes annexés (voir 10 et 11), que les fluctuations de la morbidité causée par la scarlatine ne sont pas synchroniques. On supposait que celles-ci sont causées par certaines fluctua-

tions de la virulence de l'agent, ce fait deviendrait incompréhensible.

On ne pourrait expliquer, par exemple, pour quelle raison en Angleterre, au cours de la période étudiée (1923—1931) nous observons deux ondes, en Allemagne une seule, et en Italie — trois; il résulterait donc que l'Angleterre, quant au mouvement de la scarlatine, est plus proche de l'Italie que de l'Allemagne.

La présence ou l'absence d'une population réceptive, voilà le facteur principal qui occasionne les fluctuations de deuxième ordre. Les suppositions faites à priori en faveur de cette thèse s'accordent tout à fait avec les matériaux réels traités d'après la méthode d'une courbe mobile sur douze points.

On sait que la guerre fut une époque pendant laquelle la natalité avait baissé. Cette baisse se fit surtout sentir en Allemagne et en France, et à un degré moindre en Angleterre et en Italie, qui prit part à la guerre plus tard que les autres états, la natalité commença à baisser plus tard aussi.

La forte épidémie de scarlatine qui avait sévit en 1915 (à une date proche de celle-ci) dans certains pays de l'Europe Occidentale eut pour résultat l'immunisation d'une assez grande partie de la population par suite de ce qu'un grand nombre de personnes en furent atteintes.

En Allemagne, la population réceptive n'avait pas pu s'accumuler en nombre suffisant avec la natalité réduite qui fut observée pendant la guerre, et c'est pourquoi on y voit la morbidité fortement diminuée. Il serait donc tout naturel qu'après la guerre l'accroissement de la population devança beaucoup le nombre des personnes ayant été atteintes par la scarlatine, et c'est pour cette raison aussi que nous observons en Allemagne l'augmentation du nombre des cas de maladie pendant un temps très long. En Angleterre la natalité pendant la guerre avait baissé beaucoup moins, aussi la morbidité n'y avait-elle pas atteint, dans ce pays, un niveau si bas qu'en Allemagne. Pour épuiser toute la population non-immunisée, qui croissait alors en Angleterre, il avait fallu un espace de temps moindre qu'en Allemagne, aussi les fluctuations y sont-elles plus fréquentes. On expliquera d'une manière analogue la fréquence des fluctuations ondulatoires de la morbidité causées par la scarlatine aux États Unis, où on observe des fluctuations

fréquentes sur un niveau élevé, ainsi qu'en Italie, tout en considérant que cette dernière fit une entrée plus tardive dans la guerre mondiale et que la baisse de la natalité y advint plus tard. Un phénomène contraire se manifeste en France, où le mouvement de la scarlatine est jusqu'à un certain point analogue à celui de l'Allemagne.

On obtient aussi l'allure ondulatoire de la courbe de morbidité en ayant recours aux données d'épidémiologie expérimentale lorsqu'un certain nombre d'animaux est introduit parmi ceux atteints d'épizootie. Quant à nos données, elles permettent d'établir une relation entre le niveau de morbidité, la fréquence des fluctuations et le chiffre de la population réceptive.

Cette supposition se trouve confirmée aussi par l'examen de la morbidité dans certaines localités habitées, qui a lieu pendant deux épidémies voisines l'une de l'autre par rapport au temps.

Il se fait qu'il existe un certain antagonisme entre le degré de morbidité d'une localité habitée de dimension réduite quelconque, pendant la première épidémie, et le degré qu'on observe pendant la suivante. Cette circonstance réfute l'idée qu'on se fait, que l'augmentation de la morbidité est occasionnée par une virulence plus forte et appuie d'autre part la supposition que le facteur principal dans ce cas serait celui de la présence ou de l'absence d'une population réceptive.

On ne peut donc considérer les fluctuations de la virulence, comme le facteur principal qui déterminerait les fluctuations de deuxième ordre. Toutefois la présence d'une population réceptive rendrait possible au virus un passage fréquent et décisif par l'organisme réceptif. Tout cela naturellement aura une influence sur la recrudescence de la virulence, laquelle, à son tour, fera augmenter l'épidémie. Aussi peut-on considérer la recrudescence de la virulence, comme l'un des facteurs de l'augmentation de la morbidité, tout en s'abstenant de le qualifier comme facteur principal.

Si on compare, d'une part le chiffre des cas de scarlatine enregistrés, et de l'autre, le chiffre des naissances pendant la même période de temps, on verra qu'il y a beaucoup moins de cas de maladie que de naissances (en Ukraine, pour les années 1903—1910, environ 10 p. c. seulement). Ce fait semblerait être à première vue en contradiction avec la supposition ci-

dessus concernant les causes d'extinction de l'épidémie de scarlatine par suite du manque de „combustible“. Néanmoins cette contradiction n'est qu'apparente puisqu'on devra prendre en considération:

- 1) un enregistrement incomplet des malades;
- 2) la fréquence des formes „effacés“ de la scarlatine,
- 3) la possibilité d'une immunisation latente graduelle par petites doses du virus.
- 4) la possibilité d'une non-réceptivité innée d'une partie de la population.

Il faudrait tenir compte aussi de ce que la croissance d'une population immunisée et les fluctuations de virulence de l'agent non seulement ne sont pas régulières, mais qu'il est même impossible d'admettre que l'action de ces facteurs puisse être comprise dans une formule quelconque, aussi faut-il considérer comme risqués certains essais d'ajustement des séries dynamiques des cas de scarlatine (Brownlee et autres).

Tout aussi inexacte au point de vue méthodologique serait l'extrapolation des chiffres des cas de scarlatine. D'ailleurs la lutte contre cette maladie est aussi un facteur qui apporte certaines variations à son mouvement.

Les fluctuations de deuxième ordre ne pourront donc être considérées comme propriété inscriptible du mouvement de la scarlatine. Elles sont absentes lorsque la scarlatine commence à se propager dans le pays, mais elles le seront aussi quand les mesures contre cette maladie feront baisser à un tel point la morbidité, que le chiffre des malades sera infiniment plus bas que celui des nouveaux contingents des non-immunisés. En voici un exemple: au Japon, pendant les années 1923—1932, on a observé une augmentation ininterrompue des cas de scarlatine (voir le diagramme 14).

Des fluctuations moindres et des chiffres réduits des cas de maladies pendant un temps assez long, lorsque ces deux facteurs sont indépendants d'une réduction importante du nombre des naissances, voilà l'indice d'une lutte efficace contre la scarlatine. Tout cela pourra être mis en lumière au moyen d'une courbe mobile sur douze points.

Par contre lorsque les fluctuations de deuxième ordre ont lieu, il serait tout à fait incorrect de comparer les moyennes annuelles pour un nombre égal d'années (3 ou 4 par exemple).

puisque une période de temps semblable pourrait retraucher, dans un cas, la partie supérieure de l'onde, et dans un autre, la partie inférieure de celle-ci; et de là l'idée qu'on se ferait d'une augmentation ou d'une diminution de longue durée du nombre des cas de maladie ne serait que très fausse. Il sera donc plus juste de calculer les moyennes annuelles pour des périodes d'ondes achevées, même si ces périodes ne sont pas égales. On pourrait le faire au moyen d'une courbe mobile sur douze ou treize points, dans le dernier cas quand les matériaux sont classés par périodes de quatre semaines.

ЗМІСТ

Передмова	1
Від автора	2
Розділ перший. Вступні зауваження до динаміки інфекційних захворювань	3
Розділ другий. Обсяг теми і методика вивчення коливань другого порядку	7
Розділ третій. Емпіричні дані про захворюваність на шкарлатину	12
Розділ четвертий. Фактори коливань другого порядку	17
Розділ п'ятий. Принципіальна неправильність поглядів на коливання другого порядку, як на невід'ємну властивість динаміки шкарлатини. Значення виробленої методики	18
Додаток I. Розподіл захворювань за віком	19
Додаток II. Різниця захворюваності на шкарлатину чоловіків і жінок	19
Додаток III. Шляхи поширення шкарлатини	19
Додаток IV. Погляд на шкарлатину як на цивілізаційну інфекцію і критика його	19
Скорочений список використаної літератури	19
Резюме	19
Resumé	19

Уповнов. Головліту № 2803 Зам. № 1025. Вид. № 64. Тир. 1000 Ф. ш.
60×92. Вага 37 кг. Пап арк. 6¹/₄. Друк. зн. в 1 пап. арк. 74 т. Здано
друкарні 1/VI 1937 р. Підписано до друку 29/VIII 1937 р.

4 поліграф ф-ка ім. Леніна. Київ, пл. Капіліна, 2

Усередині цієї книги знайдено
технічний інститут

А К А Д Е М І Я Н А У К У Р С Р

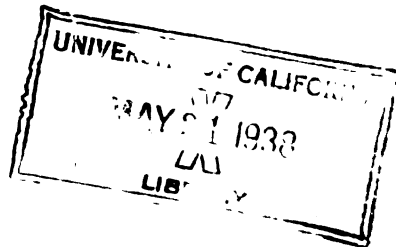
ПРАЦІ ІНСТИТУТУ ДЕМОГРАФІЇ, ТОМ XIV

L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE LA RSS D'UKRAINE

TRAVAUX DE L'INSTITUT DE DÉMOGRAPHIE, TOME XIV,

Prace

t. 14



З Б І Р Н И К

З П И Т А Н Ь С А Н І Т А Р Н О Ї С Т А Т И С Т И К И

Під редакцією проф. С. С. КАГАНА

R E C U E I L

DE STATISTIQUE SANITAIRE

Rédigé par le Prof. S. S. KAGAN

В И Д А В Н И Ц Т В О А К А Д Е М І І Н А У К У Р С Р

К І Ї В — 1938 — К І Е В

**Присвячується ХХ-річчю Великої
Жовтневої Соціалістичної революції**

**À l'occasion du XX-ème anniversaire de la
Grande Révolution Socialiste d'Octobre**

L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE LA RSS D'UKRAINE
TRAVAUX DE L'INSTITUT DE DÉMOGRAPHIE, TOME XIV

RECUEIL
DE STATISTIQUE SANITAIRE

Rédigé par le Prof. S. S. KAGAN

PUBLIÉ PAR L'ACADÉMIE DES SCIENCES DE RSS D'UKRAINE
KIEV—1938

А К А Д Е М І Я Н А У К У Р С Р

ПРАЦІ ІНСТИТУТУ ДЕМОГРАФІЇ, ТОМ ХІV

З Б І Р Н И К

З П И Т А Н Ь С А Н І Т А Р Н О Ї С Т А Т И С Т И К И

Під редакцією проф. С. С. КАГАНА

В И Д А В Н И Ц Т В О А К А Д Е М І І Н А У К У Р С Р
К И І В — 1938

Бібліографічний опис цього видання
вміщено в „Літопису українського друку”,
„Картковому репертуарі” та інших покаж-
чиках Української книжкової палати.

Друкується з розпорядження Академії Наук УРСР

Неодмінний секретар академік *О. В. Палладін*

Відповідальний редактор проф. *С. С. Каган*

Літредактор *М. К. Зімбалецький*
Учений коректор *І. М. Коган*

Випусковий *С. Ф. Лісовий*

Друкарня-літографія Академії Наук УРСР, Київ.

Двадцятирічний шлях радянської охорони народного здоров'я на Україні

Встановлення диктатури пролетаріату на одній шостій частині земної кулі — величезний історичний акт.

Пролетарська революція, здійснена під більшовицьким керівництвом партії Леніна — Сталіна 7 листопада 1917 року, була і є безперечним торжеством праці над капіталом, свободи над гнітом, організованості над стихією, свідомості над темрявою, науки над метафізичним крихтоборством, соціалізму над капіталізмом.

Спираючись на вчення Маркса — Енгельса, Ленін і Сталін геніально передбачили революційне співробітництво робітників і селян у важкій боротьбі з капіталізмом і, помноживши більшовицьку віру на силу геніального наукового прогнозу, повели революційні маси у наступ на капіталізм, домоглися остаточної над ним перемоги на одній шостій частині земної кулі.

Здійснення Жовтневої Соціалістичної революції у кол. Росії стало можливим тільки після того, як геніальний В. І. Ленін „відродив революційний зміст марксизму, замуравлений опортуністами II Інтернаціоналу“ (Сталін)¹⁾, підняв марксизм на вищий щабель в епоху імперіалізму і пролетарських революцій.

Сила геніального ленінського прогнозу визначається насамперед бездоганністю ленінського аналізу, бездоганністю марксо-ленінської теорії, оцінці пролетарської, єдино справжньої науки, яка, виражаючи корінні інтереси робітничого класу, „дає практикам силу орієнтування, ясність перспективи, упевненість в роботі, віру в перемогу нашої справи“²⁾.

Під непереможним прапором Маркса — Енгельса — Леніна — Сталіна пролетарський Жовтень став вихідним і вирішальним для міжнародної соціалістичної революції.

Саме з того часу на всіх ділянках державного, господарського і культурного життя радянських республік більшовики ведуть трудящих від перемоги до перемоги.

Віссю більшовицьких перемог у боротьбі за здійснення соціалізму є безмежна відданість робітничому класові, висока ідейність і принципальність, непримиренність до ворогів соціалізму, невтомна більшовицька

¹⁾ Й. Сталін, Питання ленінізму, вид. X, с. 5.

²⁾ Й. Сталін, Питання ленінізму, вид. X, с. 258

робота, систематичне і вперте подолання наявних перешкод і труднощів, безупинне підвищення продуктивності праці, перетворення праці в справу честі, справу доблесті і героїства, виховування нових людей — людей соціалізму.

Перемога Великої Жовтневої революції створила всі можливості для того, щоб вільна соціалістична праця стала найпродуктивнішою. У цій справі багато вже зроблено і в дальшому перетворювати ці можливості на реальність, як вчить тому товариш Сталін, залежить тільки від нас.

„Не вистачає тільки вміння використати по-справжньому ці можливості. А це залежить від нас. Тільки від нас! Пора нам навчитися використовувати ці можливості“¹⁾.

Цими словами товариш Сталін у 1931 році розв'язує нескінченне питання про дальше, глибше виховання соціалістичної людини.

Про це саме не переставав вчити і В. І. Ленін аж до останніх днів свого життя.

„Витримка, наполегливість, готовість, рішучість і вміння сотні раз випробувати, сотні раз виправити і будь-що добитися цілі, — ці якості пролетаріат вироблював собі 10, 15, 20 років до Жовтневої революції, він вироблював їх... після цієї революції, переносячи небачені нестатки, голод, розорення, лиха. Ці якості пролетаріату — запорука, що пролетаріат переможе“²⁾.

Вірний заповітам Леніна товариш Сталін мав на оці саме ці більшовицькі якості пролетаріату, коли твердив: „Нема таких фортець, яких більшовики не могли б узяти“ і невтомно закликав трудящих вивчати техніку, опанувати науку, оволодіти більшовизмом.

Кадри вирішують усе. І людей, кадри, великий Сталін ставить у центрі уваги, оточує їх любовним піклуванням, сам виховує і від більшовиків вимагає виховувати людей, як садівник вирощує дерево.

Перевиховування людей — знаменний процес, характерний для розквіту Великої Пролетарської революції. Стахановці соціалістичної індустрії, знатні люди колгоспних ланів, герої Радянського Союзу, герої праці і відваги, мільйони передових людей сталінської епохи — всі вони діти Великого Жовтня, всі вони здобуток величного ленінсько-сталінського виховного процесу.

Мільйонні маси втягнені у безпосередню державну, господарську, культурну, громадську роботу. Найвідповідальніші пости у Радянській Країні посідають сталінські висуванці від верстата, від трактора, від плуга. На роботі люди ростуть, горизонти їх ширяться, свідомість збільшується, росте й відповідальність цих свідомих будівників соціалізму за справу, доручену їм трудящими і владою Рад.

У критиці і самокритиці черпають вони все нові й нові засоби і сили для дальших перемог у боротьбі з хитрим, лукавим і підлим класовим ворогом.

¹⁾ Й. Сталін, Питання левізму, вид. X, 1937, с. 381.

²⁾ Ленін, т. XXV, с. 151—152, изд. III.

Критика і самокритика це більшовицька зброя. Невпинно вигострюючи цю зброю, більшовики з коренем виривали все хибне, негідне, все, що затримувало й перешкоджало величному наступові соціалізму.

Сміливо викриваючи недоліки і помилки, будівники соціалізму щораз підносяться на все вищий щабель господарства й культури, закінчили „підготовчий клас“ і твердо й наполегливо вчучись, збагачуючи власний досвід, перейшли у „дальші класи“; проходять „курс“ остаточної перемоги над капіталізмом, над експлуатацією, над злиднями, лихом, рухом тощо.

Так партія Леніна — Сталіна забезпечила перемогу Жовтневої, соціалістичної революції і в період громадянської війни, і в період відбудови народного господарства, і в боротьбі за соціалістичну індустріалізацію країни, за колективізацію сільського господарства, і в боротьбі за вивершення будівництва соціалістичного суспільства і проведення нової Сталінської Конституції.

Під геніальним керівництвом Леніна і Сталіна більшовики нещадно били ворогів робітничого класу, майстерно викриваючи контрреволюційну суть троцьких, каменевих, зінов'євих, бухаріних, п'ятакових та інших запроданців міжнародного фашизму.

Викриваючи підлих дворушників — реставраторів капіталізму, Ленін і Сталін загартувували ряди партії, зміцнювали лави пролетарських борців і піднімали маси трудящих на дальші перемоги у боротьбі за прекрасне, вільне, соціалістичне життя.

Нова Сталінська Конституція СРСР, якою по праву пишається кожний громадянин СРСР, кожна чесна людина в усьому світі, завершує собою блискучий ХХ-річний хід Жовтневої революції.

„В результаті пройденого шляху боротьби і бідуняцьких прийомів й радісно мати свою Конституцію, яка трактує про плоди наших перемог. Приємно й радісно знати, за що бились наші люди і як вони добились всесвітньо-історичної перемоги. Приємно й радісно знати, що кров, густо пролита нашими людьми, не пройшла даремно, що вона дала свої результати“¹⁾.

* * *

1

В Радянських республіках людині віддається багато уваги. До її здоров'я, до її розвитку, до її інтелектуального росту і держава і радянська громадськість ставляться з виключною чуйністю. Сталінське піклування про людину червоною ниткою просякає усі багатогранні ділянки соціалістичної творчості: „найціннішим і найвирішальнішим капіталом є люди, кадри“²⁾.

¹⁾ Й. В. Сталін, Доповідь про проект Конституції Союзу РСР, Партвидав ЦК КП(б)У, 1937, с. 28.

²⁾ Промова товариша Сталіна на випуску академіків Червоної Армії. Партвидав ЦК КП(б)У, 1937, с. 8.

В умовах радянського життя, у нашому соціалістичному суспільстві „человек,—висловлюючись словами О. М. Горького, — это звучит гордо“. Справді, „превосходная должность — быть на земле человеком“¹⁾.

Отже охорона здоров'я цієї людини нерозривно пов'язана з соціалістичною революцією. Вона веде свій початок від Великого Жовтня, вона — дитина Жовтневого перевороту, вона — органічна частка диктатури пролетаріату.

У бурі громадянської війни і інтервенції, у боротьбі з саботажем буржуазних спеціалістів, у тому числі й з представниками буржуазного „Пироговского імперского общества врачей“, народжуються спочатку місцеві, а потім і центральні органи охорони народного здоров'я, а 10 липня 1918 р. разом з Конституцією РРФСР проголошується і утворення Народного Комісаріату охорони здоров'я.

Під безпосереднім керівництвом партії Левіна — Сталіва, радянська охорона народного здоров'я служить інтересам соціалізму, виконуючи свої медично-санітарні функції, відповідно до завдань того чи іншого періоду будівництва соціалізму в нашій країні.

Під час громадянської війни і інтервенції радянські органи охорони народного здоров'я розгортають енергійну боротьбу з епідеміями, злиднями і розрухою, які значно утрудняють пролетаріатові боротьбу з капіталістами. Користуючись широкими можливостями розгорнутої революційної боротьби, ставлячи на службу робітникам і селянам усі націоналізовані і реквізовані в експлуататорів матеріальні багатства, створюючи на ходу пролетарську санітарну громадськість, радянські органи охорони народного здоров'я, спираючись на мільйонні маси трудящих, сміливо й переможно переборювали епідемії, смерть і хвороби і домоглися в цій боротьбі вирішальних успіхів.

Радянська влада нічого не жалкувала на справу охорони народного здоров'я. Кращі будинки, кращі харчові продукти, кращу білизну, медикаменти, інструментарій — всі багатства, експропрійовані у буржуазії і поміщиків, повернули органи диктатури пролетаріату на обслуговування потреб здоров'я трудящих. Всі лікарні, аптеки, курорти — всі знаряддя і засоби боротьби з недугами, боротьби за оздоровлення населення, націоналізовано і передано в користування трудящим міста і села.

Так діяла Жовтнева Соціалістична революція з самого початку свого існування.

На сторінках збірника, який оце подається до уваги читача, публікується чимало цікавих фактів, які змальовують розвиток радянської охорони народного здоров'я, зокрема в УРСР на різних етапах будівництва нашого соціалістичного суспільства. Повторювати тут ці факти і їх числові вирази не варт. Відзначмо тільки, що з громадянської війни радянська медицина вийшла організаційно зміцнілою, з рядом безперечних перемог у боротьбі з епідеміями і смертністю. Медично-санітарні працівники чесно і віддано допомагали пролетаріатові, партії більшови-

¹⁾ М. Горький, „Рождение человека“.

ків добивати зовнішнього і внутрішнього ворога під час громадянської війни.

Для радянської охорони народного здоров'я цього періоду характерно: створення розвиненої масової санітарно-епідемічної організації на основі втягування у протиепідемічну роботу широких мас трудящих; створення державної лікувально-профілактичної сітки та керівництво нею; створення охорони материнства й дитинства як державної організації, що діє у великих масштабах; створення витриманої системи радянської медицини, єдиного і могутнього медично-санітарного органу диктатури пролетаріату.

Радянська медицина з першого ж дня свого існування була й є безплатною, загальноприступною, кваліфікованою. Кращі медичні сили, кращі медичні засоби радянська влада поставила на службу робітникам і селянинові.

Успіхи радянської медицини під час громадянської війни, а далі й у період відновлення народного господарства, — результат великої оздоровчої роботи, розгорнутої господарськими і культурними органами радянської влади на всіх ділянках соціалістичного будівництва.

Цю велику оздоровчу роботу намітила партія більшовиків ще в програмі ВКП(б). Виконуючи цю програму, партія і уряд шораз поліпшували саму основу здоров'я трудящих, — підносили їх матеріальний і культурний стан на все вищий і вищий щабель, створювали умови для усунення протилежності між містом і селом, для усунення протилежності між фізичною і розумовою працею, здійснювали, отже, визначену Марксом — Енгельсом — Леніним — Сталіним програму комунізму.

У славетний день ХХ-річчя Великої Жовтневої революції СРСР є чому порадуватися, є чим пишатися на цій ділянці соціалістичної творчості.

* * *

Соціалістична революція за ХХ років свого існування показала перед цілим світом яскраві успіхи в оздоровленні життя наших трудящих, обставин їх праці і побуту. Уже здобуте є недосяжним ідеалом, навіть для найпередовіших буржуазних країн. Партійні ж і непартійні більшовики СРСР розглядають ці успіхи тільки як певний етап на шляху дальшого поліпшення, дальшого просування вперед.

Кожному трудящому нашої соціалістичної батьківщини Сталінська Ковституція гарантувала право на працю — працю визволену від експлуатації, вільну і радісну, здорову і культурну.

Робочий день у соціалістичній промисловості вже скорочено до 7 годин. Таблиця, подана на с. 10, показує, як змінилася нормальна тривалість робочого дня в промисловості за часів диктатури пролетаріату.

Завойоване дозвілля робітники СРСР скеровують на політичну і виховно-культурну роботу. Участь робітників у політичному житті країни, у державному будівництві, в управлінні і громадському контролі, у цілому громадському житті надзвичайно зросла і є своїми формами,

Середня тривалість робочого дня в годинах

	Р о к и		
	1913	1928	1934
По всій промисловості	9,9	7,8	6,98
у тому числі:			
Кам'яновугільній . . .	10,1	7,3	6,8
Хемічний . . .	9,6	7,8	6,9
Чорній металургії	10,1	7,9	6,9
Машинобудівництву . . .	9,7	7,9	7,0
Гумовій промисловості . .	9,9	7,9	7,0
Сірниковій . . .	10,5	8,0	7,3
Бавовняній . . .	9,4	7,8	7,0
Шерстяній . . .	10,1	7,9	7,0
Шкіряно-хутровій . . .	10,0	8,0	7,0
Швейній . . .	9,8	8,0	7,0
Млинарський . . .	11,1	7,9	7,1
Хлібопекарній . . .	9,9	8,0	7,1
Пивоварній . . .	10,5	8,0	7,0
Тютюновій . . .	9,7	7,2	7,0

своїм змістом характерним показником нових високих якостей справді визволеної, соціалістичної людини. Почесне місце у цій активній, яскравій і повнокровній державній і громадській роботі посідає рівноправна з чоловіками жінка СРСР, не обмежена, у протилежність капіталістичним країнам, жодними законодавчими чи то адміністративними постановами.

Організоване, культурне використання дозвілля привело до знаменного піднесення культурно-технічного рівня широких мас робітників. Цей історичний факт товариш Сталін яскраво відзначив на першій Всесоюзній нараді стахановців соціалістичної промисловості, а грудневий Пленум ЦК ВКП(б) дав спеціальну директиву планово, систематично здійснювати піднесення культурно-технічного рівня робітників до рівня працівників інженерно-технічної праці. 1936 року понад мільйон робітників підприємств важкої промисловості та близько 2 млн. робітників легкої промисловості склали вже державні технічні іспити. У другому кварталі 1936 р. на 51 великому підприємстві різних галузей промисловості навчалось 40 тисяч стахановців, з них 23%—у школах майстрів соціалістичної праці, 16%—на виробничо-технічних курсах підвищеного типу, 38%—у виробничо-технічних гуртках і 2%—в порядку індивідуального навчання.

У соціалістичних колгоспах вперше в історії селянська праця введена в рамки належної організації і контролю у масштабах, досі нечуваних.

у СРСР — країні найбільшого у світі сільського господарства — колгоспна праця є вільна, від експлуатації визволена, добре, відповідно до кількості і якості роботи, сплачувана, здорова. Колгоспи Радянської Країни, машинізовані і електрифіковані, успішно розгортають сільськогосподарську діяльність, застосовуючи найновіші досягнення техніки і соціалістичної агрономії. Колгоспники стають заможними і швидко прямують до цілковитого задоволення своїх щораз ростучих потреб.

Політична активність колгоспників широко відома. Таксамо цілому світові відомий тепер той відрадний факт, що жінки-колгоспниці виявили надзвичайну активність в галузі громадсько-організаторської роботи, а ріст цієї активності, як відзначив товариш Сталін на XVII з'їзді ВКП(б), є ознакою росту культурності на селі. Товариш Сталін навів при цьому ряд конкретних даних про силу цього росту: жінок-голів колгоспів — близько 6 тисяч, членів правлінь колгоспів — понад 60 тисяч, бригадирів — 28 тисяч, ланкових організаторів — 100 тисяч, завідувачів колгоспних товарних ферм — 9 тисяч, трактористок — 7 тисяч. Ці дані, ще тоді зазначав товариш Сталін, були неповними; тепер ці дані треба ще збільшити і збільшити.

За часів диктатури пролетаріату село стало суцільно грамотним.

Агрономічній науці колгоспники навчаються мільйонами у спеціальних численних агрономічних гуртках.

Загальне піднесення культурності у СРСР прекрасно ілюструється даними про розвиток освіти:

Основні показники розвитку освіти в СРСР

	Р о к и		
	1914	1928	1936
Кількість учнів початкових і всіх середніх шкіл (у мільйонах)	7,8	12	28
Кількість студентів по вищих школах (у тисячах)	125	167	538
Кількість учнів по технікумах (у тисячах)	48	284	844
Кількість учнів по робітфаках (у тисячах)	0	57	296
Кількість кіноустановок	—	9756	3700
Кількість газет	859	—	10 200
Зарядний тираж газет (у мільйонах)	2,7	8,8	39

Усе це — прямі наслідки історичної перемоги Великої Пролетарської еволюції над експлуататорами, яка „не могла не привести до корінних оліпшень у матеріальному становищі і в усьому побуті трудящих“ ¹⁾ Іа Першій всесоюзній нараді стахановців товариш Сталін яскраво відтіяє великого оздоровчого значення умови, при яких соціалізм перемагає,

¹⁾ Й. Сталін, Питання лєнінізму, вид. X, 1937. с. 486.

і закликає творців соціалізму ще краще, ще організованіше працювати, щоб ці перемоги здійснити з максимальною повнотою:

„...соціалізм може перемогти тільки на базі високої продуктивності праці, вищої, ніж при капіталізмі, на базі достатку продуктів і всякого роду предметів споживання, на базі заможного і культурного життя всіх членів суспільства“¹⁾.

XX-річчя Великого Жовтня відзначається численним рядом прекрасних зразків високої продуктивності соціалістичної праці,— соціалістична продуктивність праці вища, ніж при капіталізмі.

Достаток продуктів і всякого роду предметів споживання став фактом. Усі намічені партією і урядом плани харчової і легкої промисловості перевершені.

Заможне і культурне життя всіх членів соціалістичного суспільства на очах цілого світу—реальна дійсність.

* * *

На нових засадах реконструюється побут у СРСР.

„Змінилося обличчя наших великих міст і промислових центрів. Неминучою ознакою великих міст буржуазних країн є трущоби, так звані робітничі квартали на околицях міста, що являють собою купу темних, вогких, здебільша підвальних, напівзруйнованих приміщень, де звичайно тулиться неімущий люд, копишачись в бруді і проклинаючи долю. Революція в СРСР привела до того, що ці трущоби зникли у нас. Вони замінені новозбудованими хорошими і світлими робітничими кварталами, при чому в багатьох випадках робітничі квартали виглядають у нас краще, ніж центри міста“.²⁾

У цих стислих, чітких, виразних словах геніальний Сталін на XVII з'їзді ВКП(б) відбив цілий значний період у житті робітників до і після Великої Жовтневої революції. Трущоби буржуазних міст були надто характерними для дореволюційної України. За даними доктора Ляценка, з 6849 жител, обслідуваних у 1911—1913 рр. у Бахмуті (нині Артемівськ), понад 50% були землянки, півземлянки, сараї, літні кухні тощо. У Горлівських шахтах „квартир“ без стелі було в середньому від 12,5 до 40%, „квартир“ без підлоги (з долівкою)—від 55,4% (Горлівка) до 73,9% (Олександрівські рудники); темних і півтемних „квартир“—до 85%; холодних і вогких—75% і т. д., і т. д.

За даними перепису 1917 року 12% з усіх квартир м. Києва припадало на підвали, півпідвали, мансарди і антресолі, в яких тулилася одна п'ята частина населення міста. $\frac{2}{3}$ всіх володінь не мали водопроводів, понад 70%—каналізації. Комунальний перепис 1923 року зафіксував цілий ряд яскравих даних про стан і характер буржуазної спадщини в галузі житлово-

¹⁾ Й. В. Сталін, Промова на Першій всесоюзній нараді стахановців, Партвидав ЦК ВКП(б), 1935, с. 7. (рос.)

²⁾ Й. Сталін, Питання ленінізму, вид. X, 1937, с. 486.

комунальній. За цими даними будівлі за поверхами по 4 містах України розподілялись так:

	1 поверх	2 поверхи	3 поверхи і більше
Харків	84,7	13,2	2,1
Дніпропетровськ	81,0	15,1	3,9
Київ	66,4	24,1	9,5
Одеса	62,0	25,8	12,2

Ці дані ілюструють влучну констатацію товариша Сталіна, а порівняльна характеристика житлового фонду в зв'язку з новим соціалістичним будівництвом жител розгортає перед нами другу частину цієї констатації. Так дані по місту Харкову показують:

Порівняльна характеристика житлового фонду м. Харкова

	Дореволюційний житловий фонд (1912—1916 рр.)	Нове житлове будівництво в усупільненому секторі (1918—1931 рр.)	Нове житлове будівництво в усупільненому секторі (1932—1934 рр.)
% одноповерхов. будівель	89	53,5	0
% дво- і триповерхових	8,5	30,4	43,3
% багатоповерхових . .	2,5	16,1	56,7
Разом . .	100	100	100
У тому числі кам'яних і цегляних будівель .	22,7	81,5	100

Отже дрібних, некапітальних будівель було дуже багато у буржуазному Харкові. І саме у найгірших з них жили робітники м. Харкова. Дані перепису м. Харкова за 1912 рік виявляють такі різкі контрасти в заселенні квартир по окремих районах міста.

На 1 жителя в середньому припадало кубічних сажнів житла

Центральний район . .	6,1	Качановський район . .	1,0
Нагірний	6,0	Лисогорський	1,5
Катеринославсько-Благовіщенський	5,4	Журавлівський „	1,8

Середня кубатура на 1 жителя у робітничих районах була в 4—5, навіть 6 разів нижча, ніж у буржуазних центральних районах. Нема чого й говорити, що комунальне впорядкування по робітничих районах буржуазія тримала на найнижчому рівні. Ті ж такі дані по м. Харкову яскраво про це розповідають (див. таблицю на с. 14).

Невеликий процент будівель, прилучених до водопроводу та до каналізації у 1912—1916 рр. припадає, звичайно, на буржуазні центри міста, а не на робітничі трущоби. Комунальне впорядкування соціалістичного міста: стопроцентне приєднання до водопроводу, до каналізації, електри-

	Дореволюцій- ний житловий фонд (1912—1916 рр.)	Нове житлове будівництво в усупільне- ному секторі (1918—1931 рр.)	Нове житлове будівництво в усупільне- ному секторі (1932—1934 рр.)
% будівель, прилучених до водопроводу	12,8	83,1	100
% будівель, прилучених до каналізації	9,2	74,7	100
% будівель електрифі- кованих	30,0	93,5	100

фікація нових будівель — окремі риси, характерні для „новозбудованих хороших і світлих робітничих кварталів“, які при тому „в багатьох випадках... виглядають у нас краще, ніж центри міста“.

Величезне житлово-комунальне будівництво розгорнуто саме за останнє десятиріччя по робітничих районах УРСР, насамперед у Донбасі. Розквіт соціалістичної промисловості, разом з відповідним збільшенням робітничої людності, викликали до життя цілий ряд нових міст: Велике Запоріжжя—на базі Дніпрокомбінату, Новий Харків—на базі тракторного заводу, новий Кривий Ріг—на базі металургійного гіганта, Новий Краматорськ на базі Краматорського комбінату, Нову Горлівку, нові Сталіно, Нікополь, Макіївку Кадіївку, Алчевськ, Кам'янське і т. д., і т. д.

Як по широких просторах великого Радянського Союзу, так і у нас на території соціалістичної України за часів диктатури пролетаріату створені і чимраз ліпшають житлово-комунальні умови життя трудящих. На житлово-комунальне будівництво радянський уряд асигнує чимраз більші кошти. Тільки за 1919—1936 рр. по лінії народного комісаріату комунального господарства у комунальні підприємства і на заходи вкладено понад мільярд карбованців, у тому числі понад третину на водопостачання, каналізацію, зелене будівництво тощо. Більш половини усіх капіталовкладень припадає на Донеччину, Дніпропетровщину та Харківщину.

Ще на початку 1933 року житловий фонд Донбаса становив 3850 тис. м². На 1.І 1929 року він перевищив 5 млн. м². 1935 року житловий фонд виріс майже до 9 млн. м². Цілий ряд робітничих селищ Донбаса перетворився на великі соціалістичні міста, збільшивши житловий фонд свій у 3—4 і навіть більше разів. Характерні ілюстрації дає таблиця на с. 15.

За перше десятиріччя свого існування диктатура пролетаріату освоювала на Україні реквізований у буржуазії житловий фонд. У буржуазії квартири було переселено близько півмільйона робітників. Нове будівництво почалося тільки в 1924—27 рр. Всього збудовано за цей час близько 1 млн. м² житлової площі. За час від 1928 до 1936 рр. збудовано по містах України понад 7 млн. м² житла. Переважна маса збудованого житлофонду є в розпорядженні робітників нашої соціалістичної промисловості. На початку 1936 року вугільна промисловість розпоряджалася новим житловим фондом, що становив понад 3 млн. м², металургійна—мала

Динаміка житлового фонду по окремих містах Донбасу

№	М і с т а	1.І 1923 р.	1.І 1929 р.	1.І 1935 р.
		(у тисячах м ²)		
1	Сталіно	429,3	529,4	846,2
2	Макіївка	171,3	268,1	438,5
3	Ворошиловград	342,1	473,5	592,8
4	Маріуполь	316,4	339,0	457,9
5	Горлівка	91,0	114,6	265,1
6	Кадіївка	49,8	78,9	232,7
7	Краматорськ	44,8	72,0	291,4
8	Костянтинівка	97,3	139,5	206,8
9	Єнакієво	101,1	146,6	321,1
10	Виршиловськ	78,5	88,0	178,9

говяд 1 млн. м², машинобудівельна—750 тис. м², гірничорудна—250 тис. м², зарчова—650 тис. м² і т. д., і т. д.

До Великої Жовтневої революції на Україні тільки 37 міст мали комунальні водопроводи. 1936 року міст з водопроводами вже 83; мають вони довжину майже в 3 тис. км (проти 850 км до революції). Корисно відпущеної води у 1936 році було понад 120 млн. м³, тобто у 4 рази більше, ніж до революції. У таких містах, як Велике Запоріжжя, Ворошиловград, Сталіно, Лисичавськ, Кривий Ріг, Артемівськ, Проскурів, Ніжин, Ксвотоп, Макіївка, Костянтинівка тощо, збудовані цілком нові водопроводи.

До революції тільки чотири міста на Україні мали свою каналізацію з загальною довжиною у 290 км. 1936 року вже 21 місто має свою каналізацію, а довжина сітки сягає 880 км. Отже довжина каналізаційної сітки потроїлася проти 1912 року. У Великому Запоріжжі, Полтаві, Сталіні, Ворошиловську, Ворошиловграді, Кадіївці, Краматорську, Горлівці та ін. споруджено нову каналізацію. Каналізацію старих міст значно реконструювано і поширено. При цьому все радянське водопровідне і каналізаційне будівництво в першу чергу скеровано на робітничі райони та колишні „окраїни“.

Велику увагу віддано комунальній очистці наших міст і селищ. Проти 44 асенізаційних об'єктів міст України у 1917 році, 1936 рік показує збільшення майже в'ятеро. Асенізаційні транспорти механізуються. Знешкодження нечистот систематично удосконалюється.

До революції наші міста мали тільки 30 лазень. 1936 року число комунальних лазень становило вже 289.

1936 року по містах України число комунальних пралень зросло до 33; до революції була тільки одна комунальна пральня. Крім того, іську людність обслуговують ще близько 300 пралень.

Швидко і з великим успіхом застосовується по наших містах зелені насадження. До революції площа зелених насаджень була трохи більша за 800 га. 1928 року міста України мають вже 2250 га. 1932 року вони володіють вже 4500 га. Тепер площа зелених насаджень міст громадського користування доходить уже до 6000 га.

По містах УРСР збудовано понад 40 парків культури і відпочинку, багато нових садів, бульварів, скверів, зелених насаджень вздовж вулиць і майданів.

От так змінилося обличчя наших міст і промислових центрів за часів диктатури пролетаріату.

Ці історичні зміни помножуються ще на соціальне виховне значення соціалістичних міст, бо, як сказав на XVII з'їзді ВКП(б) товариш Сталін: „Зникає протилежність між містом і селом. Місто перестає бути в очах селян центром їх експлуатації. Все міцнішими стають нитки господарської і культурної зчички між містом і селом ...Культурна прірва між містом і селом заповнюється“. ¹⁾

Заповнення цієї „прірви“ розвивається більшовицькими темпами. Соціалістичне сільське господарство, мільйони його будівників з славними героями сільсько-господарської праці, знатними людьми колгоспних ланів, радгоспів і машинно-тракторних станцій на чолі, чимраз підносять культуру нашого села. Обличчя радянського села змінюється ще швидше, ніж у соціалістичному місті. Про це яскраво, з великою любов'ю розповів нам великий Сталін ще на XVII з'їзді ВКП(б) у 1934 році:

„Ще більше змінилося обличчя села. Старе село з його церквою на найвиднішому місці, з його кращими будинками урядника, попа, куркулі на першому плані, з його напіврозваленими хатами селян на задньому плані — починає зникати. На його місце виступає нове село з його громадсько-господарськими будівлями, з його клубами, радіо, кіно, школами, бібліотеками і яслами, з його тракторами, комбайнами, молотарками, автомобілями. Зникли старі знатні фігури куркуля-експлуататора, лихваря-кровососа, купця-спекулянта, батюшки-урядника. Тепер знатними людьми є діячі колгоспів і радгоспів, шкіл і клубів, старші трактористи та комбайнери, бригадири по рільництву і тваринництву, кращі ударники і ударниці колгоспних полів“. ²⁾

Таких змін радянське село домоглося в наслідок успішного розвитку Великої Пролетарської революції, в наслідок історичних перемог соціалізму під мудрим керівництвом ленінської ВКП(б) на чолі з улюбленим товаришем Сталіним. Ще не так далекий той час, коли Володимир Ільєвський мріяв про 100 тисяч першокласних тракторів з бензином, з машиністами. „ви прекрасно знаєте, — говорив тоді Ленін, — що покищо це — фантазія“.

Аджеж у 1936 році таких першокласних тракторів працювало на колгоспних ланах вже 440 тисяч, потужність тракторного парку їх досягла

¹⁾ Й. Сталін, Питання ленінізму, X, вид., с. 487.

²⁾ Й. Сталін, Питання ленінізму, вид. X, с. 486.

³⁾ В. И. Ленин, том XXIV, 170, изд. 2-е, 1932.

7—8 млн. кінських сил; парк комбайнів налічував 1936 року 93 тисячі; вантажних автомобілів було 90 тисяч штук; складних молотарок—понад 100 тисяч штук і т. д., і т. д.

Тракторів у СРСР у 30 разів більше, ніж у фашистській Німеччині і майже у 40 разів більше, ніж у фашистській Італії.

Найцінніше, найістотніше з погляду історичних перемог Великого Жовтня це те, що всі ці машини виробляються у нас самих, з власних матеріалів, на соціалістичних фабриках і заводах нашої квітучої батьківщини. Тов. В. Я. Чубар у статті, присвяченій VIII з'їздові Рад ¹⁾ характеризує це такою цікавою таблицею:

Загальне споживання машин і частка вітчизняного виробництва

	Динаміка загального споживання в країні		
	1931 р.	1927—28 рр.	1935 р.
Сільгоспмашини	100,0	176,1	587,0
Трактори	—	100,0	3023,9
Автомобілі	—	100,0	4492,6
Вітчизняне виробництво у % до споживання в країні			
Сільгоспмашини	58,7	84,2	100,0
Трактори	—	33,9*)	100,0
Автомобілі	—	31,1	99,7

На основі бурхливого розвитку соціалістичного сільського господарства росте і квітне сільська впорядкованість. По колгоспах з'явилися у широких масштабах нові господарські будівлі, нові житла, побудовані з урахуванням гігієнічних потреб колгоспників, значно покращали умови водопостачання, очистка селищ, лазнева справа на селі. Озеленення сіл розгорнулося на всю широчінь. 1936 року уряд СРСР видав спеціальну постанову про впорядкування районних центрів, забезпечивши матеріально і організаційно цей грандіозний план перебудови провідних центрів села на соціалістичних засадах.

Культурними центрами на селі стали машинно-тракторні станції і радгоспи. У розвитку оздоровчих і культурно-побутових заходів у радгоспах та МТС УРСР досягнуто значних успіхів. Уже на кінець 1934 р. у радгоспах і МТС УРСР збудовано 3,5 млн. м³ житлового фонду, 1175 лазень, 300 пралень, широко розгорнуто сітку закладів громадського харчування. На протязі 1935 р. збудовано вже близько 900 тис. м³ нового житла, 105 лазень-пралень, 132 кухні-їдальні, 52 хлібопекарні. 1936 р. будівництво нових

¹⁾ „Правда“ від 25 листопада 1936.

*) 1931 рік.

жител по радгоспах і МТС УРСР перевищує 1,5 млн. м³, а план 1937 р. передбачає будівництво жител у такому ж обсязі.

В галузі водопостачання досягнуто по радгоспах і МТС УРСР теж помітних зрушень. 1936 р. механізовано, наприклад, подачу води у 800 колодязях, почали будувати 50 водопроводів (25—по лінії Наркомрадгоспів, 20—по лінії Наркомхарчпрому, 5—у системі Наркомзему), збудовано близько 200 бурових колодязів, 150 шахтних колодязів, капітально одремонтовано і впорядковано велике число колодязів по радгоспах, МТС і колгоспах.

До 1936 року включно радгоспи і МТС УРСР збудували 195 капітальних лазень-пралень і понад 1500 лазне-пральних установок з дезинфекторами. На 1937 рік програма комунального впорядкування радгоспів і МТС в УРСР ілюструється такими цікавими даними:

Асигнування на оздоровчі заходи по радгоспах УРСР на 1937 р. (за планом)
(у тисячах карбованців)

Система радгоспів	Житлове будівництво	Капітальний ремонт	Водопостачання	Очистка	Лазне-пральна справа	Разом
Наркомрадгоспів	15 776	2266	2133	283	870	21 328
у тому числі:						
зернорадгоспи	7 480	1022	594	94	280	9 470
свинорадгоспи	5 304	796	950	100	320	7 470
молочно-м'ясні	2 482	372	478	78	250	3 660
вівцерадгоспи	510	77	111	11	20	729
Наркомхарчпром: бурякорадгоспи	5 678	852	886	136	400	7 952
Наркомзем	3 383	507	425	105	150	4 570
Разом	24 837	3626	3444	524	1420	33 851

Отже, на ці асигнування радгоспи УРСР збудують для себе ще майже 1,5 млн. м³ жител, ще 56 водопроводів, 160 бурових колодязів, 87 капітальних лазень-пралень тощо.

Зелені насадження по радгоспах і МТС УРСР розвиваються у формі створення значних зелених масивів—парків при селищах, садів, скверів, на які відведено по 3—5 га землі майже у кожному радгоспі та при кожному МТС. Крім того, всюди вздовж шляхів і вулиць, навколо жилих будівель і культурно-побутових закладів широко і систематично впроваджуються зелені насадження. На всі ці заходи передбачаються у кошторисах радгоспів та МТС великі спеціальні кошти.

Нове і надто характеристичне для зростання комунального впорядкування на селі є планове і систематичне, чимраз збільшуване зростання комунальної культури радгоспів, МТС і колгоспів. Велике їх число перепланується та планується на основі застосування новіших досягнень науки і техніки при безпосередній участі відповідних фахівців. За

останні роки руба поставлено питання про перепланування колгоспних селищ. Досвід створення генерального плану села Чапаївки та поступового здійснення цього плану доводить, що соціалізм перебудовує і цілком перебудує самий тип села, його житлово-комунальну структуру, його побут у найширшому розумінні цього слова.

Звичайно, темпи реконструкції села на наукових засадах ще тільки розгортаються й значно відстають ще від генерального планування соціалістичних міст. Планування міст та їх реконструкція розгорнулися у нас широко. На початку 1937 року закінчено, наприклад, та переглянуто у Науково-технічній Раді Наркомгоспу проект планування таких міст: 1) Сталіно, 2) Маріуполь, 3) Дніпропетровськ, 4) Запоріжжя, 5) Вінниця, 6) Кривий Ріг, 7) Кадіївка, 8) Ворошиловськ, 9) Орджонікідзе, 10) Краматорськ, 11) Нікополь, 12) Новомосковськ, 13) Дзержинськ, 14) Чернігів, 15) Контотп, 16) Полтава, 17) Кременчук, 18) Одеса, 19) Миколаїв, 20) Херсон, 21) Красний Луч, 22) Лисичанськ, 23) Рубежне, 24) Харків і закінчується розробка проекту м. Києва.

Партія і уряд віддають велику увагу справі планування та розпланування населених пунктів і міст. Основні напрями цієї важливішої оздоровчої діяльності намічені програмою ВКП(б). Здійснюючи цю програму, партія конкретно розв'язує житлово-комунальні справи, справи соціалістичної реконструкції міст і населених пунктів у нерозривному пов'язанні з успіхами соціалістичної індустрії й соціалістичного сільського господарства.

Пленум ЦК ВКП(б) від 11—15 червня 1931 р. заслухав спеціальну доповідь тов. Л. М. Кагановича „Про Московське міське господарство та про розвиток міського господарства СРСР“. В ухваленій резолюції дається блискучий аналіз спадщини, що її дістала диктатура пролетаріату в галузі міського господарства в СРСР та на Україні, де зокрема контрреволюційна інтервенція і війна білогвардійських генералів проти радянської влади заподіяли тяжкі удари міському господарству, підкреслюється велике господарське і культурне значення соціалістичної реконструкції міста та політично загострюється завдання найшвидшої ліквідації відставання міського господарства від загального розвитку і рішучого зламу у темпах його розвитку.

На конкретному прикладі московського господарства партія вчить нас більшовицькій реконструкції міст і населених пунктів на соціалістичних засадах.

Значення, якого надав Пленум ЦК ВКП(б) питанням міського господарства,—велике і принципово надзвичайно важливе: „У боротьбі за п'ятилітку, за дальші успіхи соціалістичного будівництва, за успіхи соціалістичних підприємств, за поліпшення матеріально-побутових умов трудячих, за культурне піднесення й охорону їх здоров'я, за неухильне зростання реальної зарплати,—питання міського господарства (житло, водостачання, освітлення, опалення, каналізація, міський транспорт, зовнішня порядкованість, лазні, пральні, громадське харчування) набувають найважливішого значення.

„Пленум ЦК ВКП(б) ставить перед усіма партійними, радянськими профспілковими й господарськими органами бойове завдання найшвидшої ліквідації відставання міського господарства від загального розвитку й рішучого зламу в темпах його розвитку.“¹⁾

Червневий Пленум ЦК ВКП(б) відзначає також і найближчий напрям цієї важливої ділянки будівництва соціалізму в СРСР.

„Беручи на увагу, що дальший розвиток промислового будівництва країни повинен іти по лінії створення нових промислових осередків у районських районах і тим самим наближати остаточне знищення протилежності між містом і селом, Пленум ЦК вважає недоцільним нагородження великої кількості підприємств у великих міських центрах, які вже склалися, і пропонує надалі не будувати в цих містах нових промислових підприємств, в першу чергу не будувати їх у Москві та Ленінграді починаючи з 1932 року.“²⁾

Ця історична постанова партії вщент розбиває фразерство і пуск порожню балаканину опортуністів і закрутників, які намагалися історичну проблему соціалістичного розселення людності та соціалістичної реконструкції міст і населених пунктів розв'язувати антиленінськими, антипартійними шляхами.

„У питаннях організації нового соціалістичного побуту потрібна рішуча боротьба як з правим опортунізмом, що виступає проти більшовицьких темпів розвитку соціалістичного господарства, проти перебудови культурно-побутового обслуговування робітничого і колгоспного населення так і закрутами „ліво“-опортуністичних фразерів, які виступають з ультралівими прожекторськими пропозиціями (примусова ліквідація індивідуальних кухонь, штучне насадження побутових комун тощо).“³⁾

Отже, вороги генеральної лінії партії й соціалізму дістали від партії належну відсіч. Керована геніальним товаришем Сталіним партія, перебуваючи життя й побут на соціалістичних засадах,—переможно здійснює програму комунізму, у тому числі і програму величної оздоровчої діяльності знаменного Жовтня.

У СРСР побут і праця—нерозривні. Коли диктатура пролетаріату руйнує чудову реконструктивну житлово-комунальну роботу, чи то діяльність в галузі організації громадського харчування, чи то в галузі освіти і т. ін., все це тільки частки, тільки сторони цілого процесу соціалістичної перебудови життя на марксо-ленінських засадах. Всі вони нерозривно пов'язані з соціалістичною працею в єдине неподільне ціле. Всі вони суровані на підвищення продуктивності соціалістичної праці, на дальшій глибше розвинення продуктивних сил соціалістичної батьківщини. Це само і ростучі продуктивні сили і здобуті матеріальні багатства служать у СРСР самим трудящим, задовольняючи їх ростучі потреби та забезпечуючи їм здорове, веселе, радісне життя. Саме тому у соціалістичних

¹⁾ ВКП(б) в резолюціях і рішеннях съездів, конференцій і пленумів ЦК, ч. II, П. 1, издат 1936, с. 472.

²⁾ Ibidem, с. 478.

³⁾ Ibidem, с. 480.

приємствах на „робочі місця“ поширюється новий соціалістичний побут. Соціалістичні фабрики СРСР є вогнищами зразкової культури. Територія заводів та розміщення заводських будівель, як і сама архітектура будівель, здійснюється на основі найновіших досягнень науки й техніки. Фабрично-заводська територія впорядковується, озеленюється, являючи собою часто-густо фабрику-сад.

На соціалістичних підприємствах у СРСР впливові технологічного процесу на здоров'я робітників надається окремої уваги. Техніка безпеки і охорона праці діють на соціалістичних підприємствах на основі законом визначених правил і положень, скерованих на всебічну охорону здоров'я робітників. Таких законів, чимраз доповнюваних і поліпшуваних у міру дальшого розвитку науки й техніки, немає у найпередовіших країнах капіталістичного світу; таксамо в жодній країні капіталістичного світу немає законів, які б так озброювали санітарні органи правами й можливостями своєчасно втручатися у ті чи інші сторони діяльності організацій і підприємств у разі порушення інтересів здоров'я робітників чи навколишнього населення.

Отже оздоровча сила соціалістичної реконструкції підприємств у місті й на селі у СРСР є велика й безмірна.

Велика також оздоровча сила й відпочинку, широко здійснюваного в республіках диктатури пролетаріату. Вище вже згадувалось, як ґрунтовно змінилася тривалість робочого дня робітників великої промисловості в наслідок перемоги Великого Жовтня; семигодинний робочий день став фактом. До цього варт додати, що в середньому на 1 робітника великої промисловості за рік припадає така кількість днів відпочинку ¹⁾).

Галузі промисловості	1924 р.	1928 р.	1936 р. ²⁾
Вся промисловість	51,4	57,3	68,0
Кам'яновугільна	48,2	55,2	69,7*)
Залізрудна	62,5	57,7	77,2
Хемічна	53,3	57,8	74,1
Металургія чорних металів.	37,9	56,2	77,1
Металообробна і машинобудування	55,5	60,4	66,1

Крім вихідних днів і свят, робітники мають свої чергові тарифні відпустки. Таблиця, подана на с. 22, показує, скільки у середньому на 1 робітника великої промисловості за рік припадає днів відпустки.

Щоб збільшити оздоровчу силу відпочинку робітників, наша країна стала на шлях організації його. Масовий робітничий відпочинок став окремою ділянкою оздоровчої роботи. По найкращих щодо кліматичних і природних умов місцевостях широко розкинулися будинки

¹⁾ Попередні дані.

²⁾ Попередні дані.

^{*)} За 1934 рік.

Галузі промисловості	Днів відпус-тки за 1924 р.	Днів відпус-тки за 1936 р. ¹⁾
Вся промисловість	11,9	15,7
Кам'яновугільна	10,0	15,2
Залізорудна	12,0	15,7
Хемічна	13,5	17,8
Металургія чорних металів.	13,7	18,2
Металообробна і машино-будування	14,3	17,1

відпочинку кращі палаци і „особняки“, відібрані в поміщиків і фабрикантів. Останніми роками на будівництво нових будинків відпочинку відпускаються великі кошти.

У СРСР на робітничий відпочинок витрачено такі суми (кругло):

1928—29 р.	41 млн. крб.	1933 р.	294 млн. крб.
1929—30 .	62 . . .	1934 „	371 . . .
1931 .	98 . . .	1935 .	610 . . .
1932 .	174 . . .	1936 .	757 . . .

Будинки відпочинку ВЦРПС матимуть у кінці 1937 р. 105 тис. ліжок проти 72 тис. у 1932 році. На Україні тільки за час з 1932 по 1935 р. число будинків відпочинку стаціонарного типу зросло до 61, число будинків і баз вихідного дня—до 21, парків культури і відпочинку—до 28. Організованим відпочинком охоплено 1935 р. 700 тис. трудящих. 1936 р. всіма формами організованого відпочинку охоплено близько 1,5 млн. трудящих, у тому числі стаціонарними будинками—понад 300 тис. трудящих.

Справа організованого відпочинку чимраз поширюється й на село. Окремі покищо поодинокі будинки відпочинку колгоспника відкрито вже у 1936 р. і в 1937 р. У нових формах відпочинку знаходить свій вираз ґрунтова зміна структури робочого дня колгоспника, визначена соціалістичною реконструкцією сільського господарства. Цікаві щодо цього дані про бюджет часу одноосібника і колгоспника (у годинах на добу) подано в таблиці на с. 23.

Наведені дані красномовно розповідають про працю і відпочинок селянина одноосібника й колгоспника та селянки одноосібниці й колгоспниці у годинах за добу. Ці дані взято на основі вибіркового обслідування селян одноосібників Воронізької губернії у 1922 р. і колгоспників Київської і Одеської областей у 1934 і 1935 рр. З цих даних виявляється насамперед рівномірніша праця колгоспника взимку і влітку. Вимушений прогул одноосібника-селянина узимку перетворював фактично його зимовий день на вимушену „сплячку“: одноосібник селянин ще взимку

¹⁾ Попередні дані

Показники	Голови сім'ї			Хатні господарки		
	1923 р.	1934 р.	1936 р.	1923 р.	1934 р.	1936 р.
	Селяни одноосіб- ники	Колгосп- ники	Колгосп- ники	Селянки одноосіб- ниці	Колгосп- ниці	Колгосп- ниці
Влітку	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00
Виробнича робота	11,85	10,78	10,05	7,82	7,90	6,77
Невиробнича робота	2,92	2,12	2,05	8,03	5,85	5,98
Навчання і самоосвіта	0,02	0,63	0,68	—	0,23	0,17
Відпочинок	3,25	3,28	3,75	2,43	2,73	3,55
Сон	5,96	7,19	7,47	5,72	7,29	7,53
Взимку	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00
Виробнича робота	2,54	8,92	7,95	3,50	3,23	3,05
Невиробнича робота	3,35	2,18	2,43	8,78	7,13	7,95
Навчання і самоосвіта	0,08	0,75	1,08	—	0,20	0,17
Відпочинок	8,31	4,07	4,70	4,18	4,67	4,30
Сон	9,72	8,08	7,84	7,53	8,77	8,53

1923 року, замість продуктивно працювати, „відпочивав“ і спав майже 18 годин на добу. Колгоспник і колгоспниця від цього визволені. Чимало часу колгоспник та колгоспниця і влітку і взимку витрачають на навчання і самоосвіту. Проте резерви часу відпочинку колгоспника і колгоспниці потребують ще спеціального освоєння, спеціальної над ними роботи, щоб використання його відпочинку мало кращий оздоровчий ефект.

Форми масового відпочинку трудящих у СРСР та на Україні набули тепер різноманітного характеру і множаться з ініціативи і в порядку самодіяльності самих трудящих. Парки культури і відпочинку, будинки відпочинку і бази вихідного дня, туристсько-екскурсійна робота — найулюбленіші форми відпочинку трудящих СРСР. На цю справу держава, громадські організації трудящих відпускають спеціальні дотації, а на Україні, наприклад, справі планування масового відпочинку трудящих уряд віддає особливу увагу, поклавши своєю постановою від 2 червня 1932 р. на Наркомат охорони здоров'я обов'язок планувати всю цю справу та наглядати за її систематичним і повним виконанням.

Велика Пролетарська революція збудила в широких масах трудящих могутнє прагнення до культури, до здоров'я, до розумної розваги, до приемного й повноцінного використання дозвілля.

На повні груди дихає тепер визволений з капіталістичного ярма вільний громадянин вільної Республіки Рад. На цій основі широко розгорнулася й квітне у нас фізична культура. Число членів фізкультурних організацій дорослих і підлітків росте невпинно. 1933 року за Україні це число доходило вже до 2 млн. 1936 року їх вже більш за 3 млн.

1936 року на Україні трудящих, які одержали значки „ГПО“ першого ступеня, було більше 1 млн. Здали норми „ГПО“ першого ступеня на селі 127 тис. Понад 100 тис. дітей здали норми „БГПО“. Фізкультурних гуртків на селі — 7250.

На Україні споруджено (на початок 1936 р.) 25 стадіонів, 120 водних станцій, 150 фізкультурних клубних залів, понад 6 тис. спортивних майданчиків, 43 будинки фізкультури, 38 фізкультурних баз.

1936 року встановлено рекордів українських — 138, всесоюзних — 25, європейських — 6, світових — 5.

Такі є основні показники розвитку фізичної культури у визволеній спід капіталістичного гніту соціалістичній Україні — невід'ємній частині великого соціалістичного Союзу Рад.

Усе вищенаведене розповідає нам про ті численні знаменні факти, які яскраво характеризують багатогранну оздоровчу діяльність Великої Пролетарської революції, здійснюваної під геніальним керівництвом партії Леніна — Сталіна на протязі 20 років.

Разом з широкими оздоровчими заходами радянська влада взялася за побудову достатньої і високоякісної медично-санітарної організації, тяжка ж бо була спадщина, залишена трудящим радянських республік буржуазно-поміщицьким урядом, цілим капіталістичним ладом.

Щоб уявити собі всю мізерність цієї спадщини, досить пригадати, що 1913 року кол. Російська імперія мала всього близько 20 тисяч лікарів, у тому числі на Україні — до 5 тисяч.

Усе господарство медично-санітарних закладів після імперіалістичної війни і інтервенції зазнало великої руйнації і майже розпалося.

Тепер Союз Радянських Соціалістичних Республік має вже 106 тисяч лікарів. Обсяг розгорнутої в СРСР вищої медичної освіти забезпечує на кінець третьої п'ятирічки 175 тисяч лікарів. Отже, тільки за одну третю п'ятирічку приріст лікарів у 3,5 раза буде більший, ніж усіх лікарів при царизмі. Одна тільки соціалістична Україна вже тепер має стільки лікарів, скільки їх було в усій кол. Російській імперії.

Мало того, царський лікар, як людина „вільної професії“, на основі так званої приватної практики, не міг використовуватися доцільно і не віддавав широким масам населення всієї повноти своїх знань, свого вміння. Це був в основному лікар заможної людності. Лікар радянський обслуговує саме маси трудящих, на радянських принципах загальноприступності, безплатності, кваліфікованості, чітко записаних великою Сталінською Конституцією.

Це підносить медично-санітарну працю на принципово вищий щабель, перетворює медично-санітарних працівників на людей вищої фахової, інтелектуальної та соціальної якості.

106 тисяч радянських лікарів, понад півмільйонна маса медично-санітарних працівників СРСР широко розгорнули медично-санітарне обслуговування трудящих. Диференційованість лікарських фахів досягла в СРСР

значного рівня, а відповідно до цього диференціювалася і спеціалізувалася вся радянська медично-санітарна організація.

У боротьбі з численними епідеміями під час громадянської війни та інтервенції виросла й зміцніла радянська санітарна організація, оформилися державні санітарні органи, які спеціальною постановою уряду СРСР від 23 грудня 1933 р. сформлені, як Державна санітарна інспекція з нечуваними досі правами і можливостями. Число санітарних лікарів у СРСР доходить 9 тисяч, з них в соціалістичній Україні працює близько 2 тисяч лікарів.

Число санітарних закладів (санітарних станцій, санітарно-бактеріологічних лабораторій, дезінфекційних закладів, протималярійних закладів) дійшло рівня, про який буржуазні країни не можуть і мріяти.

На Україні до революції було санітарно-бактеріологічних лабораторій тільки 21, Пастерівських пунктів — 5 і малярійних пунктів — 52. Тепер соціалістична Україна має понад 500 санітарних станцій, понад 400 санітарно-бактеріологічних лабораторій, близько 250 малярійних станцій і малярійних пунктів, 85 Пастерівських станцій і пунктів, близько 600 дезінфекційних станцій та пунктів, близько 100 корових станцій і пунктів і т. д.

Для ілюстрації досить нагадати, що проти 3 млн. віспощеплень дореволюційної України, в УРСР 1932 року проведено 22 млн. віспощеплень, у наступні роки це число становить близько 10 млн. на рік. 1936 року число віспощеплень можна було вже обмежити 6 млн. Щеплень проти черевного тифу теж налічують 6—7 млн. на рік, ентеровакцинацій проти дизентерії — 3—4 млн. на рік. Протидифтерійні щеплення теж цілком забезпечують інтереси населення. Все це говорить за великі масштаби санітарної роботи радянських органів охорони здоров'я.

Велику активність розвинуто радянською владою в організації лікувально-профілактичного обслуговування населення. Організаційно-матеріальна база лікувально-профілактичної діяльності в радянських республіках у порівнянні до дореволюційного часу досягла великого рівня.

Дореволюційна Росія мала всього 1230 амбулаторно-поліклінічних закладів по містах та 4367 лікарських амбулаторій на селі. 1936 року число амбулаторно-поліклінічних закладів по містах СРСР у 8 разів перевищує дореволюційне число, а на селі число лікарських амбулаторій у 4 рази більше дореволюційного.

В УРСР число лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів по містах у 10 разів більше дореволюційного числа, у сільських місцевостях — у 3 з лишком рази.

Амбулаторно-поліклінічна сітка Радянського Союзу перепускає через свої спеціалізовані лікарські кабінети по містах шорску понад 300 млн. людей (відвідувань), по селах — 100 млн. людей (відвідувань). В УРСР ці числа відповідно становлять 55 млн. і 19 млн.

При таких масштабах амбулаторно-поліклінічного обслуговування людності радянська влада мала всі права і підстави записати в Сталінській Конституції право громадян СРСР на безплатну кваліфіковану медичну допомогу.

Лікарняна допомога населенню також значно зросла. Проти 175 тисяч лікарняних ліжок усіх відомств і організацій кол. Російської імперії Союз Радянських Соціалістичних Республік має тепер лікарняний фонд, який перевищує 550 тис. ліжок, у тому числі понад 370 тис. ліжок по містах і 184 тис. лікарняних ліжок по селах.

Царська Росія майже не знала охорони материнства й дитинства і зовсім не лишила нам закладів охорони материнства і дитинства. Тепер Радянський Союз має 500 тис. ясельних місць по містах, з них понад 80 тис. на Україні. Постійних ясельних ліжок у сільських яслах в СРСР понад 700 тис., у тому числі понад 100 тис. на Україні. Понад 6 млн. ясельних ліжок у сільських сезонних яслах, у тому числі понад мільйон з них на Україні.

СРСР має понад 1800 молочних кухонь по містах, з них 300 на Україні.

Число жіночих і дитячих консультацій досягає тепер в СРСР понад 4000, з них в УРСР близько 800.

Родильна допомога населенню вже досягла нечувано високого рівня: 65 тис. ліжок по містах СРСР та понад 31 тис. ліжок у сільських місцевостях СРСР. В УРСР ці числа відповідно становлять кругло 13 тис. і 7 тис.

Обсяг цієї діяльності, здійснюваної Жовтневою Соціалістичною Революцією, знаходить свій яскравий вираз у декреті партії і уряду від 27 червня 1936 року.

Питанням допомоги матері, питанням боротьби з абортами, питанням здоров'я радянської жінки і дитини партія і уряд СРСР, сам товариш Сталін віддають виключну увагу. В цьому історичному декреті знайшло своє організаційне оформлення сталінське піклування про людину, зокрема про жінку — найбільш експлуатовану за капіталістичного ладу частину людства.

Декрет від 27 червня 1936 р., як і ряд інших історичних декретів партії і уряду СРСР, зокрема за останній час (1935—1937 рр.), є великим досягненням Жовтневої Соціалістичної революції.

У період боротьби більшовиків за завершення соціалізму в нашій країні, за нову Сталінську Конституцію досягнення радянської охорони народного здоров'я набули нових рис, нових масштабів, алеж значно зрослі потреби будівників соціалізму збільшують вимоги трудящих СРСР на кваліфіковану медично-санітарну допомогу. Треба прямо визнати, що потреби трудящих СРСР випереджують розвиток медично-санітарної організації. Цим з'ясовується, що, не зважаючи на порівнюючи великі успіхи у розвитку медично-санітарного обслуговування населення радянських республік, організація радянської охорони народного здоров'я з'являється ще далеко не достатньою, а якість медично-санітарної роботи ще не на тому рівні, який відповідав би політично і культурно зрослому громадянину СРСР.

Партія і уряд надають органам охорони народного здоров'я усіх матеріальних і організаційних можливостей, асигнують на охорону народного здоров'я нечувано великі кошти. 1937 року уряд СРСР асигнував на охорону народного здоров'я 7,5 млрд. крб., тобто, майже у два рази

більше, ніж становив весь бюджет царської Росії напередодні імпералістичної війни. На будівництво медично-санітарних закладів з цього числа асигновано 1 мільярд крб. Таких витрат на охорону народного здоров'я не знає жодна країна капіталістичного світу. Проте не навчилися ще ми як слід ці щедрі асигнування використовувати. Рух фінансових показників охорони народного здоров'я разом з великими досягненнями показує і ряд істотних дефектів в організації медично-санітарної справи на Україні. Та й справді, витрати на охорону народного здоров'я з усіх джерел УРСР становить:

Роки	Разом у млн. крб.	На 1 душу
1923—24	33,50	1 крб. 20 коп.
1924—25	52,13	1 „ 90 „
1925—26	76,80	2 „ 70 „
1926—27	97,91	3 „ 40 „
1927—28	107,38	3 „ 60 „
1928—29	• 113,31	3 „ 80 „
1929—30	158,00	5 „ 20 „
Окремий квартал	29,02	— „ —
1931	248,00	8 „ 00 „
1932	378,00	11 „ 90 „
1933	430,50	13 „ 50 „
1934	556,44	17 „ 30 „
1935	769,46	23 „ 10 „
1936	1063,21	32 „ 20 „
1937	1283,04	39 „ 00 „

Наведені витрати на охорону народного здоров'я стають більш ілюстративними, коли порівняти ці дані з аналогічними даними дореволюційного часу.

Царський уряд, готуючись до імпералістичної війни, збільшив асигнування на охорону народного здоров'я по всій кол. Російській імперії з 44 млн. крб. у 1901 р. до 150 млн. у 1914 р., тобто майже в 3,5 раза. За цей же період витрати на охорону народного здоров'я зросли з 31 коп. до 1 крб. на 1 особу. По СРСР, який, як відомо, є оплотом миру і зайнятий великою справою побудування соціалістичного суспільства і проведення Сталінської Конституції, за такий же період асигнування на охорону здоров'я збільшилися з 180 млн. крб. у 1923—24 р. до 7,5 млрд. крб. у 1937 р., а на Україні з 33 млн. крб. у 1923—24 р. до 1227 млн. крб. у 1937 р. (збільшення у 43 рази). Витрати на 1 душу

населення зросли за цей час по Союзу з 1 крб. 07 коп. до 40 крб., по УРСР з 1 крб. 20 коп. до 39 крб. на 1 душу.

Цей контраст повинен ще збільшитися при уточненні царських витрат на охорону здоров'я, оскільки значна частина цих „витрат“ царська казна повертала, беручи від населення плату за подану медичну допомогу (цю „царську казну“ взято як образ, включаючи й буржуазні органи самоврядування).

Характер радянських витрат на охорону народного здоров'я за джерелами фінансування зовсім інший. Бюджетні джерела визначають основну масу витрат. З 1063 млн. крб. 1936 року, витрачених на охорону здоров'я по УРСР, 1008 млн. взято з бюджетів державного і місцевого. 1937 року 1283 млн. крб. витрат на охорону здоров'я по УРСР мають в собі 1227 млн. крб. бюджетних асигнувань. До 1936 р. велике місце у фінансуванні медично-санітарної справи займали органи соціального страхування. З 1936 року держава відмовилась від коштів соціального страхування і всі витрати на охорону народного здоров'я взяла на державний республіканський і місцевий бюджет. В цьому, звичайно, яскраво відбито міць Союзу Радянських Соціалістичних Республік. В цьому історичному заході — пряме, неухильне здійснення Сталінської Конституції, яка забезпечує всім громадянам СРСР безплатну кваліфіковану медичну допомогу.

Все це характеристичні риси витрат на охорону народного здоров'я по всіх республіках Радянського Союзу. Аналіз структури самих витрат відбиває собою окремі властивості охорону народного здоров'я в рамках національних, у межах кожної республіки окремо.

Структура витрат на охорону народного здоров'я на Україні лише за республіканським бюджетом являє собою таку картину (у млн. крб.):

	1927—28 р.	1932 р.	1933 р.	1934 р.	1936 р.
1. Лікувально-профілактична справа	4,60	14,60	17,40	46,90	102,70
2. Охорона материнства й дитинства	0,20	1,50	4,00	2,90	3,70
3. Санітарно-епідемічна справа	0,60	3,00	12,30	23,20	44,10
4. Інші	0,62	4,91	1,60	6,02	43,29
	6,12	24,01	35,30	69,02	173,79

Республіканські витрати на охорону народного здоров'я (разом з коштами соціального страхування) збільшилися за один десяток років майже у 30 разів. Не по всіх галузях медично-санітарних це збільшення однакове. Крива руху асигнувань показує, що найбільші темпи у республіканському бюджеті мають витрати на санітарно-епідемічну справу (збільшення у 73 рази), витрати на лікувально-профілактичну та охматдитську

справу збільшилися у республіканському бюджеті кругло в 20 разів. Ця крива вірно відбиває напрям витрат на охорону здоров'я республіканського бюджету, бо в основному республіканський Наркомат охорони здоров'я закликаний спеціально здійснювати ряд республіканських санітарних заходів. Основні лікувально-профілактичні заходи та охорона материнства і дитинства здійснюється за місцевим бюджетом. Тим то звертаємо увагу читача на дані руху витрат на охорону здоров'я у галузевому розрізі, подаваними у такій таблиці:

Витрати на охорону здоров'я в УРСР за місцевим бюджетом

Роки	Лікувально-профілактичні заходи	Охорона материнства й дитинства	Санітарно-епідемічні заходи	Інші	Разом
(в млн. крб.)					
1923—24	7,90	2,00	0,70	0,25	10,85
1924—25	12,30	2,30	1,30	1,18	17,08
1925—26	18,40	3,00	2,10	2,23	25,73
1926—27	22,70	4,20	2,90	3,33	33,19
1927—28	26,10	4,80	3,10	3,42	37,42
1928—29	30,00	6,10	3,40	3,18	42,68
1929—30	43,40	9,60	6,80	4,18	63,98
1931	58,40	11,80	11,60	4,44	86,24
1932	71,00	15,90	14,90	7,59	109,39
1933	83,60	21,00	22,10	6,90	133,60
1934	180,10	41,50	27,40	10,75	259,75
1935	412,6	96,84	47,16	21,98	578,61
1936	512,6)	171,22	54,50	19,28	757,50
(у %)					
1923—24	73,0	18,0	6,0	3,0	100
1924—25	72,0	13,5	7,8	6,7	100
1925—26	71,0	11,5	8,5	9,0	100
1926—27	68,5	12,5	8,8	9,2	100
1927—28	70,0	12,7	8,6	8,7	100
1928—29	70,0	14,1	8,0	7,9	100
1929—30	66,0	15,0	10,5	8,5	100
1931	67,0	13,7	13,3	6,0	100
1932	64,8	14,5	13,0	7,7	100
1933	63,5	15,0	16,0	5,5	100
1934	69,8	16,0	10,4	3,8	100
1935	71,1	16,7	8,1	4,1	100
1936	67,6	22,6	7,1	2,7	100

Витрати і на лікувально-профілактичну справу, і на охорону материнства й дитинства, і на справу санітарно-епідемічну рік-у-рік зростають, але неоднакова була увага до кожної з цих галузей медично-санітарної роботи на протязі усього вищезазначеного періоду. Справам санітарно-епідемічним порівнюючи більше уваги віддавалося в кінці першої та на початку другої п'ятирічки. Питома вага витрат на охорону здоров'я в частині охорони материнства та дитинства систематично наростала, починаючи з 1925 року, й досягла вищого свого рівня у 1936 році в зв'язку з історичним декретом від 27 червня про заборону абортів та допомогу багатодітним родинам. Майже чверть усіх асигнувань забирає тепер соціалістична охорона материнства та дитинства.

Рух абсолютних асигнувань на лікувально-профілактичну справу досить могутній: півмільярда 1936 року проти 8 млн. крб. у 1923—24 році проти 30 млн. у 1928—29 році. Це великі суми. Але ж з цих сум органи охорони здоров'я порівнюючи менше приділяли справі лікарняній. На Україні розвиток лікарняної справи відставав навіть від інших радянських республік. Фінанси цілком відображають цей процес. Так, за місцевим бюджетом питома вага асигнувань на лікарні у СРСР і на Україні була така:

Питома вага асигнувань на лікарні в СРСР та УРСР за місцевим бюджетом

(Місцевий бюджет кожного року взято за 100)

Роки	СРСР	УРСР
1924—25	60,0	56,2
1925—26	57,2	50,9
1926—27	55,2	50,4
1927—28	56,2	51,0
1928—29	55,7	51,6
1932	42,0	47,1
1934	38,0	40,0
1936	40,0	40,0

Отже до самого початку другої п'ятирічки асигнування на лікарні в УРСР були відносно меншими, ніж у Союзі Радянських Соціалістичних Республік у середньому та ще меншими у порівнянні з питомою вагою асигнувань на лікарні в РРФСР. Ці темпи відбивають собою хибне захоплення НКОЗ України формами амбулаторно-поліклінічного, зокрема диспансерного обслуговування трудящих, частково й коштом розвитку лікарняної справи. Водночас вони відбивають собою також і „робмедівські“ властивості медично-санітарної організації, які згодом після ліквідації „Робмедів“ набрали своєрідних форм у „єдиних диспансерах“, так завзято пропагованих трюцькістами — дворушниками ліфшицами та іншими контр-

революціонерами. Антирадянський характер цієї „лінії“, як показує вищеведена таблиця, мала свій матеріальний вираз.

Щоб краще зрозуміти корені організаційних хиб, на які хворіли Наркомати охорони народного здоров'я і їх органи на місцях, треба пригадати, що на протязі 20 років свого розвитку радянська охорона народного здоров'я зазнала чимало шкоди від антирадянських „дій“ окремих „керівників“ органів охорони. Дворушництво цих контрреволюціонерів негативно відбивалося на правильному обслуговуванні мас трудящих, зменшувало оздоровчу силу соціалістичного плану і щедрих, соціалістичних витрат радянського уряду на охорону народного здоров'я.

Ще під час відродження нашого господарства більшовикам довелося і в галузі охорони на одного здоров'я боротися з дрібнобуржуазними невірами в силу робочого класу, в силу соціалізму. Ці невіри виступили проти єдності радянської медицини і намагалися повернути країну на старий, історично-засуджений шлях земської, комунальної та фабричної медицини тощо. Тенденції розірвати єдину систему радянської медицини на медицину комунальну, фабрично-заводську, страхову тощо, як окремі незалежні форми медично-санітарного обслуговування населення, більшовики відкинули, як антипролетарські, антирадянські. Проте на Україні ці антирадянські течії прорвалися зокрема у формі так званих „Робмедів“.

Утворені у 1921 р., як „відділи“ Наркомату охорони здоров'я і його органів на місцях, вони швидко перетворилися на самостійні центри управління, протиставили себе радянським органам охорони народного здоров'я і під впливом ворожих елементів, успадкованих нами від буржуазної соціально-страхової організації, порушували генеральну лінію партії, діючи проти змички міста з селом, проти братерського союзу робітника з селянином.

„Робмедівська“ доба на Україні відбила собою в охороні народного здоров'я дворушницьку лінію Всесоюзної центральної ради професійних спілок на чолі з Томським, якого згодом було викрито як ворога народу. „Робмедівські“ тенденції активно підтримувалась троцькістами, бухарінцями та іншими апологетами фашизму — лютішими ворогами народу.

21 квітня 1927 р. Рада Народних Комісарів УРСР ліквідувала апарати робітничої медицини. Але рештки буржуазних „організаторів“ охорони здоров'я продовжували „діяти“.

Коли після постанови ЦК ВКП(б) від 18 грудня 1929 р. (резолуція на доповіді наркомів охорони здоров'я РРФСР і УРСР) органи охорони народного здоров'я вдаються до утворення різноманітних і численних медично-санітарних організацій на підприємствах, створюються нові форми цих організацій: „здравпункти“ в РРФСР, „медпункти“, „медсанпункти“ і „медсанцехи“ в УРСР. Вороги соціалізму використовують ці нові форми в цілях антирадянських. Медсанорганізації на підприємствах роздувають до надто великого обсягу, іноді „медсанцехи“ доводять до 150 і більше лікарів на одному підприємстві. Лікарів відривають від прямих їхніх обов'язків. Амбулаторно-поліклінічну організацію відривають від стаціонарного обслуговування людності. Дрібнобуржуазним „теоріям“ відми-

рання лікувальної медицини органи охорони здоров'я не дають належної відсічі. На цій „основі“ знаходять собі місце право-лівацькі, антирадянські „принципи“ єдиних диспансерів тощо.

Носіями цих „теорій“ і „принципів“ були недобиті меншовики, троцькісти, бухарінці та інші апологети капіталізму.

Це вони під крилом згодом виявленого ворога народу Канторовича, разом з ним і під його антирадянським „керівництвом“ намагалися зрвати нормальний розвиток медично-санітарного обслуговування населення.

Троцькістські виродки ліфшици, меншовики лібермани тощо писали „вчені труди“, шкідник Канторович постачав цим „трудам“ передмови і рекомендації, друкував їх великими тиражами, намагаючись вбити в голову радянських медичних працівників шкідницькі антирадянські ідеї. Майже десяток років ці ідеї, ці буржуазні течії в охороні народного здоров'я поширювалися зокрема на Україні. І хоч маси медичних працівників цих антирадянських „принципів“ не сприймали, проте і боротьба з ними не велась через згадані вище причини на потрібному політичному рівні.

Канторович та інші згодом викриті шкідники і агенти фашизму цю боротьбу ускладняли, утруднювали, користуючись своїм становищем для підтримки ворогів народу та їх шкідницьких „теорій“ і дій.

Навіть, коли партія і уряд СРСР вларили по цих буржуазних тенденціях в організації охорони здоров'я, коли своєю історичною постановкою від 4.III 1936 р. керівники країни прямо підкреслили провідне місце лікувальної медицини, коли центральний орган нашої партії „Правда“ у передових статтях спеціально підкреслював фігуру лікаря-лікувальника, як центральну фігуру радянської медицини, троцькістсько-бухарінським „теоріям“ недооцінки лікувальної справи не дано було належної відсічі на Україні.

Тільки 1936 р., завдяки безпосередньому втручанням у цю справу ЦК КП(б)У, проти цих антипартійних „принципів“ і „теорій“ починається уже справжня більшовицька боротьба. Лікувальній справі на Україні приділяється належне їй місце і віддається належну увагу. Лікар-лікувальник стає центральною фігурою в охороні народного здоров'я на Україні.

Отже, ця лінія партії провадиться з великим запізненням. Союзні органи охорони здоров'я, республіканські Наркомати охорони народного здоров'я, їх органи на місцях ще не спромоглися виконати основні директиви партії й радянського уряду щодо організації охорони здоров'я. Передова „Правда“ від 29 червня 1937 р. знову і знову відзначає неприпустимі хиби саме в організації лікувального обслуговування трудящих.

Найглибші з цих хиб — різке відставання медично-санітарного будівництва. Капітальні вкладення держави на нові лікарні, родильні будинки, ясла не реалізуються у повній мірі, що затримує темпи дальшого поширення медично-санітарного обслуговування будівників соціалізму.

Зокрема відстає розвиток медичної справи на селі.

Здавалося б, що саме у період, коли переможна боротьба більшовиків за колективізацію сільського господарства досягла вищого рівня, —

і органи охорони здоров'я кинуть свої сили, свої резерви насамперед для побудови правильного і достатнього медично-санітарного обслуговування трудящих колгоспів, радгоспів і МТС.

Проте, не зважаючи на успіхи у справі колективізації сільського господарства, органи охорони народного здоров'я відстали від темпів розвитку соціалістичного села. Зростання медично-санітарної сітки на селі недостатнє і не відповідає тим можливостям, які були і є в розпорядженні країни для розвитку медично-санітарного обслуговування наших колгоспів.

Ці хиби центральних і місцевих органів охорони здоров'я—прямий результат „нашої безтурботності, забутливості, благодушності, політичної сліпоти“¹⁾.

Не чим іншим, як політичною сліпотою працівників органів охорони здоров'я можна пояснити ряд шкідницьких вихваток ворогів в галузі медично-санітарного будівництва.

Не чим іншим, як політичною сліпотою і зазнайством керівників органів охорони здоров'я, можна пояснити прориви, які має країна у підготовці лікарських і зокрема фельдшерських кадрів.

Тільки після того як керівники партії і уряду СРСР, як сам товариш Сталін взяли за цю справу²⁾, підготовка лікарів у нашій країні досягла належної висоти, і вже 1937 року Союз Радянських Соціалістичних Республік має майже в 5,5 разів більше лікарів, ніж царська Росія.

Тільки після безпосереднього втручання керівників партії і уряду СРСР скасовано хибний курс Наркоматів охорони народного здоров'я на ліквідацію фельдшерів. Фігуру фельдшера відновлено, і розв'язано всю справу з середньою медичною освітою. Зубний лікар, фармацевт з середньою освітою, фельдшер, акушерка, медична сестра з нормальним дворічним курсом навчання, інші медичні працівники з середньою освітою зайняли належні їм місця в радянській охороні народного здоров'я і збагатили тим самим всю систему радянського медично-санітарного обслуговування трудящих міста і села.

Історичний декрет від 27 червня 1936 р. створив нові, досі нечувані умови в охороні материнства і дитинства. Великі кошти асигнував уряд на будівництво медично-санітарних закладів для охорони здоров'я матері і дитини, на безпосередню допомогу багатодітним. Союзний Наркомат охорони народного здоров'я, його органи на місцях не впоралися з виконанням цього історичного декрету.

Органи охорони здоров'я на місцях не перебудували своєї роботи і не виконали будівельної програми партії і уряду в галузі охорони народного здоров'я. Згадана вище передова „Правди“ від 29 червня 1937 р. вимушена констатувати: „Виникає це насамперед тому, що сам Народний комісаріат охорони здоров'я Союзу РСР і обласні відділи охорони здо-

¹⁾ Й. Ста л і н, Про хиби партійної роботи і заходи ліквідації троцькістських і інших дворушників“. Партвидав ЦК КП(б)У, 1937, с. 20.

²⁾ Див. Доповідь тов. Ста л і на на XVII з'їзді ВКП(б).

ров'я поставилися по-наплювательському безпечно до будівництва нової сітки".

Такий стан речей значно зменшує досягнення радянської охорони народного здоров'я, бо ж вимірювати досягнення треба, виходячи, як тому вчить товариш Сталін, з ростучих потреб трудящих.

„Тільки гнилі і наскрізь протухлі люди можуть утішатися посиленнями на минуле. Треба виходити не з минулого, а з ростучих потреб робітників тепер“. ¹⁾

Наявність істотних хиб у роботі органів охорони народного здоров'я є результат недостатньої більшовицької пильності у роботі, результат того прикрого факту, що медично-санітарні працівники ще не оволоділи більшовизмом, ще не навчилися своєчасно приглядатися до ворогів народу, до зривників радянської роботи, ще не навчилися своєчасно братися за основну ланку з тим, щоб саме через неї витягти весь лавцюг роботи.

„Безпечні керівники охорони здоров'я забули, що в лікувальній справі вороги народу безперечно намагатимуться і можуть дуже нашкодити. Хіба шпiон-бухарінець Котов не використав Бюро соціального страхування ВЦРПС для шкідництва в медичній та іншій допомозі робітницям, породіллям і їхнім дітям?

„Злочинну недбалість і безпечність виявили працівники охорони здоров'я там, де найменша помилка загрожує найціннішому — життю і здоров'ю матері та її дитини“.

От так ставить питання центральний орган нашої партії у передовій від 29 червня 1937 р. і закликає органи охорони здоров'я, усіх медично-санітарних працівників, усю країну до підвищення більшовицької пильності саме в галузі охорони народного здоров'я.

Підсумовуючи 20-річний шлях радянської медицини, треба ще і ще раз підкреслити, що боротьбі з класовим ворогом, з добре маскованими агентами фашизму ми мало віддавали уваги, що більшовицька пильність, до якої нас невтомно кличе партія на чолі з товаришем Сталіним, у нас ще не належній височині.

Ще суд над контрреволюційною організацією СВУ („Спілка визволення України“) показав, як купка українських шовіністів-лікарів, найлютіших ворогів народу, намічала план шкідництва у медично-санітарному обслуговуванні трудящих. Кеммеровський процес над негідниками троцькістами довів, що в галузі охорони праці оці пси фашизму звили собі шле гніздо і здійснювали цілу програму кривавих дій, скерованих на фізичне знищення робітників; шпiон-бухарінець Котов використовував у шкідницьких цілях Бюро соціального страхування ВЦРПС. Серед зрадників—троцькістів-бухарінців, які водночас є агентами гестапо, викриті і Каміньський і Канторович. Свої шкідницькі руки простягли вони і до санітарно-бактеріологічної, і до лікувально-профілактичної справи, і до нашої охорони материнства й дитинства.

¹⁾ Й. Сталін, „Питання ленінізму“, вид. X, с. 386.

Отже піднести більшовицьку пильність на сталінську височінь—такий є наш перший і головний обов'язок.

Під цим кутом зору ми повинні, відзначаючи ХХ роковини Жовтневої Пролетарської революції, розглянути весь пройдений шлях, оцінити всю пророблену роботу, не заспокоюючись нашими безперечними історичними досягненнями, добре пам'ятаючи, як тому вчить нас товариш Сталін, що наші успіхи мають свої „тіньові сторожі“: „У людей, мало спокушених у політиці, великі успіхи й великі досягнення нерідко породжують безтурботність, благодущність, самовдоволення, надмірну самоупевненість, зазнайство, хвастощі“. (Сталін, Доповідь на Пленумі ЦК ВКП(б) 3—5 березня 1937 р.).

С. С. Каган

Двадцятилетний путь советского здравоохранения на Украине

РЕЗЮМЕ

Советское здравоохранение неразрывно связано с Великой Октябрьской Социалистической революцией. Советская медицина — детище Великого Октября.

Под руководством партии Ленина—Сталина советское здравоохранение служит интересам социализма, интересам всех народов нашей прекрасной страны.

Как органическая составная часть исторических завоеваний Великой Октябрьской революции, советское здравоохранение заняло свое место в Сталинской Конституции.

На протяжении 20 лет Октябрьской революции Советская Украина развила огромную оздоровительную деятельность.

В результате крупнейших политических и хозяйственных успехов выросла и окрепла материально-техническая основа жизни и быта трудящихся в городах и на селе.

Совершенно изменился облик города. Расцвет жилищно-коммунального строительства, благоустройство и коммунальное обслуживание в городах обеспечили резкий перелом в удовлетворении возросших нужд трудящихся. На месте рабочих трущоб, так характерных для капиталистического города, советская власть построила хорошие и светлые рабочие кварталы, „причем во многих случаях рабочие кварталы выглядят у нас лучше, чем центры города“¹⁾.

Фактические данные о трущобах Донбаса (Бахмут, Горловка и т. д.), об условиях жизни рабочих Киева, Харькова и прочих промышленных центров Украины и блестящие показатели роста жилищно-коммунального строительства в УССР являют собой иллюстрацию красочного синтеза тов. Сталина:

„Еще больше изменился облик деревни“²⁾.

¹⁾ Стенографический отчет XVII съезда ВКП(б), Доклад товарища Сталина, с. 24.

²⁾ Там же.

Коммунальная культура широко проникла в советскую деревню. В частности совхозы и машинно-тракторные станции становятся очагами коммунального благоустройства на селе.

На основе исключительного подъема общей и технической культуры городского и сельского населения выросла культура санитарная.

В широких массах населения пробудилась тяга к физической культуре, к разумным развлечениям, к организованному отдыху, к полноценному использованию завоеванного в результате Октябрьской революции досуга.

Показатели охвата населения физической культурой, организованным отдыхом, соответствующими культурными учреждениями и политико-просветительными организациями раскрывают яркий путь непрерывного шествия трудящихся УССР вперед к все новым и новым успехам и завоеваниям.

Вместе с развитием огромной и эффективной оздоровительной деятельности—УССР отличается мощной и высококачественной медико-санитарной организацией.

Двадцатилетний путь развития последней характеризуется прежде всего наличием в УССР около 20 000 врачей, что равно числу врачей всей бывшей Российской Империи и, примерно, впятеро превышает число врачей дореволюционной Украины.

К тому же врачи советские благодаря их доступности для масс трудящихся используются полнее и эффективнее, чем частно-практиковавшие врачи буржуазно-помещичьего строя.

Около 2 тысяч врачей на Украине заняты санитарно-эпидемической работой. Санитарная организация УССР имеет ряд крупных достижений. Она опирается в УССР на пять сотен санитарных станций с санитарно-бактериологическими лабораториями, дезинфекционной аппаратурой, транспортом и персоналом. Таких организаций царская Украина не знала: 21 санитарно-бактериологическая лаборатория да 5 пастеровских пунктов — вот в сущности вся „база“ санитарной организации царской Украины.

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению УССР создана фактически лишь за время укрепления советской организации здравоохранения. Против 187 амбулаторий в городах и 1007 сельских амбулаторий в 1914 г. УССР имела на 1.I 1936 г. соответственно 1784 и 3190 амбулаторий и поликлиник. Некоторые из последних широко известны, как образцовые учреждения-гиганты (3-я поликлиника в Харькове, Дворец профилактики в Днепропетровске и т. д.).

Амбулаторно-поликлиническая сеть УССР позволила в 1936 г. принять около 100 млн. людей (посещений). Это с достаточной убедительностью подтверждает, что гарантированное Сталинской Конституцией право на бесплатную медицинскую помощь является реально обеспеченным правом.

Больничный фонд Украины вырос с 36 800 кроватей в 1914 г. до 96 тысяч в 1937 г. (без железнодорожного транспорта), т.-е. более чем в 2,5 раза. Помимо этого, в стране создана значительная сеть санаториев (ночных и дневных, 226 учреждений на 13 тысяч коек), являющихся орга-

нической составной частью больничного обслуживания населения. В указанный больничный фонд не вошли еще колхозные родильные дома, насчитывающие в УССР в 1937 г. также свыше 7,5 тысяч коек.

Стационарное обслуживание населения достигло значительной дифференциации. Техническая реконструкция больниц имеет ряд несомненных достижений, особенно за счет развития рентгена, физиотерапии, медицинской аппаратуры и инструментария.

После постановления Советского правительства от 4.III 1935 г. содержание больниц резко улучшилось. Содержание больничной койки в городах составляет теперь в среднем 4750 руб. в год, на селе — 3410 руб. Такие высокие затраты советской власти на больницы обеспечивают все условия для высококвалифицированного стационарного обслуживания трудящихся.

В области охраны материнства и детства советское здравоохранение имеет ряд крупнейших, решающих успехов. Советская охрана материнства и детства — одно из величайших достижений Великого Октября. В советской охране материнства и детства ярко отразилась сталинская забота о человеке, особенно о женщине и детях.

Закон от 27.VI 1936 г. о запрещении абортов и помощи многодетным матерям поднял все дело охраны материнства и детства на высокий государственный уровень.

Число постоянных ясельных мест возросло в УССР почти до 100 000. Сезонная ясельная сеть превышает 1 миллион коек.

В УССР около 800 женских и детских консультаций, 381 молочная кухня.

Дореволюционная Украина совершенно не имела учреждений по охране материнства и детства. Нельзя же, в самом деле, считать „сеть“ 2—3 филантропические „Капли молока“, влачившие весьма и весьма жалкое существование (1913—1914 гг.).

Родильная помощь населению УССР измеряется теперь 13 тысячами коек в городах и 7 тысячами на селе. Это полностью обеспечивает госпитализацию родов в городах и вместе с колхозными койками более, чем наполовину, на селе.

В УССР широко развито санаторно-курортное обслуживание населения. Украинские курорты твердо стали на ноги, щедро финансируемые советским государством. Санаторно-курортный фонд УССР вырос до 13 000 коек против жалких 900 коек частного „дачного фонда“ — 1913 г. Санаторно-курортное хозяйство технически реконструировано и достигло высокого уровня.

На дело охраны народного здоровья советская власть тратит огромные деньги. В УССР расходы на здравоохранение достигли в 1937 г. 1283 миллионов рублей или 39 руб. на человека в год. Вся царская Россия израсходовала на здравоохранение в 1914 г. 150 миллионов рублей или в среднем около 1 рубля на человека в год. Но и эти затраты в действительности гораздо ниже, так как часть их покрывалась платой, взимаемой с населения за пользование медицинской помощью.

Темпы возрастания расходов на советское здравоохранение поразительны.

Огромные суммы и средства советская власть расходует на подготовку медицинских кадров и на содержание медицинских научно-исследовательских учреждений.

В медико-санитарное строительство ежегодно вкладывается по СССР миллиард рублей.

Однако, органы здравоохранения не всегда и не полностью осваивают ассигнование на охрану народного здоровья. Правительственные планы медико-санитарного строительства выполняются пока неудовлетворительно. Враги народа — подлые троцкисты, бухаринцы, националисты и прочие двурюшники и агенты фашизма пытаются задержать развитие социалистического здравоохранения.

Массы медико-санитарных работников отвечают на эти гнусные выпады усилением большевистской бдительности, укреплением большевистских рядов, выкорчевыванием врагов народа и их подголосков.

Вместе со всем героическим советским народом медико-санитарные работники еще крепче объединятся вокруг партии Ленин—Сталина, вокруг вождя народов великого Сталина и под великим и непобедимым знаменем Маркса — Энгельса — Ленина — Сталина двинут медико-санитарное дело — социалистическое здравоохранение — вперед к дальнейшим победам.

S. Kagan

Vingt ans de la santé publique soviétique en Ukraine

RÉSUMÉ

La santé publique soviétique est indissolublement liée à la Grande Révolution Socialiste d'Octobre. La médecine soviétique est l'oeuvre du Grand Octobre.

Dirigée par le parti de Lénine—Staline la santé publique soviétique sert aux intérêts du socialisme, aux intérêts de tous les peuples de notre beau pays.

Comme partie intégrante des conquêtes historiques de la Grande Révolution d'Octobre, la santé publique soviétique occupe une place dans la Constitution de Staline.

Au cours des vingt années de la Révolution d'Octobre l'Ukraine Soviétique a déployé une très grande activité dans le domaine de la santé publique.

Par suite des immenses progrès politiques et économiques la base matérielle et technique de la vie des travailleurs des villes et des campagnes s'est accrue et fortifiée.

La physionomie des villes a complètement changé. Le développement de la construction des habitations, l'organisation des services communaux ont produit un grand revirement dans tout ce qui concerne le bien-être des tra-

vailleurs, permettant de répondre à des exigences toujours croissantes. A la place du taudis qui servait d'habitation aux ouvriers, tellement caractéristique pour la ville du régime capitaliste, le Pouvoir Soviétique a érigé des quartiers ouvriers clairs et spacieux, et „ces quartiers ouvriers ont très souvent meilleur air chez nous que le centre de la ville“¹⁾.

Les données concernant les taudis du Donbass (Bakhmout, Gorlovka etc.), ainsi que celles qui ont traités aux conditions d'existence des ouvriers de Kiev, Kharkov et des autres centres industriels d'Ukraine, d'une part, et les brillants indices de l'essor de l'édification communale dans la RSS d'Ukraine, de l'autre, servent à illustrer la synthèse aux couleurs si vives du camarade Staline.

„La physionomie des campagnes a varié encore plus“²⁾

La culture communale a largement pénétré dans la campagne soviétique.

Ce sont les sovkhozes et les stations de machines agricoles et de tracteurs qui deviennent le centre de l'aménagement communal du village.

Sur la base de l'essor immense de la culture générale et technique de la population des villes et des campagnes, on a vu croître celle ayant trait à l'hygiène publique.

La population entière a pris goût pour la culture physique, pour des récréations raisonnables, pour un repos organisé, pour le bon emploi du loisir conquis à la suite de la Révolution d'Octobre.

Les indices de la culture physique de la population, ainsi que ceux qui montrent dans quelle mesure elle jouit d'un repos organisé par les établissements culturels et les oeuvres d'instruction politique, mettent en lumière la voie suivie incessamment par les travailleurs de la RSS d'Ukraine, conduisant vers de nouveaux progrès et de nouvelles conquêtes.

Avec le développement immense des mesures de salubrité publique la RSS d'Ukraine se distingue par une puissante organisation médico-sanitaire, hautement qualifiée.

Les vingt années du développement de cette dernière sont caractérisées en premier lieu par la présence dans la RSS d'Ukraine d'un personnel d'environ 20 000 médecins, nombre qui égale celui de tout les médecins de l'ancien Empire de Russie, et qui est environ cinq fois plus grand que celui des médecins d'Ukraine d'avant la révolution.

D'autre part les médecins soviétiques, toujours accessibles à la masse des travailleurs, sont employés plus complètement et utilement que les médecins du régime bourgeois, pratiquant d'une manière privée.

Environ 2 000 médecins en Ukraine sont occupés à un travail sanitaire-épidémique. L'organisation sanitaire de la RSS d'Ukraine a d'importantes réalisations à son actif. Elle est basée sur 500 stations sanitaires avec laboratoires sanitaires-bactériologiques, appareils de désinfection, moyens de transport et personnel. L'Ukraine tsariste ne connaissait pas d'organisation de ce

¹⁾ Compte rendu sténographique du XVIIème congrès du Parti Communiste (bolchévik) de l'URSS, Rapport du camarade Staline, p. 24.

²⁾ Ibidem.

genre. 9 laboratoires sanitaires-bactériologiques et 5 postes pasteuriers, voilà en somme toute l'organisation sanitaire de l'Ukraine tsariste.

Les secours médicaux non-hospitaliers n'avaient été créés de fait que lors de l'organisation soviétique de la santé publique. Au lieu de 187 postes de secours médicaux dans les villes et de 1007 postes dans les campagnes, en 1914, la RSS d'Ukraine possédait respectivement au 1er janvier 1937—1784 et 3190 postes médicaux et polycliniques. Certaines de ces polycliniques sont largement connues, comme établissements géants (3ème polyclinique à Kharkov, Palais de la prophylaxie à Dniepropétrovsk etc.)

Le réseau des postes médicaux et des polycliniques dans la RSS d'Ukraine a permis, en 1936, d'accueillir 100 millions de personnes (fréquentations). Ce fait est une preuve assez convaincante que le droit aux secours médicaux gratuits, garanti par la Constitution de Staline, est un droit réellement fondé.

Le fonds hospitalier de l'Ukraine a passé de 36 000 lits, en 1914, à 96 000, en 1937 (les voies ferrées non comprises), c'est-à-dire qu'il se trouve augmenté de 2 fois et demi.

On a créé en outre dans le pays un réseau important de sanatoriums (de nuit et de jour) qui se compose de 226 établissements avec 13 000 lits, et qui est une des parties intégrantes des secours hospitaliers prêtés à la population. Dans le fonds hospitalier cité ne sont pas comprises les maisons d'accouchement dans les kolkhozes, lesquelles possédaient dans la RSS d'Ukraine, en 1937, plus de 6 000 lits.

Les services stationnaires ont atteint un degré important de différenciation. Les réalisations par suite de la reconstruction technique des hôpitaux sont évidentes; elles visent surtout le développement du roentgen, de la physiothérapie, l'accroissement du nombre des appareils médicaux et des instruments.

Après l'arrêté du gouvernement de l'Union à la date du 4 mars 1935 l'entretien des hôpitaux est devenu beaucoup meilleur. Les frais d'un lit d'hôpital dans les villes se montent actuellement à 4750 rbs par an, dans les campagnes à 3410 rbs. Des dépenses aussi élevées de la part du Pouvoir Soviétique pour les hôpitaux assurent aux travailleurs des secours médicaux hautement qualifiés.

Dans le domaine de la protection de la maternité et de l'enfance la santé publique soviétique a fait aussi de grands progrès. La protection soviétique de la maternité et de l'enfance est une des plus vastes réalisations du Grand Octobre. La sollicitude de Staline pour l'être humain, et surtout pour la femme et les enfants, y a trouvé son expression.

La loi du 27 juin 1936, interdisant les avortements et accordant des secours aux mères de familles nombreuses, a rendu le problème de la protection de la maternité et de l'enfance encore plus important au point de vue de l'état. Le nombre des lits permanents dans les crèches a augmenté dans la RSS d'Ukraine jusqu'à 100 000 environ. Le réseau saisonnier des crèches dépasse 1 000 000 de lits.

Dans la RSS d'Ukraine il y a environ 800 consultations pour femmes et enfants, ainsi que 381 cuisines d'alimentation au lait.

L'Ukraine d'avant la révolution ne possédait aucun établissement pour la protection de la maternité et de l'enfance. On ne peut estimer en effet comme réseau les 2—3 „Gouttes de lait“ philanthropiques, qui traînaient une existence des plus-misérables (1913—1914).

Dans la RSS d'Ukraine l'aide aux accouchées comprend actuellement 13000 lits dans les villes et 7000 lits dans les campagnes. Ces chiffres assurent l'entière hospitalisation des accouchements dans les villes, et plus de la moitié de ceux dans les campagnes.

Le service des sanatoriums et des stations de cure est aussi largement développé dans la RSS d'Ukraine. Les stations de cure ukrainiennes sont bien établies, largement pourvues de fonds nécessaires par l'État Soviétique. Le nombre des lits y a atteint 130 000, au lieu des misérables 900 lits du „fonds de campagne“ en 1913. L'installation des sanatoriums et des stations de cure a subi une reconstruction technique et atteint actuellement un degré élevé de perfection.

Le Pouvoir des Soviets dépense des sommes immenses pour la santé publique. Dans la RSS d'Ukraine ces frais ont atteint, en 1937, 1283 millions de roubles, ou 39 rbs pour chaque personne par an. La Russie tzariste entière n'avait dépensé, en 1914, que 150 millions de roubles environ, ce qui fait en moyenne 1 rouble par habitant. Mais ces frais ne sont réellement que beaucoup moindres puisqu'ils étaient couverts en partie par le prix des secours médicaux que payait la population.

L'augmentation des dépenses pour la santé publique soviétique est vraiment extraordinaire.

De grandes sommes sont allouées aussi pour la préparation du personnel et l'entretien des établissements pour les recherches scientifiques.

En URSS un milliard de roubles est dépensé annuellement pour l'organisation médico-sanitaire.

Toutefois les services de la santé publique ne réalisent pas toujours et entièrement les allocations. Les plans du gouvernement pour le développement de l'organisation médico-sanitaire sont jusqu'à présent mal exécutés. Les ennemis du peuple — les lâches trotskistes, les adeptes de Boukharine, les nationalistes et autres personnages à double jeu et agents du fascisme tentent de ralentir l'essor du développement de la santé publique socialiste.

Les masses des travailleurs du domaine de la médecine et de l'hygiène publique répondent à ces ignobles attaques en redoublant de vigilance, en fortifiant leurs rangs, en éliminant les ennemis du peuple et ceux qui leurs font écho.

Avec tout l'héroïque peuple soviétique, ces travailleurs se grouperont encore plus étroitement autour du parti de Lénine—Staline, autour du chef des peuples—le grand Staline, sous le sublime et invincible drapeau de Marx—Engels—Lénine—Staline et dirigeront l'organisation médicale et sanitaire — la santé publique socialiste — vers de nouvelles conquêtes.

Епідемії на Україні під час імперіалістичної війни і інтервенції

Тема „Епідемії на Україні під час імперіалістичної війни і інтервенції“ становить частину проблеми „Санітарні наслідки війни“. Ця проблема, а значить, і дана тема, зв'язані з питаннями оборони нашої радянської країни і тому мають актуальне значення тепер.

„Боротьба за утвердження і зміцнення радянської влади“, — казав В. І. Ленін, ¹⁾ — „далеко не закінчена. Ми повинні переварити наслідки війни з Польщею і здобути з неї найкраще“.

Ця вказівка найбільшого з людей, генія і вчителя, має особливе значення для теперішнього часу. Радянський Союз ще оточений ворогами. Радянська влада ще потребує захисту від прагнень і спроб капіталістичних і фашистських країн послабити і знищити її. А тому необхідно проаналізувати санітарні наслідки імперіалістичної війни і інтервенції та вивчити досвід санітарної оборони під час цієї війни, щоб використати його на випадок нападу буржуазних держав на Радянський Союз, здобувши з цього досвіду „найкраще“. У працях класиків марксизму-ленінізму ми маємо величезний і багатющий матеріал про війну, про її значення, походження, причини, що породжують її, і про наслідки війни.

„З загальної точки зору, «Війна є продовження політики іншими, а саме насильницькими засобами». Цей знаменитий вислів належить одному з вайглибших письменників у воєнних питаннях, Клаузевітцу. Марксистично справедливо вважали завжди це твердження теоретичною основою поглядів на значення кожної даної війни. Маркс і Енгельс завжди саме з цієї точки зору дивилися на різні війни“ ²⁾.

„Це значить, що «кожну війну» треба розглядати, «як продовження політики» даних, заінтересованих держав і різних класів всередині їх — у даний час“ ³⁾.

„Об'єктивний зміст війни є «продовження політики» імперіалізму, тобто грабежу одряхлілою буржуазією «великих держав» (і їх урядами) чужих націй, а «суб'єктивна» переважна ідеологія є «національні» фрази, поширювані для обдурення мас“ ⁴⁾.

Попередник Клаузевітца, воєнний письменник Бюлов, слідом за К. Ж. Руссо, повторював, що „причини поразки на полі бою треба шукати на батьківщині“.

¹⁾ Цитовано з збірника „Вопросы социальной гигиены“, вид. ОГИЗ, 1933, с. 332.

²⁾ В. І. Ленін, т. XVIII, с. 197, 2-е изд. 1935.

³⁾ Підкреслення В. І. Леніна. Там же, с. 249.

⁴⁾ Там же, с. 263.

Справді, війна не є самостійним фактором. Вона — лише одна з форм тієї політичної і економічної боротьби, яка становить суть історичного процесу. Війна вносить зміни в історію і в свою чергу з наслідку стає причиною.

Форми війни на протязі всього історичного життя народів завжди мінялись відповідно до розвитку виробничих сил, соціальних відносин і політичних форм суспільного життя.

Це значить, що війна являє собою організовану збройну боротьбу, характер якої міняється залежно від ступеня розвитку виробничих сил і від особливостей сторін, які борються.

„Ніщо не залежить до такої міри від економічних умов, як саме армія і флот. Озброєння, склад, організація, тактика і стратегія знаходяться в прямій залежності від даного ступеня розвитку виробництва і засобів зв'язку“ ¹⁾.

Не поганою ілюстрацією цього твердження Ф. Енгельса про залежність армії і флоту від економічних умов можуть служити документи імперіалістичного грабежу німецької окупації на Україні в 1918 році.

Німецький військовий письменник генерал фон-Куль і німецький військовий історик проф. Дельбрюк у книзі „Крах німецьких наступальних операцій у 1918 р.“ аналізують причини походу на Україну і приходять до висновку, що можливість вивозу хліба з України мала вирішальне значення для продовження війни.

Україну „ні в якому разі,— пише в своєму дослідженні фон-Куль,— не можна було віддати більшовикам, бо в останньому разі з неї не можна було б здобути ніякої користі...“.

„Щодо розподілу одержуваних з України харчів в лютому 1918 р. між Німеччиною і Австро-Угорщиною укладено було так звану Берлінську угоду. За цією угодою харчі повинні були розподілятися між Німеччиною і Австро-Угорщиною в певному співвідношенні, наприклад, хліб у співвідношенні 1:2, рогата худоба 6:4. Обидві держави послали до Києва місії“.

Так почався заздалегідь продуманий, організований грабіж України. Німецькі харчові організації зробили розкладку — де і скільки взяти у населення України харчів і предметів першої потреби. Крім того, кожний німецький солдат із складу 500-тисячної армії дістав право щодня посилати харчі в Німеччину. По цих каналах на додаток до офіційного грабежу німці викачували десятки й сотні тисяч пудів харчів.

Цифрові дані про насильницький вивіз хліба з України говорять ось що:

Вивезено було хліба	9132 вагонів
„ „ продуктів харчування	22148 „
„ „ сировини	3465 „
Разом	34745 вагонів

Навівши цю табличку, фон-Куль і Дельбрюк застерігають, що за іншими відомостями вивіз харчів з України був ще значніший: 42 000 вагонів і, крім цього, контрабандним шляхом (!?) 15 000 вагонів.

¹⁾ Ф. Енгельс, Анти-Дюринг, Партиздат ЦК ВКП(б), 1936, с. 119.

Звичайно, це не все: було вивезено ще 96 000 коней і ще багато дещого, про що не згадують німецькі військові історики.

Щойно наведений приклад імперіалістичного грабежу стосується минулого, але сучасні імперіалісти думають і про майбутнє!

Відомо, що війна з СРСР є домінуючою політичною ідеєю японської вояччини. Ці ідеї вояччини завжди знаходять собі місце на сторінках японської преси. Так, газета „Ніхон“ писала в 1933 році: „Якщо неминуча сутичка між СРСР і Японією, то краще починати її якомога швидше. Церемонії і нерішучість — шкідливі і некорисні... Ніякі церемонії неприпустимі... Більше не буде шансів для утворення незалежного Сибіру. Слід негайно й сміливо провадити в життя цю кампанію. Вся доля Японської імперії залежить від цього...“.

1934 року та ж газета пише про те, що захоплення „тільки частини Сибіру, східніше озера Байкала, може забезпечити Японії не тільки самопостачання, але й ліквідацію економічних труднощів“...— Війна, як вихід з економічних труднощів і як засіб для добування економічних благ,— це мрія фашистських країн, це спроба знайти вихід з капіталістичних суперечностей.

„Імперіалістичні війни,— тобто війни за панування над світом, за ринки для банкового капіталу, за придушення малих і слабих народностей,— неминучі при такому стані справи. І саме така є перша велика імперіалістична війна 1914—1917 рр.“¹⁾

За 30 років до 1917 року в 1887 р. Ф. Енгельс писав про майбутню світову війну:

„Від 8 до 10 мільйонів солдатів будуть душити один одного і об'їдати при цьому всю Європу до такої міри дочиста, як ніколи ще не об'їдали хмари сарани. Спустошення, спричинене Тридцятилітньою війною,— стиснуте на протязі трьох-чотирьох років і поширене на весь континент, голод, епідемії, загальне здичавіння як військ, так і народних мас, викликане гострою нуждою, безнадійна плутанина нашого штучного механізму в торгівлі, в промисловості і кредиті,— все це кінчається загальним банкрутством“.²⁾

Це наукове провіщення, яке В. І. Ленін назвав пророчими словами, цілком справдилось у нашій дійсності: війна 1914—1917 рр. і особливо інтервенція 1917—1919 рр. принесли з собою спустошення, здичавіння, голод і епідемії в багатьох місцях континенту Європи і зокрема на території нинішньої УРСР.

Нашому розглядові і історичному аналізу належить лише частина лиха, заподіяного імперіалістичною війною українському населенню, а саме: питання про епідемії серед військ, скупчених на українському фронті, і серед цивільного населення найближчого й глибокого тилу.

Висвітлення питання про епідемії під час імперіалістичної війни і інтервенції надзвичайно ускладнюється недостатчею матеріалів і даних, що сто-

¹⁾ В. І. Ленін, Сочинения, т. XXIV, С. 90, изд. 2-е, 1932.

²⁾ Цитовано за Ленінім, Сочинения, т. XXIII, изд. 2-е, с. 105.

суються цього періоду. Треба рахуватися з фактом втрати й загибелі великих статистичних матеріалів. Залишки їх, що збереглися в центральних архівах Ленінграда і Москви, мало доступні і потребують тривалої обробки. Оpubліковані друковані матеріали не дають повної і систематичної картини епідемічного минулого і не достатні для поглибленого аналізу його.

Проте, не слід відмовлятися від спроби вивчення епідемічного стану України за 1914—1920 рр., бо і з цього досвіду можна здобути деякі уроки для майбутнього.

„Можна без перебільшення сказати, що коли війна залишила надзвичайно тяжкий, трудно виправний слід в усіх галузях життя—і в господарській, і в інтелектуальній, і в міжнародних стосунках,—то особливо тяжкий (і дуже часто вже непоправно) її руйнуючий вплив в галузі здоров'я населення. Все минеться, все залікується в той або інший строк; але не вернути втраченого життя людей, не повернути щастя життя і праці мільйонам покалічених, цілими десятиліттями не виправити наслідків демографічної і травматичної катастрофи“. ¹⁾

Недооблік руйнуючого впливу війни в галузі здоров'я населення пояснюється також і тим, що імперіалістична війна порушила діяльність медично-санітарної організації, відтягла шляхом мобілізації численні кадри лікарів на фронт, підірвала правильну і систематичну реєстрацію інфекційної й загальної захворюваності.

Різні джерела дають за вказаний період різні показники поширення епідемічних хвороб. Але всі ці показники не відповідають минулій дійсності, малюючи її в багато кращому світлі, ніж було це в дійсності.

Нижче ми наводимо дані про епідемії на Україні за 1914—1920 рр. за різними джерелами і, зіставляючи їх, вносячи необхідні поправки і доповнення, спробуємо змалювати найімовірнішу картину епідемічного стану України за воєнні роки.

Але до цієї основної частини нашої роботи ми вважаємо доцільним дати нарис санітарно-епідемічного стану України напередодні імперіалістичної війни, бо тільки на цьому фоні минулого можна ясно бачити шляхи розвитку епідемічної захворюваності під час війни.

Санітарно-епідемічний стан України до війни 1914—1918 років

До імперіалістичної війни 9 українських губерній, що нині увійшли в склад УРСР, мали близько 27,5 млн. населення. До цього населення царський уряд провадив явно експлуаторську політику, ставлячись до населення теперішньої України і до території її, як капіталістичні держави ставляться до своїх колоній, тобто по-хижацькому. У результаті цього широкі маси трудящих були пригнічені, затиснуті в політичні і економічні лещата і жили в злиднях у тяжких побутових умовах.

¹⁾ З передмови збірника „Труды комиссии по обследованию санитарных последствий войны 1914—1920 гг.“. 1923, вип. 1.

Житловий фонд навіть по містах дореволюційної України був кількісно недостатній, а якісно низький і примітивний. У такому місті, як Харків, в 1912 році на 1 жителя на околицях припадало всього 1—1,5 куб. сажня жилого приміщення.

Житлові умови гірників Донбаса в 1910—1914 рр., не раз обслідувані і описані рядом комісій і окремих осіб, служили прикладом крайньої експлуатації робітників промисловцями.

Не в кращих умовах жило й українське селянство, придушене земельною нуждою і гноблене дворянсько-поміщицькою верхівкою.

Вкрай незадовільні умови побуту багатомільйонних мас довоєнної України ще більше ставали тяжкими через особливо відсталу і примітивну санітарну впорядкованість населених пунктів.

До 1915 року на Україні було всього 37 міських водопроводів (21% до числа міст і селищ міського типу). І навіть при наявності цих водопроводів в багатьох містах добова норма споживання води коливалась від 3—4 л до 10—12 л.

Каналізація була тільки в чотирьох містах і при тому охоплювала майже виключно центральні буржуазні райони міста.

Очистка населених місць була на найнижчому рівні; 60% міських селищ зовсім не мали асенізаційних об'єктів, а там де ці об'єкти були, вони задовольняли лише 20% потреби в них. Громадських лазень було тільки 36, і вони перебували в такому стані, що нерідко звідси ширились заразні хвороби.

Нестатки і зловживання в постачанні населенню харчових продуктів, бідність і безробіття, алкоголізм і проституція, жебрацтво і бродяжництво і ще багато інших соціальних і економічних факторів зумовлювали підвищену захворюваність і смертність населення, особливо від епідемічних хвороб.

Висока епідемічність довоєнної України особливо яскраво виступає, коли порівнювати її з Європейською частиною колишньої Росії (без України) (див. табл. 1).

Таблиця показує, що інтенсивність усіх інфекційних захворювань, крім нез'ясованого тифу, натуральної віспи і сифілісу, на Україні була 1,5—2 рази вища, ніж в інших місцях Європейської Росії.

Крім того, показники епідемічної захворюваності на Україні (табл. 2) амі собою звертають увагу своєю абсолютною величиною.

Щороку не менше одного мільйона інфекційних захворювань і коло 100 тисяч смертей від них—ось ті втрати, яких зазнало населення України а поміщиків і капіталістів.

Найбільш поширені були на Україні за довоєнні роки малярія, дифтерія, черевний тиф і туберкульоз, тобто ті саме інфекції, які виразно арактеризують особливо низький рівень побутового й санітарного стану рзіїни.

Коли розглядати щорічний рух заразних хвороб на Україні за час 1900 по 1914 рр., то можна помітити, що найнесприятливіші в епідемічному відношенні були роки 1908—1910.

Таблиця 1

Середня щорічна захворюваність на 10 000 душ населення
на Україні за 15 років (1900—1914 рр.)

№	Хвороби	По 9 українських губерніях	По Европейській частині колишньої Росії (без України)
1	Висипний тиф	10,9	5,4
2	Поворотний тиф	4,8	2,5
3	Нез'ясований тиф	4,6	4,9
4	Черевний тиф	41,2	23,4
5	Дизентерія	29,6	22,6
6	Віспа натуральна	7,1	7,2
7	Шкарлатина	34,8	24,0
8	Кір	31,5	21,8
9	Дифтерія	45,9	20,4
10	Коклюш	34,4	29,7
11	Малярія	231,6	181,0
12	Сифіліс	46,3	88,9
13	Туберкульоз	55,2	37,9

Таблиця 2

Середнє щорічне число інфекційних захворювань
на Україні за 15 років (1900—1914 рр.)

№	Хвороби	Абсолютне число захворювань на рік
1	Висипний тиф	30 718
2	Поворотний тиф	13 345
3	Нез'ясований тиф	12 969
4	Черевний тиф	115 653
5	Дизентерія	83 157
6	Віспа натуральна	20 096
7	Шкарлатина	97 674
8	Кір	88 313
9	Дифтерія	128 833
10	Коклюш	96 570
11	Малярія	649 966
12	Сифіліс	129 586
13	Туберкульоз	155 031

Так, наприклад, захворюваність на 10 тисяч населення підвищилась: по висипному тифу—до 19,6; по поворотному—до 15,5; по черевному тифу—до 65,3; дизентерія дійшла до 38,3; натуральна віспа—до 9,5; шкарлатина—до 51,0; дифтерія—до 85,7 і т. д.

Ці показники вдвоє, втриє і в більше число разів перевищують середні щорічні і говорять про надзвичайну соціальну і економічну неблагополучність.

Розподіл заразних хвороб на території довоєнної України був надзвичайно нерівномірний.

Таблиця 3

Середня щорічна захворюваність на гострі інфекції в 9 українських губерніях на 10 000 душ населення за 15 років (1900—1914 рр).

№	Губернії	Висипний тиф	Поворотний тиф	Нез'ясований тиф	Черевний тиф	Дизентерія	Віспа натуральна	Шкарлатина	Кір	Дифтерія	Коклюш	Маларія
1	Волинська . .	16,1	1,2	3,7	31,5	18,0	6,3	24,1	26,1	20,8	19,3	42,3
2	Катеринославська . .	9,7	8,7	5,1	54,5	52,4	11,4	35,8	36,5	58,9	42,4	438,2
3	Київська . .	6,9	8,2	4,3	32,6	21,1	5,8	33,8	25,4	46,5	24,8	81,8
4	Подільська . .	10,0	0,5	1,9	43,8	22,3	4,4	27,9	21,5	38,6	17,2	68,9
5	Полтавська . .	8,3	1,9	2,3	34,5	26,3	6,8	41,3	39,2	44,6	39,7	383,6
6	Таврійська . .	8,2	6,7	3,7	45,2	30,8	9,7	36,3	43,1	48,0	44,7	361,0
7	Харківська . .	14,4	5,7	4,4	49,7	32,3	11,0	44,5	36,7	44,6	46,0	392,7
8	Херсонська . .	18,4	9,9	13,5	55,1	45,7	6,3	39,9	34,6	79,7	43,8	198,2
9	Чернігівська . .	5,1	0,5	2,5	29,9	25,6	5,2	32,9	29,5	35,3	46,7	316,4
	В середньому по всіх губерніях . .	10,9	4,8	4,6	41,2	29,6	7,1	34,8	31,5	45	34,4	231,6

Коли розглядати дані про епідемічність окремих губерній, то картина виходить така:

1) у Волинській губернії на високому рівні тримався висипний тиф; ці інфекції давали показники нижчі за середньо-українські;

2) в Катеринославській губ. майже всі показники епідемічності були вищі за середньо-українські;

3) в Київській губернії майже всі показники (крім поворотного тифу) були нижчі за середньо-українські;

4) в Подільській губ. всі показники (крім черевного тифу) були нижчі за середньо-українські;

5) в Полтавській губ. були вищі середньо-українських показники шкарлатини, кору, коклюшу і малярії, інші—нижчі;

6) в Таврійській губ. всі показники (крім висипного і нез'ясованого тифів) були значно вищі за середньо-українські;

7) в Харківській губ. тільки показники нез'ясованого тифу і дифтерії були на рівні середньо-українських, інші всі — в вищій;

8) в Херсонській губ. відзначається різке підвищення всіх показників проти середньо-українських, крім віспи і малярії;

9) в Чернігівській губ., крім коклюшу і малярії, всі показники багато нижчі за середньо-українські.

Аналізуючи територіальний розподіл окремих інфекцій, можна відзначити таке:

1) висипний тиф мав найбільше поширення в Херсонській, Волинській і Харківській губерніях;

2) поворотний тиф — в Херсонській, Катеринославській і Київській губерніях;

3) нез'ясований тиф — в Херсонській і Катеринославській губерніях;

4) черевний тиф — в Херсонській, Катеринославській і Харківській губерніях;

5) дизентерія — в тих самих губерніях, що й черевний тиф;

6) натуральна віспа — в Харківській і Катеринославській губерніях;

7) шкарлатина — в Харківській, Полтавській і Херсонській губерніях;

8) кір — в Таврійській і Полтавській губерніях;

9) дифтерія — в Херсонській і Катеринославській губерніях;

10) коклюш — в Катеринославській, Таврійській, Харківській, Херсонській і Чернігівській губерніях;

11) малярія — на дуже високому рівні в Катеринославській, Харківській і Полтавській губерніях.

Чи можна на основі наведеного вище огляду територіального розподілу епідемічних хвороб твердити, що найбільш ураженими різними інфекціями були такі губернії: Херсонська, Катеринославська і Харківська, що частіше інших згадувались вище? Ми думаємо, що не можна, і саме тому, що в цих губерніях в довоєнний час краще, ніж по інших губерніях, була поставлена медично-санітарна справа й повніше реєструвались інфекційні хвороби, а тому і вищі їх показники. Навпаки, Волинська, Подільська й Чернігівська губернії, що дають до війни найнижчі показники епідемічної захворюваності, не мали ні широкої медично-санітарної організації, ні достатньо повного обліку захворюваності. Тому і показники її найбільш в них низькі.

Підтвердженням цього може служити зіставлення даних, наведених в таб.

Таблиця показує, що забезпечення населення лікарською допомогою і витрата на медично-санітарну справу в губерніях: Катеринославській, Харківській і Херсонській набагато була вища, ніж в губерніях: Чернігівській, Подільській і Волинській. Не слід також забувати, що в двох останніх губерніях (Подільській і Волинській) існувало „куце“ столипінське земство, яке найменше турбувалось у питаннях охорони здоров'я.

Високої захворюваності на гострі інфекції в довоєнній Україні відповідала і висока смертність від них. В середньому за рік, за період з 1911 по 1914 рр. (тобто за кожний рік п'ятирічки) від 8 найголовніших гостро-заразних хвороб вмирало 85 573 чол.

Таблиця 4

До 1914 року на 10 000 душ населення припадало:

№	Губернії	Число лікарських діянок	Число лікарів в губернії	Витрата на медично-санітарну справу на 1 душу населення в крб.
1	Катеринославська . .	0,44	1,65	1,53
2	Харківська	0,40	2,80	1,53
3	Херсонська	0,39	1,10	1,19
4	Чернігівська	0,37	0,66	0,61
5	Подільська	0,23	0,78	0,54
6	Волинська	0,28	0,63	0,37

За 5 років (1910—1914) на Україні вмирало:

Таблиця 5

№	Хвороби	Умирало в середньому за рік (абсолютні числа)	Середній коефіцієнт летальності на 100 захворювань
1	Висипний тиф . .	2 673	7,0
2	Поворотний . .	846	6,9
3	Черевний . .	7 454	6,5
4	Дизентерія	5 300	5,5
5	Віспа натуральна	5 005	27,0
6	Шкарлатина	25 540	22,6
7	Кір	15 724	14,8
8	Дифтерія	22 971	13,0

Таблиця показує, що найбільше вмирало дітей (шкарлатина, кір, дифтерія й віспа). Ці ж інфекції давали найвищий коефіцієнт летальності.

Взагалі ж треба відзначити, що показник летальності від гостро-заразних хвороб у довоєнній Україні був непомірно високий.

Це також пояснюється тим, що соціальний лад України того часу, глибоко капіталістичний лад разом з самодержавством, культивували відсталість і темряву і не тільки породжували злидні, голод і велику кількість тяжких хвороб, але й посилювали їх.

Епідемії проходили на Україні до війни по суті стихійно: вони виникали, росли і загасали, не відчуваючи впливу завжди недостатніх і надвичайно примітивних протиепідемічних заходів; вони (епідемії) мали типичні риси сезонності і періодичності свого розвитку, підкорюючись стихійним епідеміологічним законам, бо капіталістичне суспільство

не турбувалось про долю трудящих, про медичну допомогу їм і створило умови, при яких мільйони трудящих приречені були на повільне вимирання.

По-справжньому з епідеміями на Україні не боролись. Госпіталізацію, дезинфекцію, щеплення й інші заходи провадили надзвичайно мляво і не стільки для ліквідації епідемічних спалахів, скільки для обмеження їх і охорони пануючих верств суспільства.

Ніщо не змінилось в царській Україні відтоді, як писав Ф. Енгельс: „...Повторні вибухи холери, тифу, віспи й інших пошестей ясно вказали англійському буржуа на доконечну потребу оздоровити міста, якщо він не хоче впасти жертвою пошесті разом із своєю родиною“.¹⁾

Щоб по змозі захистити себе й свої сім'ї від епідемічних захворювань, щоб провадити хоча б видимість боротьби з епідеміями, буржуазно-поміщицьке земство стало запроваджувати санітарну організацію. Але організацію цю запроваджували з великими труднощами і в дуже обмежених розмірах. Так, в 1913 році на всю Україну було 102 санітарно-епідемічних лікарі, і всі вони були зосереджені по містах. Крім того, було санітарних фельдшерів 61, які виконували переважно функції статистиків.

Таблиця 6

Сітка санітарних закладів і санітарно-епідемічні кадри на Україні перед початком війни 1914 року

№	Губернії	Губернське санітарне бюро		Повітова санітарна організація		Постійний епідемічний персонал		Вісощені	Лікувально-харчові пункти	Санітарно-бактеріолог. лабораторії	Санітарно-бактеріолог. інститути	Пастерівські станції
		лікарів	фельдшерів	лікарів	фельдшерів	лікарів	фельдшерів					
1	Волинська . .	1	1	—	—	1	2	30	—	—	—	—
2	Катеринославська	2	—	14	14	—	—	7	17	7	1	1
3	Київська . .	2	—	12	—	2	5	6	—	—	1	1
4	Подільська .	2	—	13	13	1	—	14	—	—	—	—
5	Полтавська ²⁾ .	2	1	12	—	—	—	27	—	—	—	—
6	Таврійська (три повіти).	1	—	3	3	2	4	10	1	3	—	—
7	Харківська .	2	—	10	—	1	12	31	—	5	1	1
8	Херсонська .	2	—	17	6	—	—	2	—	6	1	1
9	Чернігівська .	—	—	—	—	—	—	3	—	—	1	1

Таблиця показує, що губернії: Чернігівська, Волинська і Полтавська по суті не мали ніякої санітарної організації. Квола і недостатня була вона і по інших губерніях.

¹⁾ Ф. Енгельс, Становище робітничого класу в Англії 1844 року. Партвидав „Пролетар“, 1932, с. 46.

²⁾ До 1910 р.

Протиепідемічні заходи на Україні провадились розрізнено і непогладжено рядом організацій (царським урядом, земствами, містами, Червоним Хрестом і громадськими організаціями).

Якщо епідемії посилювались і охоплювали велику територію, то земства й міста сперечались, кому робити витрати, чий „обов'язок“ провадити боротьбу і т. д. Червоний Хрест і громадські організації виступали на сцену лише тоді, коли до епідемії прилучався голод або у зв'язку з голодом розвивалась епідемія, і звичайно, мали дуже обмежені матеріальні кошти і живу силу, щоб була з цього яканебудь істотна користь.

Царський уряд в особі губернської центральної влади втручався у протиепідемічну справу тільки тоді, коли країну відвідували холера або чума, бо вони загрожували міжнародним стосункам. Втручання це виявлялось в утворенні надзвичайних, „височайших“, міжвідомчих комісій і в безсилах спробах надати організаційного характеру і об'єднати протиепідемічні заходи під своїм „керівництвом“.

Чуми на Україні в ХХ столітті не було, але холера відвідувала її не раз.

Якщо не рахувати великої холерної епідемії 1892—1895 рр., коли на Україні перехворіло 128 420 чол. і вмерло від холери 61550 (48,1%), то з 1907 р. по 1914 р. (включно) холера щороку давала ряд більш або менш великих спалахів.

Таблиця 7

Холерна епідемія на Україні з 1907 по 1914 р.

Рік	Захворіло	Вмерло	% смертності
1907	1 953	898	46,0
1908	2 548	1 288	50,2
1909	1 716	832	48,3
1910	6 9578	2 9629	42,6
1911	58	17	—
1912	4	2	—
1913	272	126	46,3
1914	1 721	727	42,3

Таблиця показує, що в 1910 р. Україна перенесла величезну холерну епідемію і втратила від неї до 30 тисяч населення. Помітно, що на початок 1914 р. (тобто перед війною) число холерних захворювань на Україні починає наростати. Таким чином, ґрунт для поширення холери під час війни був підготовлений.

Слід також відзначити, що холерні епідемії відіграли роль стимулу для утворення санітарної організації в українських губерніях: після холери в 1892—1895 рр. і після епідемії її 1910 року ряд земств і міст „завели“

санітарних лікарів і стали відпускати (правда, незначні) кошти на боротьбу з епідеміями, на будівництво заразних відділів, поліпшення сільського водопостачання і т. д.

З поданого вище короткого огляду санітарно-епідемічного стану України до 1914 року видно, що вона увійшла в імперіалістичну війну з несприятливим анамнезом і status praesens.

Природно, що війна не поліпшила цього становища і могла лише посилити розвиток і поширення епідемічних захворювань.

Епідемії на Україні 1914—1918 рр. і 1918—1920 рр.

Імперіалістична війна, що спалахнула в серпні 1914 року, внесла в життя населення України величезні зміни.

На початок війни царська армія налічувала 1 428 000 військових службовців. За 3,5 року війни було мобілізовано ще 14 370 000 чол., а всього до кінця війни було взято з населення колишньої Росії 15 798 000 чол., Оскільки ця цифра величезна, досить сказати, що близько половини (тобто 474 з 1000) всіх працездатних чоловіків були мобілізовані в армію.

На 1 серпня 1917 року в дійовій армії налічувалось всього 7 060 700 чол., тобто близько 45% числа мобілізованих.

Порівнюючи з цією масою воєнізованого народу армії Тамерлана (800 тис.), Наполеона (600 тис.), Німеччини і Франції в 1871 році (1 500 000), Японії в 1904 р. (2 мільйони) були незначними.

По Україні на війну було мобілізовано до 1 серпня 1917 р. не менше 3,5 млн. чол., що становило 11,5% її населення, 23,0% до числа всіх чоловіків і 47,5% до числа працездатних чоловіків.

По губерніях мобілізація взяла таку кількість людей (з сільських місцевостей):

Таблиця 8

Число мобілізованих на війну по 9 українських губерніях з сільських місцевостей за даними сільськогосподарського перепису на 1.IX 1917 р.

№	Губернії	Абсолютне число мобілізованих на війну (в тис.)	% до всього населення	% до числа всіх чоловіків	% до числа працездатних чол.	Кількість пайків (в тис.) видаваних сім'ям мобілізованих
1	Волинська	267,3	12,1	24,1	49,9	763,2
2	Катеринославська . .	237,0	8,4	17,7	34,2	940,4
3	Київська	383,9	12,2	24,7	51,8	1063,2
4	Подільська	391,0	11,0	22,0	45,0	962,0
5	Полтавська	337,8	12,0	23,8	49,4	877,1
6	Таврійська	212,6	11,5	23,0	47,5	522,9
7	Харківська	337,3	11,7	23,0	49,1	1035,8
8	Херсонська	438,3	12,0	24,0	50,0	1078,3
9	Чернігівська	280,2	12,4	24,7	50,6	690,0
	Разом по Україні .	2885,4	11,5	23,0	47,5	7932,9

Таблиця показує, що найбільше мобілізованих було з губерній: Херсонської, Подільської і Київської, тобто з прифронтових губерній. Вилучення з сільського господарства майже 3 мільйонів робітників примусило видавати харчові пайки 8 мільйонам їх утриманців.

Отже, з 30-мільйонного населення довоєнної України 12 мільйонів було безпосередньо зачеплено війною.

У межах прикордонних українських губерній в імперіалістичну війну заходився спочатку Південно-Західний фронт, а потім і Румунський фронт.

На цих фронтах на 1 травня 1917 року було зосереджено (за даними одноденного перепису 20. IV): 4 390 000 військових службовців (солдатів, офіцерів і чиновників), 140 тис. чол. обслуговуючих армію організацій і 422 тис. чол. „трудармії“ (найманих робітників і т. д.).

Щодо всієї дійової армії (7 млн.), то війська, що знаходились в межах України, становили 62,2%.

Наведені вище дані дозволяють мати більш або менш певне уявлення про масштаби імперіалістичної війни в межах нинішньої УРСР.

Якщо до цього ще додати відомості про воєнні втрати в людському складі армії, що знаходились на Українському фронті, то характер і розміри бійні (що по суті являла собою імперіалістична війна) стануть виразнішими.

Бойові втрати (в усій російській армії), тобто вбиті, покалічені і полонені становлять 4 467 800 чол., або 28,3% складу мобілізованих. Санітарні втрати — поранені і хворі становили 4 269 500 чол., або 26,7%, всього числа мобілізованих за час війни.

Тому що для України окремих даних ми не маємо, то можемо лише приблизно обчислити бойові й санітарні втрати на її двох фронтах (Південно-Західному і Румунському).

Рахуючи, що українська група дійової армії була не менше 60% загальної маси військ, ми можемо припустити, що вбитих, покалічених і полонених на українському фронті було до 2,7 млн. чол., а поранених і хворих — до 2,6 млн. чол.

Деякі письменники образно звать війну „травматичною епідемією“.

Справді, якщо одна з ознак епідемії є масовість ураження населення, то, звичайно, важко собі уявити більшу масовість травматичних ушкоджень, ніж дала одній тільки Україні імперіалістична війна 1914—1918 рр.

Ось що в питанні про неминучість імперіалістичних війн, розмірах її і втратах, зв'язаних з ними, говорив В. І. Ленін:

„Питання про імперіалістичні війни, про ту переважаючу нині в усьому світі міжнародну політику фінансового капіталу, яка неминуче породжує нові імперіалістичні війни, неминуче породжує нечуване посилення національного гніту, грабежу, розбою, задушення слабих, відсталих, дрібних народностей купкою „передових“ держав, — це питання з 1914 року стало нарідним питанням усїєї політики всїх країн земної кулі. Це питання життя і смерті десятків мільйонів людей. Це — питання про те, чи буде в наступній, на наших очах підготовлюваній буржуазією, на наших

очах виростаючій з капіталізму, імперіалістичній війні перебито 20 млн. чол. (замість 10 млн. вбитих у війні 1914—1918 рр. з доповнюючими її „дрібними“ війнами, не закінченими й досі), чи буде в цій неминучій (якщо збережеться капіталізм) прийдешній війні покалічено 60 млн. (замість покалічених в 1914—1918 рр. 30 млн.)“ ...¹⁾

Наслідком імперіалістичної війни були не тільки втрати і скалічення мільйонів людей:

а) матеріальний добробут населення різко погіршав через подорожчання життя, безперервні реквізиції, послаблення господарства в зв'язку з тим, що бракувало робочої сили і руйнувались ці господарства, а в зоні військових дій відтягувалась жива сила від виробничої праці (тільки по 4 губерніях — Катеринославській, Київській, Одеській і Херсонській — 245 тис. робітників працювало виключно на оборону) і т. д.;

б) взагалі витрати на війну (по всій Росії більші за 50 млрд. крб.) йшли за рахунок загального зубожіння і голодування народних мас; народне споживання скоротилось в перший рік війни на 25%, у другий рік — на 43%, у третій рік — на 52%;

в) нарешті, Росія, а разом з нею і Україна зазнали величезної шкоди від зменшення народжуваності й збільшення смертності населення; за приблизними підрахунками втрати на зменшення народжуваності становлять близько 6,5 млн. душ для всієї Росії, а для України — близько 2 млн. Для однієї тільки Київської губернії „зменшення чоловіків в наслідок війни на момент перепису 1920 р. можна приблизно оцінити в 150—200 тис. чоловік“²⁾;

г) за рамками статистики залишаються численні жертви війни серед мільйонних мас біженців, величезна захворюваність і смертність в таборах для військовополонених, масові розстріли повсталих військових частин і страйкарів — робітників і т. д. (наприклад, повернулося з полону на Україну в 1918—1919 рр. всього 14 442 чол., а було взято в полон приблизно 800 тис. українців).

Крім „травматичної епідемії“, дійова армія переживала і справжні епідемії гостро-заразних хвороб. Найповніші (і майже єдині) дані про це питання наводить В. Г. Аврамов³⁾.

Ці дані стосуються всієї дійової армії, охоплюють період з серпня 1914 року до вересня 1917 року (див. табл. 9).

З таблиці 9 видно, що загальне число захворілих на заразні хвороби в армії становило за 38 місяців по 7 інфекціях 792 923 випадки, з них смертних випадків — понад 43 455.

Найбільше захворювань дали шлунково-кишкові інфекції (черевний тиф, дизентерія, холера) і цинга (розлад живлення й обміну речовин).

Це говорить про те, що харчова справа в армії була поставлена незадовільно.

¹⁾ В. И. Ленин, Четвертой годовщине Октябрьск. революции, т. XXVII, изд. 3-е 1932, с. 27.

²⁾ Акад. Птуха М. В., Население Киевской губернии, вид. 1925 р., УАН, с. 57.

³⁾ В. Г. Аврамов, Жертвы империалистической войны в России, № 1—2 „Известия НКЗ РСФСР за 1920 г.“.

Таблиця 9

Гостро-заразна й загальна захворюваність в російській дійовій армії з серпня 1914 р. по вересень 1917 р.

№	Хвороби	Захворіло	Вмерло	% по мерлих	Коефіцієнт захворюваності на 10 000 мобілізованих
1	Черевний тиф	9 7522	21 357	21,9	62,0
2	Висипний	2 1093	5 020	23,8	13,5
3	Поворотний	75 429	1 810	2,4	48,0
4	Дизентерія	6 4364	4 345	6,7	41,0
5	Холера	30 810	10 198	33,1	20,0
6	Віспа натуральна . .	2 708	нема відомостей		17,5
7	Цинга:				
	а) стаціонар. хворих	362 756	725	0,2	} 320,0
	б) амбулаторних .	138 241	нема відомостей		
	Загальна захворюваність	5 069 920	нема відомостей		3288

З одного боку, наявність значної кількості захворювань на паразитарні тифи і віспу свідчить про дефекти побутових умов армії, її завошивленість і низький гігієнічний рівень існування.

Якщо порівнювати летальність від гостро-заразних хвороб на військовому фронті і в мирний час (див. табл. 5 і 9), то можна зробити такі висновки:

- 1) черевний і висипний тиф (хвороби найтриваліші щодо часу) брали в воєнний час в 3¹/₂ рази більше жертв, ніж в мирний час;
- 2) дизентерія давала майже однаковий процент смертності, як на війні, так і в мирний час;
- 3) поворотний тиф і холера давали в дійовій армії знижений процент смертності проти мирного часу.

Якщо, крім того, зіставити коефіцієнти захворюваності на 10 000 людей в армії і в мирному населенні (до війни), то можна твердити, що всі інфекції під час війни дають (у військах) більшу інтенсивність розвитку, ніж в мирний час; особливо це помітно на інтенсивних коефіцієнтах по поворотному тифу (48,0 і 4,8), по дизентерії (41,0 і 22,6), по черевному тифу (62,0 і 23,4) і по віспі (17,5 і 7,2).

Цей висновок, разом з попередніми, дозволяє або певніше примушує твердити, що умови війни дуже сприяють поширенню епідемічних хвороб і значно підвищують смертність від них.

А втім, це твердження не є новим і зайвий раз свідчить, що війна і епідемія допомагають одна одній у справі знищення людей. Аналіз результатів минулих війн (Кримської 1854—1855 рр., Російсько-Турецької 1877—1878 рр., Російсько-Японської, 1904—1905 рр. і ін.) кажуть про те ж і навіть ще в сильнішій формі.

Не спиняючись на деталях цього факту (прикладу старих війн), ми повинні відзначити все ж дві особливості імперіалістичної війни, порівнюючи з війнами давніших часів.

У цих далеких від нас за часом війнах число бійців, що гинули від епідемічних захворювань, звичайно було більше, ніж число вбитих і померлих від ран, тобто тих, що загинули від зброї. В імперіалістичну війну спостерігалась протилежна картина: від зброї у дійовій армії (російських військ) загинуло 643 614 чол., а від гостро-заразних захворювань померло 50—60 тис. чол., тобто в 10 раз менше (1:0,1).

Ця тенденція (превалювання числа вбитих над числом померлих від хвороб) стала помічатися ще в Російсько-Японську війну, коли співвідношення вбитих і померлих становило 1:0,27, тим часом як у попередню війну (Російсько-Турецьку 1877—1878 рр.) воно дорівнювало 1:2,8.

Друга особливість імперіалістичної війни полягає в тому, що санітарний стан і медично-санітарне обслуговування військових частин стали на вищий рівень, порівнюючи з минулим: буржуазія, здавалось, почала далеко більше, ніж раніш, турбуватися про санітарне благополуччя своєї армії, а царський уряд примушений був віддавати більшу увагу своїм військам, бо він спирався на „багнети“. В результаті цього захворюваність мала була трохи знизитись (порівнюючи з минулим). Таке зниження мало місце, але це зовсім не відповідало можливостям санітарного оздоровлення армії навіть в той час.

Разом з тим зниження показників захворюваності загальної (всього 3288 на 10 000) і інфекційної (наприклад, холера 20,0 на 10 000 в армії в 1914—1918 рр. і холера 24,0 на 10 000 в 1910 році серед цивільного населення) не усунуло впливу війни на висоту епідемічної захворюваності.

Суть і значення цього впливу можна виявити аналізом епідеміологічного процесу за минулі війни.

Три фактори зумовлювали виникнення і розвиток епідемічних хвороб: 1) наявність і вірулентність зарази, 2) наявність можливості передачі зарази і 3) наявність сприйнятливого населення.

Війна в капіталістичному суспільстві може сприяти появі всіх цих факторів: 1) у фронтові й тиліві військові частини завжди вливаються поповнення; вони порушують імунітет постійного складу військових кадрів, вони вносять в нього нові прошарки, вони ж можуть принести з собою і вірулентну заразу; 2) війська завжди пересуваються по території фронту й тилу і можуть потрапити у вогнища зарази; 3) можливість і легкість передачі зарази підвищується шляхом контакту при тісних стосунках під час війни; 4) полегшується передача зарази через воду, харчі, речі; 5) посилюється передача зарази через комах і тварин; 6) сприйнятливність до епідемічних хвороб населення (військ) фронту й тилу може посилитися через багато причин: а) холод і примороження, б) вогкість і підвищену вологість, в) вітри, г) спеку й інші фізичні фактори, — все це може викликати розлад терморегуляції і зниження опірності організму; під час війни нерідко мають місце: а) недоїдання, б) неповноцінне живлення, в) незадовільний режим живлення, г) фізична перевтома, д) психічна невідповідність (в наслідок

небезпеки, страху, зміни звичних умов життя), — все це теж послаблює імунітет населення, яке терпить тягар війни; нарешті: а) дефекти в особистій гігієні (забруднення одягу, тіла, незадовільний відпочинок, недостатній сон і т. д.), б) дефекти загальної гігієни (погані житлові умови, забруднення навколишнього середовища, місця стоянки, житла і т. д.), в) часті пересування („кочовий спосіб життя“), г) надзвичайне скупчення людей на фронтових ділянках і вузлових центрах (залізничних і водних станціях, етапних пунктах і т. д.), д) дефекти в медично-санітарній організації і допомозі військовому і цивільному населенню під час війни, — все це може мати місце у військових умовах і впливати на появу захворюваності на гостро-заразні хвороби при капіталізмі.

Отже, складний ланцюг епідеміологічних факторів частіше утворюється у воєнний час, ніж у мирний, і цим полегшує виникнення і поширення епідемічних хвороб саме під час війни.

Одним з яскравих прикладів впливу війни на захворюваність може служити розвиток серед військ цинги.

Ця хвороба виникала не раз і дуже поширювалась серед цивільного населення — під час голоду, позбавлення їжі, що містить вітаміни, в тюрмах, у полярних мандрівників, — скрізь, де умови існування ставали скругними, і люди зазнавали різноманітних нестатків, труднощів і втоми. На війні є всі умови для розвитку цинги: погіршення харчування взагалі і підвищена авітамінівність його (консерви, недостача свіжих овочів і т. ін.), фізична і моральна втома, життя в землянках і довге перебування в окопах, увесь цей тягар війни неминуче приводить до появи і збільшення цинготних захворювань. В імперіалістичну війну ми мали колосальний спалах цинготних захворювань, що дав більше половини мільйона випадків.

Серед хвороб, які не мають епідемічного характеру, але залежать від інфекційного початку (мікроба) і мають поширення під час війни більше, ніж у мирний час, треба згадати правець.

Величезний травматизм, породжуваний війною, супроводиться і значним підвищенням числа заражень і захворювань на правець (понад 7% всіх поранених в російській армії).

І хоч ця хвороба не поширюється шляхом контакту, але своєю природою вона належить до хвороб інфекційних і потребує спеціальних проти неї заходів — профілактичних щеплень певної категорії поранених.

Правець — хвороба безумовно смертельна і дуже нестерпна. В імперіалістичну війну спостерігались досить численні захворювання на правець, але все таки в цю війну не було такої великої кількості випадків, як у війни XVIII і XIX віків, коли щеплення проти правця ще були не відомі.

Нарешті, серед хвороб, зв'язаних з війною і частки породжених нею, можна відзначити ще пандемію грипу, яка в 1918 році обійшла весь світ під назвою „Іспанки“ і забрала в могилу до 20 мільйонів людей.

Встановлено, що грип найшвидше поширюється при скупченості, при поганих житлових умовах, при нестачі сонячного світла, чистого повітря і при поганому харчуванні. На війні всі ці умови, які сприяють

розвиткові грипу, мали місце, і тому зрозуміло, що грип особливо поширився у військах на фронті.

За наближеними підрахунками від грипу (іспанки), що лютував на Україні в 1918—1919 рр., загинуло більше 1 мільйона чол. Ця гекатомба також завдячує імперіалістичній війні і інтервенції.

Кращою ілюстрацією залежності епідемічних хвороб від військових подій ми маємо ту саму війну 1914—1918 рр. у вигляді руху інфекцій у часі (В. Г. Аврамов).

Таблиця 10

Гостро-заразна захворюваність в російській дійовій армії по роках (1914—1917)
(абсолютні числа випадків)

№	Х в о р о б и	Р о к и			
		(1914) (серпень— грудень)	1915 (весь)	1916 (весь)	1917 (січень— вересень)
1	Черевний тиф	13 983	56 583	19 406	7 550
2	Висипний	271	4 827	7 725	8 270
3	Поворотний	35	4 333	27 958	43 103
4	Дизентерія	7 531	14 251	26 722	15 760
5	Холера	8 758	20 589	1 343	120
6	Віспа натуральна	302	1 286	743	377
7	Цинга	90	770	78 250	283 646

Таблиця показує, що в 1914 р. заразні хвороби тільки починають (разом з початком війни) поширюватися і створюють численні вогнища — джерела для дальшого поширення; в 1914 р. і більшій частині 1915 року відбуваються маневрові операції військ і різко посилюються кишкові інфекції (черевний тиф, дизентерія і особливо холера); проти цих інфекцій вживають екстрені заходи (переважно запобіжні щеплення) і до кінця війни вони (ці інфекції) починають знижуватися; але в кінці 1915 року маневровий характер війни перетворюється (після удару Макензена в Карпатах) в окопний; фронт майже не переміщається, лінія його залишається стабільною, всі сидять в окопах і траншеях, різко збільшується скученість військ, утруднюється підвіз харчів, настає період тривалих нестатків в умовах „печерного“ або „полярного“ існування; і в результаті негайно посилюється захворюваність на паразитарні тифи і цингу.

І так до кінця війни: міняється характер війни — міняється й характер захворюваності. Проте ні одна інфекція не поширилась так, щоб загрожувати боєздатності армії, і це треба вважати вже значним досягненням об'єктивним успіхом на безкровному фронті.

Що відбувалося в цей час у дійових арміях українського бойового фронту? Чи відрізнялась захворюваність у цих арміях від загальної російської?

Щоб дати відповідь на це питання, ми не маємо ніяких даних. Проте можна твердити: нема ніяких підстав вважати, що захворюваність

на Українському фронті була нижча, ніж на інших фронтах; навпаки, південніше розміщення цього фронту і особливо санітарно-епідемічна неблагополучність українських губерній мали вплив на підвищену захворюваність на всі гостро-заразні хвороби і переважно кишкові інфекції.

Якщо навіть вважати, що загальна і інфекційна захворюваність у військах була однакова на фронтах (Північному, Західному, Південно-Західному і Румунському), то на Українському фронті, що об'єднував два південних фронти і включав до себе до 60% всіх військових сил колишньої Росії, можна орієнтовно визначити таку кількість захворювань.

Таблиця 11

Орієнтовне число захворювань в арміях, що діяли на території України в 1914—1918 рр.

№	Х в о р о б и	Захворіло (абсолютні числа)	Вмерло (абсолютні числа)
1	Черевний тиф	58 500	12 800
2	Висипний	12 600	3 000
3	Поворотний	45 000	1 000
4	Дизентерія	38 600	2 600
5	Холера	18 500	6 000
6	Віспа натуральна	1 600	—
7	Цинга	30 000	—
	Загальна захворюваність	3 040 000	—

Числа, наведені в таблиці, треба вважати мінімальними, бо захворюваність на холеру і дизентерію на Півдні (на Україні) була, безперечно, вища, ніж на Півночі (у Білорусії).

Крім того, Аврамов і інші автори вважають, що взагалі опубліковані числа захворюваності приблизно на 10% нижчі дійсних.

„Життя і робота фронту, — писав М. В. Фрунзе¹⁾, — в кожний даний момент визначається роботою і становищем тилу. І в цьому розумінні центр ваги провадження війни перемістився з фронту назад — в тил“.

Що ж являв собою тил Українського фронту в імперіалістичну війну епідемічному відношенні?

Наші відомості в цьому питанні (як ми вже відзначали), надто недостатні і часто суперечливі.

Війна різко знизила економічний добробут населення України (скорочення площі засіву, зменшення худоби, падіння промисловості), вона погіршила санітарний стан населених місць, розладнала медично-санітарну

¹⁾ М. В. Фрунзе, Соч., том II, с. 97.

сітку, в деяких губерніях знищила будьяку реєстрацію захворюваності і навіть інфекційної.

Значних епідемій до 1918 року на Україні ще не було, але вже нагромадився величезний горючий матеріал у вигляді біженців, військовополонених і цивільного стаціонарного населення, яке ослабло від наслідків військових подій і знизило свій імунітет до інфекцій.

Велика Жовтнева революція настала в той момент, коли Україна ще була театром імперіалістичної, а потім громадянської війни; 1918 і 1919 роки пройшли під знаком боротьби з інтервенцією, гетьманщиною, петлюріщиною і іншими бандами, підтриманими зовнішніми і внутрішніми воєнними силами.

Радянській владі дісталась тяжка спадщина: не ставало, а часом подекуди і зовсім не було, хліба, води, палива, світла, мила, білизни й інших предметів першої потреби. Мішочництво, яке розвивалось, стало поширювати епідемічні захворювання. Епідемічні захворювання 1921 і 1922 років дали колосальний спалах, небачений ще на території України. Але цей період вже поза нашою темою, і його ми торкатися не будемо.

Загальну картину епідемічної захворюваності люду України на основі офіціальних даних за роки імперіалістичної війни і інтервенції в цифрах можна ілюструвати таблицею 12.

Однак, можна твердити, що захворюваність на гостро-заразні хвороби за 1915—1920 рр. була значно вища, ніж є відомості про них, і навіть, що на кінець розглядуваного періоду всі форми тифів, дизентерія і віспа дають різке підвищення, а дитячі інфекції ніби залишаються на низькому рівні.

З цього, між іншим, виникла хибна теорія про антагонізм між тифами і дитячими інфекціями і помилкове твердження, що тим часом як тифи (особливо паразитарні) дуже поширюються, дитячі інфекції (особливо шарлатина і кір) знижуються до мінімуму. Холера, безперечно, не пероводилась на Україну з 1914 по 1920 рр., але відомостей про неї в офіціальних джерелах за 1915—1919 рр. не збереглося.

Коли звернутися по дані про епідемічну захворюваність на Україні під час імперіалістичної війни і інтервенції до інших джерел (не НКЗ УРСР), то в них можна знайти деякі доповнення і зміни показників, наведених у таблиці 12.

Є. І. Яковенко, працюючи над матеріалами НКЗ РРФСР в 1935 році, дає для України показники, наведені в табл. 13.

Тут треба відзначити: 1) повну відсутність даних про всі інфекції (виключаючи висипний тиф) за роки 1918—1920; 2) очевидно недостатні дані за 1917 рік; 3) розбіжність даних за 1914 рік із звітом головного лікарського інспектора і інших даних з показниками НКЗ УРСР.

В усякому разі треба думати, що дані за 1915 і 1916 рр. ближчі до дійсності, ніж в офіціальних матеріалах.

Л. А. Тарасевич у своїй роботі, написаній на прохання секції гігієни Ліги Націй у 1922 році, наводить відомості (табл. 14), що стосуються інфекційної захворюваності на Україні.

Таблиця 12

Захворюваність на найголовніші інфекції на Україні за роки 1914—1917 і 1918—1920
(в абсолютних числах і показниках на 10 000 душ населення)

Рік	Висипний тиф		Поворотний тиф		Черевний тиф		Невизначений тиф		Дизентерія		Віспа натуральна	
	абсол. числа	на 10 тис.	абсол. числа	на 10 тис.	абсол. числа	на 10 тис.	абсол. числа	на 10 тис.	абсол. числа	на 10 тис.	абсол. числа	на 10 тис.
1914	27 417	8,9	7510	2,4	96 127	31,1	9029	2,9	81 002	26,2	17 725	5,7
1915	7 680	5,4	771	0,5	15 439	10,9	2116	1,5	10 146	7,1	8 660	6,1
1916	12 920	11,4	419	0,4	18 543	16,3	1355	1,1	7 431	6,5	11 192	9,8
1917	9 755	9,2	881	0,8	14 586	13,7	1968	1,8	50 482	47,7	4 444	4,2
1918	5 587	8,5	693	1,1	9 096	13,9	972	1,5	14 439	22,1	2 971	4,5
1919	98 335	150,6	11897	18,2	16 537	25,3	3184	4,9	3 781	5,8	7 099	10,9
1920	630 486	245,9	321 216	125,3	127 133	49,6	—	—	50 193	19,6	35 171	13,7

Рік	Шкарлатина		Кір		Дифтерія		Коклюш		Малярія		Холера	
	абсол. числа	на 10 тис.	абсол. числа	на 10 тис.	абсол. числа	на 10 тис.	абсол. числа	на 10 тис.	абсол. числа	на 10 тис.	абсол. числа	на 10 тис.
1914	103 321	33,4	112 421	36,4	137 541	44,5	109 962	35,6	438 796	142,1	1721	5,6
1915	27 037	19,0	5 482	5,1	28 523	19,2	5 482	3,0	Нема відомостей			
1916	26 819	23,6	3 823	5,0	19 192	16,9	3 823	4,4				
1917	9 075	8,5	5 129	4,8	12 411	11,7	5 129	10,1				
1918	5 564	8,5	—	—	6 081	9,3	3 154	10,7				
1919	6 487	9,9	3 801	12,9	3 364	5,1	1 905	6,4				
1920	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10108	39,6

Примітка. 1915, 1916, 1917, 1918 і 1919 роки за даними тільки 2—3—4 губерній. Перше, що слід відзначити в цій таблиці, — це повна відсутність відомостей про деякі інфекції за 1920 і інші роки. Подруге, впадає в око очевидна неповнота відомостей про всі інфекції за роки 1915—1919, при чому неповнота ця стосується як абсолютних чисел, так і інтенсивних коефіцієнтів. Тому робити якінебудь висновки на основі даних офіціальної статистики (НКОЗ) було б неправильно.

Таблиця 14 подає відомості тільки по 6 губерніях, а не по 9, і крім того в цих відомостях не стає даних за 1918 і 1919 роки.

Нам не пощастило знайти інших більш або менш повних відомостей про епідемічність України за роки 1914—1920. Ті розрізнені „лікарсько-санітарні хроніки і повідомлення“, які видавались деякими земствами і містами в зазначені роки, не допомогли б нам відновити повну й точну картину минулого і тому ми їх не використали (тим більше, що для обробки їх потрібно було б не один рік).

Таблиця 13

Захворюваність на гострі інфекції на Україні за 1914—1920 рр.
за даними НКОЗ РРФСР ¹⁾

Рік	Висипний тиф	Поворотний тиф	Черевний тиф	Невизначений тиф	Дизентерія	Віспа	Шкарлатина	Кір	Дифтерія	Коклюш
1914	2 6716	7358	89 440	8253	76 765	17 905	96 948	103 447	130 443	99 419
1915	3 7022	4910	86 235	9591	71 357	35 077	120 603	81 253	113 892	77 683
1916	31 464	5786	38 058	2715	22 943	12 738	13 401	14 574	25 303	15 450
1917	2 053	—	3 571	536	15 467	1 953	4 566	2 858	3 699	3 385
1918	57 875	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1919	191 280	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1920	538 471	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Таблиця 14

Захворюваність на гострі інфекції на Україні за 1914—1920 рр.
за даними Л. А. Тарасевича ²⁾

Рік	Висипний ³⁾ тиф	Поворотний тиф	Черевний тиф	Віспа натуральна	Холера
1914	13 696	7184	67 847	14 900	94
1915	23 646	4607	63 983	29 598	6202
1916	25 754	1787	25 941	17 561	47
1917	14 773	7777	23 491	7 877	14
1918	9 032	—	—	—	—
1919	107 366	—	—	—	—
1920	331 171	159 475	57 342	3 772	4584

Щоб більше наблизитись до дійсності, ми вважали можливим:

- 1) взяти за основу орієнтовних розрахунків найбільші показники з числа відомих нам, бо вони, безперечно, нижчі фактичних;
- 2) обчислити по змозі близько до істини інтенсивні коефіцієнти захворюваності, що можливо зробити за деякими матеріалами;
- 3) скласти найбільш імовірну таблицю абсолютних чисел епідемічної захворюваності, не відриваючись від фактичних матеріалів.

Ці приблизні дані ми зможемо зіставити з деякими посередніми вказівками, що характеризують захворюваність на паразитарні тифи на Україні за досліджуваний нами період часу.

¹⁾ Є. І. Яковенко, 1935 р. (рукопис).

²⁾ Про висипний тиф за 1918 і 1919 рр. відомості подано тільки по одній губернії.

³⁾ Les épidémies en Russie depuis 1914, видання Секції гігієни Ліги Націй, 1922 г., №№ 2 і 5.

Не вдаючись тут в деталі наших обґрунтовань і приблизних розрахунків і не претендуючи на їх бездоганну об'єктивність, ми наводимо все таки таблицю 15 (с. 66), яка і більше відбиває дійсність епідемічного рівня 1914—1920 рр. і має трохи повніший облік, ніж відомі нам матеріали.

Цілком зрозуміло, що ця таблиця є лише орієнтовною в деякому наближенні до дійсності — і тільки.

З таблиці ми виключили 1914 рік, який лише наполовину був зачеплений початковим періодом війни і даємо в таблиці середнє за шестирічку (1915—1920 рр.) щорічне число захворювань, щоб мати можливість порівнювати його з середнім щорічним за передвоєнний час 1900—1914 рр.

Таблиця 15 показує таке:

- 1) криві руху інфекцій по роках ідуть більш плавно, ніж за іншими даними;
- 2) всі види тифів посилюються на кінець періоду, тобто до 1920 року;
- 3) дизентерія дає велику епідемію в середині періоду (1917 і 1918 рр.);
- 4) віспа, шкарлатина і кір розподілились так, що максимальні їх показники припадають на початок і кінець періоду (1915—1920 рр.);
- 5) дифтерія дає систематичне зниження рік-у-рік;
- 6) рух коклюшу і холери (відомості про неї неповні) має невиразний характер.

Порівняння середнього щорічного числа гостро-заразних захворювань за період 1915—1920 рр. з аналогічним показником за період 1900—1914 рр. (див. таблиці 1, 2 і 15) дає змогу зробити такі висновки:

- 1) паразитарні тифи за воєнний час різко посилились;
- 2) шлункові інфекції (черевний тиф, нез'ясований і дизентерія) трохи знизились;
- 3) натуральна віспа дала підвищення;
- 4) всі дитячі інфекції (шкарлатина, кір, дифтерія, коклюш) різко знизились;
- 5) холера не зникла з меж України протягом всіх 20 років (1900—1920 рр.).

Якщо дати загальну оцінку всього воєнного періоду (1915—1920 рр.) з точки зору епідемічності, то треба сказати, що найбільшою епідемічною неблагополучністю візначались початковий період війни (1915 і почасті 1916 рр.) і час громадянської війни й інтервенції (1919—1920 рр.).

Які втрати щодо смертності зазнало українське населення від епідемічних хвороб за час війни і інтервенції? Щоб дати відповідь на це питання, ми не маємо ніяких даних. Статистики смертності за причинами хвороб за час війни, звичайно, не провадили і приблизні розрахунки про втрати від епідемій у вигляді смертності ми можемо зробити, виходячи тільки з показників летальності довоєнного періоду.

Результат цих розрахунків наведено в таблиці 16.

Розглядаючи цю таблицю, треба мати на увазі, що прийняті для розрахунку її коефіцієнти летальності довоєнного часу, напевне, були нижчі, ніж аналогічні показники воєнного періоду.

Орієнтовна кількість гостро-заразних захворювань на Україні за 1915—1920 рр.
(в абсолютних числах і в показниках на 10000 душ населення)

Рік	Висипний тиф	Поворотний тиф	Черевний тиф	Нез'ясований тиф	Дизентерія	Віспа	Шкарлатина	Кір	Дифтерія	Коклюш	Холера
1915	36 000	6 700	93 000	9600	72 500	44 000	11 4000	80 000	114 000	78 000	6 500
1916	14,0	2,6	36,0	3,7	28,0	17,0	44,0	31,0	44,0	30,0	25,0
1917	23 000	9 500	35 000	4 600	12 1000	11 500	22 000	12 500	30 000	26 000	15
1918	22 000	2 800	35 700	4000	56 500	11 500	22 000	15 500	24 000	28 000	—
1919	385 000	46 600	65 000	12 500	15 000	28 000	25 000	33 000	13 000	16 500	—
1920	631 000	322 000	127 000	15 500	51 000	35 000	30 000	38 500	10 500	13 000	10 100
Середнє щорічне за шестиріччю	190 000	66 000	68 000	8 400	56 500	26 000	28 500	32 000	39 000	28 000	2 800
	74,5	26,0	26,5	3,3	22,0	10,0	11,5	12,5	15,0	11,0	1,1

Таблиця 16

Приблизна смертність від інфекційних захворювань під час війни і інтервенції на Україні
(в абсолютних числах)

№	Хвороби	Вмерло в середньому за рік	Вмерло за весь період 1915—1920 рр.
1	Висяпний тиф	13300	79800
2	Поворотний тиф	4550	27300
3	Черевний тиф	4400	26400
4	Дизентерія	3100	18600
5	Віспа натуральна	7000	42000
6	Шкарлатина	6500	39000
7	Кір	4800	28800
8	Дифтерія	5050	30200
9	Холера	—	8000

Про це свідчать показники смертності від гостро-заразних хвороб дійовій армії (див. таблицю 9).

Тому наведені в таблиці 16 числа треба вважати мінімальними. Враховуючи це, можна твердити, що тільки від найголовніших гостро-заразних захворювань населення України за роки війни і інтервенції втратило не менше 310 тис. чол.

Це число в багато разів більше числа померлих (майже від тих самих хвороб) у дійовій армії за весь період війни. Правда, тут треба зв'язати й на те, що чисельність армії була вдвоє менша, ніж чисельність населення України, і що тривалість періодів обліку була різна.

Коли порівнювати коефіцієнти захворюваності на аналогічні хвороби армії і в цивільному населенні (див. табл. 9 і 15), то можна помітити, що інтенсивність інфекційної захворюваності в армії була вища, ніж серед цивільного населення.

Та це й зрозуміло, бо все таки армія несла більший тягар війни, ніж цивільна країна.

Наскільки ж числа й показники, якими ми оперували досі, відповідають фактичній захворюваності населення за період війни і інтервенції? Беручи на увагу дефекти обліку захворюваності, яка стосується цього періоду, не можна відмовитися від переконання, що наведені вище числа захворюваності багато нижчі, ніж у дійсності.

Підтвердженням цього можуть бути такі посередні докази.

1) Л. А. Тарасевич у своїй статті „Епидемии последних лет в России“ ¹⁾ говорить, що „не науковим є наводити зовсім неповний і неточний цифровий

¹⁾ „Общественный врач“, № 1 за 1922 г.

матеріал, що не відбиває справжніх розмірів виучуваних явищ, і на-
впаки, науковим є зробити все можливе, щоб внести в нього всі ті поправки,
які до цієї дійсності його наближають". На цій підставі він, після відпо-
відного аналізу питання про розвиток паразитарних тифів у нашій країні
за роки 1918—1921, приходить до висновку, що до офіціальних відомо-
стей про поширення цих тифів необхідно ввести коефіцієнт поправки.
Для України Л. А. Тарасевич таким коефіцієнтом пропонує вважати: для
висипного тифу 4 (тобто в 4 рази збільшувати офіціальні цифри), а для
поворотного тифу 3. Для холери можна прийняти, що дані реєстрації
близькі до дійсності. Нарешті, для дитячих інфекцій питання залишається
зовсім відкритим. Зазначені вище припущення Л. А. Тарасевича не можна
вважати досить обгрунтованими.

2) Проведене в 1923 році санітарною організацією України вибіркоче
санітарно-демографічне обслідування сільського населення серед інших
питань ставило й питання про облік фактичної кількості населення, що
перехворіло на паразитарні тифи.

З підсумків цього обслідування ми можемо взяти такі дані:

а) в середньому по Україні за 1920 рік смертність від паразитарних
тифів становила 42,7% загальної смертності;

б) інтенсивний показник смертності від висипного тифу по Україні
в 1920 році дорівнював для чоловіків 15,5 (на 1000 душ населення), для
жінок — 9,8, для обох статей — 12,6;

в) за висотою смертності від висипного тифу в 1920 році виділялись
губернії Подільська, Київська, Чернігівська, Волинська і Катеринославська
тобто територія України, яка найбільш потерпіла від війни і інтер-
венції;

г) коефіцієнт смертності від поворотного тифу на 1000 душ населення
в середньому по Україні в 1920 році становив: для чоловіків 1,4, для
жінок 1,1, для обох статей 1,3;

д) смертність від поворотного тифу в 1920 році становила 4% загаль-
ної смертності населення і 10% смертності від висипного тифу;

е) за інтенсивністю смертності від поворотного тифу в 1920 р. виді-
лась Катеринославська губернія (особливо нинішній Донбас), Одеська
і Подільська губ.;

є) за даними обслідування середній інтенсивний коефіцієнт захворі-
ваності висипним тифом по Україні за 1920 рік становив 1494,0 на 1000
населення, тобто в 6 разів перевищував офіціальний коефіцієнт реєстра-
ції (245,9); але враховуючи деякі поправки, можна вважати імовірнішим
коефіцієнт в 738,0, тобто коефіцієнт, що перевищує офіціальний — всього
тільки в 3,3 рази;

ж) щодо поворотного тифу, то аналогічний коефіцієнт визначався
в 213,0, тобто в 1,7 рази перевищував офіціальний;

з) беручи на увагу всю суму поправок, які слід було б внести в офі-
ціальну статистику, обслідування приходить до такого висновку: для
паразитарних тифів в 1920 році необхідно вважати правильним збіль-
шення в 4,5 рази, тобто замість 630 486 захворювань на висипний тиф

Україні вважати 2 837 187, а для поворотного тифу замість 321 216 вважати 1 445 472;

і) смертність, корегована також рядом поправок, визначається для 1920 року по Україні для висипного тифу 9,3% до захворілих, а для поворотного тифу — 2,2%; в абсолютних числах це дає для 1920 року 264 000 смертей від висипного тифу і 31 900 смертей від поворотного.

Таким чином, видно, що припущення Л. А. Тарасевича не набагато розходяться з результатами українського вибіркового обслідування 1923 р., і тому можна спинитися на такому висновку щодо паразитарних тифів кінця періоду інтервенції (1920 р.): в цей час на Україні була величезна епідемія висипного і поворотного тифізу, що дала за один тільки рік понад 3 мільйони захворювань і близько 300 тисяч смертей.

Такі були епідемічні наслідки імперіалістичної війни і інтервенції на Україні.

Але це є лише частина того лиха, яке принесла війна нашій країні. Тепер не можна підсумувати всієї шкоди, якої зазнало українське населення за 1914—1920 рр. Але не можна й не відзначити деяких фактів, що характеризують, зрозуміло, частково і неповно, цю шкоду. Ряд опублікованих матеріалів дозволяє це зробити, хоча й в стислих рисах.

Міста і міське господарство України потерпіли від війни і інтервенції в величезній мірі. Особливо дісталось Одесі, Херсону, Києву, Житомиру, що були в прифронтовій смузі.

Не менше потерпіли міста і в глибокому тилу — Харків, Дніпропетровськ, ряд міст Донбаса. Більшість водопроводів, каналізаційних споруд, комунальних споруд і т. ін. надзвичайно занепали. Близько 30—35% житлових будинків були зруйновані або вимагали відбудовних робіт. Ряд дрібних селищ і містечок були зовсім знищені інтервентами і різними бандами.

З середини літа 1915 року тилові міста вступили в смугу біженського руху, що досяг до зими своєї надзвичайної напруги. У жахливих умовах перебування, виснажені, кинуті напризволяще, занепали морально і фізично сотні тисяч біженців широкою струминою влилися у міста, скрізь поширюючи інфекційні хвороби і вносячи дезорганізацію в місцеве життя. Кинуті прямо в гущу осілого населення, стикаючись з ним безпосередньо, біженці й самі гинули від заразних хвороб і заражали інших.

У Харкові осіло понад 40 тисяч біженців, в Катеринославі — понад 30 тисяч, а всього евакуювалось з фронту на Україну понад 3 млн. чол., з яких половина загинула.

Нестатки в харчуванні, житлова нужда і труднощі загостреної боротьби за існування значно збільшили загальну захворюваність і смертність. Чисельність населення 9 українських губерній знизилась з 30 млн. до 25,5 млн., тобто на 4,5 млн. Це число в 1,5 рази більше числа мобілізованих на Україні і дорівнює бойовим утратам всієї російської армії за імперіалістичну війну.

Число убитих на війні українців становило в середньому 90,0 на 10 000 населення, а це значить, що на війні загинуло не менше 300 тисяч українського народу, — тільки вбитими. Близько 350 тисяч повернулось

з війни інвалідами. Величезне число загинуло в полоні і „пропало без вісті“.

Народжуваність упала, порівнюючи з довоєнним часом, з 42,5 до 26,0, загальна смертність підвищилась з 24,3 до 33,3 на 1000.

Дитяча смертність (до 1 року) досягла рівня 30 на 100 народжень. У результаті природного руху абсолютно зменшилось населення, в середньому на 7,3%.

Такі загальні (а не епідемічні тільки) підсумки і наслідки імперіалістичної війни і інтервенції на Україні.

Боротьба з епідеміями за 1914—1920 рр.

Як боролись з епідемічними хворобами в роки імперіалістичної війни і інтервенції?

На фронті — в армії; з цими хворобами „боролись“: військово-санітарне відомство, Червоний Хрест, загони Земського Союзу і Союзу Міст. У тилу — серед населення „боролись“ земські і міські медично-санітарні організації і лише в останні роки (1919—1920) по-справжньому стала з ними боротися на Україні радянська влада.

Як ми вже відзначали вище, лікарсько-санітарна справа в армії була поставлена в імперіалістичну війну краще, ніж в попередні війни.

Армія мала численні військово-санітарні і земсько-міські заразні госпіталі, протиепідемічні загони, лазні-пральні і гідротехнічні загони. Широко й посилено провадились запобіжні щеплення проти черевного тифу й холери. Цьому заходів значною мірою завдячує порівнююча благополучність армії щодо цих інфекцій. При наявності численних вогнищ холери (коло 2 тисяч захворювань в 1914 році і до 7 тисяч в 1915 році серед населення та 9 тисяч і 20 тисяч захворювань в ті самі роки в армії) побоювались розвитку пандемії холери, але її не було.

Лазне-пральна справа, не зважаючи на її розмах і масштаби, була не на висоті, і завошивленість в армії, особливо в окопах, була колосальна. І все таки паразитарні тифи не лютували в російській армії так, як в Кримську кампанію (1854—1855 рр.), або в Російсько-Турецьку війну (1877—1878 рр.).

Чим пояснити ці факти?

Яскраву відповідь на це дає нам М. В. Фрунзе в своїй доповіді на III з'їзді Рад СРСР про Червону Армію (19 травня 1925 року). Він наводить дві таблиці, які наочно показують, в чому суть питання і відповіді на нього. Ось ці таблиці:

№ 1. Імунізація і черевний тиф

Р і к	1913	1914	1915	1919	1920	1921	1922	1923	1924
Імунізація на 1000 чол.	—	—	131,0	306,6	700,2	879,1	1000	1000	1000
Захворюваність на 1000 чол. .	4,9	10,5	16,7	11,61	11,00	6,79	2,76	1,15	0,28

№ 2. Паразитарні тифи і лазне-пральний апарат

Р і к	1919	1920	1921	1922	1923
Захворюваність на 10 000 чол. . .	204,47	314,82	122,28	125,68	5,95
Пропускна спроможність лазень	3483	9656	22912	32400	42400

М. В. Фрунзе супроводить ці таблиці таким скромним зауваженням:

„Щодо паразитарних і черевних тифів, то ми маємо цифри далеко сприятливіші, ніж у старій царській армії“¹⁾.

Далеко гірше, ніж у царській армії, медично-санітарна справа і боротьба з епідеміями була поставлена серед населення.

Тут земства й міста застосовували ті самі заходи, що й військово-санітарне відомство: те ж епідеміологічне обслідування, госпіталізацію, ізоляцію, дезинфекцію, щеплення і інший арсенал протиепідемічної боротьби, але все це було менше розмахом, слабше устаткуванням, бідніше на живі сили і матеріальні кошти. А в результаті і „успіхи“ менші і „простий народ“ (якщо врахувати відносні показники) хворів і вмирав більше, ніж „царські солдати“. А втім, у царській класовій армії була, звичайно, своя „біла й чорна кістка“. Лікар Аврамов дає таку довідку:

В дійовій армії	Абсолютні числа		На 1000 чол. се- реднього наявного складу	
	офіцерів	солдатів	офіцерів	солдатів
Захворіло . . .	88 836	4 981 084	1051,3	1308,7
Одужало . . .	72 821	3 086 911	861,8	811,1

Це значить: солдати занедужували частіше і одужували рідше, ніж офіцери; в процентах це виявляється так: процент одужання офіцерів 82, і солдатів 62, тобто на $\frac{1}{3}$ менше.

Класові суперечності і особливості виявились, звичайно, і тут.

Зрозуміло, що турботи про „мужика“ у земського поміщика або про „чорнороба“ у міського буржуа не затьмарювали його світлого, радісного снування, а епідемії гуляли собі в народі „з волі божої“ і за законами тихійності.

Який основний дефект у боротьбі з епідеміями слід визначити в дореволюційний час? Цей дефект полягав не в конкретних заходах (тепер вони майже ті самі, але удосконалились), а в тому, що бракувало єдиного, правильного керівництва протиепідемічною справою, не було погоженості дій, систематичності, наполегливості, належного охоплення.

¹⁾ М. В. Фрунзе, Сочинения, т. III, с. 227.

Одним словом, не було організації, а від неї залежить успіх у справі боротьби з епідемічним хворобами.

А втім організація потрібна не тільки в цій справі, але й скрізь, особливо у справі ведення війни.

В. І. Ленін дав блискуче, найгеніальніше роз'яснення в цьому питанні.

„Ось оце зветься організацією, коли в ім'я однієї цілі, натхнені однією волею, мільйони людей міняють форму своїх стосунків і своєї дії, міняють місце і способи діяльності, міняють знаряддя і зброю відповідно до змінних обставин і запитів боротьби“¹⁾.

Окремі елементарні протиепідемічні заходи, правильні і обгрунтовані у своїй конкретній формі, будучи ізольованими один від одного, не пов'язані в загальну систему протиепідемічної боротьби і не об'єднані єдиним керівництвом і організацією, не можуть дати потрібного ефекту і тих результатів, яких від них можна було б чекати.

Капіталістичний лад держав, що брали участь в імперіалістичній війні 1914—1918 рр., не міг забезпечити повну ефективність навіть правильно проваджуваних протиепідемічних заходів. У найбільш організованій і підготованій до війни Німеччині з кожним роком війни збільшувався процент смертності населення: порівнюючи з 1913 роком смертність у Німеччині збільшилась в 1915 році на 9,5%, в 1916 році — на 14,3%, в 1917 році — на 32,2%, в 1918 році — на 37%, а всього за чотири роки збільшення смертності становило 760 000 чол.

Що ж зробила царська Росія? Вона розплодила і на фронті і в тилу великих і маленьких „принців ольденбурзьких“, які виявляли сваволу і вимагали лише виконання їх „наказів“, а не справжньої боротьби з захворюваністю.

Начальниками військово-санітарних частин армії часто-густо бували зовсім необізнані в медицині люди — полковники й генерали. Тому формалізм і канцелярщина вихолощували суть медично-санітарної справи, а нерідко й шкодили йому своєю плутаниною і невмінням.

З усіх воюючих країн через свою відсталість, неорганізованість і безправ'я колишня царська Росія зазнала найбільших втрат як на фронті, так і в тилу — і від воєнних дій і від епідемічних хвороб.

Чи загрожує нам у найближчому майбутньому нова війна? У якій формі вона вилетіть? Як вона буде проходити? На ці запитання з надзвичайною ясністю і точністю дали нам відповіді товариші І. В. Сталін і К. Є. Ворошилов.

Відзначаючи забутливість деяких партійних товаришів, І. В. Сталін на Пленумі ЦК ВКП(б) 3 березня 1937 року сказав:

„Вони забули про те, що радянська влада перемогла тільки на одній шостій частині світу, що п'ять шостих світу становлять володіння капіталістичних держав, вони забули, що Радянський Союз перебуває в обстанові капіталістичного оточення. У нас заведено базикати про капіталістичне оточення, але не хочуть вдуматися, що це за штука — капіталі-

¹⁾ В. І. Ленін, т. XVIII, с. 276, изд. 2, 1935.

стичне оточення. Капіталістичне оточення — це не пуста фраза, це дуже реальне і неприємне явище. Капіталістичне оточення — це значить, що є одна країна, Радянський Союз, яка встановила в себе соціалістичні порядки, і є, крім того, багато країн — буржуазні країни, які продовжують вести капіталістичний спосіб життя і які оточують Радянський Союз, вичікуючи нагоди для того, щоб напасти на нього, розбити його, або в усякому разі — підірвати його міць і послабити його”...

У другому місці¹⁾ Й. В. Сталін, відповідаючи на запитання: коли вибухне війна, сказав:

„Це не можливо сказати наперед. Війна може спалахнути несподівано. Нині війни не оголошуються. Вони просто починаються“.

Дійсність цілком підтвердила це: приклад війни фашистських Італії і Німеччини проти революційної Іспанії — у всіх перед очима. Війна ця спалахнула „несподівано“, без оповіщення і „просто“ почалася під прикриттям „невтручання“.

На запитання, в якій частині світу війна може вибухнути раніш, — Й. В. Сталін відповів цілком певно:

„Є, на мою думку, два вогнища військової небезпеки. Перше вогнище знаходиться на Далекому Сході, в зоні Японії... Друге вогнище знаходиться в зоні Німеччини“.²⁾

Ось звідки Радянському Союзові тепер загрожує найбільше військова небезпека.

І треба сказати, що:

„Війна тепер буде, товариші, дуже грізною, дуже жорстокою з застосуванням найстрашніших, небачених досі ніде і ніколи в світі, засобів. І можете собі уявити, якщо ця боротьба вибухне на території нашої країни, руйнування буде в усіх районах жахливе. Тому ми так повинні готуватися і не тільки ми, робітничо-селянська Червона Армія, але й ви, всі трудящі, так повинні себе виховувати, так організовувати захист нашої Вітчизни, що коли противник з'явиться, бити його обов'язково на його території“.³⁾

Биги ворога на його території особливо важливо ще й тому, що рядом з розвитком військової хемії, артилерії, авіації, мотомеханізації армій і т. д. — в капіталістичних країнах наполегливо обговорюється питання про засоби бактеріологічної війни.

Можливість використати мікроби заразних хвороб для військових цілей була вперше відкрито поставлена в брошурі французького військового лікаря Луї-Жорж³⁾, виданій у Парижі в 1922 році. Цей спосіб війни зводиться до зараження військ противника (людського й кінського складу) епідемічними хворобами з одночасним захистом своїх військ від цієї ж самої захворюваності. Особливістю бактеріологічної „зброї“ є те, що

¹⁾ Розмова товарища Сталіна з Рой-Говардом 1 березня 1936 року, Партвидав ЦК КП(б)У 1936, с. 7.

²⁾ Промова тов. Ворошилова на мітингу в Києві 16 вересня, „Правда“, 17 вересня 1936 № 257 (6863).

³⁾ Louis Georges, L'armée bactériologique.

дія її виявляється через деякий час від моменту зараження („інкубаційний період“), при чому кожний захворілий може бути джерелом зараження тих, хто стикався з ним ¹⁾).

Крім того, можливе поширення заразних хвороб шляхом „військового“ (шкідницького) зараження мікробами інфекційних хвороб — води, харчових продуктів, приміщень і т. д.

Цінність цього нового виду військової зброї бачать у тому, що виготовляти заразний матеріал можна дуже швидко, дешево, у великих кількостях. Одним із складних питань бактеріологічної війни є питання про методи і засоби самооборони від застосовуваного мікроба. Але навіть ця обставина — загроза зворотної дії мікроба — не лякає представників капіталістичного світу.

Полковник швейцарської армії Герч заявляє:

„Повне й швидке знищення армії противника необхідне для блага країни навіть у тому випадку, якби для цього і довелось пожертвувати своєю армією“ ²⁾.

Про те, що майбутня бактеріологічна війна не фантазія, а реальна можливість з цілковитою певністю свідчить такий опублікований нашою пресою факт.

27 січня 1937 року на ранковому засіданні Верховного Суду СРСР по процесу антирадянського троцькістського центра підсудний Князев (колишній начальник Південно-Уральської залізниці) показав, що він дістав від японської розвідки завдання — готувати на випадок війни отруєння військових поїздів гостро-заразними бактеріями.

Ось одна з цілком конкретних ділянок воєнних дій, звідки можуть загрозувати благополуччю Червоної Армії бактеріологічні засоби війни.

Але ця ділянка, звичайно, не єдина: бактеріологічну війну будуть провадити не тільки на шляхах сполучення, але й на фронті і в вузлах глибокого тилу — то шляхом артилерійського розкидання заразного початку (подібно до бомбардування хемічними речовинами), то шляхом своєрідного авіазаплення (подібно до авіазаплення по боротьбі з малярійними комарами).

Тому треба бути готовими до оборони від нового шляху поширення епідемічних хвороб і правильно організувати боротьбу з ними.

Тут не доводиться говорити про конкретні заходи, які треба заздалегідь підготувати, але цілком зрозуміло, що вони, ці заходи, повинні ґрунтуватися і виходити з наукових знань бактеріології і епідеміології. Успішна боротьба з епідеміями під час війни, яка буде мати місце при поширенні захворювань старим, „природним“ шляхом, повинна бути такою ж успішною при поширенні зарази шляхом бактеріологічної війни.

Щодо характеру майбутніх війн, то дуже ясно і виразно висловлювався і М. В. Фрунзе:

¹⁾ М. В. Фрунзе, Сочинения, т. II, с. 302.

²⁾ „Правда“, 1 сент. бря 1936 года.

„Найбільш вдалим терміном для означення суті цього роду є термін революційних війн. Що таке революційна війна?— Це війна, яку провадить країна, що зробила революційний переворот, країна, яка стала в непримиренні соціальні, економічні і політичні суперечності з старими державами, що ще зберігають свою давню суть“... „Війна революційна є по суті війна класова. Тут будуть боротися не нація з нацією, не народ з народом, а певні суспільні класи, що мають прихильників в обох ворожих таборах. Залежно від ступеня дозрівання революційного процесу, цей класовий характер виявлятиметься з більшою або меншою яскравістю і опуклістю“¹⁾.

Отже війна капіталістичних країн проти Радянського Союзу немивуча, але чим далі буде відсунута історична година її початку, тим більше зміцніє наш Союз і тим більше виграє вся людськість, бо:

„Уряд нашої великої країни, партія, сам великий Сталін неодноразово заявляли всьому світові, заявляли правдиво, чесно, як подобає всім радянським людям, про те, що наша країна— країна миру, країна, яка по праву претендує бути оплотом миру в цілому світі“.²⁾

Але „тільки посилення нашої військової моці зможе утримати наших ворогів від нападу на нас“...³⁾

Що ж „найкраще“, як вимагав В. І. Ленін, повинні ми здобути з досвіду війни 1914 — 1918 рр. і боротьби з епідеміями?

Цей досвід вчить нас такому:

1) під час війни слід бути готовим до можливості підвищеного поширення гостро-заразних хвороб як серед військ, так і серед населення;

2) боротьба з епідемічними хворобами в военний час не тільки можлива, але й необхідна в інтересах населення країни;

3) правильне ведення цієї боротьби супроводиться зниженням гостро-заразних хвороб, отже, є ефективним;

4) буржуазний державний лад не має змоги попередити розвиток епідемічних хвороб і не може вберегти від них ні фронт, ні тил, хоча б і провадилися відповідні протиепідемічні заходи;

5) причиною цього є як сама суть капіталістичного ладу, так і відсутність правильної організації в боротьбі з заразними хворобами;

6) у майбутній війні необхідно застосувати всі наукою випробувані протиепідемічні заходи і, крім того, бути готовим до нового виду зброї— до „бактеріологічної війни“.

¹⁾ М. В. Фрунзе, Сочинения, т. I.

²⁾ З промови К. Є. Ворошилова на мітингу в Києві 16 вересня 1936 року.

³⁾ М. В. Фрунзе, Сочинения, т. III, с. 78.

Л. Д. Ульянов

Эпидемии на Украине за время империалистической войны и интервенции

РЕЗЮМЕ

До империалистической войны на Украине ежегодно регистрировалось свыше одного миллиона инфекционных заболеваний и более 100 тысяч смертей от них.

Паразитарные тифы, давали за год десятки тысяч заболеваний (сыпной — 31 тыс., возвратный — 13,5 тыс.); кишечные инфекции (брюшной тиф, паратифы, дизентерия) составляли более 200 тыс.; натуральная оспа — 20 тыс.; детские инфекции (скарлатина, корь, дифтерия, коклюш) достигали ежегодно 400 тыс., малярия — 650 тыс. и т. д.

Причинами высокой эпидемичности Украины до империалистической войны в основном были: полуколониальное положение Украины в бывшей царской России, угнетение населения помещиками и капиталистами, бедность и низкий уровень культуры, неблагоустройство городов и сел, недостаточная медико-санитарная организация и слабая борьба с эпидемическими болезнями.

Империалистическая война и интервенция резко понизили и без того невысокий экономический уровень населения Украины. Они ухудшили санитарное состояние населенных мест, привели в расстройство медико-санитарную сеть, способствовали развитию и распространению эпидемических болезней как среди войск, так и среди гражданского населения.

В действующей армии на Украинском фронте, помимо чисто боевых потерь (2,7 миллиона убитых и пленных), за 1914 — 1917 гг. было 2 600 000 раненых и больных. Среди эпидемических болезней, которые были распространены в армии, надо отметить: 1) все виды тифов — сыпной, возвратный, брюшной; 2) кишечные инфекции — холера и дизентерия; 3) натуральная оспа; 4) цынга и т. д. Общее число заболеваний этими инфекциями в армии, действовавшей на Украинском фронте, достигло 219,0 тыс. случаев, из которых 27 тыс. окончились смертью.

В гражданском населении Украины за годы 1914 — 1920 имели широкое распространение все острые инфекции. По очень неполным статистическим сведениям они дали следующее число заболеваний: сыпной тиф — 190 000; возвратный тиф — 66 000; брюшной тиф — 68 000; дизентерия — 56 500; оспа — 26 000; скарлатина — 28 500; корь — 32 000; дифтерия — 39 000; коклюш — 28 000 и т. д.

Умерло от всех инфекционных болезней за то же время около 300 000 человек.

Борьба с эпидемическими болезнями на фронте и в тылу велась царским правительством беспорядочно, неорганизованно и в недостаточных размерах, даже — в действующей армии. Противоэпидемическое дело среди гражданского населения было поставлено еще хуже.

Поэтому потери населения от эпидемических болезней были колоссальные и тяжелые.

Буржуазно-помещичий строй бывшей России не мог обеспечить эффективности даже отдельных, правильно проводимых противоэпидемических мероприятий. Бюрократизм, казенный формализм и канцелярская волокита выхолащивали сущность медико-санитарного дела на фронте и в тылу.

В будущей войне, которую настойчиво готовят фашисты и военщина капиталистических стран, придется встретиться еще с „бактериологической войной“, т. е. с распространением эпидемических болезней путем вредительского заражения пищевых продуктов, воды, помещений и т. д. С этим новым видом „оружия“ надо серьезно считаться и подготовить меры для противодействия ему.

Нет никакого сомнения в том, что рабоче-крестьянская Красная Армия и освобожденное от капиталистического гнета население нашей советской, социалистической родины, в случае войны, успешно справятся и с вооруженными силами агрессоров и с возможными эпидемическими болезнями, независимо от формы и методов их распространения.

L. Oulianov

Les épidémies en Ukraine pendant la guerre impérialiste et l'intervention

RÉSUMÉ

En Ukraine, avant la guerre impérialiste, plus d'un million de cas de maladies infectieuses et plus de 100 milles décès causés par celles-ci étaient enregistrés annuellement.

Les typhus parasitaires provoquaient des dizaines de milliers de cas de maladie par an (le typhus exanthématique — 31000, la fièvre récurrente — 13500); les infections intestinales (fièvre typhoïde, paratyphoïde, dysenterie) donnaient plus de 200000 cas; la variole — 20000 cas; les infections infantiles (scarlatine, rougeole, diphthérie, coqueluche) atteignaient annuellement le chiffre de 400000 cas, la malaria — 650000 etc.

Une épidémicité aussi forte en Ukraine, avant la guerre impérialiste, avait pour causes principales: l'état semi-colonial de l'Ukraine dans l'ancienne Russie tzariste, l'oppression de la population par les propriétaires fonciers et les capitalistes, la pauvreté qui y régnait et un niveau culturel très bas, le mauvais aménagement des villes et des campagnes, l'insuffisance des services médico-sanitaires, ainsi qu'une lutte anodine contre les maladies épidémiques.

La guerre impérialiste et l'intervention eurent pour résultat une baisse très forte du niveau économique, assez bas sans cela, de la population de l'Ukraine. Elles aggravèrent l'état sanitaire des localités habitées, désorganisèrent le réseau médico-sanitaire, favorisèrent le développement et la propagation

des maladies épidémiques parmi les troupes, comme chez la population civile.

Dans l'armée active opérant sur le front ukrainien, outre les pertes se rapportant directement aux hostilités (2,7 millions de tués et de prisonniers), on comptait, au cours des années 1914 — 1917, 2600000 blessés et malades. Parmi les maladies épidémiques propagées dans l'armée il faut noter: 1) toutes les formes du typhus (typhus éxanthématique, fièvre récurrente, fièvre typhoïde); 2) les infections intestinales — choléra, dysenterie; 3) la variole; 4) le scorbut etc. La morbidité dans l'armée du front ukrainien, causée par ces infections, se montait au chiffre global de 219000 cas, dont 27000 furent mortels.

D'autre part, au cours des années 1914—1920, toutes les infections aiguës se trouvaient fortement propagées parmi la population civile de l'Ukraine. D'après des données statistiques très incomplètes les chiffres suivants des cas de maladie en sont le résultat: typhus éxanthématique — 190000; fièvre récurrente — 66000; fièvre typhoïde — 68000; dysenterie — 56500; variole — 26000; scarlatine — 28500; rougeole — 32000; diphthérie — 39000; coqueluche — 28000 etc.

Il mourut par suite de toutes les maladies infectieuses, au cours de la même période de temps, environ 300000 personnes.

La lutte contre les maladies épidémiques était conduite par le gouvernement tsariste sur le front et à l'arrière d'une manière désordonnée, sans organisation aucune et tout à fait insuffisamment, même dans l'armée active. Parmi la population civile l'organisation antiépidémique était encore pire et c'est pourquoi les pertes de la population causées par les épidémies étaient énormes.

Le régime politique et économique de l'ancienne Russie n'était même pas en état de rendre efficaces certaines mesures contre les épidémies, prises d'une manière plus ou moins correcte. Le bureaucratisme, le formalisme et l'incurie administrative rendaient irréalisable la bonne organisation des services médico-sanitaires sur le front et à l'arrière.

Pendant la guerre future que préparent avec ténacité les fascistes et la clique militaire des pays capitalistes on devra encore compter avec la „guerre bactériologique“, qui est celle de la propagation des maladies épidémiques par voie d'infection des aliments, de l'eau, des habitations etc. Cette nouvelle „arme“ tient à être sérieusement étudiée et des mesures rigoureuses devront être prises en conséquence pour pouvoir y parer.

On ne peut douter qu'en cas de guerre l'Armée Rouge des Ouvriers et des Paysans, ainsi que la population de notre patrie soviétique, socialiste, libérée du joug des capitalistes, ne viennent heureusement à bout non seulement des forces armées des agresseurs, mais tout aussi bien des épidémies possibles, quelles que soient les formes et les méthodes de leur propagation.

Л. Д. Ульянов

Боротьба за знищення інфекцій в Українській Радянській Соціалістичній Республіці

Коли підбиваються підсумки успіхів соціалістичного будівництва в нашій Радянській Країні і коли серед цих успіхів відзначають падіння інфекційної захворюваності, не можна не згадати історичні слова В. І. Леніна, сказані ним на VII З'їзді Рад у 1919 році:

„...Якщо ми дамо хліб, якщо ми доб'ємося того, щоб збільшити кількість палива, якщо ми напружимо всі свої сили для того, щоб стерти з лиця російської землі висипний тиф, — результат некультурності, злиднів, темноти і нецтва, якщо ми всі ті сили, весь той досвід, який ми набули в кривавій війні, застосуємо в цій війні безкровній, — ми можемо бути певні, що в цьому ділі, яке все таки далеко легше, далеко людяніше, ніж війна, що в цьому ділі ми завойовуємо собі успіху все більше й більше.“¹⁾

У цих простих формою, але надзвичайних змістом і глибиною слів геніального творця єдиної в світі Радянської Республіки, ми знаходимо і програму конкретних заходів проти однієї з грізних епідемічних хвороб, що лютувала у нас на світанку радянської влади, і систему дій проти її поширення, і пояснення причин її походження, і організаційну постановку боротьби з інфекціями, і передбачення успішного результату.

У даному огляді успіхів Радянської України на епідемічному фронті ми хотіли б показати, як радянська охорона здоров'я засвоїла заповіді В. І. Леніна і чого вона домоглася в справі зниження інфекційної захворюваності, порівнюючи з тим, що було на Україні до Великої Жовтневої революції.

Яку санітарно-епідемічну картину являла собою Україна до Великої Жовтневої революції — досить докладно сказано в попередній нашій статті²⁾. А тому ми не будемо зупинятися на цьому питанні і розглянемо, яка ж була динаміка інфекційної захворюваності в УРСР за час радянської влади.

Якщо середньорічний коефіцієнт інтенсивності захворюваності по кожній інфекції на Україні за 14 років перед війною (1900—1913 рр.) прийняти за 100 і до нього обчислити аналогічні коефіцієнти по роках за період з 1923 р. по 1936 р., то можна бачити таку динаміку небувалих темпів зниження захворюваності на гостро-заразні хвороби:

¹⁾ В. І. Ленін, Соч. т. XXIV, изд. 3, с. 609.

²⁾ Див. „Епідемія на Україні під час імпералістичної війни і інтервенції“

³⁾ Дані про інфекційні захворювання за час з 1914 р. по 1922 р. не можна порівнювати ні довоєнним, ні з радянським періодом, бо вказаний вище дев'ятирічний відрізок часу відзначається від усього попереднього і наступного своєю виключною особливістю (імпералістична війна і інтервенція).

1. За весь 13-річний період до 1936 р. паразитарні тифи неухильно знижувались і в результаті поворотний тиф зник зовсім на території УРСР, а висипний тиф знизився в п'ять разів проти довоєнного часу і тепер наближається до цілковитої ліквідації.

2. Різко знизилась кишкові інфекції — черевний тиф і дизентерія: черевний тиф зменшився більше ніж у п'ять разів, а дизентерія — в чотири рази, порівнюючи з тим, що було до 1914 року.

3. Дитячі інфекції — віспа, кір, шкарлатина, дифтерія і коклюш — дали різке зниження проти довоєнного часу; зокрема, натуральну віспу ліквідовано цілком і за останні роки (1933 — 1936) в УРСР не було жодного випадку захворювання на віспу; дифтерія систематично знижалась і зменшилась в 17 разів проти довоєнного періоду; кір знизився в 2 рази, шкарлатина в 3 рази, коклюш — в 2,5 рази проти довоєнного рівня.

4. Малярія дала максимальне зниження (в чотири рази) в 1929 — 1931 рр., а потім трохи підвищилась в 1935 — 1936 рр.

5. Зниження по всіх перелічених вище основних інфекціях не йшло паралельно і рівномірно по всіх роках (з 1923 по 1936), а майже кожна інфекція мала в динаміці за 13 років свої особливості, хвилеподібні коливання і різні темпи зниження, проте всі ці інфекції за такий короткий проміжок часу, як 13 років, дали різке, що не спостерігалось ще в історії, загальне зниження.

6. Через це індекс загальної епідемічності, який був у довоєнний час на висоті: 370 на 10 000 населення знизився в 1936 році на Україні до 107 на 10 000 населення, тобто зменшився майже в 3,5 рази.

Ці успіхи досягнуто радянською владою і радянською охороною здоров'я у результаті загального поліпшення умов життя людності в країні диктатури пролетаріату, а також через систематичну і широку боротьбу з епідемічними хворобами, яку провадили органи радянської охорони здоров'я.

Справді, чим іншим можна пояснити загальне зниження всіх інфекційних хвороб на кінець успішно завершеного другого п'ятирічного народногосподарського плану нашої соціалістичної республіки?

Не може бути сумнівів у тому, що сумарне зниження заразних захворювань відбувається у нас під могутнім впливом успіхів будівництва соціалізму.

Величезний ріст добробуту трудящих, невпинне підвищення культурного і побутового рівня населення, піднесення свідомості й народної освіти як у місті, так і на селі, поліпшення житлової і комунальної санітарії, небувале зростання продукції предметів широкого вжитку і особливо харчової промисловості і все, що дала нам Велика Жовтнева Соціалістична революція за 20 років, не могло не викликати ґрунтовні зрушень у бік підвищення здоров'я широких мас населення, більшу й опірність загальній і інфекційній захворюваності, зменшення смертності, зміцнення фізичного стану покоління, що йде на зміну, і т. д. і т. д.

Наведемо лише кілька прикладів ефективності заходів радянської влади по лінії охорони здоров'я.

Таблиця 1

№	Сітка санітарно-епідемічних закладів на Україні	Р о к и			
		1913	1928	1932	1936
1	Інститути: а) санітарно-бактеріологічні, б) комунальної гігієни в) гігієни праці, г) харчової санітарії, д) протозойний . .	5	8	11	13
2	Санітарно-епідемічні станції: а) обласні, б) міжрайонні, в) міські і районні . . .	0	0	146	406
3	Санітарно-бактеріологічні лабораторії . .	21	124	271	415
4	Дезинфекційні станції і пункти	0	82	422	563
5	Маярійні станції і пункти	0	48	65	245
6	Пастерівські станції і пункти	5	70	98	85
7	Корові станції і пункти	0	0	0	82
8	Промислово-санітарні станції	0	0	22	32
9	Промислово-гігієнічні лабораторії . . .	0	0	31	68
10	Харчові санітарні станції	0	0	0	2
11	Харчові санітарні лабораторії	0	0	0	31
12	Бруцельозні станції	0	0	0	2
13	Будинки санітарної освіти	0	0	78	67

Ще до видання закону про заборону робити штучні аборти народжуваність на Україні (як і в усьому Радянському Союзі) була вища, ніж у будьякій країні капіталістичного Заходу, але після цього закону кількість народжень різко підвищилась: за даними управління народно-господарського обліку УРСР за п'ять місяців 1937 року народжуваність в Одеській області збільшилась, порівнюючи з тими же місяцями минулого року, на 86,1%, у Київській області—на 55,5%, у Харківській—на 66,3%, у Дніпропетровській—на 84,2%, у Донецькій—на 50,3%; одночасно число розлук по селах і містах УРСР, порівнюючи з 1936 роком, зменшилось більше, ніж в 3 рази ¹⁾.

Звичайно, ніякий закон не міг би мати таких блискучих результатів, коли б не було таких факторів, як загальне піднесення культурного й матеріального благополуччя, як ніде і ніколи небачена допомога багатодітним матерям ²⁾, як колосальний ріст ясельної справи, родильної допомоги і т. д.

Одночасно з підвищенням народжуваності знижується смертність і наперед (що особливо важливо) дитяча смертність: проти дореволю-

¹⁾ „Известия“, 27 юня 1937 г.

²⁾ На Україні за 10,5 місяця після закону 27 червня 1936 року 27 792 багатодітним матерям виплачено державної допомоги на суму 59 млн. крб.

ційного часу вона знизилась в 2,5 раза. Смертність від гостро-заразних хвороб в середньому зменшилась в 4,5 раза¹⁾.

Фізичний розвиток, що прямо й позитивно характеризує здоров'я трудящих у нас, в протилежність загниваючому капіталістичному Заходові, росте і підвищується: у призовників збільшився (порівнюючи з минулим) ріст, вага тіла і об'єм грудей; зменшилось в 10 і більше разів число визнаних непридатними до військової служби через фізичне недорозвинення і т. ін.

В 1932—33 р., після деякої тиші в захворюваності на віспу і послаблення через це уваги до неї, було зареєстровано кілька сот хворих на віспу. За розпорядженням українського уряду для припинення віспяних захворювань місцевого походження було проведено поголовне віспощеплення всього населення України (30 млн.) і на другий рік віспу „як рукою зняло“, залишились поодинокі випадки завізної віспи з вогнищ поза УРСР.

Можна було б навести ще цілий ряд яскравих прикладів, аналогічних попередньому, але й поданих—досить: перевага радянської системи, соціалістичного укладу суспільства перед суспільством капіталістичним стали тепер очевидними для всього мислячого людства.

Не можна, проте, не зважити істотного впливу на боротьбу з гострими інфекціями—великого росту медично-санітарної сітки і санітарних кадрів в УРСР і тієї великої оздоровчої роботи, яка ними проведена на протязі майже двох десятиків років. А тому, не вдаючись у характеристику росту всієї справи охорони здоров'я на Україні за час радянської влади (що не становить нашого безпосереднього завдання і подано в інших розділах цього санітарного збірника), спинимось лише на деяких порівняльних показниках рівня санітарно-епідемічної справи в динаміці її—на кількох важливіших роках протягом найближчого 20-річного періоду, наведених в таблиці 1 (с. 81).

В таблиці наведено показники: 1) довоєнного часу, 2) початку першої п'ятирічки, 3) кінця її і 4) передостаннього року другої п'ятирічки.

Зіставлення цифр чотирьох колонок цієї таблиці показує величезний ріст санітарно-епідемічної сітки на Україні:

1) Тим часом як до імперіалістичної війни було всього три типи санітарно-епідемічних закладів (інститути, лабораторії, пастерівські станції), в 1936 році номенклатурних одиниць цих закладів було вже понад 13 (в таблицю не увійшли гельмінтологічні пункти, санітарно-ізоляційні пункти і т. д.).

2) Число закладів зросло від одиниць до сотень.

3) Особливо інтенсивно зростали комплексні санітарно-епідемічні заклади (санітарні станції) і протиепідемічні заклади (дезстанції і пункти, малярійні станції і пункти, корові станції).

4) Найбільше збільшення сітки закладів припадає на другу п'ятирічку.

¹⁾ Загальний показник летальності від усіх інфекційних хвороб до Великої Жовтневої революції був 10% і більше; тепер він не вищий 2—3%.

5) Число деяких закладів (пастерівських, будинків санкультури) в другу п'ятирічку скоротилось проти першої п'ятирічки, бо частина їх увійшла в склад санітарних станцій.

Паралельно з ростом сітки закладів зростали і санітарно-епідемічні кадри.

Таблиця 2

Склад санітарно-епідемічних кадрів на Україні	Р о к и	
	1913	1936
I. Державних санітарних інспекторів (зайнято посад)	0	348,5
у т. ч.:		
а) міських і районних	0	135,5
б) промислово-санітарних	0	69
в) харчових санітарних	0	59,5
г) житлово-комунальних	0	58
д) шкільно-санітарних	0	26,5
II. Санітарних лікарів—не державних санітарних інспекторів (зайнято посад)	95	1270,1
у т. ч.:		
а) загальносанітарних (міських і районних)	95	882,1
б) промислово-санітарних	0	98
в) харчових санітарних	0	139,5
г) житлово-комунальних	0	146,5
д) шкільно-санітарних	0	43
е) епідеміологів	0	270
Крім того:		
а) бактеріологів	0	493
б) маляріологів	0	115
в) дезинфекціоністів	0	60
III. Середніх санітарних кадрів		
а) санітарних фельдшерів	36	1166
б) дезінструкторів	0	759
в) дезинфекторів	0	3205
г) вакцинаторів і віспощепів	130	1124

У таблиці 2 привертає увагу таке:

1) У кінці 1934 року була заснована державна санітарна інспекція швидко розрослась. Заснування її мало велике значення для піднесення санітарного стану країни, бо підсилювався санітарний контроль і нагляд за харчовими, промисловими і житлово-побутовими об'єктами, поліпшало

керівництво санітарною справою, стала ширшою і планомірнішою боротьба з заразними хворобами. Лише небагато які райони УРСР ще не мають у себе державних санітарних інспекторів, а по містах вони вже диференціювались за галузями роботи і набули необхідної кваліфікації.

2) Число санітарних лікарів (не державних санітарних інспекторів) незмірно зросло проти 1913 р. (збільшення в 13,5 раза) і значна частина їх спеціалізувалась у різних галузях санітарної справи.

3) Виник цілий ряд спеціалістів, які не існували до Великої Жовтневої революції (бактеріологи—санітарні лікарі, маляріологи, дезинфекціоністи лабораторні гігієністи, ентомологи-маляріологи, інженери-меліоратори і т. д.).

4) Кадри середнього санітарно-епідемічного персоналу кількісно зросли, якісно диференціювались.

5) Санітарно-епідемічні кадри поповнились і підсилились сотнями боніфікаторів, хінізаторів, сануповноважених, активістів із секцій охорони здоров'я райрад і т. д.

Крім санітарних лікарів, підпорядкованих безпосередньо Наркомздоров'я з'явилися кадри відомчих санітарних лікарів (залізничних, Наркомхарчпрому і ін.). Число одних харчових лікарів відомчої служби досягло в 1936 р. 370 осіб.

За штатним розписом на 1936 рік мало бути для УРСР 546 державних санітарних інспекторів і 1579 санітарних лікарів. Справді ж число зайнятих посад державних санітарних інспекторів було менше на 36%, а санітарних лікарів—на 20%. Число фізичних осіб (державних санітарних інспекторів і лікарів) було трохи менше від числа зайнятих посад, бо коефіцієнт сполучення посад в 1936 році становив 1,6.

Все це говорить про те, що, не зважаючи на величезний ріст кадрів санітарних лікарів на Україні, число їх все ще не достатнє, а середній персонал все ще відстає від норми: на 1 санітарного лікаря припадає 1—2 санітарних фельдшери.

Розподіл сітки санітарно-епідемічних закладів і лікарських кадрів по областях УРСР в 1936 р. можна бачити з таблиці 3.

Таблиця 3 показує, що найважливіші області УРСР (промислові, а Донецька і Дніпропетровська, столична—Київська і т. ін.) краще інше забезпечені як санітарно-епідемічною сіткою, так і санітарними кадрами.

По Донецькій, Дніпропетровській, Харківській, Одеській і Київській областях, крім здоровоохоронних промислово-санітарних лабораторій, показані в таблиці заводські лабораторії. Число цих останніх досягає 36, що значно посилює промислово-санітарну сітку.

До складу санітарно-харчових лабораторій у таблиці ще включені харчові лабораторії при харчових виробництвах і при продуктових базарах. Загальне число таких лабораторій досягає 779 і теж трохи посилює харчову санітарну організацію УРСР.

Не достатня ще кількість харчових санітарних станцій, але їх функція певною мірою виконують загально-санітарні станції, які досить густою сіткою вкривають усю Україну.

Таблиця 3

№	Області	Санітарні станції	Санітарно-бактеріологічні лабораторії	Промислово-санітарні станції	Промислово-гігієнічні лабораторії	Харчові санітарні станції	Харчові санітарні лабораторії	Дезинфекційні станції	Державні санітарні інспектори	Санітарні лікарі
1	Київська . . .	78	71	2	5	—	41	97	61	201
2	Чернігівська .	26	36	2	2	—	119	55	24	56
3	Вінницька . .	45	59	1	1	—	9	80	67	96
4	Дніпропетровська	84	64	6	15	1	193	81	42	222
5	Харківська . .	56	60	5	11	—	59	94	42	231
6	Одеська	31	39	4	9	1	124	74	37	155
7	Донецька . . .	71	58	12	25	—	265	68	54	200
8	МАРСР	15	12	—	—	—	—	14	3	21

Діяльність санітарної організації УРСР до Великої Жовтневої революції і за останні роки (1935—1936 рр.), звичайно, не можна порівнювати ні в кількісному, ні в якісному відношенні.

Якщо до 1914 року робота санітарних лікарів мала майже виключно організаційно-адміністративний характер, то тепер вона має яскраво виражений санітарно-протиепідемічний напрям. Це видно з таких даних і показників за 1936 рік.

- 1) Число санітарних обслідувань становило 2 239 681 (1 229 579—по містах і 1 010 102—по селах).
- 2) Число обслідуваних об'єктів було 476 974 (188 638—по містах і 288 336—по селах).
- 3) Розглянуто проектів різних новобудов 6921; з них відхилено цілком 1055.
- 4) Зроблено санітарних пропозицій 866 227; з них виконано—598 324.
- 5) З загального числа обслідуваних об'єктів було:
 - а) по водопостачанню—111 689,
 - б) по асенізації—47 839,
 - в) лазень і пралень—17 497,
 - г) гуртожитків і жилих будинків—138 097,
 - д) клубів і приміщень громадського користування—14 360,
 - е) лікувально-профілактичних закладів—7 990,
 - є) шкіл і т. ін. закладів—22 363,
 - ж) дитячих закладів—25 266,
 - з) закладів громадського харчування—17 892,
 - и) закладів товарної сітки—35 712,
 - і) харчових підприємств—4 100,
 - ї) промислових підприємств—5 702.

- 6) Проведено епідемічних обслідувань 586 899.
 - 7) Зроблено санобробок 13 222 151.
 - 8) Оброблено дезінфекцією:
 - а) вологою—42 949 505 м²,
 - б) газовою—3 678 744 м³,
 - 9) Оброблено дератизацією 1 759 770 м².
 - 10) Зроблено аналізів:
 - а) бактеріологічних—727 177,
 - б) санітарно-гігієнічних—464 241,
- у т. ч:
- харчових—332 304,
 - води—91 106,
 - промислових об'єктів—16 197.

Підбиваючи підсумки діяльності української санітарної організації в цілому, треба сказати, що виконано досить велику, різноманітну і ефективну роботу, і хоч ця робота все ще далека від певного задоволення потреб населення в санітарній допомозі і потребує дальшого розширення і поглиблення, проте вона була одним з істотних факторів, що сприяв зниженню інфекційних захворювань і ліквідації деяких з них. Але робота ця могла бути ще кваліфікованішою, поглибленішою, ширшою, успіхи в зниженні інфекційної захворюваності більшими, вищими. При надзвичайно сприятливих умовах, створених для оздоровлення країни Великим Жовтнем, санітарна організація УРСР могла вийти ще з більшим активом досягнень, дійсно гідних цього найбільшого історичного ювілею.

Боротьбу з гостро-заразними хворобами і зведення їх до мінімуму поставлено, як першочергову задачу на третю п'ятирічку. Слід сподіватись, що вона буде цілком ефективною, бо для цього в нашій соціалістичній республіці є всі об'єктивні умови і можливості.

Певний науково-практичний інтерес являє характеристика конкретних протиепідемічних заходів, проведених радянською охороною здоров'я в Україні в боротьбі за зниження інфекційної захворюваності.

Якщо розглядати диференційовано окремі групи інфекційних хвороб і шукати найближчих, здоровоохоронних причин їх зниження, то можна навести ряд конкретних фактів, які мають своє особливе значення і вплив на епідеміологію певних заразних хвороб.

I. Група паразитарних тифів

Поворотний тиф, як уже говорили ми, зник з меж УРСР зовсім. У клініках не можуть показати студентам-медикам хворих рекурентом. Його доводиться вивчати з книжок і лекцій, а не біля ліжка хворих.

Висипний тиф зменшився проти довоєнного часу в п'ять разів. Летальність від нього різко знизилась і тепер висипний тиф уже не становить тієї грізної хвороби, якою він був до Великої Жовтневої революції і часів інтервенції, коли В. І. Ленін говорив про нього в таких найгостріших висловах:

„Товариші, всю увагу цьому питанню. Або воші переможуть соціалізм, або соціалізм переможе воші.“¹⁾

Очевидні факти колосального зниження паразитарних тифів мають місце в Радянській Україні тому, що, поперше, добробут населення різко поліпшав і санітарна культура піднеслась; подруге, посилилась і зміцніла в своїй організації й методика боротьби з цими інфекціями; потрете, провадяться способи раннього виявлення і розпізнавання висипного тифу (реакція Вейль-Фелікса і т. д.); почетверте, посилилась госпіталізація захворілих; всі райони УРСР мають дезінфекційні камери і дезінфекційних інструкторів, лазні і т. д. Для ілюстрації розмірів заходів проти висипного тифу скажемо, що за один тільки 1936 р. на Україні було проведено 13 млн. санітарних „обробок“; середній по республіці процент госпіталізації сипнотифозних досяг 93; число лазень по колгоспах досягло 10 тисяч, а по радгоспах 1 тисячі; за останні три роки (1934—1936) різними відомствами, колгоспами і радгоспами придбано від Наркомздоров'я більш за 3 тисячі душових установок; число стаціонарних і пересувних дезінсекторів перевищило 7 тисяч, з них 6 тисяч гарячоповітряних і понад 1 тисячу газових; постачання інсектицидних засобів перевищує багато сотень тонн за рік.

Крім постійного персоналу для дезінфекційної і санітарної обробки населення пунктів, де були захворювання на висипний тиф, Наркомздоров'ям УРСР було надіслано на тимчасову роботу 456 студентів-медиків старших курсів.

З наведених вище даних видно, яких широких розмірів набула боротьба з висипним тифом на Україні. Але боротьба з ним все ще не достатня, медично-санітарна організація і робота її ще не скрізь на належній височині.

Тим часом у нашій соціалістичній країні є всі передумови і всі можливості для того, щоб негайно викоренити цю спадщину минулого. Завдання шкловитої ліквідації висипного тифу ставлять органи охорони здоров'я як обов'язкове для виконання в перші ж роки третьої п'ятирічки.

II. Група кишкових інфекцій

Черевний тиф проти довоєнного часу дав зниження в п'ять разів, а дизентерія звизилась в чотири рази.

Це залежало, звичайно, від того, що за час радянської влади на Україні було проведено значне оздоровлення населених пунктів. Жигловий фонд з 1923 по 1933 рр. зріс з 30 млн. м² до 40 млн. м², тобто на 33%; з 176 міст і селищ міського типу на Україні комунальні водопроводи були лише в 37, а каналізація—тільки в 4; в 1936 р. каналізовано було вже 16 міст, а 83 населених пункти стали користуватися комунальними водопроводами; водопровідна сітка з 849,6 км в 1914 р. збільшилась до 2872 км в 1936 році, число домових прилучень до водопроводу зросло з 24 794 в 1912 р. до 52 000 в 1936 році; кількість відпущеної водопроводами

¹⁾ В. И. Ленин, т. XXIV, 3, с. 608.

води збільшилась з 29,8 млн. м³ в 1912 році до 36,2 млн. м³ в 1936 р.; каналізаційна сітка розширилась в 2,5 раза (з 290 км в 1912 р. до 736 км в 1936 р.); нарешті, асенізаційний обоз в 1917 році існував лише в 84 містах, а в 1936 р. ним користувались вже 420 населених пункти. Крім того, треба врахувати, що багато населених пунктів користувались ще водопроводами, каналізацією, асенізаційними обозами і т. д., що належали різним відомствам, підприємствам і організаціям.

Паралельно з ростом міської й сільської впорядкованості поширився і зміцнів загальний і особливо харчовий санітарний нагляд, поліпшало харчування людності, підвищився рівень її побуту і т. д.

Зрозуміло, що значну роль у боротьбі з кишковими інфекціями відіграли і протиепідемічні заходи. Так, в 1934 р. для масової імунізації проти черевного тифу було проведено 7 240 000 закінчених трикратних запобіжних щеплень, а зменшення захворюваності черевним тифом дозволило знизити кількість вакцинацій проти нього в 1936 році до 6 240 000, тобто на цілий мільйон, з перспективою дальшого зниження в наступні роки.

Проти дизентерії шороку (1934—1936 рр.) провадилось понад 4,5 млн. щеплень.

Посилилась і увійшла в широку практику лабораторна діагностика кишкових інфекцій; самих тільки досліджень на черевнотифозне бацилоношення було проведено в 1936 році 150 943, при чому виявлено 2546 бацилоносців.

Госпіталізація хворих на черевний тиф дійшла на Україні в 1936 р. до 95,1% усіх захворілих, а з дизентериків госпіталізовано уже 82,2%. Поширення черевного тифу за останні роки набуло майже виключно контактного характеру, а поява його, як окремі випадки, розсіяні в багатьох населених пунктах, ускладнювала боротьбу з ним і сповільнювала темпи зниження цієї інфекційної хвороби, яку цілком можливо усунути.

III. Група дитячих інфекцій

Ця група дала за описуваний час нерівномірне зниження: одні інфекції, як натуральна віспа, зовсім ліквідовано; другі, як дифтерія, напередодні ліквідації; треті, як кір, шкарлатина, коклюш, знизились лише трохи.

Залежить це певною мірою від того, що проти одних дитячих інфекцій (віспа, дифтерія) наука вже дала в руки практикам справжні, специфічні засоби боротьби, а для інших (шкарлатина кір, коклюш) не виробила ще не тільки цілком надійних, які гарантують від захворювання, заходів, але навіть не остаточно встановила їх етіологічну суть і не відкрила безперечних збудників.

Тому й успіхи в зниженні дитячих інфекцій мають строкатий характер і ставлять питання про боротьбу з ними гостріше, ніж з іншими інфекціями. І це тим більш зрозуміло, що в Радянському Союзі піклування про дітей стоїть на першому місці.

З натуральною віспою питання треба вважати остаточно розв'язаним. Радянська влада майже 20 років тому встановила обов'язкове і поголове

віспощелення, добилась, як ми вказували вище, повної ліквідації віспи на Україні, і, якщо не буде проривів у справі віспощелення, знати про віспу будуть тільки з книжок.

Проти дифтерії органами охорони здоров'я багато зроблено. Ще з 1924—25 рр. на Україні стали провадити запобіжні щеплення проти дифтерії. З кожним роком число їх росло і вже в кінці першої п'ятирічки перейшло за мільйон; в 1935 році зроблено 3 894 000 вакцинацій, а з 1936 р. стали провадити і ревакцинацію (1 920 000 вакцинацій і 799 000 ревакцинацій).

Водночас з розвитком прищепної справи відбувалось і зниження захворюваності на дифтерію.

Звичайно, боротьба з цією інфекцією не обмежувалась самою тільки прищепною кампанією. Серед інших заходів треба відзначити госпіталізацію хворих, яка в 1936 році досягла 59,6% захворілих; треба підкреслити удосконалення і поширення методів ранньої діагностики і лікування дифтерії, боротьби з бацилоношенням і т. д.

Треба вважати, як уже говорилося, що дифтерія на Україні на шляху до ліквідації.

Є деякі підстави вважати, що напередодні зрушення в бік різкого зниження стоїть кір. Правда, по окремих роках він ще дає епідемічні хвилі, але з кожним роком росте серопрфілактика кору, збільшується сітка корових пунктів по збиранню крові для цілей профілактики, знижується смертність від цієї інфекції і міцніють організаційні заходи по боротьбі з кором.

Слабким місцем серед них є ще недостатня госпіталізація хворих на кір і недостатня розробка наукових питань з етіології, діагностики і лікування кору.

Шкарлатина покищо мало піддається заходам впливу на неї і іноді дає ще епідемічні спалахи.

Особливістю шкарлатини останніх років є численність легких, стертих, атипічних форм. Це утрудняє діагностику і вчасне проведення профілактичних заходів.

Але в той же час успіхи госпіталізації і лікування шкарлатини (пельивання крові за Зюковим, застосування специфічної сироватки за Ягомольцем і т. д.) значно скоротили летальність від цієї хвороби, вона проти колишнього тепер знизилась з 10—12% до 3—5%.

Крім посиленої госпіталізації, яка досягла в 1936 році 92,1% усіх захворілих, проти шкарлатини провадили ще, звичайно, ряд профілактичних і протиепідемічних заходів.

Запобіжні щеплення, зважаючи на непевність одержаних від них результатів, на Україні не поширились. Їх провадили в останні роки в порядку широкого масового дослідження, і є підстави вважати, що в найближчий час, завдяки рядові удосконалень, вони здобудуть відповідне значення місце в ряді протишкарлатинних заходів.

Коклюш, як ми відзначали вище, знизився проти довоєнного часу цього в 2,5 рази і його не можна ще вважати подолалим.

Боротьбу з коклюшем через цілий ряд питань, ще не розв'язаних наукою, покищо не можна вважати раціонально поставленою, і вона потребує значного зрушення.

У галузі профілактики коклюшу провадять досить інтенсивні роботи Харківський і почасти Одеський бактеріологічні інститути. Поглиблюються також роботи над поліпшенням діагностики і вишукуванням методів імунізації і лікування цієї хвороби, але покищо в руки практиків не дано специфічних, радикально діючих засобів, і вони примушені використовувати лише загальні протизаразні заходи.

Відзначаючи успіхи радянської медицини у справі зниження дитячих інфекцій, необхідно підкреслити, що загальна захворюваність дітей і смертність їх за часів радянської влади на Україні дуже різко знизилась.

Якщо до імперіалістичної війни на Україні від проносів, поганого харчування і поганого догляду за дітьми на першому році життя вмирало не менше 25% народжених, то в другу п'ятирічку (1932—1937 рр.) смертність дітей до 1 року знизилась більше, ніж в 3 рази проти довоєнного часу. Водночас знизилась смертність дітей і інших віків — ясельного, дошкільного і шкільного.

Це велике зниження загальної дитячої смертності відбулося переважно за рахунок зменшення захворюваності дітей розладом травних органів, органів дихання і ін.

Тут досягнення радянської медицини величезні.

Виключна увага й піклування про дітей в Радянському Союзі, найширша сітка ясел, дитячих садків, молочних кухонь, консультацій і інших закладів для дітей, кваліфікований і пильний догляд за ними, вивчення догляду за дітьми матерів, поширення санітарної освіти, підвищення матеріального і культурного рівня трудящих, — все це надзвичайно сприятливо позначилося на зміцненні здоров'я дитячого населення і привело до різкого зниження як загальної захворюваності дітей, так і особливо їх смертності.

IV. Інші інфекції

Серед інших інфекцій перше місце належить малярії. Та особлива увага, яку віддає цій хворобі уряд і органи охорони здоров'я, свідчить про серйозне становище і необхідність рішучої боротьби з нею.

На протязі майже двох десятків років малярія на Україні дає хвилі зниження й підвищення.

Хоч летальність від малярії взагалі мінімальна, але хвороба подекуди (особливо вздовж річок і заболочених місць) має масовий характер, рецидиви часті і викликає вона тимчасову втрату працездатності в найгарячішу робочу пору. Економічна шкода, яку спричиняє малярія, значна.

У боротьбі з малярією не все було гаразд: у ті періоди і роки, коли захворюваність зменшалась, падала увага до цієї хвороби, скорочувалась сітка протималярійних закладів, зменшувався обсяг протималярійних заходів, і так тривало до другої висхідної хвилі цієї інфекції.

За останні роки боротьбу з малярією стали провадити більш систематично і наполегливо. Звітні матеріали за 1936 рік мають такі дані в цьому

- 1) Число обслідуваних на малярію становило 5 554 893 чол.
- 2) Число хінізованих з лікувальною метою було 812 393, а з протирецдивною метою—731 070 чол.
- 3) Площа водоймищ, оброблених для знищення личинок комарів шляхом нафтування, досягла 13 986 га, а шляхом запилення (переважно авіазапилення)—15 519 га.
- 4) Осушено заболочених місць шляхом меліоративних робіт 54 175 га.
- 5) З метою профілактики від укусів комарів засітчено:
 - а) металевою сіткою 53 331 м²,
 - б) марлевою „ 276 832 м²,
 - в) розподілено марлевих завіс 7 348.
- 6) Використано хініну 2 378 кг, плазмочида 2 196 кг, акрихіну 321 кг.
- 7) На боротьбу з малярією, крім спеціальної постійної організації (див. вище), працювало головним чином по колгоспах і радгоспах 7915 боніфікаторів і 10 056 хінізаторів.

І, не зважаючи на ці тисячі людей, гектарів, метрів і кілограмів, малярія уперто тримається. Це каже про те, що протималярійні заходи треба ще більше посилити, і тільки тоді можна ждати різкого перелому в поширенні цієї інфекції.

Кажучи про падіння інфекційної захворюваності на Україні, слід спитися на ряді гостро-заразних хвороб такого виду, як цереброспинальний менингіт, епідемічний енцефаліт, правець, сказ, сибірка, сар і т. д.

Але коротко про всі ці хвороби можна сказати таке:

- 1) всі перелічені вище інфекції не мали на Україні за 20-річний період часового поширення;
- 2) всі вони різко знизилась у кількісному відношенні, порівнюючи з довоєнним часом;
- 3) всі ці хвороби не можуть загрожувати епідемічному благополуччю країни і піддаються при появі впливові вироблених наукою і практикою заходів;
- 4) більшість цих інфекцій напередодні викорінення і значного обмеження.

Закінчуючи, таким чином, огляд гострих інфекційних хвороб і динаміку їх зниження на Україні за період радянської влади, слід природно підбити деякі підсумки і зробити ряд висновків для майбутнього.

Справді, ріст міської впорядкованості на основі досягнень санітарної техніки, розвиток санітарного нагляду, ріст санітарної культурності населення привели до різкого зниження епідемічних захворювань у капіталістичних країнах. Але ніколи ніде подібне зниження не йшло такими темпами, як у Союзі Радянських Соціалістичних Республік.

З другого боку, досвід минулої імперіалістичної війни і економічна криза в країнах капіталу показали, що успіхи на протиепідемічному фронті, досягнуті буржуазією, не тривкі, і епідемії в умовах капіталістич-

ного ладу рецидивують, і час від часу дають спалахи, особливо серед безробітних. Дуже поширені епідемічні хвороби в колоніях, де ендемічний харзктер їх зберігається і по цей день.

Досі справедливі слова Ф. Енгельса, висловлені ним з приводу епідемічних хвороб¹⁾:

„Сучасне природознавство показало, що так звані „погані квартали“, в яких скупчені робітники, є вогнищами всіх тих епідемій, які періодично відвідують наші міста. Холера, тиф і тифозна гарячка, віспа й інші заразні хвороби поширюють свої бактерії в зачумленому повітрі і отруєній воді цих робітничих кварталів; там вони майже ніколи не зникають, а як тільки умови дозволяють, розвиваються в епідемічні масові хвороби і виходять тоді за межі своїх вогнищ у більш здорові частини міста з кращим повітрям, населені панами капіталістами. Пануючий клас капіталістів не може безкарно доставляти собі приємність прирікати на епідемічні захворювання робітничий клас; наслідки падають на самих капіталістів, і смерть косить серед них свої жертви так само нещадно, як серед робітників.

„Відтоді, як наука встановила цей факт, людинолюбні буржуа запалились палким змаганням у піклуванні про здоров'я своїх робітників. Стали засновувати товариства, писати книги, складати проекти, обмірковувати і видавати закони з метою знищити джерела епідемій, які все повторюються“.

Така дійсність капіталістичного світу.

Зовсім інакша вона у нас: перемога соціалізму повела нас шляхом ліквідації епідемій, і не тільки епідемій, але і зниження загальної захворюваності, зниження смертності і підвищення народжуваності, а великі можливості оздоровлення праці й побуту, закладені в соціалістичній суті Радянського Союзу, — дають об'єктивні гарантії для дальшого поліпшення і зміцнення народного здоров'я.

У Радянському Союзі соціалістичний лад показав, яких успіхів на всіх фронтах народногосподарського життя можна досягнути не за століття, а всього тільки за 20 років.

Але саме тут, у зв'язку з досягнутим, раз і назавжди, треба запам'ятати слова великого Сталіна:

„Успіхи й досягнення — справа, звичайно, велика. Наші успіхи в галузі соціалістичного будівництва справді величезні. Але успіхи, як і все на світі, мають і свої тіньові сторони. У людей, мало спокушених у політиці, великі успіхи і великі досягнення нерідко породжують безтурботність, благодушність, самовдоволення, надмірну самовпевненість, зазнайство, хвастощі“...

...„обстановка успіхів — успіх за успіхом, досягнення за досягненням, перевищення планів за перевищенням, — породжує настрій безтурботності і самовдоволення, створює атмосферу парадних торжеств і взаємних при-

¹⁾ Ф. Енгельс, К жилищному вопросу, Партиздат, Москва, 1934, с. 41.

вітань, які убивають почуття міри і притупляють політичне чуття, розмагнічує людей і штовхає їх на те, щоб спочити на лаврах“...

...Такі небезпеки, зв'язані з успіхами, з досягненнями“.)

А тому, відзначаючи урочисту велику дату двадцятиріччя Жовтневої Соціалістичної революції і віддаючи потрібне успіхам у справі зниження загальної і інфекційної захворюваності, органи радянської охорони здоров'я і радянська медична громадськість не повинні і не можуть „спочити на лаврах“, а зобов'язані, перемагаючи всі труднощі і небезпеку, добитися вже в найближчі роки ще більших успіхів у важкій справі викорінення заразних захворювань, цієї темної спадщини буржуазно-поміщицької царської Росії, що назавжди одійшла від нас.

Л. Д. Ульянов

Борьба за искоренение инфекций в Украинской Советской Социалистической Республике

РЕЗЮМЕ

При советской власти на Украине, за время с 1923 г. по 1936 г. все инфекционные болезни по сравнению с довоенным временем резко снизились: дифтерия уменьшилась в 17 раз; брюшной и сыпной тифы — в 5 раз; дизентерия — в 4 раза; скарлатина — в 3 раза; коклюш — в 2,5 раза; корь — в 2 раза и т. д.

Натуральная оспа и возвратный тиф совершенно ликвидированы.

Малярия, после значительного снижения в 1929—1931 гг., дала некоторое повышение, продержавшееся до 1936 года.

Прочие инфекционные болезни снизились до единиц и десятков случаев за год.

Эти успехи в уменьшении инфекционной заболеваемости объясняются прежде всего успехами социалистического строительства в нашей стране, победоносно осуществляемого под руководством коммунистической партии и вождя народов товарища Сталина.

В результате коренных побед социализма, четко зафиксированных в великой Сталинской Конституции, резко поднялся материальный и культурный уровень трудящихся УССР.

Значительно улучшились за время советской власти на Украине жилищные, коммунальные и бытовые условия жизни; во много раз возросла медико-санитарная организация: резко увеличилась количественно и улучшилась качественно ее работа.

Борьба с эпидемическими болезнями стала организованной, систематической и планомерной.

Повысилась рождаемость, снизилась смертность — общая и от инфекционных болезней. Увеличился прирост населения.

1) Й. В. Сталін, „Про хибі партійної роботи“, Доповідь на Пленумі ЦК ВКП(б) 3-5 березня 1937 року, Партвидав ЦК КП(б)У, 1937, с. 18—20.

Исключительное внимание, которое оказывают партия и правительство заботе о человеке, особенно о детях и матерях, могучая поддержка делу охраны здоровья трудящихся, большая и эффективная работа, проводимая медико-санитарными учреждениями, — все это дает уверенность в том, что в третьей пятилетке на Украине будет достигнуто еще большее снижение инфекционной заболеваемости, и здоровье трудящихся поднимется на еще более высокий уровень.

Однако, эти победы сами по себе не придут. Их необходимо организовать по-большевистски. Прежде всего надо проявить исключительную бдительность по отношению к возможным проискам врагов народа. Этому учит нас партия Ленина — Сталина. К этому непрестанно зовет нас сам великий Сталин.

L. Oulianov

La lutte pour la liquidation des infections dans la République Soviétique Socialiste d'Ukraine

RÉSUMÉ

En Ukraine, sous le Pouvoir Soviétique, au cours des années 1923—1936, toutes les maladies infectieuses avaient fortement diminué comparativement à l'époque d'avant-guerre; ainsi la diphthérie se trouve réduite de 17 fois, la fièvre typhoïde et le typhus exanthématique de 5 fois, la dysenterie de 4 fois, la scarlatine de 3 fois, la coqueluche de 2 fois et demi, la rougeole de 2 fois etc.

La variole et la fièvre récurrente sont complètement liquidées.

La malaria, après avoir subi une baisse importante en 1929—1931, a quelque peu augmenté et cet état de choses s'est maintenu jusqu'en 1936.

Les autres maladies infectieuses ne se comptent que par unités ou par dizaines de cas par an.

Les progrès acquis par rapport à la diminution des maladies infectieuses s'expliquent en premier lieu par ceux de l'édification socialiste dans notre pays, réalisés victorieusement sous la direction du Parti Communiste et du chef des peuples le camarade Staline.

Par suite des victoires du socialisme, inscrites en caractères lumineux dans la grande Constitution de Staline, l'état matériel et culturel des travailleurs de la RSS d'Ukraine a subi une très forte amélioration.

Les conditions du logement, des services communaux et ceux de vie se sont beaucoup améliorées depuis l'instauration du Pouvoir Soviétique en Ukraine; l'organisation médico-sanitaire a augmenté de plusieurs fois, son activité se trouve de beaucoup perfectionnée, tant au point de vue de la quantité, que de celui de la qualité du travail.

La lutte contre les épidémies a pris un caractère organisé et systématique.

La natalité augmente; la mortalité générale, ainsi que celle causée par les maladies infectieuses, diminuent. La population s'accroît.

La sollicitude exceptionnelle du parti et du gouvernement pour l'être humain, et pour les mères des enfants surtout, le puissant soutien prêté à la protection de la santé des travailleurs, l'activité des établissements médico-sanitaires — tout cela donne la certitude qu'en Ukraine, au cours des années du troisième plan quinquennal, une réduction encore plus importante du nombre des maladies infectieuses sera réalisée et la santé de nos travailleurs atteindra un niveau encore plus élevé.

Cependant ces progrès n'auront pas lieu d'eux-mêmes. Il faut les organiser, comme les bolchéviks savent le faire. Il faudra surveiller en premier lieu les menées possibles des ennemis du peuple. Le parti de Lénine-Staline nous l'enseigne. Le grand Staline lui même nous appelle continuellement à être vigilant.

Санітарна впорядкованість міст УРСР до ХХ-річчя Великої Пролетарської революції

До історичних перемог Жовтневої Соціалістичної революції належать безперечно і сотні нових соціалістичних міст СРСР і багато сотень реконструйованих міст і селищ, перетворених диктатурою пролетаріату в культурні центри заможного радісного життя будівників соціалізму.

Житловий фонд СРСР виріс з 163,5 млн. м² у 1928 р. до 201 млн. м² в 1935 р. На 1 січня 1937 р. збудовано 54 млн. м² нової житлової площі в містах і селищах СРСР вартістю 12,5 млрд. крб.

Число міст, що мають водопроводи, з 234 до революції зросло до 386 в 1936 р., а число міст з каналізацією відповідно зросло з 21 до 83.

Капіталовкладення в житлокомунальне господарство СРСР ростуть з винятковими темпами: вкладення в житлове будівництво СРСР за першу п'ятирічку становили 4049 млн. крб., а за 1933—1935 рр.—4995 млн. крб.

У комунальне господарство СРСР за першу п'ятирічку вкладено близько 2 млрд. крб. (1970 млн крб.), а за 1933—1935 рр.—3406 млн крб. В 1936 р. існування становлять 1885 млн. крб.

Партія і уряд віддають виключну увагу питанням житлокомунального обслуговування трудящих СРСР.

Разом з усім Радянським Союзом міське господарство УРСР неухильно росте і розвивається. Житловий фонд міст Радянської України збільшився з 30 млн. м² у 1923 р. до 40 млн. м² у 1936 р. За період з 1924 р. по 1936 р. в нове житлове будівництво УРСР вкладено понад 2,5 млрд. крб.

Тільки за 1928—1936 рр. в комунальні підприємства системи Наркомоспу вкладено понад 1 млрд. крб.; в тому числі більше 350 млн. крб.—на одопостачання, каналізацію, лазне-пральну справу, озеленіння міст т. д.

Такий короткий і далеко неповний перелік досягнень, з якими Радянська Україна приходить до ХХ-річчя Жовтневої Соціалістичної революції в галузі будівництва міського господарства.

Поваливши буржуазно-поміщицьку владу в жовтні 1917 р., пролетаріат СРСР під керівництвом партії Леніна—Сталіна поставив міське господарство на рейки соціалістичного розвитку в інтересах охорони здоров'я і культурно-побутового обслуговування широких трудящих мас. Партія і пролетаріат ліквідували відставання міського господарства від загального розвитку народного господарства, забезпечивши потужну

Санітарна впорядкованість міст УРСР до ХХ-річчя Великої Пролетарської революції

До історичних перемог Жовтневої Соціалістичної революції належать безперечно і сотні нових соціалістичних міст СРСР і багато сотень реконструйованих міст і селищ, перетворених диктатурою пролетаріату в культурні центри заможного радісного життя будівників соціалізму.

Житловий фонд СРСР виріс з 163,5 млн. м² у 1928 р. до 201 млн. м² в 1935 р. На 1 січня 1937 р. збудовано 54 млн. м² нової житлової площі в містах і селищах СРСР вартістю 12,5 млрд. крб.

Число міст, що мають водопроводи, з 234 до революції зросло до 386 в 1936 р., а число міст з каналізацією відповідно зросло з 21 до 83.

Капіталовкладення в житлокомунальне господарство СРСР ростуть з винятковими темпами: вкладення в житлове будівництво СРСР за першу п'ятирічку становили 4049 млн. крб., а за 1933—1935 рр.— 4995 млн. крб.

У комунальне господарство СРСР за першу п'ятирічку вкладено близько 2 млрд. крб. (1970 млн крб.), а за 1933—1935 рр.—3406 млн крб. В 1936 р. існування становлять 1885 млн. крб.

Партія і уряд віддають виключну увагу питанням житлокомунального обслуговування трудящих СРСР.

Разом з усім Радянським Союзом міське господарство УРСР неухильно росте і розвивається. Житловий фонд міст Радянської України збільшився з 30 млн. м² у 1923 р. до 40 млн. м² у 1936 р. За період з 1924 р. по 1936 р. в нове житлове будівництво УРСР вкладено понад 2,5 млрд. крб.

Тільки за 1928—1936 рр. в комунальні підприємства системи Наркомоспу вкладено понад 1 млрд. крб.; в тому числі більше 350 млн. крб.—на водопостачання, каналізацію, лазне-пральну справу, озеленіння міст тощо.

Такий короткий і далеко неповний перелік досягнень, з якими Радянська Україна приходить до ХХ-річчя Жовтневої Соціалістичної революції в галузі будівництва міського господарства.

Поваливши буржуазно-поміщицьку владу в жовтні 1917 р., пролетаріат СРСР під керівництвом партії Леніна—Сталіна поставив міське господарство на рейки соціалістичного розвитку в інтересах охорони здоров'я і культурно-побутового обслуговування широких трудящих мас. Партія і пролетаріат ліквідували відставання міського господарства від загального розвитку народного господарства, забезпечивши потужну

матеріально-технічну базу для дальшого його росту і розвитку на вищому технічному рівні.

Всього лише 20 років відділяють нас від убогого й злиденного рівня міського життя дореволюційної України. Не зважаючи на такий короткий з погляду історичного розвитку людства строк, новий лад суспільства — соціалізм уже показав невичерпні сили, виняткову організуючу міць, прекрасну творчу активність трудящих мас. В результаті те, що ще „вчора“ здавалося утопією в умовах капіталістичного суспільства, те зараз, в умовах диктатури пролетаріату, стало вже відчутною реальністю, живою дійсністю; так блискуче записаною в полум'яних статтях Сталінської Конституції.

У зіставленні з цим капіталістичним „вчора“ соціалістичне „сьогодні“ світить ще яскравіше, запалює на дальшу боротьбу за людське щастя.

Про це свідчить також і розгорнута боротьба за соціалістичну реконструкцію міст і піднесення їх санітарно-технічної культури на належний рівень.

Справді, яка спадщина дісталася в Жовтні країні соціалізму від буржуазно-поміщицької Росії?

I. Санітарний стан міст України до Жовтневої революції

Вогкі, темні землянки, півземлянки, досить відомі ліжкокомірки-казарми, де люди задихались від нестачі повітря і неймовірної скупченості, злиденні будівлі, розкидані по окраїнах міста, серед грязі, смороду і шкідливих випарів — такий переважно дореволюційний тип міського „житла“ величезної маси трудящих у Росії і на Україні до Великої Жовтневої революції.

Взагалі якість дореволюційного житлового фонду в містах України була дуже низька і примітивна: тільки 22,5% всіх жилих будинків по містах України були збудовані з каменю і цегли. При тому треба мати на увазі, що багато так званих „мурованих будівель“, особливо в Донбасі, були фактично землянки, вимуровані з місцевого каменю та інших матеріалів.

Житловий фонд навіть таких великих міст на Україні, як Харків, Київ, Одеса і Дніпропетровськ, до революції складався в основному з малих некапітальних будинків, здебільшого позбавлених основних елементів комунального устаткування. Ось ілюстрація цього:

Таблиця 1
Розподіл будівель за числом поверхів в процентах
(за даними перепису 1923 р.)

Місто	1 поверх	2 поверхи	3 і більше поверхів
Київ	66,4	24,1	9,5
Харків	84,7	13,2	2,1
Одеса	62,0	25,8	12,2
Дніпропетровськ	88,0	15,1	3,9

Різко протилежні були житлові умови буржуазії і пролетаріату. Буржуазія жила в особняках у центральній, більш упорядкованій частині міста, а пролетаріат тулився в переповнених квартирах, в халупах на околицях. У Харкові, наприклад, в 1912 р. житлова кубатура на 1 пожильця в робітничих районах на околиці (Качанівка, Павлівка, Новоселівка та ін.) була в 4—5 і навіть в 6 раз менша, ніж у центральних буржуазних районах, досягаючи 1,5—1,0 куб. сажня на 1 людину¹⁾.

У статті Діманштейна, вміщеній у збірнику перепису по м. Харкову в 1916 р., наводяться такі дані про житлові умови населення в цей час: „Взагалі, порівнюючи з 1912 р. сталося зменшення кубічного об'єму на 1 пожильця. Пояснюється це специфічною скупченістю населення, характерною для всіх великих центрів Росії з початку воєнних дій...“ При чому він тут же вказує, що „найбільшою кількістю кубічних сажнів на 1 пожильця відзначаються, звичайно, центр і прилеглі до нього райони...“

Отже, як бачимо, війна погіршила і без того тяжкі житло-побутові умови робітників, не позначившись в той же час на буржуазних районах.

Не краще було і в дореволюційному Києві. За даними перепису 1917 р. з усіх квартир міста Києва припадало на підвали і півпідвали 11,25%, мансарди і антресоли—0,65%²⁾, в яких тулилася одна п'ята частина всього населення міста. При тому значна частина цих „квартир“ була зовсім позбавлена основних елементів упорядкованості. За даними перепису 1920 р., у Києві налічувалось без водопроводу більше двох третин усіх володінь (9319 або 67,4%); всі вони були також і без каналізації і, крім того, каналізації не було ще в 382 володіннях (всього володінь без каналізації було 9701, або 70,2%³⁾).

Важкі і жахливі були житлові умови пролетаріату в дореволюційному Донбасі. „Швидше звіряче лігво, ніж людське житло“ — так характеризував робочі житла гірників Ріс, автор статті „Вуглекопи“.

Землянки, півземлянки, сараї, літні кухні, злиденні казарми, де люди задихалися від нестачі повітря і скупченості, — це був переважний тип житла робітників у дореволюційному Донбасі.

За даними обслідування д-ра Лященка, з 1638 робітничих „квартир“ у колишньому Бахмутському районі 40% були вогкі, холодні землянки півземлянки, 25% — сараї і літні кухні, понад 600 жител було зовсім без стелі, 66% було з долівкою.

„Обслідування виявило, — пише Лященко, — що дуже часто фізична неможливість втиснути в квартиру ще одну особу була причиною обмеження числа пожильців у ній: там, де може бути лише одна людина, міститься десятеро й більше...“

У таких і ще гірших приміщеннях проживало в 1913 р. 70% гірників Донбаса.

¹⁾ Итоги переписи г. Харькова за 1912 г. Труды стат. отдела Харьковской гор. управы, 914 г.

²⁾ М. П. Карцев, Жилищные условия в Киевской губ. (по данным переписи 1917, 1920, 1923 гг.), „Статистический бюллетень“ № 7, 1924 г., вид. Київського Губстатбюро.

³⁾ М. П. Карцев „Статистический бюллетень“ № 6 — 7, 1922, вид. Київського Губстатбюро.

Дуже характерний факт наводить М. Диканський у книжці „Жилищний вопрос“ (1919): „Об'їжджаючи в березні 1916 р. Донецький басейн, колишній начальник санітарної і евакуаційної частини привіц Ольденбургський звернув увагу на загальний незадовільний стан населених пунктів, а також на поганий стан приміщень і харчування робітників, особливо неодружених. За цими офіціальними словами катеринославського губернатора, — зовсім правильно зауважує Диканський, — таїться моторошна правда, щоденна дійсність, кошмарний побут двохсот тисяч донецьких шахтарів“.

Наведених даних, на наш погляд, досить, щоб мати уявлення про умови життя трудящих у колишній царській Росії до революції.

Надто незадовільні житлові умови трудящих по містах дореволюційної України ще більше погіршувались дуже відсталим і примітивним рівнем санітарного впорядкування міст. З 176 міст і селищ міського типу на Україні комунальні водопроводи до революції були лише в 37 містах (21%)¹⁾. До 1890 р. тільки 7 міст мали водопроводи (Київ—1872 р., Чернігів—1872, Бахмут—1872, Одеса—1873, Харків—1880, Мелітополь—1884 р. і Херсон—1887р.). У наступне десятиріччя з'являються водопроводи ще в п'ятох містах (Бердичів, Житомир, Олександрівськ—нині Запоріжжя, Єлісаветград—нині Кірово, Тирасполь); з 1900 по 1909 рр.—у 8 містах (Катеринослав—нині Дніпропетровськ, Миколаїв, Суми, Умань, Полтава, Могилів, Кременчук, Новгород-Сіверськ). І, нарешті, в 1910—1915 рр. було споруджено ще кілька водопроводів (Маріуполь, Прилуки, Слов'янськ, Бердянськ та ін.).

Загальна протяжність усіх водопровідних сіток в 1912 р. становила 849,6 км, загальна кількість будинкових прилучень по всіх водопроводах—24373.

Наскільки мало була розвинута водопровідна сітка, видно з того, що в більшості водопроводів (63%) довжина сітки не мала і 10 км; з 37 міст лише в чотирнадцятох—водопровідна сітка була довша 10 км у кожному. Середня фактична добова норма споживання води на 1 жителя була: в Кременчуку—9 л, Юзівці (нині Сталіно)—6 л, Сумах—5 л, Артемівську—6 л, Умані—7 л, Могилеві—6 л, Слов'янську—4 л, Кам'янці—4 л, Вінниці—6 л, Прилуках—3 л і т. д.; більше 30% водопроводів подавали менше 1 відра води на одного жителя.

Водопостачання робітничих селищ було винятково погане. Основним джерелом водопостачання були колодязі. З 400 селищ Донбаса водопроводів було лише в 33, і то в основному вони обслуговували промислові підприємства. Водопровідна сітка цих промислових водопроводів була надзвичайно мала, вода була низької санітарної якості і розподілялася майже тільки водопровідними колонками²⁾. Воду населенню доставляли водозови,

¹⁾ Цифри, які характеризують стан комунального господарства до революції, взяті з збірника „УРСР в цифрах“ (Статистичний доповідник УНГО, Київ, 1936).

²⁾ Л. М. Розов, 15 років санітарного впорядкування на Україні, „Профілактична медицина“ № 3-4, 1932.

а здебільшого люди самі носили відрами від колонок та від колодязів на велику відстань.

На 1 робітничу сім'ю з 5—6 чоловік припадало на добу 1—2 відра води сумнівної якості для пиття і на господарські потреби.

Ось що писав про водостачання в селищах Донбаса санітарний лікар Н. Канторович в 1911 р.: „Загальний стан водопостачання можна охарактеризувати коротко: водяний голод. Населення стогне від недостачі води, хворіє на всякі шлунково-кишкові захворювання, тифи“.

Мало чим привабливіший був стан очистки від нечистот і покидьків у містах України до революції.

Каналізація була лише в чотирьох містах — Києві, Одесі, Харкові і Дніпропетровську. В останніх двох містах каналізація почала функціонувати лише під час імперіалістичної війни і то в незакінченому вигляді, з невеликою сіткою, яка охоплювала майже тільки центральні райони, наприклад, у Харкові — Нагірний і Центральний райони, в Одесі зовсім не були охоплені каналізацією такі пролетарські райони на околиці, як Пересип та інші.

Комунальна очистка по містах України була фактично в зачатковому стані. Нечистоти і покидьки не знешкоджувалися зовсім. Міста усіяні були смердючими звалищами, розташованими переважно поблизу робітничих околиць. Взагалі міське впорядкування являло незавидну картину. Вулиці й майдани в більшості були незабруковані, а зелені майже зовсім не було. Отже навіть і таких скудних „благ“ впорядкування пролетарські райони позбавлені були зовсім.

Це наочно підтверджує хоча б характеристика санітарного стану м. Харкова, дана йому у звіті міської управи за 1910—1913 рр.

У I томі цього звіту на сторінці 37 написано: „Характерними негативними з санітарного погляду особливостями міста взагалі, і в особливій мірі нашого Харкова, є скупченість будівель, погані житлові умови для більшості населення, труднощі в постачанні потрібної кількості чистої води і в видаленні рідких і твердих покидьків, забруднені річки і тяжкий вплив різних смердючих запахів, диму, пилу, вуличного і промислового шуму і зловживання в постачанні харчових продуктів, а також дуже важливі соціальні моменти — перенапруження сил у боротьбі за існування, з одного боку, безробіття — з другого, бідність, алкоголізм, проституція, безпритульність і жебрацтво дітей та ще багато всяких причин, які зумовлюють підвищену захворюваність і смертність, особливо від заразних хвороб“¹⁾. Так розповідають про свою діяльність колишні „господарі“ міста. Навряд чи можна щонебудь додати до цієї характеристики.

На фоні загальної невпорядкованості і крайньої відсталості міського господарства дореволюційної Росії, антисанітарний стан міст і селищ Донбаса був, мабуть, найбільш кричущим. Дрібні колонії, які стихійно, хаотично повиростали безпосередньо біля шахт, заводів, фабрик, без мінімальних ознак упорядкування — типова форма капіталістичного розсе-

¹⁾ Современное хозяйство города Харькова, изд. Харьк. гор. общ. упр. 1914 г.

лення в Донбасі. Д-р Лященко, доповідаючи в 1914 р. на Катеринославському губернському з'їзді лікарів про результати санітарного обслідування робітничих селищ і жител в Донбасі, говорить: „Неприваблива картина цих селищ. Двори в них здебільшого необгороджені, посеред вулиць розкидані ящики для сміття, збиті з трьох дощок, без дна і кришки, і ціла шеренга вбиралень. На вулицях сміття, кухонні покидьки, грязь. Уже загальний вигляд селища наводить на думку, що підприємець не турбується про його впорядкування. Немає води, немає лазні, нема надвірних допоміжних приміщень, немає зелені, примітивні клоачні вбиральні¹“).

Відстале, примітивне міське господарство дореволюційної України за роки імперіалістичної війни і контрреволюційної інтервенції було дуже зруйновано майже по всіх більших містах України. Особливо потерпіли Одеса, Київ, Дніпропетровськ, ряд міст на Донбасі, Харків, Маріуполь, Житомир та ін.

Більшість водопроводів, каналізаційних установок, лазень, пралень та інших комунальних закладів або зовсім стояли, або робили з перебоями і зменшили свою продукцію на 60% і більше. У Дніпропетровську, наприклад, з трьох лазень дві майже зовсім були зруйновані, а з 150 га зелені до 1923 р. лишилося всього тільки 30 га²).

У Києві, наприклад, на час перепису 1920 р. з 4506 володінь з водопроводом, не діяв водопровід у 312 володіннях, а з 4124 володіння з каналізацією у 251 володінні вона була несправна. За переписом 1923 р., з 32,5 тис. квартир з водопроводом не діяв водопровід у 6373 (близько 20% квартир), а з 27 тис. квартир з каналізацією не діяла каналізація більш, ніж у 7 тис. квартир (понад 25% квартир³). Те саме спостерігалось і по інших містах.

Інтервенти, білогвардійські, петлюрівські та інші контрреволюційні банди буквально змели з лиця землі величезну кількість міст і селищ в країні. З 243 767 будинків, які налічувалися в УРСР в 1922 р., близько 35% (95 540 будинків) були зруйновані і потребували капітальних відбудовних робіт. У Миколаєві, наприклад, з 7600 будинків 670 було зовсім зруйнованих, а 6500 потребували капітальних відбудовних робіт. В Одесі зовсім зруйнованих будинків налічувалося 1361 і понад 2000 потребували великих відбудовних робіт. Величезна кількість дрібних містечок була зовсім зруйнована⁴).

Дніпропетровськ, який був одним з центрів найжорстокіших класових боїв, потерпів особливо сильно. Про його втрати свідчать такі дані⁵).

¹) Труды XI губ. съезда врачей Екатеринославской губ. 1914 г., т. IV.

²) Материалы о состоянии жил.-комму. хозяйства г. Днепропетровска, 1933. Дніпропетровськ, вид. Міськплану.

³) Всесоюзная городская перепись 1923 г. Итоги переписи, т. XVII, вып. 3, изд. ЦСУ Москва 1926.

⁴) Журнал „Коммунальное хозяйство Украины“ № 2, 1923.

...Ряд кварталів був зовсім зруйнований і 25% житлового фонду було в зруйнованому стані. З 6300 домоволодінь міста понад 320 домоволодінь за період 1917—1923 рр. зовсім зникли в наслідок бомбардування і пожеж. Замість 34 770 квартир, які були в 1917 р., загальне число квартир, зайнятих під житло в 1923 р., становило всього 25177, а 9597 квартир цілком або частково були зруйновані. Житлова площа, яка в 1917 р. становила орієнтовно 1,4 млн. м², до 1923 р. зменшилася до 1 млн. м². зайнятих під житло. Решта площі була зруйнована...“

Про зруйнування і втрати м. Києва ми знаходимо дуже цікаві дані в роботах Карцева.

Так, згідно з цими даними¹⁾, у Києві загальне число забудованих володінь з 1917 по 1920 р. зменшилося на 5539, а число квартир зменшилося на 10156. Звіринець (частина міста на верхньому плато) був знищений на дві третини (за даними перепису 1917, 1920 і 1923 рр., з 1917 по 1923 рр. житловий фонд м. Києва зменшився на 14 051 квартиру і 44 606 кімнат²⁾).

Такий був стан міського господарства України, який дістався в спадщину пролетаріатові в Жовтні від буржуазно-поміщицької влади. Цю спадщину необхідно було не тільки відбудувати, а й ґрунтовно переробити і наново організувати комунальне обслуговування в містах і промислових центрах. І пролетаріат під керівництвом партії Леніна — Сталіна блискуче розв'язує це завдання.

2. Санітарне впорядкування міст УРСР після Великої Жовтневої революції

З перших днів Великої Жовтневої революції радянська влада поставила міське господарство на обслуговування потреб робітничого класу, на службу інтересам і завданням охорони здоров'я і підвищення матеріально-побутових і культурних умов життя трудящих. До закінчення громадянської війни не могло бути й мови про розгортання нового житлокомуніального будівництва.

На першому етапі Великої Пролетарської революції поліпшення житлових умов пролетаріату розв'язувалося через переселення робітників у буржуазні квартали. По великих містах це робилося в такому широкому обсязі, що до 1923 р., не зважаючи на приріст населення, середня житлова площа на душу населення по робітничих районах цих міст значно збільшилася.

Як позначилися ці заходи радянської влади на поліпшенні житлопобутових умов робітників, можна простежити хоча б на прикладі м. Харкова.

До революції (1912 р.) на одно домоволодіння в Паровозобудівельному районі припадало 35,7 чол., а в 1923 р. — тільки 22,9, в районі Сабурової

¹⁾ М. П. Карцев, Владения и квартиры, „Статистический бюллетень“ № 1-3, 1923, вид. Київського Губстатбюро.

²⁾ М. П. Карцев, Жилищные условия в Киевской губ. (по данным переписи 1917, 1920 і 1923 гг.), „Статистический бюллетень“ IV, 1924, вид. Київського Губстатбюро.

дачі відповідно — 25,6 і 16,7, в Іскринському — 25,7 і 18,1, Уральському — 22,4 і 16,2, в районі Павловської дачі — 18,7 і 16.

В той же час у колишніх буржуазних районах густість заселення збільшилася. Так, в 1912 р. в Нагірному районі на 1 домоволодіння було 33,9 чол., а в 1923 р. — 44,9, в Центральному районі відповідно — 53,7 і 61,6, Катерино-Благовіщенському — 44,3 і 55,2.

Ще наочніше ілюструють зміни житлових умов у результаті житлового переділу в м. Харкові такі дані¹⁾.

Таблиця 2

Середня житлова площа на 1 жителя в м²

Район	1916 (обчислені дані)	1923 (за переписом)
Нагірний	10,3—11,1	9,56
Центральний	7,8	5,06
Паровозобудівельний	2,8	4,7
Заїківський	3,8	4,7
Чугуївський	4,0	5,4
Павловська дача	4,2	5,3
Іскринський	4,4	5,3

Так пролетаріат, здобувши владу в Жовтні, здійснив вказівки основоположників наукового соціалізму, Маркса — Енгельса про шляхи розв'язання житлового питання на першому етапі Великої Пролетарської революції.

Ще в 1872 р. Енгельс писав: „... Вже тепер у великих містах є досить житлових будинків, щоб, раціонально їх використавши, відразу допомогти всякій справжній „житловій нужді“. Звичайно, це може статися тільки через експропріацію теперішніх власників, власне через залюднення їхніх домів робітниками, що не мають житла або що надмірно стиснені в своїх дотеперешніх житлах,—і як тільки пролетаріат здобуде політичну владу, такий захід, що його вимагає суспільне благо, буде так само легко здійснити, як і інші експропріації та розквартирування, що їх провадить теперішня держава“.²⁾

У перші роки відбудовного періоду заходи в галузі житлокомунального господарства були спрямовані в основному на відбудову зруйнованих війною і інтервенцією будинків і комунальних споруд.

Здійснивши масове переселення трудящих у впорядковані житла, партія і пролетаріат почали вживати заходів, щоб не тільки зберегти одержаний у спадщину житлокомунальний фонд, а й відбудувати його і розвинути нове житлокомунальне будівництво.

Ще в 1919 р. на VIII з'їзді комуністичної партії, затверджуючи програму, партія поставила собі завдання „... всіма силами намагатися по-

¹⁾ Жилищное хозяйство гор. Харькова, вып. I (по материалам переписи на 1 января 1923 г.), вид. Харківської Міськради.

²⁾ Ф. Енгельс, До житлового питання с. 29, Партвидав „Пролетар“. 1932.

ліпшити житлові умови трудящих мас, знищити скупченість і антисанітарність старих кварталів, знищити непридатні житла, перебудувати старі, збудувати нові, які б відповідали новим умовам життя робітничих мас, раціонально розселити трудящих“¹⁾.

Ряд декретів, виданих в той час радянським урядом, є яскравою ілюстрацією піклування партії про здоров'я трудящих мас.

Боротьбі за піднесення санітарного рівня країни, за санітарну охорону жител і поліпшення санітарних умов життя трудящих партія і пролетаріат приділяли виняткову увагу. 18 червня 1919 р. за підписом Володимира Ільїча Леніна був виданий закон „Про санітарну охорону жител“.

В 1922 р. в РРФСР і в УРСР були видані декрети „Про санітарні органи Республіки“.

На органи охорони здоров'я було покладено керівництво і організацію всієї санітарної справи і розгортання найширших оздоровчих заходів у країні.

Разом з зміцненням народного господарства росли і міцніли санітарні органи Республіки, активно включившись в боротьбу за оздоровлення і соціалістичну реконструкцію праці й побуту широких трудящих мас, максимальне заглиблення санітарно-гігієнічних основ у розгортанні санітарно-комунальне будівництво в місті і на селі.

Завершення відбудовного періоду і бурхливий розвиток реконструкції народного господарства забезпечили широке розгортання житлокомунального будівництва, темпи якого рік-у-рік зростають.

Загальний розмір житлового фонду в містах і селищах міського типу УРСР в 1923 р. становив 30011,4 тис. м². За 1923—1928 рр. було збудовано 3,11 млн. м² нової житлової площі. Таким чином, до початку першої п'ятирічки (1929 р.) загальний розмір міського житлового фонду УРСР дорівнював 32,7 млн. м². До цього періоду була в основному закінчена відбудова пошкоджених і зруйнованих будівель.

Період 1929—1937 рр. охоплює два історичні відрізки часу, дві п'ятирічки, які відзначилися дальшими величезними перемогами на економічному і культурному фронтах соціалістичного будівництва СРСР.

За роки першої п'ятирічки СРСР і його невід'ємна частина УРСР під керівництвом партії Леніна — Сталіна перетворилися з відсталої в минулому аграрної країни в країну могутньої індустрії, в країну великого соціалістичного сільського господарства, в країну розквіту і неухильного піднесення культури й добробуту широких трудящих мас.

Перемоги першої п'ятирічки і перших років другої п'ятирічки забезпечили всі необхідні передумови для успішного розв'язання грандіозних завдань у всіх галузях соціалістичного будівництва, поставлених VII з'їздом партії на другу п'ятирічку.

Досягнення, зокрема, в галузі житлокомунальної справи за цей період яскраво ілюструють неухильний ріст і зміцнення країни соціалізму. Широко розгорнуте в роки реконструкції народного господарства жит-

¹⁾ Програма і устав ВКП(б), Партиздат ЦК ВКП(б) 1936 с. 71.

лове будівництво набуло ще більшого розвитку в період грандіозних масштабів соціалістичного будівництва першої п'ятирічки. Якщо за 1923—1928 рр. розмір нового житлового будівництва по УРСР дав 3,11 млн. м² житлоплощі, то вже за першу п'ятирічку (1929—1932 рр.) розмір нового житлобудівництва досяг 4,9 млн. м², тобто в півтора раза більше, ніж за попередній період. За чотири роки другої п'ятирічки новий житловий фонд збільшився ще на 2,8 млн. м² площі (точніше— 2 млн. 801 тис. м²).

За період з 1923 до 1937 р. нової житлової площі збудовано близько 11,0 млн. м² (точніше—10,85 млн. м²)¹).

Отже, за 14 років радянська влада забезпечила будівництво житлоплощі, що своїми розмірами дорівнює більше ніж третині всього житлового фонду міст і селищ міського типу, одержаного в Жовтні пролетаріатом „у спадщину“ від царської Росії.

Динаміка росту житлового фонду в містах і селищах міського типу УРСР за вказаний час дає такі цифри (в тисячах м²):

на 1 січня 1923 р.	30 011,4	на 1 січня 1933 р.	37 316,5
на 1 січня 1929 р.	32 766,9	на 1 січня 1937 р.	40 191,4

Особливо швидкі темпи росту житлофонду маємо в промислових районах і містах у зв'язку з бурхливими темпами розвитку промисловості і росту населення в них. Обсяг нового житлового будівництва в Донецькій області за 1923—1936 рр. становить 5346,8 тис. м², або 50% усього нового житлового фонду, збудованого в УРСР за вказаний період. Порівнюючи з 1923 р. до 1937 р. житловий фонд у містах і робітничих селищах Донбаса більше, ніж подвоївся (з 3,8 млн. м² у 1923 до 9,1 млн. м² у 1936 р.).

Ряд невеликих міст і робітничих селищ Донбаса перетворився в великі міста, де житлофонд за цей період збільшився в 3—4 рази і більше.

Таблиця 3
Житловий фонд по окремих містах Донецької області

(в тисячах м²)

Міста	На 1 січня 1923 р.	На 1 січня 1935 р.
Горлівка	91,0	265,1
Кадівка	49,8	232,7
Краматорськ	44,3	291,4
Костянтинівка	97,3	206,8
Єнакієво	101,1	321,1

¹) Ці і дальші цифри за післяреволюційний період узяті з: 1) Збірника УРСР в цифрах УНГО, Київ 1936; 2) Збірника „Народне господарство УРСР“, УНГО, Київ 1935.

Житловий фонд Дніпропетровської області збільшився на 50% (з 3,0 млн. м² в 1923 р. до 4,7 млн. м² на 1937 р.), а по окремих містах і більше.

Таблиця 4

Житловий фонд по окремих містах Дніпропетровської області

(в тисячах м²)

Міста	На 1 січня 1923 р.	На 1 січня 1935 р.
Запоріжжя	280,0	617,5
Кривий Ріг	161,7	320,4
Дніпродзержинськ .	152,8	308,1

При рості житлового фонду Харківської області з 5462,6 тис. м² у 1923 р. до 6833,2 тис. м² перед 1937 р. житловий фонд міста Харькова збільшився за цей час з 2,4 млн. м² до 3,2 млн. м², тобто збільшився на одну третину.

Період реконструкції народного господарства і особливо роки першої і другої п'ятирічок соціалістичного будівництва також забезпечили великі зрушення і в загальному впорядкуванні міст і робітничих селищ УРСР.

Кількість міст з комунальними водопроводами збільшилася з 41 в 1928 р. до 83 в 1936 р. Нові водопроводи споруджені у Великому Запоріжжі, Луганську, Сталіно, Лисичанську, Кривому Розі, Артемівську, Проскурові, Ніжині, Конотопі, Макіївці, Костянтинівці, Красному Лучі та ін. Тільки за першу п'ятирічку вступило в експлуатацію 17 нових водопроводів. Загальна довжина водопровідної сітки, порівнюючи з дореволюційним часом, до 1928 р. подвоїлась (1678 км проти 849,6 км), а в 1936 р. вже становить 2872,0 км.

Таксамо значно виросла кількість будинкових прилучень до водопроводу. Якщо в 1912 р. загальна кількість будинкових прилучень не перевищувала 25 тисяч (24794), то в 1928 р. ця кількість становить 38 260, а в 1936 р. число прилучень збільшилося до 52 тисяч.

Разом з тим різко збільшується споживання води для пиття і на господарські потреби населення. Кількість корисно відпущеної води збільшилася з 29,8 млн. м³ у 1912 р. до 36,2 млн. м³ у 1928 р. В 1936 р. загальна подача води в сітку становила 145,1 млн. м³.

Дуже успішно йшло будівництво водопроводів у Донбасі. За цей час споруджено Вседонецький водопровід з річки Північний Донець, який забезпечив значне число населених пунктів Донбаса доброякісною питною водою в достатній кількості. Донбас забув про „водяний голод“. Грандіозне водобудівництво в Донбасі цілком розв'язало проблему водопостачання першої вугільно-металургійної бази Союзу. На водопостачання Донбасі (включаючи і Криворіжжя) за 6 останніх років витрачено понад 170 млн. крб.

В результаті успішного здійснення генеральної схеми водопостачання Донбаса різко збільшилася подача питної і технічної води відповідно якості до населених пунктів Донбаса. Проти 12,6 млн. м³ питної води, поданої в Донбасі в 1931 р., в 1936 р. подано 46 млн. м³, а в 1937 р. запроектовано довести подачу питної води до 53 млн. м³.

В 1937 р. вступають в експлуатацію два нових великих водопроводи: у Києві — з Дніпра і в Харкові — з Північного Дінця. Проводиться дальше розширення і реконструкція водопровідного господарства в Одесі, Дніпропетровську і будуються й розширюються водопроводи у Вінниці, Новоград-Волинську та інших містах України. В результаті робіт 1937 р. число міст з комунальними водопроводами збільшиться до 90, сітка пошириться на 260 км.

Поряд з відбудовою і розвитком водопостачання, по містах УРСР інтенсивно розвивається каналізаційне господарство. Замість чотирьох міст в яких до революції були каналізаційні установки, в 1936 р. число міст з комунальною каналізацією досягло 16. За цей час побудовано каналізації в Запорозжі, Полтаві, Сталіно, Ворошиловську, Ворошиловграді, Кадіївці, Краматорську, Горлівці, Макіївці, Вінниці та в інших містах Республіки. Грунтовно реконструйовані каналізації в Харкові, Києві й Одесі. Загальна протяжність каналізаційної сітки, порівнюючи з до революційним часом, збільшилася з 290,0 км до 736,0 км у 1936 р.

В цілковиту протилежність дореволюційному післяжовтневому водопровідному і каналізаційному будівництву напрямлюється в першу чергу в промислові райони і колишні околиці. Число прилучень до каналізаційної сітки досягло 15,5 тис.

За планом 1937 р. повинні вступити в експлуатацію нові каналізації в містах Чернігові, Кам'янці-Подільському, Кривому Розі, Дніпродзержинську, Миколаєві, Очакові і Тирасполі. Розгортаються підготовчі роботи порайонної каналізації Донбаса.

За затвердженою РНК УРСР генеральною схемою побутова каналізація в Донбасі охоплює 106 населених пунктів, 115 заводів, 141 велику шахту, а промислова — 148 заводів і збагачувальних фабрик.

Основні принципи генеральної схеми каналізації Донбаса полягають у попередній очистці і використанні відходів з стічних вод при підприємствах, у максимальному використанні очищених вод підприємствами і сільським господарством та в застосуванні для очистки господарських побутових вод штучних біологічних методів, зважаючи на специфічні ґрунтові умови Донбаса.

Основні розв'язання питання каналізації Донбаса і Криворіжжя зводяться до того, щоб не перетворювати окремих річок в колектори стічних вод і посилити охорону цих річок як джерел водопостачання.

Донбас поділяється на 11 каналізаційних районів, пов'язаних в єдину систему оздоровлення його. Розмах будівництва величезний: вартість загальних колекторів, станцій-перекачок і очисних споруд на прикінцевий період будівництва, за попередніми підрахунками, становить понад 350 млн. крб.

Комунальна очистка міст набула розвитку як по тих містах, де вона вже була частково організована, так і в цілому ряді населених пунктів де до революції зовсім ніякої очистки не було. Уже на кінець 1932 р. число міст і селищ, що мають асенізаційні обози, збільшилось до 352 проти 84 в 1917 р., а в 1936 р. це число збільшилося до 420. Уже почато механізацію аценізаційного транспорту, вдосконалюється знешкодження нечистот через організацію полів асенізації замість знищуваних антисанітарних звалищ.

Широкого розмаху набуло лазне-пральне будівництво. За даними комунального перепису 1932 р., до революції на Україні було 205 лазень, з них комунальних 36. В 1936 р. число комунальних лазень по 91 місту УРСР порівнює 123 на 14303 місця. За два останні роки вступило в експлуатацію 16 нових комунальних лазень (Ворошиловград, Харків — Харківський факторний завод, Нікополь, Умань, Красноград, Новомосковськ, Ворошиловськ та ін.).

Загальнопрístupних пралень на Україні до революції зовсім не було. На початок 1932 р. було вже 275 пралень, в тому числі комунальних 8, в 1936 р. число комунальних пралень виросло до 20; за планом 1937 р. в експлуатацію вступають ще пральні в Бахмачі, Чугуєві, Лубнах, Сталіно, Говеньках та ін.

З оздоровчих комунальних галузей міського господарства виняткового розвитку набуло зелене будівництво. Ось кілька цифр:

Площа зелених насаджень громадського користування (в га)

	До революції	833,7
Україна	1928	2235,7
	1932	4485,3
	1936	6420,0 ¹⁾
Донбас	1928	277,3
	1932	1077,4
	1936	2000,0 ¹⁾

По містах УРСР широко розгорнулося будівництво парків культури відпочинку (понад 40), нових садів, бульварів, скверів, зелених насаджень вздовж вулиць і майданів. Безперечно, санітарне значення зеленого будівництва для наших міст величезне. Поряд з іншими заходами оздоровлення і впорядкування, зелене будівництво забезпечує дальше піднесення санітарного рівня міст і робітничих селищ УРСР.

Такі основні зрушення, що сталися в комунальній оздоровчій справі за 19 років Жовтневої революції.

Виняткову роль у розвитку всього міського господарства СРСР, в тому числі і житлокомунальної справи, відіграла історична постанова червеного Пленуму ЦК ВКП(б) в 1931 р. „Про розвиток міського господарства СРСР“. Поставлене Пленумом „бойове завдання найшвидшої ліквідації

¹⁾ План.

відставання міського господарства від загального розвитку і рішучого переламу в темпах його розвитку“¹⁾ знайшло своє яскраве виявлення в боротьбі за піднесення міського господарства в країні, за дальший розвиток житлового будівництва, впорядкування і т. д.

Ця постанова забезпечила швидку ліквідацію відставання темпів житлового будівництва від загальних темпів розвитку промисловості і росту населення в промислових районах і промислових містах. Для наочної ілюстрації подаємо коротеньку табличку.

Таблиця 5

Динаміка нового житлового будівництва (в млн. м²)

Р о к и	УРСР	Донецька область	Дніпропетровська область
1923—1928	3,11	1,2	0,4
1929—1932	4,90	2,8	0,7
1933—1936	2,85	1,3	0,7

В роки відбудовного і реконструктивного періоду обсяг житлового будівництва в Донецькій і Дніпропетровській областях щодо загального обсягу житлового будівництва в УРСР становив відповідно $\frac{1}{3}$ і $\frac{1}{4}$ частини; у першу п'ятирічку ця питома вага різко збільшується при збільшенні порівнюючи з попереднім періодом розміру житлового будівництва в Донбасі більше як 2 рази, а в Дніпропетровській області до 2 раз; з 4 роки другої п'ятирічки (1933—1936 рр.) розмір житлового будівництва по Донбасу становив майже 50%, а по Дніпропетровській області—25% загального обсягу житлового будівництва в УРСР. Житловий фонд промисловості УРСР до 1936 р. збільшився до 7,3 млн. м² проти 2,9 млн. м² 1932 р., тобто на 150%.

Величезні зрушення маємо також у справі планування нових і реконструкції старих міст.

Бурхливі темпи росту промисловості і реконструкції сільськогосподарства, розвиток нових промислових районів, створення нових заводів—все це, поряд з ростом населення на базі промисловості, викликало утворення зовсім нових міст і селищ: Велике Запоріжжя—на базі Дніпрокомбінату, Новий Харків—на базі тракторного заводу, Новий Кривий Ріг—на базі металургійного гіганта, Нова Горлівка—на базі реконструйованої гірничої промисловості, Новий Краматорськ—на базі Крамкомбінату, Нове Сталіно, Новий Нікополь, Новий Маріуполь—на базі заводів Азовсталі, Нова Макіївка, Нова Кадіївка, Ворошиловськ, Дніпродзержинськ та інші.

Широко розгорнулась реконструкція пролетарської столиці УРСР—м. Києва. Зовсім наново відбудовано і реконструйовано величезний цент

¹⁾ ВКП(б) в резолюціях і рішеннях съездів, конференцій і пленумів ЦК, ч. II. Партія 1936, с. 472

в Союзі і на Україні — Харків, який розмахом реконструктивних робіт і гігієнічними якістьми планування перевищує багато капіталістичних міст.

Реконструюються міста Ворошиловград, Миколаїв, Одеса, Дніпропетровськ, Кременчук і десятки інших. Створено сотні нових селищ на базі МТС і радгоспів.

Широко розгорнуте будівництво нових і реконструкція старих міст провадиться на основі детально опрацьованих планів з додержанням гігієнічних норм і правил. Основні з них такі:

- а) густина заселення на квартал нетто в межах 300—400 чол. на 1 га;
- б) процент забудови кварталів від 16 до 20 при чотири- і п'ятиповерхових будинках;
- в) площа зелених насаджень — 30—40 м² на 1 людину, з них не менш 0 м² площі на 1 людину всередині кварталу.

Широко розгорнулися в УРСР роботи по плануванню населених місць. До початку 1937 р. уже закінчені проекти планування і реконструкції міст Харкова, Дніпропетровська, Одеси, Сталіно, Кривого Рога, Миколаєва, Керсона, Ворошиловграда, Краматорська, Маріуполя, Вінниці, Чернігова, Ілтави, Запоріжжя, Кадіївки, Ворошиловська, Орджонікідзе, Нікополя, Новомосковська, Дніпродзержинська, Конотопа, Кременчука, Красного Луча, Лисичанська, Рубіжної та ін.

Від стихійного розвитку, від будівництва міст з багатими центрами злиденими околицями, від розпорошеного селищного будівництва, характерного для капіталістичних країн, ми перейшли до планового соціалістичного будівництва міст з багатими центрами злиденими околицями, від розпорошеного селищного будівництва, характерного для капіталістичних країн, ми перейшли до планового соціалістичного будівництва міст з багатими центрами злиденими околицями.

Таблиця 6

Порівняльна характеристика житлового фонду м. Харкова за основними санітарно-технічними показниками

Показники	Дореволюційний житловий фонд 1912—1916 рр. ¹⁾	Нове житлове будівництво по усього сільському сектору 1918—1931 років ²⁾	Нове житлове будівництво по усього сільському сектору 1932—1934 років ³⁾
Процент одноповерхових будівель	89	53,5	немає
Процент дво- і триповерхових будівель	8,5	30,4	43,3
Процент багатоповерхових будівель	2,5	16,1	56,7
	100,0%	100,0%	100,0%
з тому числі кам'яних і цегляних	22,7%	81,5%	100,0%

¹⁾ Середні по місту в цілому.

²⁾ Середні по новому житлобудівництву взагалі по місту (див. „Жилищное хозяйство Харькова“, вид. Харківської міськради, 1934)

³⁾ Середні по новому будівництву новозбудованих районів м. Харкова — ХТЗ, Дзержинський район — за матеріалами вибіркового обслідування, опублікованими в „Профілактичний щорічник“ № 12, 1934. (М. С. Горомосов, Великий соціалістичний шлях оздоровлення міст.)

лістичного розселення людей. Будуються нові міста, реконструюються старі. В старих виростають нові, цілком упорядковані окремі райони.

Зрушення в житлокомунальній справі супроводились не тільки кількісним ростом жител і комунальних установок. Незрівнянно змінилася санітарно-гігієнічна якість нового житла і загальний санітарний стан населених місць. Кілька прикладів по Харкову наведено в табл. 6 (с. 111).

Старий житловий фонд міста відзначався наявністю дрібних некапітальних будівель, мало або й зовсім неупорядкованих. Як різко з цього погляду відрізняється житловий фонд післяреволюційного будівництва. Переважно це капітальні, багатопверхові будинки, забезпечені основними елементами впорядкування.

Таблиця 7

Показники	Дореволюційний житловий фонд 1912—1916 рр. ¹⁾	Нове житлове будівництво 1918—1931 рр. ²⁾	Нове житлове будівництво 1932—1934 рр. ³⁾
Процент жилих приміщень, прилучених до водопроводу	12,8	83,1	100
Процент жилих приміщень, прилучених до каналізації	9,2	74,7	100
Процент жилих приміщень з електричним освітленням	30	93,5	100

Порівнюючи ці показники, треба, звичайно, взяти на увагу, що тут представлені не загальні дані, які характеризують житловий фонд в цілому і ті зміни, що сталися в ньому за час після революції. Таксамо і об'ємі величини різні. Так, показники за дореволюційний час характеризують загальний житловий фонд міста в розмірі понад 2 млн. м², а показники за 1918—1931 рр. охоплюють новозбудовану площу за цей період в розмірі близько 800 тис. м². Нарешті, дані про новозбудований фонд по нових районах міста за 1932—1934 рр. охоплюють вибіркоче обслідування 80 тис. м² жилої площі.

Проте ці дані дозволяють мати певне міркування про зміни, які сталися за роки після революції в санітарно-гігієнічних умовах життя населення міст УРСР.

Дуже показові дані про зрушення в санітарних умовах житла гірників, добути при обслідуванні селищ Донбаса, проведеним українським інститутом охорони здоров'я за 1934 р. ⁴⁾ Обслідувано 216 гуртожитків з загаль-

¹⁾, ²⁾, ³⁾, Див. с. 111.

⁴⁾ М. С. Горомоев, Л. Д. Ульянов з участю Д. І. Кострова, Санітарно-благоустройство рабочих поселков угольного Донбасса во второй пятилетке, вид. Укр. інст. охорони здоров'я, Київ 1935.

ною кількістю населення в них 11 700 чол. Порівнюючи дані обслідування селищ Донбаса, проведеного НКОЗ УРСР в 1926—27 р., маємо такі показники:

Таблиця 8

Розподіл гуртожитків за числом поверхів
(в процентах)

	За даними 1926—27 рр.	За даними 1934 р.
Одноповерхових	95,0	70,2
Двоповерхових	5,0	29,8
За матеріалом підлоги		
Дерев'яних	82,0	99,5
Інших	18,0	0,5
За системою опалення		
З центральним опаленням . .	8,0	27,8
З печами великої теплоємності	44,0	72,2
З печами малої теплоємності .	48,0	—

Зникли пічурки і плитки. Їх місце заступили центральне опалення і печі великої теплоємності, переважно голландські груби, як основний тип приладів опалення. Навряд чи треба доводити, яке це має велике значення з погляду гігієни.

Поряд з цим різко поліпшилися культурно-побутові й санітарні умови в гуртожитках. Близько 95% гуртожитків забезпечені культурно устаткованими червоними кутками, вмивальними кімнатами, шафками для харчових припасів, бачками для питної води і т. д.

Грунтовно змінилося обличчя міст і робітничих селищ особливо в Донбасі.

Партія й уряд віддають велику увагу міському господарству, цій найважливішій базі перебудови побуту трудящих на соціалістичних засадах. Сотні мільйонів карбованців щороку відпускають на впорядкування міст УРСР. Досить вказати, що за 1924—1936 рр. в житлове будівництво міст вкладено 2,5 млрд. крб. (2446,5 млн. крб.), а в комунальні підприємства і заходи системи Наркомгоспу за 1928—1936 рр. вкладено понад 1 млрд. крб. (1015,4 млн. крб.), в тому числі понад третину (близько 350 млн. крб.) на водопостачання (без Донецького водопроводу), каналізацію, лазне-пральну справу, зелене будівництво і асенізацію.

Зміцніле міське господарство продовжує рости і розвиватися. Розвиваються не тільки великі міста і промислові центри. Величезна кількість населених пунктів міського типу, де рівень упорядкування до революції було чим відрізняється від неупорядкованого села, виростають в культурні міські центри з розвинутими елементами комунального господарства.

Ось як схарактеризував ці зміни тов. Сталін у своїй доповіді XVII з'їздові ВКП(б).

„Змінилося обличчя наших великих міст і промислових центрів. Неминучою ознакою великих міст буржуазних країн є трущоби, так звані робітничі квартали на околицях міста, що являють собою купу темних, вогких, здебільша підвальних, напівзруйнованих приміщень, де звичайно туляться неімущий люд, копишачись в бруді і проклинаючи долю. Революція в СРСР привела до того, що ці трущоби зникли в нас. Вони замінені новозбудованими хорошими і світлими робітничими кварталами, при чому в багатьох випадках робітничі квартали виглядають у нас краще, ніж центри міста.

„Ще більше змінилося обличчя села. Старе село з його церквою на найвиднішому місці, з його кращими будинками урядника, попа, куркуля на першому плані, з його напіврозваленими хатами селян на задньому плані — починає зникати. На його місце виступає нове село з його громадсько-господарськими будівлями, з його клубами, радіо, кіно, школами, бібліотеками і яслами, з його тракторами, комбайнами, молотарками, автомобілями...

„... Зникає протилежність між містом і селом... Культурна прірва між містом і селом заповнюється“¹⁾.

М. С. Горомосов

Санитарное благоустройство городов УССР к XX-летию Великой Пролетарской революции

РЕЗЮМЕ

Вместе со всем Советским Союзом УССР к XX годовщине Великой Октябрьской революции приходит с исключительными успехами на политическом, хозяйственном и культурном фронтах социалистического строительства.

Достижения, в частности в деле реконструкции и развития городского хозяйства УССР за этот период ярко иллюстрируют неуклонный рост и укрепление страны социализма, исключительную, организующую и творческую мощь социалистического общества.

Всего лишь 20 лет отделяют УССР от убогого, примитивного уровня городской жизни дореволюционной Украины.

Тяжелое „наследство“ досталось пролетариату от буржуазно-помещичьей России.

Небольшой дореволюционный жилищный фонд городов Украины качественно был чрезвычайно низок. Даже в таких городах, как Харьков, Киев, Одесса и Днепрпетровск жилищный фонд до революции состоял преимущественно из малых некапитальных домов, в большинстве лишенных основных элементов благоустройства (в Киеве процент одноэтажных домов равнялся 66,4, в Харькове — 84,7 и в Днепрпетровске — 88%).

¹⁾ Й. Сталін. Питання ленінізму, Звітна доповідь XVII з'їздові Партії, вид. X. Партида ЦК КП(б)У, 1937, с. 486.

Сырые, темные подвалы, землянки, полуземлянки, небезвестные ко-
ечно-каморочные казармы, где люди задыхались из-за недостатка воздуха
и неимоверной скученности, жалкие строения, разбросанные в трущобах
города, среди грязи, вони и вредных испарений — таков, преимуще-
ственно, дореволюционный тип городского „жилища“ огромной массы тру-
дящихся в России и на Украине до Октябрьской революции.

При этом, разумеется, резко противоположны были жилищные усло-
вия буржуазии и пролетариата. В Харькове, напр., по данным переписи,
в 1912 г. жилая кубатура на 1 жителя в рабочих окраинах (Качановка,
Павловка, Новоселовка и др.) была в 4—5 и даже 6 раз меньше, нежели
в центральных буржуазных районах, достигая 1—1,5 куб. саж. на 1 че-
ловека.

В Киеве в лишенных всякого благоустройства подвалах, мансардах
и антресолях, составлявших свыше 12% всех квартир города, ютилась
одна пятая часть населения.

Ужасны были бытовые условия горняков дореволюционного Донбасса.
В работах земских санитарных врачей (Лященко, Вартминский и др.)
приведено не мало волнующих иллюстраций дикой эксплуатации, кото-
рой подвергались горняки со стороны буржуазных хищников. „Звериное
логовище“, „пекины“, „шанхай“, „гробы“ — так именовались жалкие лачуги
и землянки, где прозябали сотни тысяч горняков с семьями.

Крайне неудовлетворительные жилищные условия трудящихся горо-
дов еще более отягощались исключительно отсталым уровнем их сани-
тарного благоустройства. Коммунальные водопроводы были лишь в 37
из 176 городов. Большинство городов и рабочих поселков испытывали
буквально „водяной голод“. В поселках Донбасса на одну рабочую семью
в 5—6 человек в сутки иногда удавалось достать 1—2 ведра сомнитель-
ного качества воды. В ряде других городов и поселков положение было
еще намного лучше (Юзовка — ныне Сталино — 6 л, Сумы — 5 л, Умань — 7 л,
Кременчуг — 9 л на 1 жителя в сутки и т. д.).

Канализация была лишь в 4 городах (Киев, Одесса, Харьков, Днепро-
петровск), при чем сеть ее охватывала исключительно буржуазные районы.
Нечистоты и отбросы вовсе не убирались.

Вообще городское благоустройство представляло собой непригляд-
ную картину: улицы и площади в большинстве были не замощены, грязь,
зелени почти вовсе не было. Коммунальные бани и прачечные
считывались единицами. Города тонули в грязи и темноте.

На фоне общего неблагоустройства и крайней отсталости городского
хозяйства дореволюционной России антисанитарное состояние городов
и рабочих поселков Донбасса было, пожалуй, наиболее вопиющим. Мелкие
дворы, стихийно-хаотически выросшие непосредственно у шахт, заводов
и фабрик, без минимальных признаков благоустройства — типичная форма
капиталистического расселения Донбасса.

В годы империалистической войны и интервенции и это жалкое город-
ское хозяйство дореволюционной Украины было жестоко разрушено.
243 767 домов, насчитывавшихся на Украине к 1920 году, около 35%

были разрушены и требовали капитальных восстановительных работ. Большинство водопроводов, канализационных установок, бань, прачечных и прочих коммунальных сооружений либо вовсе перестали функционировать, либо действовали с большими перебоями и уменьшили свою продукцию на 60% и более.

Таково было состояние городского хозяйства Украины, унаследованного пролетариатом от буржуазно-помещичьей власти. Это „наследство“ необходимо было не только восстановить, но и коренным образом переделать, и наново организовать коммунальное обслуживание в городах и промышленных центрах.

И пролетариат, под руководством партии Ленина — Сталина, блестяще разрешает эту задачу.

С первых дней Октябрьской революции советская власть поставила городское хозяйство на обслуживание нужд рабочего класса, на службу интересам и задачам охраны здоровья и повышения материально-бытовых и культурных условий жизни трудящихся.

Претворяя в жизнь указания Маркса — Энгельса, партия и пролетариат на первом этапе Пролетарской революции провели массовое переселение трудящихся в благоустроенные жилища, решительно развернув вместе с тем широкие мероприятия по восстановлению и развитию жилищно-коммунального хозяйства в Республике.

Уже к началу первой пятилетки общий размер жилищного фонда в городах УССР составлял 32,7 млн. м² против 30 млн. м² в 1923 г. За годы первой и второй пятилеток жилфонд городов УССР увеличился на 7,7 млн. м² новой жилищной площади. За период с 1923 по 1937 г. возведено в городах УССР около 11 млн. м² новой жилищной площади.

Таким образом, за 14 лет советская власть обеспечила строительство жилищной площади, по размерам равной более 1/3 всего дореволюционного жилищного фонда.

Особенно бурны темпы роста жилищного фонда в промышленных районах и городах УССР. Объем нового жилищного строительства Донецкой области за эти годы составляет 50% всего вновь выстроенного жилфонда в УССР. Жилфонд Донбасса более чем удвоился за этот период (с 3,8 млн. м² в 1923 г. до 9,1 млн. м² в 1936 г.); жилфонд Днепропетровской области вырос на 50%, Харьковской — на 40% и т. д. Ряд небольших городов и рабочих поселков УССР превратились в крупные города, где жилфонд за этот период увеличился в 3—4 раза и больше (Сталино, Горловка, Енакиево, Кадиевка, Краматорск, Днепродзержинск, Запорожье, Кривой Рог и др.).

Крупнейшие сдвиги произошли также и в общем благоустройстве и коммунальном оборудовании городов.

Количество городов с коммунальными водопроводами увеличилось с 41 в 1920 г. до 83 в 1936 г.: общее протяжение водопроводной сети по сравнению с дореволюционным временем выросло в 3,5 раза (2872 км в 1936 г. против 849 км в 1912 г.), а домовых присоединений с 25 000 в 1912 г. — до 52 тыс. в 1936 г.

Грандиозное водостроительство в Донбассе (Вседонецкий водопровод) полностью разрешило проблему водоснабжения первой угольной металлургической базы Союза.

В 1937 г. заканчиваются новые мощные водопроводы в Киеве из Днепра и в Харькове из Северного Донца.

Интенсивно развивается канализационное хозяйство городов УССР. Вместо четырех до революции, в 1936 г. число городов, имеющих канализацию, достигло 16. За это время сооружены канализации в Запорожье, Полтаве, Сталино, Ворошиловграде, Ворошиловске, Кадиевке, Краматорске, Горловке и др. городах Республики. Значительно реконструированы канализации в Киеве, Харькове, Днепропетровске и Одессе. Общее протяжение канализационной сети по сравнению с дореволюционным временем увеличилось с 290 км (1912 г.) до 736 км (1936 г.).

Выросла сеть бань и прачечных. В 1936 г. число коммунальных бань выросло до 123 против 36 в 1912 г., а число прачечных, насчитывавшихся до революции единицами, в 1936 г. составляет 300 единиц. Широкое развитие за годы революции получило дело озеленения городов: около 6000 га парков культуры и отдыха, садов, скверов, бульваров выросло за это время в городах и рабочих поселках УССР.

Растет и развивается благоустройство городов Республики. Партия и правительство уделяют исключительное внимание городскому хозяйству — этой важнейшей базе перестройки быта трудящихся на социалистических основах.

Историческое постановление июньского (1931 г.) Пленума ЦК ВКП(б) „О развитии городского хозяйства в СССР“, поднявшее дело благоустройства городов в Союзе на исключительную политическую высоту, сыграло огромную роль в борьбе за подъем городского хозяйства, за дальнейшее развитие жилищного строительства и коммунального благоустройства в Республике.

Сотни миллионов рублей отпускает советское правительство ежегодно на благоустройство городов УССР. За 1924—1936 гг. в жилищно-коммунальное хозяйство УССР вложено свыше 3,5 млрд. рублей.

Широко развернулась реконструкция столицы УССР — Киева, наново реконструирован Харьков, продолжается реконструкция Днепропетровска, Ворошиловграда, Николаева, Полтавы, Кременчуга и других городов.

Наряду с широкой реконструкцией существующих бурно развилось строительство новых городов, выросших на базе крупнейшей социалистической промышленности: Запорожье, Кривой Рог, Краматорск, Никополь, Днепродзержинск, Новое Сталино и др.

В корне изменился облик городов и рабочих поселков УССР. Исчезли трущобы, землянки, убогое жилье, жалкие лачуги дореволюционной России — эти неперенные черты городов капиталистических стран.

Социалистическое городское хозяйство продолжает расти и развиваться в интересах охраны здоровья и улучшения культурно-бытового обслуживания широких масс трудящихся СССР.

M. Goromossov

L'état sanitaire des villes de la République Soviétique Socialiste d'Ukraine au XXème anniversaire de la Grande Révolution Proletarienne

RÉSUMÉ

Avec toute l'Union Soviétique la République Soviétique Socialiste d'Ukraine se présente au XXème anniversaire de la Grande Révolution d'Octobre comme ayant obtenu des succès exceptionnels sur les fronts politique, économique et culturel de l'édification du socialisme.

Ces réalisations et celles, en particulier, du domaine de la reconstruction et du développement des services urbains de la RSS d'Ukraine au cours de cette période montrent avec clarté l'immuable croissance et la puissance du pays du socialisme, ainsi que l'exclusive force organisatrice et créatrice de la société socialiste.

Vingt ans en tout sépare la RSS d'Ukraine du niveau misérable et tout primitif de la vie urbaine en Ukraine d'avant la révolution.

Un triste „héritage“ a laissé la Russie des bourgeois et des propriétaires au prolétariat.

Le fonds très réduit d'habitations dans les villes d'Ukraine d'avant la révolution était très inférieur au point de vue de ses qualités. Même dans des villes telles que Kharkov, Kiev, Odessa et Dniepropétrovsk le fonds d'habitations se composait principalement avant la révolution de petits immeubles, où faisaient défaut en grande partie les premiers éléments de l'urbanisme (à Kiev le pourcentage des maisons à un étage était de 66,4, à Kharkov — 84,7 et à Dniepropétrovsk — 88).

Les sous-sols humides et sombres, les baraques, les casernes bien connues à chambrettes, où les gens qui y étaient entassés étouffaient faute d'air, de chétifs bâtiments éparpillés dans les quartiers perdus de la ville, parmi la saleté, la puanteur et les exhalaisons malsaines — voilà, en majeure partie, le type de „l'habitation“ urbaine de la très grande masse des travailleurs en Russie et en Ukraine avant la Révolution d'Octobre.

Par contre, et cela se conçoit aisément, les conditions d'habitation de la bourgeoisie étaient toutes autres que celles du prolétariat. A Kharkov, par exemple, selon les données du recensement de 1912, la cubature du logis par habitant dans les banlieues ouvrières (Katchanovka, Pavlovka, Novoselovka et autres) était de 4,5 et même 6 fois moindre que dans les quartiers bourgeois du centre de la ville, atteignant 1—1,5 saïènes cubes par personne.

A Kiev, dans des sous-sols, des mansardes et des entresols dénués de tout confort moderne et dont le nombre dépassait 12 p. c. de tous les logements de la ville, habitait la cinquième partie de la population.

Terribles étaient les conditions de vie des ouvriers miniers du Donbass d'avant la révolution. Dans les travaux des médecins sanitaires du „zemstvo“ (Liaschenko, Vartminsky et autres) on trouve un assez grand nombre d'émouvantes peintures de la féroce exploitation des mineurs par les spoliateurs bourgeois. Les „tanières“, les „pékins“, les „changhaï“ les „tombeaux“ — telles

étaient les appellations des misérables masures et des huttes, où végétaient des centaines de milliers d'ouvriers miniers avec leurs familles.

Les conditions d'habitation aussi peu satisfaisantes des travailleurs dans les villes étaient aggravées encore par le niveau tellement arriéré de l'organisation sanitaire de celles-ci. Le service des eaux n'existait que dans 37 seulement des 176 villes. La plupart des villes et des cités ouvrières souffraient du manque d'eau. Dans les cités ouvrières du Donbass une famille de 5—6 personnes réussissait parfois à se procurer 1—2 seaux d'eau d'une qualité douteuse par jour. Dans certaines autres villes et cités ouvrières la distribution d'eau était tout aussi dérisoire (Jouzovka — Stalino actuellement — 6 litres, Soumy — 5 litres Ouman — 7 litres, Krementchoug — 9 litres journallement par habitant etc.).

La canalisation n'existait que dans 4 villes (Kiev, Odessa, Kharkov, Dniepropétrovsk), mais son réseau ne desservait que les quartiers bourgeois. L'extraction des vidanges et l'enlèvement des ordures ménagères faisaient défaut.

L'organisation urbaine présentait en général un tableau peu attrayant: les rues et les places en grande partie n'étaient pas pavées et par cela sales et boueuses, les arbres, ainsi que la verdure, manquaient presque tout à fait. Les établissements balnéaires et les buanderies se comptaient par unités. Les villes semblaient dans la boue et l'obscurité.

Sur le fond du désordre général et de la vétusté de l'organisation urbaine en Russie d'avant la révolution, l'état antisanitaire des villes et des cités ouvrières du Donbass était peut-être ce qu'il y avait de plus révoltant. Les petites colonies poussant spontanément près des mines, des usines et des fabriques, sans aménagement aucun — voilà la forme typique de l'installation capitaliste au Donbass.

Pendant les années de guerre impérialiste et d'intervention ce misérable urbanisme de l'Ukraine d'avant la révolution fut très éprouvé. Des 243 767 habitations, qu'on comptait en Ukraine en 1920, environ 35 p. c. étaient démolis et exigeaient des travaux de réparation. La plupart des services d'eau, les installations de canalisation, les bains, les buanderies et autres services communaux avaient presque entièrement suspendu leur fonctionnement, ou bien ne fonctionnaient que très irrégulièrement avec une réduction de rendement de 60 p. c. et plus.

Tel était l'état de l'urbanisme en Ukraine, qu'avait hérité le prolétariat du régime des bourgeois et des propriétaires. Il fallait donc non seulement restaurer cet "héritage", mais remanier et organiser à nouveau les services urbains dans les villes et les centres industriels.

Et le prolétariat, dirigé par le parti de Lénine — Staline, exécuta cette tâche brillamment.

Dès les premiers jours de la Révolution d'Octobre le Pouvoir Soviétique mis l'urbanisme au service de la classe ouvrière, au service des intérêts et de la santé des travailleurs, ainsi que pour améliorer les conditions matérielles et culturelles de leur vie.

Mettant en pratique les indications de Marx-Engels le parti et le prolétariat, au cours de la première étape de révolution prolétarienne, procédèrent à une installation en masse des travailleurs dans des locaux mieux aménagés, tout

en prenant de vastes mesures pour rétablir et développer l'organisation urbaine de la République.

Au début de la période du premier plan quinquennal le fonds d'habitations dans les villes de la RSS d'Ukraine se montait au chiffre global de 32,7 millions m² au lieu de 30 millions m², en 1923. Au cours des années du premier et du deuxième plans quinquennaux ce chiffre avait augmenté de 7,7 millions m², fournis par de nouvelles habitations. De 1923 à 1937 on a construit dans les villes de la RSS d'Ukraine environ 11 millions m² de logements.

C'est ainsi que pendant 14 ans le Pouvoir Soviétique assura la construction des habitations dont la superficie dépasse $\frac{1}{3}$ de celle de tout le fonds d'habitations d'avant la révolution.

Particulièrement importante est l'augmentation du fonds d'habitations dans les rayons industriels et les villes de la RSS d'Ukraine. Dans la région du Donbass le nombre des nouvelles habitations construites pendant ces années représente 50 p. c. du fonds entier d'habitations nouvellement bâti dans la RSS d'Ukraine. Au Donbass le fonds d'habitation a plus que doublé pendant cette période (de 3,8 millions m², en 1923, il a passé à 9,1 millions m², en 1936); celui de la région de Dniepropétrovsk a augmenté de 50 p. c., celui de Kharkov de 40 p.c. etc. Certaines petites villes et cités ouvrières de la RSS d'Ukraine se sont transformées en grandes villes, où le fonds d'habitation a augmenté pendant ces années de 3—4 fois et même plus (Stalino, Gorlovka, Enakievo, Kadievka, Kramatorsk, Dnieprodzerjinsk, Zaporojié, Krivoj Rog et autres).

De très grands changements se sont opérés aussi dans l'organisation des services urbains des villes.

Le nombre des villes ayant un service des eaux a passé de 41, en 1920, à 83, en 1936; la longueur générale du réseau de ce service comparativement à l'époque d'avant la révolution a augmenté de 3,5 fois (2872 km, en 1936, au lieu de 849 km, en 1912), et le nombre des maisons desservies de 25000, en 1912, à 52000, en 1936.

La construction du grandiose Service des Eaux du Donetz, au Donbass, a donné entière solution au problème de la distribution de l'eau à la première base houillère et métallurgique de l'Union.

En 1937 seront achevés de puissants services des eaux à Kiev (celui du Dniepr) et à Kharkov (celui du Donetz du Nord).

Très intense aussi est le développement de la canalisation dans les villes de la RSS d'Ukraine. Au lieu des 4 villes qui avaient une canalisation avant la révolution, il y en a 16, en 1936. On a construit pendant cette période un réseau de canalisation à Zaporojié, Poltava, Stalino, Vorochilovgrad, Vorochilovsk, Kadievka, Kramatorsk, Gorlovka et dans d'autres villes de la République. La canalisation à Kiev, Kharkov, Dniepropétrovsk et Odessa a été reconstruite dans une mesure très large. La longueur générale du réseau comparativement à l'époque d'avant la révolution a passé de 290 km (1912) à 736 km (1936).

Le réseau des établissements balnéaires et des buanderies a augmenté. En 1936, le nombre des bains communaux était de 123, au lieu de 36, en 1912, et celui des buanderies, qui se comptaient par unités avant la révolution, se montait, en 1936, à 300.

Un développement très large a acquis aussi pendant les années de la Révolution les plantations d'arbres dans les villes: environ 6000 ha de parcs de culture et de repos, de jardins, de squares, de boulevards ont été plantés dans les villes et les cités ouvrières de la RSS d'Ukraine.

L'urbanisme dans les villes de la République continue à faire des progrès. Le parti et le gouvernement prêtent une attention exclusive à l'organisation urbaine — cette base essentielle pour la reconstruction des conditions de vie des travailleurs sur des fondements socialistes.

La décision historique de juin 1931 de l'Assemblée plénière du Comité Central du Parti Communiste (bolchévik) de l'URSS concernant le développement de l'urbanisme dans notre Union, en attribuant à cette question une haute importance politique, a favorisé dans une large mesure l'essor de celui-ci, de même que les progrès des constructions d'habitations et la bonne organisation des villes de la République.

Des centaines de millions de roubles sont alloués annuellement par le gouvernement soviétique pour l'aménagement des villes de la RSS d'Ukraine. En 1924—1936, plus de 3,5 milliards de roubles ont été alloués dans ce but aux villes de cette République.

La reconstruction de Kiev—capitale de la RSS d'Ukraine—se poursuit sur une vaste échelle, Kharkov a été reconstruit à neuf, on reconstruit Dniepropétrovsk, Vorochiloygrad, Nikolaïev, Poltava, Krementchoug et les autres villes.

Outre la reconstruction des villes déjà existantes on poursuit la construction de nouvelles villes qui ont surgi par suite du développement prodigieux de la grosse industrie socialiste: Zaporojié, Krivoj Rog, Kramatorsk, Nikopol, Dnieprodzierjinsk, Novoje Stalino etc.

La physionomie des villes et des cités ouvrières de la RSS d'Ukraine a complètement changé. Les taudis, les baraques, les logis misérables, les masures de la Russie d'avant la révolution ont disparu, ces signes distinctifs et inévitables des villes du monde capitaliste.

L'urbanisme socialiste continue à se développer pour protéger la santé et améliorer toujours plus les conditions de vie des travailleurs de l'URSS.

М. Л. Товстоліт

Здоров'я колгоспників УРСР за даними спеціальних кон'юнктурних спостережень

(Попереднє повідомлення)¹⁾

Наше радянське селянство, „цілком нове селянство, подібного якому ще не знала історія людства“²⁾, відзначає ХХ-річчя Великої Пролетарської революції величезними політичними, господарськими і культурними досягненнями.

Під великим і непереможним прапором Леніна—Сталіна радянське селянство пройшло довгий і славний шлях перемог у боротьбі за щасливе, аможне, культурне життя.

Колективізація вже в перші роки її здійснення привела сільське господарство до блискучих перемог, цілковито змінивши обличчя старого села, яке фактично вмирало в умовах буржуазно-поміщицького ладу. Сталінський статут сільськогосподарської артілі сприяв небувалому піднесенню сільського господарства. Він став законом колгоспного життя, могутнім знаряддям мільйонних мас колгоспників у боротьбі за реалізацію сталінського лозунга: „Зробити всі колгоспи більшовицькими, а всіх колгоспників заможними“.

Стахановський рух у сільському господарстві, рух п'ятисотениць, тисячниць був щирою відповіддю на здійснення цього лозунга і показником господарсько-політичного зростання колгоспного селянства. Тільки колгоспний лад міг народити ще досі небачених героїв колгоспної праці. Записані у великій хартії свободи і прав трудового народу—Сталінській Конституції—права радянських громадян на працю, на відпочинок, на освіту, на матеріальне забезпечення в старості і під час хвороби й неадекватності підсумували вже здобуті перемоги.

Завоювання на господарському, політичному і культурному фронтах цілістичного села створили великі можливості для оздоровлення колгоспного населення.

Ріст матеріального добробуту й культурного рівня колгоспного населення, сталінське піклування про людину, що виявилось у ряді історичних

¹⁾ Автор не претендує на вичерпне висвітлення цього складного і методологічно важкого питання. Автор ділиться набутим досвідом і закликає цю роботу продовжити і заглибити. З цих міркувань редакція і вміщує статтю тов. М. Л. Товстоліт—молодої наукової робітниці, яка з захопленням працює над цією цікавою і важливою темою. *Редакція.*

²⁾ Й. В. Сталін, Про проект конституції Союзу РСР. Доповідь на надзвичайному Всесоюзному з'їзді Рад. Партвидав ЦК КП(б)У, 1937, с. 11.

постанов партії й уряду і в справі охорони здоров'я колгоспників, забезпечили великі успіхи в боротьбі за зниження захворюваності.

Постанова РНК і ЦК ВКП(б) від 4.III 1935 року про збільшення асигнувань на справу охорони здоров'я і про заробітну плату медичним робітникам, постанови про здешевлення медикаментів, про підготовку середніх медичних кадрів, про заборону абортів і державну допомогу багатосімейним і т. д. стали могутнім знаряддям у справі дальшого, ще більшого зниження захворюваності.

Щоб допомогти органам охорони здоров'я в їх боротьбі за зниження захворюваності і виявити зрушення в здоров'ї колгоспного населення, колишній Український інститут охорони здоров'я організував кон'юнктурні спостереження над захворюваністю колгоспників.

Кон'юнктурні спостереження мали завданням висвітлювати за короткі відрізки часу (квартал, півріччя, рік) санітарний стан і наслідки проведення оздоровчих заходів на матеріалах захворюваності, що збирались у зв'язку з звертанням колгоспників по медичну допомогу.

Далі, кон'юнктурні спостереження, своєчасно сигналізуючи про рух захворюваності та хиби в реалізації плану оздоровчих заходів, мали допомагати органам охорони здоров'я в оперативній роботі та в плануванні оздоровчих заходів щодо боротьби з захворюваністю відповідно до змін у санітарному стані країни. Одночасно дані кон'юнктурних спостережень мали правити за фактор контролю ефективності проведених оздоровчих і медично-санітарних заходів.

Метод кон'юнктурних спостережень є вибірковий.

Для кон'юнктурних спостережень над захворюваністю колгоспного населення добирали сільські медичні заклади, що мали в своєму складі амбулаторії й стаціонари і забезпечені були лікарськими кадрами й задовільно організованою реєстрацією захворюваності.

Для максимального виявлення захворюваності (за матеріалами звернень) для спостережень добирали такі колгоспи, які були на віддалі не більше 2—3 км від медичного закладу, тобто колгоспи в пунктових селах.

Один-два рази на рік збирали відомості про медичні заклади та колгоспи, виділені для збирання матеріалів і кон'юнктурних спостережень за спеціально встановленою формою (зразок форми додається).

Робота по вивчання захворюваності колгоспного населення розпочата була в II кварталі 1934 року і продовжувалась у 1935 р. і в першій половині 1936 р., тобто тривала більш двох років. Нами опрацьовано матеріал двох років, а саме: друга половина 1934 року і перша половина 1935 року, — це перший рік досліджень; другий рік досліджень — друга половина 1935 р. і перша половина 1936 р.

У 1934 р. і в першій половині 1935 року медичні заклади, добрані для збирання матеріалів кон'юнктурних спостережень, щомісяця посилали до обласних філій Українського інституту охорони здоров'я (а в другій половині 1935 року — до медично-санітарних статистичних станцій обласних відділів охорони здоров'я) зведення про рух нововиявлених захворювань за обмеженою номенклатурою хвороб.

До списку, за формою якого медичні заклади подавали зведення, увійшли такі хвороби: 1) черевний тиф, 2) висипний тиф, 3) шкарлатина, 4) дифтерія, 5) грип, 6) дизентерія, 7) туберкульоз дихальних органів, 8) сифіліс, 9) гонорея, 10) малярія, 11), 12) травматизм (ушкодження від машин, ушкодження інші), 13) бронхіт, 14) ангіна, 15), 16) гострі шлунково-кишкові захворювання у дітей до двох років і в інших, 17) хвороби жіночих статевих органів, 18) гнійні захворювання шкіри, 19) усі інші хвороби, подані в сумарному вигляді.

У процесі збирання та опрацювання матеріалів захворюваності колгоспного населення методика, застосована на початку роботи, була змінена в 1935 р. Ця зміна полягала в тому, що Український інститут охорони здоров'я та обласні медично-санітарні статистичні станції замість готових зведень одержували безпосередньо від медичних закладів, які обслуговували медичною допомогою колгоспи і збирали матеріали для спостережень, сирий матеріал у вигляді спеціальних статистичних талонів, на яких реєстрували всі випадки первинних захворювань серед обраного колгоспного населення.

На кожного хворого колгоспника та члена його сім'ї, що звертався з перший раз по медичну допомогу як в амбулаторії, так і вдома з приводу даного захворювання в поточному календарному році, заповнювали спеціальний статистичний талон.

Статистичний талон містив такі відомості: прізвище, вік, стать хворого, назва захворювання, а також відомості про втрату працездатності. Кожен стаціонарний хворий реєструвався на спеціальному талоні для стаціонарних хворих. Спеціальні статистичні талони заводили також на породіль.

Зібрані в дільницях статистичні талони раз на місяць посилались до Українського інституту охорони здоров'я та до обласних медично-санітарних статистичних станцій для дальшої розробки за загальноприйнятою програмою. Програма роботи мала завданням вивчити інтенсивність захворюваності серед колгоспного населення (інтенсивні показники) і структуру захворюваності, тобто знаходження питомої ваги певних груп захворювань у загальній сумі захворювань і їх взаємовідношення (екстенсивні показники).

На другому році наших спостережень матеріал розроблено за поширеною номенклатурою захворювань за віковою і статевою ознаками.

Класифікація і номенклатура хвороб, за якою розроблено матеріали захворюваності колгоспного населення, побудована за принципом радянської номенклатури, але з скороченням окремих захворювань, що в практиці роботи дуже рідко зустрічались і не мали вирішального значення оцінці санітарного стану; напр., хвороби обміну речовин, ендокринної системи та кровотворних органів дано нами в одній групі захворювань виділенням лише суглобового ревматизму та недокрів'я. Усі інші захворювання цих груп подано в сумарному вигляді.

Такого принципу додержувались ми при побудові всіх розділів і груп цієї номенклатури хвороб, виділяючи в групи окремі захворювання, що

мали більше значення для оцінки здоров'я колгоспного населення; всі інші захворювання виділяли в рубрику „інші хвороби органів дихання, травлення, кровообігу і т. д.“.

Разом виділено 93 назви захворювань.

В нашій номенклатурі виділено також спеціальну рубрику „нез'ясовані діагнози“, куди увійшли частково нез'ясовані діагнози, але найбільше — діагнози, нерозбірливо і незрозуміло зазначені (симптоми замість діагнозів).

Якість матеріалів була в окремих випадках не досить задовільною, в основному через неправильні зазначення назви хвороби і майже повну відсутність відомостей про втрату працездатності.

Процент нез'ясованих діагнозів коливався по колгоспах УРСР від двох у 1934—35 році до трьох у 1935—36 році, що пояснюється кращим контролем при розробці матеріалу.

Досить малий процент нез'ясованих діагнозів дозволив вважати в основному якість матеріалів задовільними і зробити на основі їх аналіз захворюваності колгоспників.

Кон'юнктурними спостереженнями була охоплена така кількість населення:

Таблиця 1

Кількість колгоспного населення, охоплена кон'юнктурними спостереженнями

№	Області	Р о к и	
		1934—35	1935—36
1	Київська	8052	31 182
2	Одеська	10 228	16 663
3	Дніпропетровська.	10 171	15 232
4	Харківська	15 424	12 689
5	Вінницька	12 740	10 519
6	МАРСР	не було спостережень	4664
	Разом по УРСР ¹⁾	43 875	75 767

Як видно з таблиці, кількість населення за два роки кон'юнктурних спостережень була неоднаковою, значне збільшення його відзначає 1935—36 рік. Основна маса населення, серед якого були розпочаті в 1934 році кон'юнктурні спостереження, залишалась і на другий рік, але разом з цією кількістю охоплювалось і нове населення, серед якого в 1935 році додатково провадили кон'юнктурні спостереження.

Збільшення кількості спостережуваного населення проходило нерівномірно.

¹⁾ До зведення по УРСР увійшли Київська, Одеська, Харківська і Дніпропетровська області.

Опрацьовуючи матеріали захворюваності, ми обчисляли середньорічне населення (тобто брали суму спостережуваного населення за чотири квартали року і ділили на чотири).

Щоб уникнути впливу різної кількості населення по кварталах, ми перерахували абсолютну кількість захворювань на середньорічне число населення. Одержавши урівняні абсолютні дані до середнього числа населення, ми обчислили інтенсивні показники захворюваності на 1000 душ населення, поквартальні й річні. Поквартальні коефіцієнти вираховано в річному виразі, а саме: кількість випадків захворювань ділили на суму населення і множили на 1000, потім ділили на суму днів кварталу і множили на суму днів року, саме

$$\frac{\text{Число випадків захворювань} \times 365 \text{ (або 366) днів року}}{\text{Число населення} \times \text{суму днів кварталу}}$$

Інтенсивні показники обчисляли за загальними правилами.

До цього часу опубліковано небагато робіт, що мали завданням висвітлити захворюваність сільського населення. Ці роботи охоплювали окремі округи й райони УРСР і побудовані були на застосуванні вибіркового методу.

У дореволюційний час земська санітарна статистика прагнула застосувати суцільне вивчення захворюваності за матеріалами звернень. Але охоплення всього населення суцільним вивченням захворюваності було нереальним в умовах земської медицини. Справу вивчення захворюваності організовано було лише в окремих губерніях, і цілком зрозуміло, що за умов класової земської організації охорони здоров'я матеріали захворюваності не відбивали справжньої захворюваності сільського населення.

Користуючись середніми показниками, земська санітарна статистика не виявляла впливу соціальних умов і затушковувала захворюваність більш експлуатованих верств селянства.

В основному робота земської санітарної статистики звелась до збирання і нагромадження матеріалів, до розробки їх за детальними програмами, але з вихолощенням соціальним змістом, бо 'все змішано було в одну кучку: і куркуля-багатія, і бідняка-селянина, і сільського пролетаря. І. І. Ленін гостро висміяв таку буржуазну „гру у циферки“.

Відсутність точного обліку населення не дозволяла також вивчати частоту захворюваності (інтенсивні показники); обмежувались встановленням типу захворюваності, її структури (екстенсивні показники). Отже, великою мірою збирання матеріалу про захворюваність населення зводилось до абстрактного вивчення і втрачало життєвість і оперативність.

У нових, принципово інших умовах соціалістичного ладу, при нових методах роботи радянських органів охорони здоров'я набувають першочислої ваги методи вивчення захворюваності, спрямовані на своєчасне виявлення патології населення й ефективності запроваджених оздоровчихходів для забезпечення нових досягнень на, почесній і відповідальній ланці — оздоровлення кадрів соціалістичного суспільства.

Питанням методу вивчення захворюваності у нас віддається велика увага. У 1936 році Союзною державною санітарною інспекцією при Раді Народних Комісарів скликана була спеціальна нарада в питаннях методики вивчення захворюваності. Учасники наради ухвалили рішення — організувати вивчення захворюваності по трьох концентрах, а саме: серед усього населення за коротким списком хвороб, куди входять головніші епідемічні й неепідемічні захворювання — це так званій I концентр робіт по вивченню захворюваності. Концентр II робіт по вивченню захворюваності полягає у вивченні захворюваності за вибіркоким методом (серед населення окремих районів і міст) і по великому кругу захворювань, з висвітленням вікового, статевого і професійного складу хворих. Останній III концентр має завданням вивчати окремі проблеми в зв'язку з захворюваністю населення.

Метод кон'юнктурних спостережень, запроваджений нами для вивчення захворюваності колгоспного населення, має своїм завданням встановити і тип захворюваності (в екстенсивних показниках) і частоту захворюваності (в інтенсивних показниках) з великої кількості захворювань.

Застосування цього методу допомогло нам дати відповідь на основну тему даної роботи.

Аналіз захворюваності колгоспників за два роки наших спостережень приводить до констатації, що захворюваність серед колгоспного населення у 1935—36 роках була меншої частоти, порівнюючи з попередніми 1934—35 роком.

Таблиця 2

Загальна захворюваність колгоспного населення
(Число первинних випадків захворювань на 1000 душ населення)

№	Області	Р о к и	
		1934—35	1935—36
1	Київська	1177,4	660,2
2	Одеська	1002,7	515,7
3	Дніпропетровська.	1011,5	658,1
4	Харківська	1041,0	820,8
5	Вінницька	1036,4	651,1
6	МАРСР	—	462,1
	Разом по спостережуваних колгоспах УРСР ¹⁾ . . .	1050,2	654,8

Вищенаведена таблиця показує:

1) Рівень загальної захворюваності по спостережуваних колгоспах УРСР і окремих областей досягав вищих цифр у 1934—35 р.

¹⁾ До зведення по УРСР у 1934—35 і 1935—36 роках увіходять колгоспи Харківської, Одеської, Київської і Дніпропетровської областей.

2) По спостережуваних колгоспах Київської області захворюваність у 1934—35 р. була найвищою, далі, в спадному порядку, йдуть спостережувані колгоспи Харківської, Вінницької, Дніпропетровської та Одеської областей.

3) У 1935—36 р. найбільший коефіцієнт зареєстрований у колгоспах Харківської області; менша захворюваність виявлена у колгоспах Київської, Дніпропетровської, Вінницької, Одеської областей та МАРСР.

4) 1935—36 рік характеризується зниженням коефіцієнта захворюваності по колгоспах усіх областей, при чому це зниження досягає по колгоспах УРСР 38%. Найбільше зниження захворюваності відбулось у колгоспах Одеської області, найменше—у колгоспах Харківської області.

Колгоспи Одеської області як у першому, так і в другому році спостережень займали останнє місце серед областей УРСР (за винятком МАРСР у 1935—36 році). Темпи зменшення захворюваності в колгоспах Одеської області були найбільшими.

Зіставляючи захворюваність по окремих захворюваннях у 1934—35 і 1935—36 роках, виявляємо, що серед спостережуваного колгоспного населення Одеської області відбулося велике зменшення насамперед малярії, потім гострих шлунково-кишкових захворювань, гнійних захворювань шкіри, травматизму. Падіння перелічених захворювань виявлено в спостережуваних колгоспах усіх областей, але темпи падіння в колгоспах Одеської області були найбільшими.

Таблиця 3

Поквартальна динаміка загальної захворюваності

(Число випадків на 1000 душ колгоспного населення)

№	Області	I квартал		II квартал		III квартал		IV квартал	
		1935 р.	1936 р.	1935 р.	1936 р.	1935 р.	1936 р.	1935 р.	1936 р.
1	Київська . . .	792,2	707,0	1226,4	664,8	1889,1	771,7	794,4	498,5
2	Одеська	834,2	409,6	997,7	617,7	1380,9	729,8	794,3	304,6
3	Дніпропетровська	727,6	609,6	915,8	769,3	1543,1	801,5	862,1	449,2
4	Харківська . .	769,6	791,4	1162,9	945,8	1345,8	1010,2	882,0	536,2
5	Вінницька . . .	743,8	704,9	не виявлено	802,5	1408,5	680,6	947,6	419,0
	Разом по спостережуваних колгоспах УРСР..	779,1	636,2	1076,5	726,9	1499,2	808,3	840,8	452,3

Поквартальна динаміка захворюваності характеризується:

1) Збільшенням показників захворюваності в II і особливо в III кварталі і падінням у IV кварталі. Такий тип захворюваності за матеріалами вернень характеризує спостережуване колгоспне населення всіх областей на протязі обох років наших спостережень.

Вища захворюваність у I кварталі, порівнюючи з IV, пояснюється не стільки дійсним збільшенням захворювань, скільки методом обліку, коли майже всі хворі в перші місяці року наново рееструються і вважаються за первинних.

2) Захворюваність у 1935—36 році по колгоспах усіх областей неухильно знижується протягом цілого року квартал-у-квартал. Це можна простежити на такій таблиці:

Таблиця 4

Поквартальна динаміка загальної захворюваності
(Число випадків на 1000 душ колгоспного населення)

№	Області	1934 рік		1935 рік				1936 рік	
		III кв.	IV кв.	I кв.	II кв.	III кв.	IV кв.	I кв.	II кв.
1	Київська . . .	1889,1	794,4	792,2	1226,4	771,7	458,5	707,0	664,8
2	Одеська . . .	1380,9	754,3	834,2	997,7	794,3	304,4	409,6	617,7
3	Дніпропетровська	1543,1	862,1	727,6	915,8	801,5	449,2	609,9	769,3
4	Харківська . .	1345,8	852,0	769,6	1162,9	1010,2	536,2	791,4	945,8
5	Вінницька . . .	1408,5	947,6	743,8	не в в- я влено	680,6	419,0	704,9	802,5
	Разом по спостережуваних колгоспах УРСР .	1499,2	840,8	779,1	1076,5	808,3	452,3	636,2	726,9

Якщо порівнювати 1934—35 р. з 1935—36 р. (включаючи до 1934—35 р. III і IV квартали 1934 і I і II квартали 1935 р., а до 1935—36 р.: III і IV квартали 1935 р. і I і II квартали 1936 р.), то цінним показником стає зниження захворюваності в II і особливо в III кварталі у зіставленні з захворюваністю в однойменних кварталах 1934—35 року, що потрібно віднести в основному за рахунок зменшення захворювань, властивих III порі року, а саме — на малярію, гострі шлунково-кишкові захворювання, травматизм, гнійні захворювання шкіри та інші (подані сумарно за номером клатурою попереднього року).

Якщо умовно прийняти поквартальні коефіцієнти ¹⁾ захворюваності в 1934—35 році за 100, то захворюваність по колгоспах УРСР у 1935—36 році буде такою:

I квартал—82 III квартал—60
II квартал—70 IV квартал—52

Нижчий коефіцієнт загальної захворюваності в 1935—36 році, порівнюючи з 1934—35 роком, при однакових умовах щодо обслуговування медичною допомогою пунктових сіл, відбиває собою загальну тенденцію до систематичного і неупинного поліпшення здоров'я колгоспників у ре

¹⁾ Квартальні коефіцієнти захворюваності обчислювались нами в річному виразі, тобто абсолютне число захворювань ділилось на суму днів кварталу, на число населення і множилось на 365 днів року і 1000 на 1 душ населення.

зультаті бурхливого росту їх матеріального і культурного добробуту на основі соціалістичної реконструкції сільського господарства, на основі сталінського піклування про колгоспи і колгоспників.

Відомо, що дореволюційна Росія була країною з надто високою захворюваністю на гострі інфекційні хвороби, особливо на паразитарні тифи й дитячі інфекційні захворювання.

Соціально-побутові умови українського селянства були неймовірно тяжкими. Низькому санітарно-культурному рівневі на загальному тлі зусілля трудового сільського населення відповідала масова епідемічна захворюваність.

Реєстрація інфекційних захворювань серед сільського населення провадилась земськими лікарями. Статистика інфекційних захворювань була обудована на звітності лікарів, які працювали в земстві. Закону про обов'язкову реєстрацію інфекційних захворювань у дореволюційній Росії не було. Охорона здоров'я через класовий характер земської медицини була неприступною для бідніших верств селянства. Отже, реєстрація захворюваності, і, зокрема, інфекційної, сільського населення була неповною. Зажаючи навіть на неповноту обліку, інфекційна захворюваність у дореволюційний час була високою.

Інфекційна захворюваність населення України в дореволюційний час загальному складі патології населення за матеріалами 4 губерній ¹⁾: арківської (1904—1909 рр.), Катеринославської (1901—1910 рр.), Херсонської (1882—1892 рр.) і Київської (1908—1910 рр.) займала перше місце і становила 20% з усіх захворювань. Якщо врахувати і паразитарні захворювання, то матимемо приблизно 23,9%. На гострі епідемічні захворювання припадало 11,4% усієї захворюваності.

Друге місце займали хвороби органів травлення — 20,4%.

Третє місце належало хворобам органів дихання — 11,2%. Четверте місце за питомою вагою припадало на хвороби шкіри і підшкірної клітковини — 10,9%.

Серед інших груп захворювань значну питому вагу мали хвороби нервової системи, органів зору, хвороби жіночих статевих органів.

Матеріал дореволюційної захворюваності обчислений у екстенсивнихказниках, і це утрудняє порівняння частоти захворюваності. Але тип захворюваності і зрушення в його структурі можна простежити на матеріалах дореволюційної і післяреволюційної захворюваності населення.

Так, у 1926 році були опубліковані роботи по вивченню захворюваності населення Одеської округи і МАРСР, у 1928 році — роботи по вивченню захворюваності серед населення Сумської округи. У тому ж 1928 році (за вибірковим методом) матеріали захворюваності сільського населення України (неопублікована робота лікаря Красовицької ²⁾).

¹⁾ Матеріали по захворюваності населення України, вып. I, Прил. к № 11-12 „Практическая медицина“, 1924.

²⁾ Знаходиться у науковому архіві кафедри соціальної гігієни Київського ім. С. В. Кошицького мед. ін-ту.

Необхідно застерігти від механічного порівняння структури захворюваності, бо матеріали в дореволюційний час розроблені за піроговською номенклатурою і класифікацією хвороб, а в післяреволюційний час — за міжнародною номенклатурою. Наш матеріал розроблений за радянською номенклатурою захворювань.

Змінена нозологічна номенклатура не дозволить зіставити в усіх деталях захворювання, але головні рубрики можна порівнювати одну з одною.

Порівнюючи структуру дореволюційного і післяреволюційного типу захворюваності населення України, насамперед констатуємо зменшення питомої ваги інфекційних епідемічних захворювань. У дореволюційний час інфекційні епідемічні захворювання становили 11,4%. У 1928 році (за матеріалами вибіркового вивчення захворюваності сільського населення) вони становили 10,3%. У 1935—36 році за матеріалами кон'юнктурних спостережень по колгоспах 4 областей УРСР вони становили 8,2%.

Хвороби органів травлення в дореволюційний час становили 20,4%, у 1935—36 році — 16,8%, а коли врахувати, що ангіна, яка входить за радянською номенклатурою захворювань до хвороб травлення, становить 3,8%, то питома вага хвороб органів травлення знижується до 13%.

Таблиця 5

Екстенсивні показники окремих епідемічних захворювань
(у % до загального числа захворювань)

№	Хвороби	Дореволюційний час	1935—36 рік
		Середнє по 4 губерніях України	Спостережуване колгоспне населення 4 областей України
1	Кір	0,65	0,09
2	Шкарлатина	1,0	0,24
3	Дифтерія	2,2	0,3
4	Віспа натуральна	0,27	0
5	Віспа вітряна	0,1	не виявлено
6	Коклюш	0,8	0,48
7	Грип	2,85	5,83
8	Тиф висипний	0,238	0,01
9	„ черевний	1,47	0,02
10	„ нез'ясований	0,13	—
11	„ поворотний	0,1	—
12	Дизентерія	0,8	0,31
13	Інші епідемічні захворювання	1,57	0,92
	Разом	11,4	8,26

Хвороби органів дихання в дореволюційний час досягли 11,2%, у 1935—36 році вони становлять 9,1%.

Зменшилась також питома вага хвороб органів зору. У дореволюційний час ці хвороби становили 6,6%, а в 1935—36 році—4,6%.

Хвороби нервової системи в структурі патології мають майже ту саму питому вагу (в дореволюційний час—3,8%, у 1935—36 році—3,9%).

Хвороби органів руху, замість 6,47% у дореволюційний час, у 1935—36 р. становили 4,36%.

Хвороби від зовнішніх впливів, куди входять травматизм і різні отруєння, мають майже однакову питому вагу, а саме— в дореволюційний час—5,36%, у 1935—36 році—5,18%.

Таблиця 6

Екстенсивні показники інфекційних епідемічних захворювань

(у % до загальної кількості захворювань)
у дореволюційний час і в 1935—36 році

Хвороби	Катеринославська губернія 1901—1910 рр.	Дніпропетровська область 1935—1936 рр.	Харків губернія 1904—1909 рр.	Харків область 1935—1936 рр.	Херсонська губ. 1882—1892 рр.	Одеська область 1935—1936 рр.	Київська губ. 1908—1909 рр.	Київська область 1935—1936 рр.
1 Кір	0,7	0,11	0,5	0,7	0,7	0,01*	0,7	0,8
2 Шкарлатина	1,0	0,16	0,8	0,14	0,9	0,01*	1,3	0,42
3 Дифтерія	2,8	0,08	1,2	—	2,0	—	2,8	0,67
4 Віспа натуральна	0,1	—	0,2	—	0,5	—	0,3	—
5 „ вітряна	0,1	не виявлено	0,1	—	—	—	—	—
6 Зазушниця	0,5	—	0,6	—	—	—	—	не виявлено
7 Коклюш	0,8	0,51	0,8	0,49	—	0,3	0,8	0,56
8 Грип	3,0	7,19	3,3	5,94	0,9	5,26	4,2	4,95
9 Тиф виспний	0,4	—	0,2	—	0,05	—	0,3	—
10 „ черевний	1,3	0,7	0,9	—	1,5	—	2,2	—
11 „ нез'ясований	0,1	—	0,1	—	—	—	0,2	—
12 „ поворотний	0,1	—	0,1	—	—	—	0,1	—
13 Дизентерія	0,7	0,3	0,6	—	1,5	1,33	0,5	0,13
14 Інші епідемічні хвороби	—	0,99	—	0,82	1,95	1,3	1,2	0,79
Разом	11,6	10,0	9,4	7,4	10,0	8,2	14,6	7,6

*) Поодинокі випадки.

За рахунок зменшення питомої ваги окремих груп хвороб збільшується питома вага інших груп, насамперед органів кровообігу — 4,14% у 1935—36 р. У дореволюційний час ця захворюваність становила 1,8%. Потім дається взнаки малярія, яка у 1935—36 році досягла 13,4% усіх зареєстрованих захворювань.

Зменшення питомої ваги інфекцій серед усієї захворюваності на селі набуває все ж особливого значення. Тому то дозволяємо собі подати до читачевої уваги саме інфекційну частину структури захворюваності на селі у дореволюційний час і тепер, не зважаючи на методологічну утрудненість цих порівнянь. (Див. табл. 5 на с. 132).

Ці зрушення в структурі епідемічних захворювань відбувалися по спостережуваних колгоспах усіх областей України.

Отже, питома вага епідемічних захворювань по колгоспах усіх спостережуваних областей незрівнянно нижча, ніж у дореволюційний час.

Сприятливі екстенсивні зміни в групі епідемічних хвороб, тобто зміни в загальній структурі патології сільського населення, супроводяться одночасно і яскравими змінами в частоті захворювань. Інтенсивні показники захворюваності за дореволюційний час в 1935—36 році значно відрізняються один від одного. Це ілюструє нижченаведена таблиця.

Таблиця 7

Кількість випадків захворювань на 1000 душ сільського населення України

Роки	Висипний тиф	Черевний тиф	Дизентерія	Шкарлатина	Кір	Дифтерія	Коклюш	Грип
1910—1914*) (повіти)	1,0	3,89	2,88	3,19	3,04	4,86	3,36	не виявлено
1935—36 (4 області УРСР)	0,1**)	0,2**)	2,0	1,5	0,46	1,98	3,18	38,4

Зіставлення частоти захворювання на гострі інфекційні хвороби, зокрема на тифи і дитячі інфекції серед сільського населення у зазначеній у таблиці відрізках часу, приводить нас до висновку, що великі зрушення відбулися у здоров'ї колгоспників соціалістичної України, насамперед, у цій, найнебезпечнішій у дореволюційній Україні ділянці захворюваності. Треба до того ж мати на увазі, що захворюваність серед сільського населення України в дореволюційний час була вищою, ніж у колишній Росії, що з свого боку теж відбивало колоніальну політику імперізму щодо України.

За наших часів захворюваність колгоспників на висипний тиф виявляється в нашому матеріалі лише як поодинокі випадки. Те саме і з черевним тифом. Поворотного тифу не зареєстровано у нас жодного випадку.

*) С. М. Екель, Инфекционные заболевания на Украине, „Научная мысль“, 1927.

***) Поодинокі випадки.

падку. Різко знизилась захворюваність на дизентерію. В цьому важливу роль відіграли безперечно планово проведені заходи по піднесенню санітарного рівня села, краща діагностика захворювань, своєчасна госпіталізація хворих.

Планомірні і систематичні заходи по боротьбі з інфекційною захворюваністю позитивно позначились і на показниках дитячих інфекційних захворювань, як от кір, шкарлатина, дифтерія, коклюш, які на багато разів зменшились, порівнюючи з дореволюційною захворюваністю. Це падіння стає ще яскравішим тому, що виявлення і облік дитячих інфекційних захворювань стоять незрівнянно краще серед культурно зрослого сільського населення.

Якщо врахувати, що в дореволюційний час на Україні щороку реєстрували до 20 000 захворювань на натуральну віспу, а в 1936 році в УРСР не було зареєстровано жодного випадку віспи, то яснішими стають ті колосальні зрушення, що відбулися на селі в наслідок планомирної і систематичної боротьби з захворюваністю в УРСР на основі систематичного зростання матеріально-культурного рівня трудящих, поліпшення їх санітарних і побутових умов. Отже рік-у-рік епідемічна захворюваність неухильно знижується. Прекрасну ілюстрацію цього процесу знаходимо, покладаючи відносні показники епідемічної захворюваності на Україні в 1913 році за 100 і зіставляючи з цією сотнею 1935 рік:

дифтерія	5,0	дизентерія	18,6
черевний тиф	23,0	коклюш	46,0
шкарлатина	44,6		

Не помічається за цей час тільки зниження грипу. Грип займає третє місце серед виділених захворювань. Правда, трудно і порівнювати захворюваність на грип з даними дореволюційного часу через те, що найбільша частина грипозних захворювань на селі не підпадала навіть під медичний контроль до революції. Тим то зупинимось тільки на даних, які визначають поширеність грипу серед колгоспників за матеріалом кон'юнктурних обслідувань.

Коефіцієнт захворюваності на грип по колгоспах УРСР у 1935—36 році становив 38,3%; у 1934—35 році — 46,6%. По колгоспах окремих областей ці коефіцієнти різняться між собою.

Таблиця 8

Захворюваність на грип на 1000 душ населення

№	Області	Роки	
		1934—35	1935—36
1	Одеська	54,0	33,1
2	Харківська	48,0	48,9
3	Дніпропетровська	37,5	47,5
4	Київська	52,2	32,8
5	Вінницька	29,9	35,9
6	МАРСР	не виявлено	41,4

У Київській та Одеській областях грип у 1935—36 році розповсюджений був менше, але хвиля піднесення грипу в першій половині 1936 року, особливо в I кварталі, ясно позначається на матеріалах цих областей.

У колгоспах Дніпропетровської і Вінницької областей грип у 1935—36 році збільшився, при чому це збільшення відзначається переважно в першій половині 1936 року, коли в Дніпропетровській області показник захворюваності на грип становив у I кварталі 107,6%, проти 31,8%, у I кварталі 1935 року. У II кварталі 1936 року маємо 41,3%, проти 20,3%, у 1935 році.

У колгоспах Вінницької області спостерігалась в основному така сама динаміка захворюваності на грип з особливим піднесенням його в I кварталі 1936 року (64,3% проти 29,9%, у 1935 році).

У колгоспах Харківської області грип залишився на рівні 1934—1935 року (з властивим для колгоспів усіх областей піднесенням у I та II кварталах 1936 року).

МАРСР за рівнем захворюваності на грип наближається до середньоукраїнських показників.

У групі інфекційних неепідемічних захворювань особливе місце займає малярія щодо ступеня її поширення серед населення УРСР, про що скажемо далі.

Рівень і динаміка інших хронічних неепідемічних захворювань, як от туберкульоз, сифіліс, гонорея, в протилежність малярії, дають сприятливі зрушення.

Дуже важко і неправильно було б без всякого застереження зіставляти захворюваність на туберкульоз, сифіліс, гонорею за наших умов і за умов капіталістичної феодальної Росії.

Захворюваність на туберкульоз по селах і містах дореволюційної Росії була велика, але лікарська допомога неприступна незможним верствам населення та й майже зовсім не було тоді протитуберкульозних закладів.

Широко розгорнута боротьба з туберкульозом у Країні Рад. Активні методи виявлення і обслуговування туберкульозних хворих, рання діагностика туберкульозу допомогли виявляти з більшою повнотою захворюваність на туберкульоз і здійснювати неухильну переможну боротьбу за зниження туберкульозу.

Таблиця 9

Захворюваність на 1000 душ населення на туберкульоз легень зареєстровано у 1935—36 році

О б л а с т і					МАРСР	Газом по УРСР
Київська	Одеська	Дніпропетровська	Харківська	Вінницька		
8,1	8,9	4,8	13,8*)	5,3	8,4	8,5

*) Туберкульоз всіх органів; туберкульоз легень окремо не виділено.

Падіння захворюваності на туберкульоз можна спостерігати, порівнюючи наші матеріали захворюваності з даними за попередні роки.

Таблиця 10
Захворюваність на легеневий туберкульоз на 1000 душ населення (сільського)

Р о к и		
1925 *)	1928	1935—36
12,0	15,2	8,5

Зниження захворюваності на туберкульоз у 1935 році в зіставленні з 1913 роком доводять також матеріали про стан здоров'я призовників в УРСР.

Таблиця 11
Визнано непридатними через туберкульоз легень на 1000 призовників

Області	Р о к и	
	1913	1935
Дніпропетровська . . .	6,45	0,96
Київська	7,69	0,68
Одеська	4,25	0,77

Серед цієї категорії населення УРСР розміри падіння захворювань на туберкульоз легень особливо різючі.

Захворюваність на сифіліс за матеріалами земської санітарної статистики за 1910—1914 роки на 1000 душ населення в середньому досягла 4,63 при великій кількості захворювань, збвсім не зареєстрованих.

За матеріалами статистики венеричних захворювань, серед сільського населення у 1924 році коефіцієнт захворюваності на сифіліс був 3,0‰, а в 1928 році—1,4‰.

За нашими даними коефіцієнт захворюваності на сифіліс на 1000 душ населення по спостережуваних колгоспах УРСР у 1934—35 році становить 0,4, а в 1935—36 році—0,2.

Кривій спадання сифілісу відповідає й крива спадання захворюваності на гонорею.

На 1000 душ населення зареєстровано було випадків захворювань на гонорею в спостережуваних нами колгоспах:

у 1934—35 році — 1,6
у 1935—36 році — 0,5

*) Проф. Томілін, Спроба санітарного опису України. X. 1928.

Трахома, як і згадані вище захворювання, є рештками сумної спадщини капіталістичної Росії. Налагодженого точного обліку захворювань на трахому не було. Але за офіціальними, хоч і неповними даними, захворюваність на трахому в старій Росії збільшувалася, особливо знаходячи поживний ґрунт у несприятливих побутових умовах старого злиденного і некультурного села.

Так, у 1913 році зареєстровано (в дореволюційній Росії) 6,33 випадків трахоми на 1000 душ населення.

В 1926 році — 3,3⁰/₁₀₀ *)
 „ 1928 „ — 4,1⁰/₁₀₀
 „ 1935—36 р. по колгоспах УРСР — 1,72⁰/₁₀₀

За ступенем поширення трахоми у 1935—36 рр. спостережуване колгоспне населення областей України розташовується так:

Області	Число випадків трахоми на 1000 душ населення
Одеська	2,10
Дніпропетровська	1,97
Харківська	1,73
Київська	1,06
Разом по колгоспах УРСР	1,72

Зменшення захворюваності на трахому є результатом наполегливої боротьби за піднесення санітарно-культурного рівня, своєчасного виявлення і належного спеціального лікування. Але побутові хвороби, зокрема трахома, ще досить міцно тримаються в побуті сільського населення і потребують до себе пильної і непослабної уваги, оскільки є всі можливості для остаточної ліквідації трахоми і дальшого зменшення всіх побутових хвороб.

Захворюваність сільського населення на малярію за даними кон'юнктурних спостережень відрізнялась своїм рівнем і питомою вагою в 1935—1936 рр. у порівнянні з 1934—35 р.

Як у тому, так і в другому році малярія займала перше місце серед усіх зареєстрованих захворювань. Рівень показника малярії серед колгоспного населення подано в нижченаведеній таблиці.

Таблиця 12

Захворюваність на малярію на 1000 душ колгоспного населення

Роки	О б л а с т і				Разом по спостережуваних колгоспах УРСР
	Київська	Дніпропетровська	Харківська	Одеська	
1934—35	208,2	294,4	129,9	167,5	191,1
1935—36	74,1	136,9	72,4	88,0	89,4*

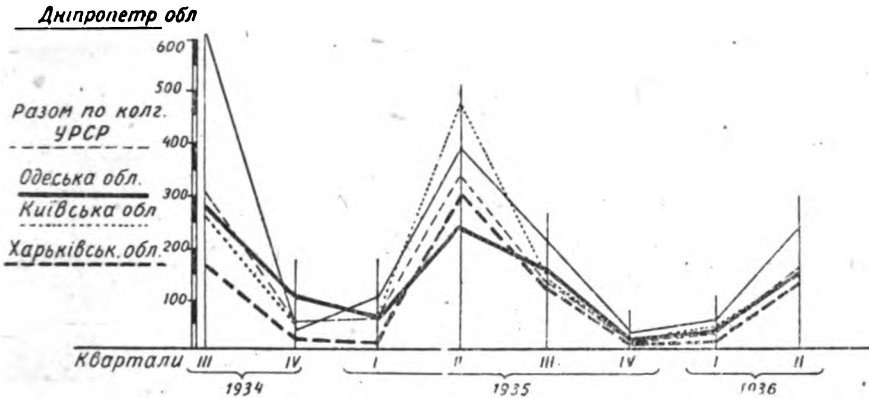
*) За вибірковими матеріалами захворювань сільського населення в пунктових селах.

Отже:

1) Більш розповсюдженою була малярія у 1934—35 році.

2) Найвищий рівень захворюваності на малярію припадав на спостережувані колгоспи Дніпропетровської області в 1934—35 році.

В порядку зменшення кількості захворювань на малярію за колгоспами Дніпропетровської області ідуть колгоспи Київської області, далі колгоспи Одеської і Харківської областей. В такій же послідовності щодо частоти захворюваності розташовуються колгоспи Дніпропетровської, Київської, Одеської і Харківської областей у 1935—36.



Графік № 1. Поквартальна динаміка малярії (число випадків на 1000 душ колгоспного населення) протягом двох років спостережень

Таблиця 13

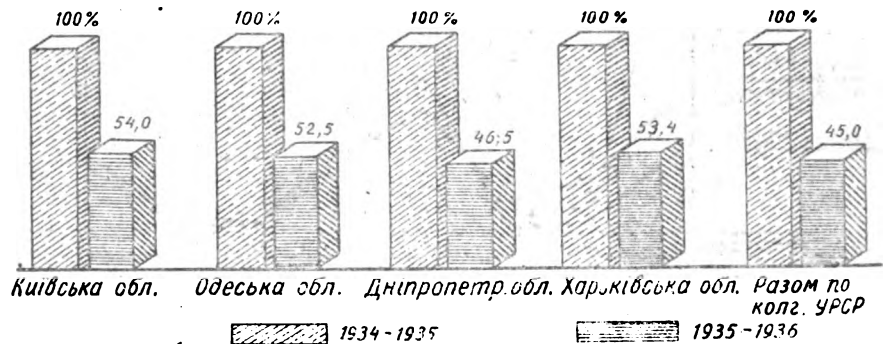
Поквартальна динаміка захворюваності на малярію (число випадків на 1000 душ населення спостережуваних колгоспів)

Області	Квартали	I		II		III		IV	
		1935	1936	1935	1936	1934	1935	1934	1935
Київська		59,4	28,2	471,7	123,7	253,3	132,3	47,8	11,8
Дніпропетровська		103,6	46,6	405,1	245,4	614,4	234,9	55,8	19,8
Харківська		24,7	11,2	798,0	130,2	167,5	135,7	29,1	11,9
Одеська		56,7	28,0	247,1	143,5	273,5	151,2	91,2	28,6
МАРСР		не виявлено	10,5	—	43,8	—	54,4	—	18,7
Разом по спостереж. колгоспах УРСР		56,8	28,85	341,8	153,68	311,5	157,6	53,2	17,07

Поквартальна динаміка захворюваності на малярію характеризується високим рівнем у I кварталі, великим піднесенням у II кварталі, зменшенням у III кварталі і дальшим зниженням у IV кварталі.

По спостережуваних колгоспах усіх областей УРСР в 1935—36 році в усіх кварталах неухильно падала малярія в зіставленні з однойменними

кварталами 1934—35 р. Але, не зважаючи на значне падіння малярії, рівень її ще високий. Отже, своєчасне виявлення, належне лікування маляриків, як джерел віруса, ставить відповідальні, невідкладні завдання перед робітниками охорони здоров'я в дальшій боротьбі за зниження малярії. Збільшення з кожним роком сітки протималярійних закладів, широкі заходи, скеровані на боротьбу з комарем, на лікування хворих маляриків, на профілактичну хімізацію, — все це вже яскраво позначилось на темпах спадання малярії. В 1935 році УРСР краще, ніж у попередні роки, була забезпечена протималярійними заходами. Широкий розмах протималярійних заходів спричинився до зменшення захворюваності на малярію і по спостережуваних колгоспах усіх областей. Це служить сприятливою ознакою в справі дальшої переможної боротьби з малярією.



Графік № 2. Темпи падіння малярії в 1935—36 р. в зіставленні з 1934—35 р.

1935—36 р. по спостережуваних колгоспах усіх областей малярія значно знизилася у порівнянні до 1934—35 р.

Найбільше падіння малярії було в колгоспах Дніпропетровської і Харківської областей.

Друге місце після малярії за рівнем захворюваності займає бронхіт.

Таблиця 14

Захворюваність на бронхіт (число випадків на 1000 душ населення)

Області	Р о к и	
	1934—35	1935—36
Київська	48,2	47,3
Дніпропетровська	50,1	35,4
Харківська	44,0	48,1
Одеська	73,3	32,6
Вінницька	94,9	72,6
МАРСР	—	26,4
Разом по спостереж. колгоспах УРСР	53,0	41,71

Колгоспи Вінницької області в 1935—36 р. займали перше місце щодо кількості захворювань на бронхіт. У 1935—36 р. відбулося помітне, хоч і нерівномірне, зниження захворювань на бронхіт по спостережуваних колгоспах усіх областей, за винятком Харківської.

Гострі шлунково-кишкові захворювання займають четверте місце за своєю питомою вагою в 1935—36 р. серед усіх захворювань, замість другого місця в 1934—35 р.

Третє місце в 1935—36 р. належало захворюваності на грип.

У 1935—36 році можна констатувати стійке зменшення захворюваності на гострі шлунково-кишкові хвороби, що характеризує поліпшення матеріально-побутових умов колгоспного населення.

Таблиця 15

Гострі шлунково-кишкові захворювання
(Число випадків на 1000 душ спостережуваного колгоспного населення)

Області	Р о к и	
	1934—35	1935—36
Київська	99,5	32,7
Дніпропетровська . . .	58,8	17,6
Харківська ¹⁾	106,0	57,0
Одеська	101,0	45,4
Вінницька	91,0	4,4
Разом по спостереж. колгоспах УРСР . . .	86,9	36,5

Гострі шлунково-кишкові захворювання в I кварталі стоять порівнюючи на невисокому рівні, збільшуючись досить різко у II і III кварталах і знову спадаючи в IV кварталі. Падіння гострих шлунково-кишкових захворювань відбулося в 1935—36 році по спостережуваних колгоспах усіх областей України.

Падіння гострих шлунково-кишкових захворювань позначилося на зменшенні питомої ваги хвороб органів травлення до 13% (без ангіни), проти 20,4% в дореволюційний час.

Наступне місце в порятку зменшення питомої ваги в загальному складі захворювань займає травматизм.

Для динаміки травматизму за нашими матеріалами характерним є зниження травматизму в I кварталі, повільне наростання його в II кварталі, збільшення майже вдвое у III кварталі й знову зниження у IV кварталі.

Такий розподіл травматизму пояснюється включенням до побутового травматизму—травматизму виробничого, що може збільшуватися під час інтенсивних польових робіт.

¹⁾ До гострих захворювань у 1935—36 р. в Харківській області увійшли й хронічні захворювання.

Таблиця 16

Кількість зареєстрованих випадків травматизму на 1000 душ спостережуваного колгоспного населення

Області	Р о к и	
	1934—35	1935—36
Київська	85,7	35,8
Дніпропетровська	39,9	29,8
Харківська	29,35	45,8
Одеська	32,4	25,1
Вінницька	27,3	33,9
МАРСР	не виявлено	20,8
Разом по спостереж колгоспах УРСР	42,3	33,3

У спостережуваних колгоспах Київської області в 1934—35 році травматизм доходить найвищого рівня. Коефіцієнт травматизму в 1935—36 р. наближається до середньо-українських даних.

Значне розходження в показниках кількості випадків травматизму по спостережуваних колгоспах Київської області та колгоспах інших областей пояснюється до деякої міри методом обліку травматизму, а саме: в 1934 р. в колгоспах Київської області випадки травматизму на полі, на місці роботи, реєстрував не тільки медичний персонал, але й персонал, спеціально підготовлений для подачі медичної допомоги.

У Харківській і Вінницькій областях показники травматизму збільшились у 1935—36 році; особливо збільшився травматизм серед колгоспників в Харківській області.

Найвищого рівня травматизм доходить у 1935—36 році по колгоспах Харківської області, найнижчого - по колгоспах МАРСР. Інші області займають середнє місце.

Збільшення кількості випадків травматизму у спостережуваних колгоспах Харківської і Вінницької областей потребує спеціального вивчення.

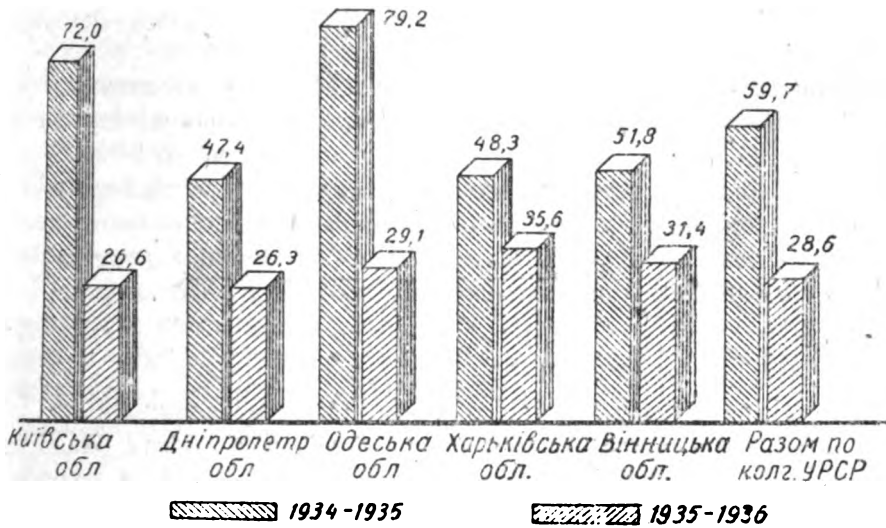
В 1935—36 році по колгоспах усіх областей УРСР помітне збільшення захворюваності на ангіну, питома вага якої дорівнювала до колгоспах УРСР 3,8%.

Наростання захворюваності на ангіну супроводилось збільшенням шкарлатини.

В 1934—35 році шкарлатина виявляється в невеликій кількості випадків захворювань, у 1935—36 році шкарлатина, хоч і незначно, але збільшується.

В структурі захворюваності колгоспного населення в 1935—36 р. хвороби шкіри і підшкірної клітковини становлять по колгоспах УРСР 5,57%. За нашою номенклатурою до складу шкірних хвороб не увійшли

фурункульоз, флегмона, нариви, короста, парша і лишайні захворювання, що за структурою радянської номенклатури належать до інфекційних і паразитарних хвороб. За піроговською номенклатурою, усі ці захворювання віднесені до захворювань шкіри. Гнійні захворювання шкіри, як от фурункульоз, флегмона і абсцеси шкірних покривів, відзначаються щечималою розповсюдженістю, що показує нам таблиця 17.



Графік № 3. Кількість зареєстрованих випадків гнійно-шкірних захворювань на 1000 душ колгоспного населення.

Таблиця 17

Захворюваність на фурункульоз, флегмону, абсцеси шкіри на 1000 душ населення

Роки	О б л а с т і					МАРСР	Разом по спостережуваних колгоспах УРСР
	Київська	Дніпропетровська	Харківська	Одеська	Вінницька		
1934—35	72,0	47,4	48,3	76,2	51,8	—	59,7
1935—36	26,	26,3	35,6	29,1	31,4	21,4	28,0

При порівнянні частоти гнійних шкірних захворювань у 1935—36 р. і 1934—35 р. можна бачити спадання цих захворювань у 1935—36 році, при цьому найбільше спадання виявлено в колгоспах Одеської і Київської областей. Показники захворюваності на фурункульоз по колгоспах усіх областей незначно відрізняються між собою.

Розподіл гнійних шкірних захворювань відповідно до кожної пори року показує найбільшу частоту в II і III кварталах; у I і IV кварталах вони зустрічаються рідше.

Розвиток гнійних шкірних захворювань у своєму падінні повторює криву травматизму. Зменшення травматизму у 1935—36 році на 35% супроводиться падінням гнійних шкірних захворювань на 52,8%. Зниження шкірних захворювань не можна, звичайно, пояснити тільки зниженням травматизму, але це має певне значення, оскільки порушення цілості шкіри є важливий етіологічний момент у дальшому її інфікуванні. На зниженні цих захворювань безумовно відбилися зміни санітарно-культурного порядку і медичного обслуговування, як, наприклад, своєчасна подача першої допомоги і т. ін.

Хвороби жіночих статевих органів, включаючи ускладнення після пологів, за питомою вагою в складі патології сільського населення становили в 1934—35 році 3,2%, в 1935—36 році знизились до 2,7%.

Хвороби жіночих статевих органів зменшились у зіставленні з 1934—35 роком та, особливо, у зіставленні з захворюваністю сільського населення в 1928 році, коли коефіцієнт захворюваності жіночих статевих органів становив 45,0 на 1000 душ населення проти 19,2 у 1934—35 р.

* * *

Підсумовуючи сказане вище, доходимо таких висновків.

1. Систематичні кон'юнктурні спостереження в умовах нашої соціалістичної дійсності стають оперативним зряддям органів охорони здоров'я в запровадженні планових заходів у справі зниження захворюваності.

2. Кон'юнктурні спостереження за санітарним станом певних населених пунктів (міста, села) дають також змогу виявити зрушення в здоров'ї людності на протязі певного періоду часу (2, 3, 5 років і т. д.).

3. Застосований нами метод кон'юнктурних спостережень над здоров'ям колгоспників не складний і при точному обліку населення виявляє як частоту, так і структуру захворюваності. Простота цього методу дозволяє застосовувати його в значно ширшому обсязі, ніж це було до цього часу.

4. Загальна захворюваність спостережуваного колгоспного населення за матеріалами кон'юнктурних спостережень, зменшилась у 1935—36 році проти 1934—35 року. Це зменшення проходило неухильно квартал-у-квартал в основному за рахунок зниження захворюваності на малярію, на гострі шлунково-кишкові, травматичні й гнійні захворювання шкіри та інші хвороби.

Спадання захворюваності в 1935—36 році є характерним для спостережуваного колгоспного населення всіх областей УРСР.

5. Серед усіх захворювань, виявлених серед колгоспного населення УРСР, найнижчі показники мають гострі інфекційні та венеричні захворювання.

6. Зіставляючи захворюваність колгоспного населення за роки кон'юнктурних спостережень (1934—35 і 1935—36 роки) з захворюваністю в дореволюційний час, приходимо до висновку, що в складі патології сіль-

ського населення значно зменшилась питома вага інфекційних епідемічних захворювань. Захворюваність на висипний і черевний тиф траплялась дуже рідко. Різко низились дитячі інфекційні хвороби (кір, шкарлатина, дифтерія, коклюш). Зовсім ліквідована захворюваність на поворотний тиф і натуральну віспу. Різко зменшилась також захворюваність на туберкульоз легень.

7. Різко зменшилась захворюваність на венеричні хвороби, зокрема на сифіліс.

8. Хвороби органів дихання, травлення та органів зору серед колгоспного населення всіх спостережуваних областей у 1935—36 році становлять значно менший процент у загальному складі захворюваності, ніж у дореволюційний час.

9. Широкий розмах проведених малярійних заходів дав позитивні наслідки щодо зниження малярії, але захворюваність на малярію порівнюючи все таки ще на високому рівні.

10. Подані нами на основі кон'юнктурних спостережень показники захворюваності колгоспного населення відбивають великі зрушення, що відбулися в здоров'ї трудящих села на загальному тлі зростання заможності й культурного рівня колгоспників.

Велетенські можливості, що їх створює соціалістичне суспільство, зобов'язують працівників охорони здоров'я ще наполегливіше й ефективніше боротися за дальше зниження захворюваності, за дальший розквіт здоров'я будівників соціалістичного сільського господарства.

11. Квітне, міцніє здоров'я колгоспників соціалістичної України.

Про це спеціально і систематично піклується партія Леніна — Сталіна, радянський уряд, вся радянська громадськість. Про це неухильно піклується сам великий Сталін — кращий друг колгоспників і улюблений охдь народів.

І. Л. Товстолиг

Здоровье колхозников УССР по данным специальных конъюнктурных наблюдений

РЕЗЮМЕ

1. Систематические конъюнктурные наблюдения становятся в условиях шестей социалистической действительности оперативным средством органов здравоохранения в проведении плановых мероприятий по снижению заболеваемости.

2. Конъюнктурные наблюдения над санитарным состоянием определенных населенных мест (городов и сел) дают возможность выявить сдвиги здоровья населения на протяжении определенного периода времени.

3. Примененный нами метод конъюнктурных наблюдений над здоровьем колхозников не сложен и, при точном учете населения, выявляет частоту структуры заболеваемости. Простота этого метода позволяет приме-

нять его в значительно более широком объеме, чем это имело место до сего времени.

4. Общая заболеваемость обследованных колхозников по материалам конъюнктурных наблюдений уменьшилась в 1935—36 г. по сравнению с 1934—35 г. Это уменьшение шло неуклонно из квартала в квартал в основном за счет снижения малярии, острых желудочно-кишечных заболеваний, травм, кожных, гнойных и прочих заболеваний.

Уменьшение заболеваемости в 1935—36 г. характерно для всего колхозного населения, охваченного наблюдениями во всех областях УССР.

5. Среди всех заболеваний, выявленных у наблюдаемых колхозников УССР, наиболее низкие показатели имеют острые инфекционные и венерические заболевания.

6. Сопоставляя заболеваемость колхозного населения за годы конъюнктурных наблюдений (1934—35 и 1935—36) с заболеваемостью дореволюционного времени, приходим к заключению, что в патологии сельского населения значительно уменьшился удельный вес эпидемических заболеваний. Сыпной и брюшной тиф встречаются теперь очень редко. Резко уменьшились детские инфекции (корь, скарлатина, дифтерия, коклюш). Совершенно ликвидированы натуральная оспа и возвратный тиф. Резко уменьшилась заболеваемость туберкулезом легких и венерическими болезнями, в особенности сифилисом.

7. Болезни органов дыхания, органов пищеварения и органов зрения занимают в структуре заболеваемости колхозников в 1935—36 году значительно меньший удельный вес, чем в дореволюционное время.

8. Несмотря на широкий размах проведенных противомаларийных мероприятий, давших положительные результаты в снижении малярии, это заболевание все еще держится сравнительно на высоком уровне.

9. Данные конъюнктурных наблюдений иллюстрируют большие сдвиги в здоровье колхозников и всех трудящихся села, имеющие место в результате общего роста зажиточности и культуры колхозного села.

Огромные возможности, создаваемые социалистическим строем, обязывают работников здравоохранения еще упорнее, еще эффективнее бороться за дальнейшее снижение заболеваемости, за дальнейший расцвет здоровья созидателей социалистического сельского хозяйства.

10. Цветет и крепнет здоровье колхозников социалистической Украины.

Об этом специально и систематически заботится партия Ленина—Сталина, советское правительство, вся пролетарская общественность. Об этом неуклонно заботится сам великий Сталин—лучший друг колхозников и любимый вождь народов.

СТАТИСТИЧНИЙ ТАЛОН

РЕЕСТРАЦІЇ ПЕРВИННОГО ХВОРОГО КОЛГОСПНИКА

1. Прізвище хворого
2. Ім'я 3. По батькові
4. Район
5. Вік
6. Стать
7. Чи втратив працездатність: так, ні
8. Колгосп
9. Колгоспник, член його сім'ї
10. Діагноз
11. Госпіталізовано: так, ні .

• міс. 193 . . р.

. Лікар

НКОЗ УРСР
УІСОЗ

ОСНОВНІ ВІДОМОСТІ ПРО КОЛГОСП, ДОБРАНІЙ ДЛЯ СПОСТЕРЕЖЕНЬ НАД ЗАХВОРЮВАНІСТЮ КОЛГОСПНИКІВ

Область район сільрада

Назва населеного пункту

Назва колгоспу

Відаль від медичного закладу (в км)

1. Норма видачі головних продуктів на 1 трудовень за 1935 рік

2. Кількість ідців у колгоспі на 1.1.1936 р. чол. жінок разом

0—1		2—4		5—14		15—19		20—39		40—59		60 і більше		Разом	
чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.

3. Чи є ясла в колгоспі: постійні, сезонні, так, ні.

На скільки дітей розраховані ясла: а) постійні б) сезонні

(в 1935 р.) запроектовано на 1936 рік на дітей

. 1936 р.

Голова колгоспу

НКЗ УРСР
УІСОЗ

ОСНОВНІ ВІДОМОСТІ ПРО МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД, ЩО ЗАПРО- ВАДЖУЄ В СЕБЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ НАД ЗАХВОРЮВАНІСТЮ І МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ ПО КОЛГОСПАХ

Область район сільрада

Назва населеного пункту

Назва найближчої залізничної станції віддаль від
залізничної станції (в км) віддаль від районного
центра (в км)

Назва й поштова адреса медичного закладу

1. Чи є при амбулаторії стаціонар: так, ні.
2. Стаціонар міститься в окремому будинку: так, ні; має свій окремий лікарський персонал: так, ні.
3. Кількість медичного персоналу: лікарів лікпомів акушерок і фельдшерів
4. Кількість штатних ліжок у лікарні всього з них божевільних родильних
5. Чи є в цьому селищі медичні заклади поза амбулаторією та стаціо-варом: так, ні, а саме: колгоспний родильний будинок, консультація, тубдиспансер, вендиспансер.
6. Чи організовано збирання матеріалів про захворюваність колгоспни-ків у позаамбулаторних закладах? (консультації, вендиспансери, тубдиспансери і т. ін.)
7. Скільки колгоспів в районі діяльності медзакладу?
8. Список колгоспів, добраних для спостереження:

Назва колгоспу	Віддаль від амбулаторії (в км)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Прізвище лікаря, що відповідає за кон'юнктурні спостереження над захворюваністю колгоспників по вашій лікарні
. 1936 р.

Керівник медичного закладу

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА 1000

Дніпропетровської, Харківської, Київської

Число населення .	35954		35597		447
	III кв. 1934 р.		IV кв. 1934 р.		I кв. 1935 р.
	урівняні	відносні	урівн.	відн.	урівн.
За хворювання					
1. Черевний тиф	23	2,1	95	8,6	9
2. Висіпний тиф	3	0,3	6	0,5	—
3. Шкарлатина	1	0,1	—	—	—
4. Дифтерія та круп	20	1,8	24	2,2	7
5. Грип	491	44,4	628	56,8	502
6. Дизентерія	408	36,9	108	9,8	5
7. Туберкульоз дихальних органів	81	7,3	47	4,2	114
8. Сифіліс I, II стадії	1	0,1	3	0,3	8
9. Гонорея гостра	14	1,3	20	1,8	22
10. Малярія	3445	311,5	588	53,2	615
11. Ушкодження від машин	176	15,9	29	2,6	12
12. „ інші	734	66,4	264	23,9	290
13. Бронхіт	464	41,9	681	61,6	676
14. Ангіна	257	23,2	275	24,9	149
15. Гострі шлункові та кишкові розлади	231	20,9	107	9,7	455
у дітей до двох років					
у решти населення	1903	172,1	569	51,4	
16. Хвороби жіночих статевих органів	464	41,9	404	36,5	331
17. Фурункульоз, абсцеси	1147	103,7	560	50,6	430
18. Усі інші хвороби	6288	568,6	4643	419,8	4657
19. Нез'ясовані діагнози	429	38,8	248	22,4	147
Разом	16580	1499,2	9299	840,8	8429

¹⁾ Урівняні — абсолютні числа захворювань перерахованих на середнєрїчну кількість

ГОСПНОГО НАСЕЛЕННЯ ¹⁾

в окремих областях у 1934—35 і 1935—36 роках

1932	43875		66070		89326		79225		68447		75767		
1935 р.	Разом		III кв. 1935 р.		IV кв. 1935 р.		I кв. 1936 р.		II кв. 1936 р.		Разом		
	відн.	урівн.	відн.	урівн.	відн.	урівн.	відн.	урівн.	відн.	урівн.	відн.	урівн.	відн.
0,1	128	2,9	2	0,1	3	0,16	5	0,27	—	—	10	0,13	
0,8	18	0,4	—	—	1	0,05	4	0,21	—	—	5	0,07	
0,2	3	0,1	39	2,04	36	1,88	20	1,07	24	1,27	119	1,57	
0,3	54	1,2	14	0,73	4	0,21	130	6,96	2	0,1	150	1,98	
38,9	2046	46,6	471	24,66	414	21,68	1226	65,63	801	46,75	2912	38,44	
0,4	525	12,0	110	5,76	27	1,41	3	0,16	16	0,85	156	2,06	
10,7	359	8,2	168	8,8	113	5,92	198	10,6	167	8,84	645	8,53	
0,5	17	0,4	4	0,21	1	0,05	8	0,43	3	0,16	16	0,21	
1,2	69	1,6	22	1,15	19	0,99	6	0,32	6	0,32	53	0,70	
341,8	8387	191,1	3010	157,6	326	17,07	539	28,85	2903	153,68	6778	89,47	
2,4	243	5,5	17	0,9	—	—	97	5,19	135	7,15	249	3,29	
30,0	1616	36,8	977	51,16	593	31,05	319	17,08	434	22,98	2323	30,66	
46,2	2327	53,0	561	29,37	455	23,82	1142	61,13	1002	53,05	3160	41,71	
11,6	808	18,4	452	23,67	586	30,68	517	27,68	358	18,95	1913	25,25	
50,2	3814	86,9	1366	71,52	427	22,36	300	16,06	526	27,85	2765	36,50	
27,3	1498	34,1	91	4,76	25	1,31	30	1,61	395	20,91	1461	19,29	
43,9	2617	59,7	368	19,27	275	14,40	423	22,64	365	19,32	2165	28,58	
51,2	20524	467,8	868	45,45	557	29,16	375	20,07	6000	317,64	23230	306,64	
18,8	1030	23,5	381	19,95	177	9,27	431	23,07	512	27,11	1501	19,81	
1076,5	46083	1050,2	15439	808,39	8639	452,33	11885	636,20	13649	726,93	49612	654,89	

областей

M. Tovstolite

De la santé des kolkhoziens en Ukraine socialiste

RÉSUMÉ

1. Dans les conditions de notre actualité socialiste l'observation systématique des conjonctures devient pour les services de la santé publique un des moyens qui facilitent la réalisation d'après un plan établi des mesures visant la réduction de la morbidité.

2. L'observation de conjoncture de l'état sanitaire de certaines localités habitées (villes et campagnes) permet de mettre en lumière les progrès de la santé de la population au cours d'une période de temps déterminée.

3. La méthode des observations de conjoncture de la santé des kolkhoziens n'est pas compliquée, et, lorsque les chiffres de la population sont exactement établis, elle met en lumière la fréquence et la structure de la morbidité. La simplicité de cette méthode permet de l'appliquer dans une mesure beaucoup plus large que cela n'avait lieu jusqu'à présent.

4. La morbidité générale des kolkhoziens d'après les matériaux obtenus au moyen des observations de conjoncture se trouve diminuée en 1935—36, comparativement à celle de 1934—35. Cette diminution se poursuivait invariablement d'un quartier à l'autre de l'année et en grande partie à compte de la diminution des cas de malaria, des affections gastriques et intestinales, des traumatismes, des affections cutanées purulentes et autres.

La réduction de la morbidité, en 1935—36, est caractéristique pour toute la population kolkhozienne englobée dans les observations qui eurent lieu dans toutes les régions de la RSS d'Ukraine.

5. Parmi les maladies enregistrées chez les kolkhoziens de la RSS d'Ukraine, ce sont les maladies infectieuses aiguës et les maladies vénériennes qui présentent les indices les plus bas.

6. En confrontant la morbidité de la population kolkhozienne pendant les années d'observation de conjoncture (1934—35 et 1935—36) avec celle d'avant la révolution, on vient à la conclusion que le poids spécifique des maladies épidémiques et vénériennes a beaucoup baissé dans la pathologie de la population. Le typhus exanthématique et la fièvre typhoïde ne sont que très rares maintenant. Les infections infantiles (rougeole, scarlatine, diphtérie, coqueluche) se trouvent fortement réduites. La variole et la fièvre récurrente sont entièrement liquidées. La tuberculose pulmonaire et les maladies vénériennes, la syphilis surtout, ont fortement diminué.

7. Le poids spécifique des affections des organes de la respiration, des organes digestifs et des organes de la vue est beaucoup moindre, en 1935—36, dans la structure de la morbidité des kolkhoziens qu'avant la révolution.

8. Malgré la réalisation d'importantes mesures antipaludéennes, qui ont donné d'heureux résultats quant à la diminution des cas de malaria, cette maladie se tient encore à un niveau élevé.

9. Les données de nos observations de conjoncture permettent d'illustrer les grands progrès de la santé des kolkhoziens et de tous les travailleurs

des campagnes; ils sont le résultat de la croissance générale de l'aisance et de la culture dans le village kolkhozien.

Les conditions créées par le régime socialiste obligent tous ceux qui travaillent dans le domaine de la santé publique à lutter avec plus de persévérance, plus d'efficacité encore pour une réduction ultérieure de la morbidité, pour fortifier encore plus la santé des créateurs de l'agriculture socialiste.

10. On voit donc la santé des kolkhoziens de la RSS d'Ukraine augmenter et se fortifier. Elle est l'objet d'une sollicitude particulière et systématique du parti de Lénine — Staline, du gouvernement soviétique et de toute la société prolétarienne. Elle est l'objet des soins du grand Staline lui-même, le meilleur ami des kolkhoziens et le chef aimé des peuples.

Лікувальна сіть в УРСР за ХХ років Великої Пролетарської революції

І. Лікарняне обслуговування населення в УРСР

Організація охорони здоров'я як у дореволюційній Росії, так і на Україні характеризувалася відсутністю будьякої єдності в системі лікувально-профілактичних заходів. Вся справа охорони здоров'я була розпорошена між численними відомствами, установами, приватними підприємствами й окремими особами, між собою не зв'язаними. Сама буржуазно-поміщицька держава в особі кол. Міністерства внутрішніх справ обмежувалась по суті функцією „верховного нагляду“, поліцейного нагляду, що мав загалом формально-бюрократичний характер. Його метою була не стільки допомога чи співробітництво в справі розвитку лікувальних заходів, скільки стеження за тим, щоб вони формально вкладалися в певні поліцейні рамки. В останні роки перед революцією ці намагання прибрати до бюрократичних рук всю медично-санітарну справу досягли високих розмірів: намічалась навіть організація окремого царського „Міністерства охорони народного здоров'я“. Проте, ці „новини“, не зважаючи на всю свою реакційність, в умовах буржуазно-поміщицької Росії не перетворилися й не могли перетворитися в життя. На організацію лікувальної справи, як вона складалася напередодні революції, вони ніякою мірою не позначилися. Хаотичність у постановці справи проіснувала аж до повалення царизму.

Зрозуміло, що й справа стаціонарної допомоги, зокрема, не була винятком із загального правила. Це наочно показує наведена нижче таблиця 1 (с. 156), що містить відомості про стаціонарні заклади на території сучасної УРСР в 1915 р.

Як видно з таблиці, стаціонарною лікарняною допомогою відало не менш 12 категорій хазяїв найрізноманітнішого характеру. Але й це ще не дає певного уявлення про міру її розпорошеності. В кожную категорію входило по декілька десятків організацій, які керували лікарнями, що були в їх віданні, зовсім незалежно одна від одної.

Переважає більшість лікарень належала повітовим і губерньським земствам. Перші мали в своєму віданні понад 600 лікарень з майже 12 тисячами ліжок, що містилися переважно в селах, почасти в повітових містах. Губерньським земствам належало 13 психіатричних і з десятків великих соматичних лікарень з загальною кількістю ліжок коло 9—9,5 тис. До цього треба додати, що кожна з 90 (приблизно) повітових і 9 губерньських земських управ були цілком суверенними господарями своїх лікарень

Таблиця 1

Групи закладів	Лікарень	Штатних ліжок
I. Соматичні лікарні, інфекційні, частково родильні відділи та фізіотерапевтичні заклади з ліжками	1145	31 132
у тому числі:		
а) Земські	617	31 142
б) Міського самоврядування	21	4629
в) Фабричні й заводські	202	4328
г) Єврейські	47	1495
д) Духовного відомства	4	155
е) Благодійних товариств	26	1625
є) Червоного Хреста	4	82
ж) При школах і учбових закладах	58	1187
з) Приватні	66	1279
и) При клініках	17	517
і) Залізничні	15	757
ї) Тюремні	68	1946
II. Родильні будинки	33	400
у тому числі:		
а) Земські	3	57
б) Міського самоврядування	2	50
в) Благодійних товариств	5	92
г) Приватні	22	191
д) Червоного Хреста	1	10
III. Приймальні покої та лікарні з 0—5 ліжок	291	967
у тому числі:		
а) Земські	144	501
б) Міського самоврядування	1	4
в) Фабричні й заводські	65	214
г) Єврейські	6	22
д) Благодійних товариств	1	2
е) Червоного Хреста	1	3
є) При школах і учбових закладах	4	13
ж) Приватні	20	72
з) Залізничні	41	102
и) Тюремні	8	34
IV. Психолікарні	22	9385
у тому числі:		
а) Земські	12	7520
б) Міського самоврядування	1	550
в) Приватні	8	315
г) Державні	1	1000
Всього	1491	41 884

і в своїй діяльності по організації лікарняної справи, як і взагалі лікувальної, керувались виключно своїми власними міркуваннями й засадами.

У великих міських центрах коло двох десятків лікарень належало міським управам. Це були здебільшого великі й загалом добре поставлені заклади, часто з багатьма сотнями ліжок, як от, наприклад, колишня Київська Олександрівська (тепер Жовтнева), що мала 620 ліжок, Харківська, в якій було 350 ліжок, і інші. Певне значення, головним чином для малозаможних верств населення великих міст, мали лікарні благодійних товариств; їх було 26, і вони мали понад 1,5 тис. ліжок.

Понад 200 лікарень з 4,5 тис. ліжок утримувались теж на цілком автономних засадах цукровими заводами, деякими великими поміщицькими господарствами, фабрично-заводськими підприємствами і т. ін.

Далі довідуємося, що великим ліжковим фондом орудував такий несподіваний господар, як тюрми. В них налічувалось 76 лікарень, а ліжок 1970. Деякі з цих лікарень мали поважні розміри.

Значну і теж цілком самостійну групу становили єврейські лікарні, яких налічувалось не мало в тих містечках і містах, де єврейське населення було більш-менш численне.

Ці лікарні належали теж до порівнюючи упорядкованих. Утримувались вони коштом самих єврейських громад (з сум „коробкового збору“).

Ми не будемо тут зупинятися окремо на всіх інших групах закладів, що відали стаціонарною допомогою. Зазначимо лише ще групу приватних лікарень, які відігравали не малу роль в обслуговуванні буржуазних і взагалі заможних верств населення. Їх налічувалось 86 з 1350 ліжками. Це були здебільшого маленькі заклади, які улаштовувались приватними особами з метою зиску на вкладений капітал. Поставлені ці лікарні були добре, але лікування в них коштувало дорого.

Цілком природно, що при такому великому числі закладів і осіб, які відали лікарняною справою, не можна було сподіватися на якунебудь єдність або плановість в організації допомоги населенню. Ліжкова сітка утворювалась стихійно, без всякої заздалегідь визначеної системи залежно від наявності у тієї або іншої організації чи установи, або, навіть, приватної особи, відповідних матеріальних засобів, розуміння справи або громадської ініціативи.

Ця обставина негативно відбилась насамперед на загальних розмірах ліжкової сітки. Вона була, коли не головною, то однією з причин вкрай недостатнього розвитку ліжкової сітки. Тим часом як населення України зростало, сітка ледве встигала за цим ростом, через що забезпеченість населення ліжковою допомогою в середніх показниках лише незначно змінилась на протязі двох з половиною десятиріч перед війною. Це видно з наведеного нижче зіставлення у табл. 2 (с. 158).

Таким чином, забезпеченість ліжковою допомогою збільшувалась на 0,1 ліжка на 1000 душ за п'ятиріччя, і навіть напередодні революції на 1000 душ населення припадало всього лише 1,3 ліжка — величина для багатой своїми можливостями України більш ніж мізерна.

Таблиця 2

Роки	Ліжкова сітка (в тис.)	Ліжок на 1000 душ населення
1890	16,2	0,8
1895	21,3	0,9
1900	24,9	1,0
1905	30,7	1,1
1910	38,8	1,2
1915	45,1	1,3

Та ж стихійність і безплановість, яка затримувала ріст ліжкової сітки, обумовлювали також її надзвичайно нерівномірне розташування на території тодішньої України.

Ось як розподілялась тоді ліжкова сітка по сучасних областях:

Таблиця 3

Соматичні лікарні в 1915 році
(без залізничних і тюремних)

Області	Лікарень	Ліжок
Київська	225	5985
Вінницька	163	2967
Чернігівська	81	1617
Харківська	228	6191
Дніпропетровська	120	3052
Донецька	102	3242
Одеська	128	5182
МАРСР	17	292
Разом по УРСР	1060	28531

Коли перевести ці цифри у відносні, то матимемо таку картину:

Таблиця 4

Області	Ліжок на 1000 душ	Радіус обслуговування (в км)
Київська	1,0	12
Вінницька	0,6	11
Чернігівська	0,6	14
Харківська	1,2	12
Дніпропетровська	0,9	15
Донецька	1,4	14
Одеська	1,5	14
МАРСР	0,5	13
По УРСР	1,0	13

Різниця в забезпеченості ліжками окремих областей, як ми бачимо, дуже велика. Не менш значна була вона і в межах першої-ліпшої області між кол. повітами. Як приклад, наведемо кілька цифр, що стосуються суміжних повітів Полтавщини.

На 1 земське ліжко припадало населення (в тис.).

в Переяславському повіті	3,6
в Золотоноському „	1,7
в Прилуцькому „	1,6
в Лохвицькому „	2,8

Ще більше вражає нас у ті часи вадзвичайно нерівномірний розподіл ліжок між містом і селом. З 27,8 тис. ліжок, які можна безперечно віднести до того або іншого типу населених пунктів, на сільські лікарні припадає лише 8,8 тис. ліжок, або 31%, в той час як сільське населення становило не менш 85%. Отже останнє було забезпечено лікарняною допомогою в 12 разів менш, ніж міське, яке мало в середньому на 1000 душ коло 7 ліжок¹⁾. Але промислові центри були забезпечені зовсім незадовільно. Дніпропетровськ мав всього лише 2 ліжка на 1000 душ населення. Найгірше стояла справа в Донбасі, де потреба в лікарняній допомозі була особливо велика через надмірно важкі умови праці в гірничій і гірничо-заводській промисловості, не кажучи вже про жахливі побутові, зокрема житлові й загальносанітарні умови в гірничо-заводських селищах того часу. На 171 тис. робітників Донбаса припадало 2016 ліжок, що, враховуючи й сім'ї робітників, становило, мабуть, не більше 3 ліжок на 1000 душ населення.

Проте, всі наведені розрахунки, що стосуються щільності ліжкової сітки в умовах дореволюційного часу, не дають ще повного уявлення про міру доступності її для населення через те, що ліжкова допомога в значній кількості випадків була платною. Тільки в земських сільських лікарнях додержувались принципу безплатності, але й тут вдавалися іноді до платності. Міські земські лікарні звичайно одержували плату в хворих, що приїжджали з інших повітів. Іноді одержували — й з своїх. „Бідні“ звільнялись від плати, бо ж узяти з них було нічого, а лишати заразного хворого напризволяще теж небезпечно було для населення. В губернських і неземських лікарнях платне лікування було більш поширене. Плату брали не з усіх хворих, і була вона 20—30 коп. за день. Але все ж при низькому рівні добробуту широких мас населення і така плата значно обмежувала доступ до лікарні²⁾.

Щодо приватних лікарень, то вони працювали на засадах комерційного розрахунку і тому були доступні лише найбільш заможним верствам населення³⁾.

Звертаючись тепер до якості лікування, треба насамперед підкреслити, що численність установ, що відали лікарнями, обумовлювала також

1) Звичайно, ці показники суто формальні, бо заповнення цих ліжок через неприступність для ширших мас населення було надто низьким.

2) Цікаво, що в Київській Олександрівській лікарні, де звичайна плата була 30 коп. за день, лише 20% нарахованої на хворих плати дійсно надходило до каси лікарні. Решта рік-у-рік тяглася, як недоїмка. В 1912 р. таких недоїмок було списано на 380 тис. крб. „Отчет Киевской городской больницы цесар. Александра за 1912 и 1913 гг.“.

3) Плата іноді доходила до 10 і навіть більше крб. за добу. „Весь Киев за 1913 год“. Вид. Богуславського.

і надзвичайну різноманітність у постановці лікарняної справи. Приватні лікарні, наприклад, або лікарні на деяких промислових заводах були устатковані зовсім не погано, тим часом як лікарні якогонебудь відсталого повітового земства відзначались великою бідністю. Загалом можна сказати, що біднішими від інших були земські лікарні, оскільки земства мали порівнюючи обмежені фінансові можливості. З другого боку, самі повітові земства надзвичайно різнились між собою. Розміри асигнувань на лікарняні справи коливались у дуже широких межах. Так, наприклад, у Чернігівській губ. в різних повітах річний видаток на ліжко, без утримання лікарів і молодшого медичного персоналу, становив від 127 до 340 крб.; в Катеринославській губ., що належала до багатших, він в одному повіті становив 278 крб., а в решті коливався від 306 до 423 крб. на рік.

Навіть не однакові кошти відпускались на лікарні губернських земств, як це видно з нижченаведених цифр, що стосуються 1913 р. або близьких до нього років:

Полтавська лікарня	500 крб.
Кременчуцька „	470 „
Київська (Кирилівська) „	400 „
Житомирська „	356 „
Кам'янецька „	300 „
Чернігівська „	300 „ і т. д.

В неземських лікарнях видатки на утримання ліжка були, очевидно, трохи вищі. За неповними даними Головного лікарського інспектора на всю медичну справу на Україні в межах 9 губерній витрачалось коло 30 мільйонів крб. З них значно більше половини припадало на лікарняну справу. Зіставляючи цю суму з кількістю ліжок, бачимо, що середня для всієї України затрата на 1 ліжко становила кругло 500 крб. на рік.

Зараз уже важко висвітлити в статистичних показниках, наскільки були достатні ці асигнування для раціональної постановки справи. Беручи, однак, на увагу рівень тодішніх цін, можна вважати, що їх було досить на задоволення тільки найелементарніших потреб лікарняного господарства. Зокрема набір продуктів харчування на 1 день (3500 кал) коштував, наприклад, в Києві в 1913 р. 30—40 коп. На рік це становило 100—120 крб.

На харчування, таким чином, витрачалось близько чверті визначеної нами вище середньої суми витрат на ліжко. Друга чверть припадала на заробітну плату медичного персоналу. Решта, тобто коло половини, йшла на поповнення інвентаря, на медикаменти, медичний інструментарій і господарські витрати.

У тих численних випадках, де витрати на ліжко були нижчі 300—400 крб., становище було, звичайно, тяжким. Будівлі були тісні, допоміжні приміщення й устаткування недостатні, меблі занадто прості, білизна з грубого дешевого полотна. Лікарні бракувало зовнішньої привабливості, необхідної для підтримування в хворого бадьорого й життєрадісного настрою. Не дивно, що на лікарню часто дивились як на якусь страсховище.

Дефектом лікарняної допомоги в дореволюційні часи була й недостатність медичного персоналу вищої кваліфікації, особливо в земських лікарнях і в лікарнях великих промислових центрів.

До того ж біда ще була в тім, що лікар, зокрема земський, переобтяжений був найрізноманітнішими обов'язками. Як загальне правило, він завідував лікарською дільницею, в його віданні було декілька фельдшерських пунктів, які він мусив регулярно відвідувати. На його допомогу в першу чергу претендували привілейовані елементи тодішнього села — поміщик, піп, становий і т. д. Отже він міг віддавати лікарні лише малу частку свого робочого часу.

Не в кращому стані був лікар на першому-ліпшому промислому підприємстві. Досить сказати, що, наприклад, на гірничо-заводських підприємствах Донбаса на 1 лікаря припадало 1190 робітників (без їх утриманців).

Щождо молодшого медичного персоналу, то він був і кількісно недостатнім і якісно не завжди добрим. Хоч кількість фельдшерів і акушерок, що пройшли нормальну медичну школу, рік-у-рік збільшувалась, але й напередодні війни було багато ще так званих ротних фельдшерів з дуже низьким рівнем підготовки.

Дуже малий розмір лікарні, особливо сільської, звичайно, значно знижував якість власне лікарняної допомоги. Лікарня рідко мала понад 15—20 ліжок. В наслідок цього не можна було і мріяти про спеціалізацію лікарської допомоги. Лікар повинен був бути майстром на всі руки.

В результаті якість медичного обслуговування не була на належній височині.

Крім того, при малих розмірах лікарень трудно було забезпечити їх сіма потрібними видами устаткування через малий коефіцієнт його використання.

Але хоч які великі були дефекти в організації лікарняної допомоги, все ж, закінчуючи цю коротку характеристику, мусимо визнати, що основна проблема полягала в тому, що лікарняних закладів було мало, а часто-густо, звичайно, вони й не доступні були для незаможних верств населення.

Такий був стан лікарняної справи на Україні напередодні імперіалістичної війни. Дальша її доля аж до 1920 року являє собою процес поупової й щораз помітнішої деградації й занепаду. Ніякого нового будівництва не було за тих часів. Матеріальне постачання погіршується. Едициментів не вистачає. Лікарі мобілізуються на війну. Подекуди лікарні мусили припинити свою роботу.

З початком громадянської війни та інтервенції справа підупадає ще більше. Правда, лікарський персонал повертається на місце, вільні вакансії заміщаються демобілізованими, але за тих часів по багатьох місцях індитські зграї грабують і розтягають, а відступаючі частини армії іноді аномірно вивозять лікарняне майно, медикаменти, часто самих лікарів.

Нарешті, через часту зміну влади не могло бути й мови про якийсь злий порядок фінансування й постачання, про тверде, продумане, організаційне керівництво.

В результаті від лікарняної сітки на Україні на початок 1920 року залишилася лише тіль.

В 1920 році після переможного закінчення громадянської війни Радянська Україна вступає в період органічного будівництва нового соціалістичного ладу. В галузі охорони здоров'я в цей час на центральне місце висувуються три основних завдання: створити управлінський апарат, інвентаризувати лікарняну сітку; освоїти й упорядкувати лікарні, які збереглися, перебудувати їх відповідно до основних засад радянської охорони здоров'я, в той час уже випробуваних на майже трирічному досвіді РРФСР.

Тодішньому Наркомздоров'я і його місцевим органам треба було, отже, обізнатися з лікарняною спадщиною, яка залишилася від попереднього періоду й встановити постійний організаційний зв'язок з окремими закладами. Для цієї мети малось на увазі, між іншим, провести перепис лікарень на 1 жовтня 1920 р. і завести на них картотеку.

Однак, розв'язуючи це, на перший погляд, просте й елементарне завдання, довелось натрапити на такі труднощі, які здавались майже непереборними для тодішніх органів місцевої влади. Вони ще довгий час були дуже погано обізнані з тим, що являли собою підпорядковані їм лікарняні заклади, і навіть не мали певних відомостей про наявну кількість їх. Про це красномовно свідчить та різноголосиця, яка характеризує статистичні дані про стан ліжкової сітки за ці роки. Для ілюстрації, наведемо такі цифри. По Подільській губ. налічувалось:

на 1.X 1920 р.	1905 ліжок
• 1.XI 1920	5159 "
• 1.X 1921	5082 "
• 1.IV 1922 „	4593 "
• 1.XII 1922 „	2356 "

Або по кол. Донецькій губ.:

січень 1922 р.	12 323 ліжка	
жовтень	7111	
грудень	4560	(а за іншими відомостями)
січень 1923 р.	5489	6021 ліжка)

Ще важче було здійснити друге, далеко складніше завдання—упорядкувати лікарняну сітку і підвести під неї стійку матеріальну базу. Призначення органів охорони здоров'я, були звичайно, найкращі. Вже в червні 1920 р. на з'їзді Губздравів було вироблено загальний план організації сітки. Передбачалося значно поширити її, довести кількість ліжок до чотирьох на 1000 душ населення.

Але ці широкі заходи по відбудуванню й поширенню сітки зразу зустріли непереборні на той час труднощі фінансово-матеріального порядку. Місцеве господарство й місцевий бюджет перебували в такому стані, що покладатись на них не було ніякої можливості. Тому лікувальні заклади були передані на утримання державного бюджету. Але й цей бюджет ще тільки народжувався, а швидке і тривале знецінення грошової одиниці позбавляло реального значення й ті обмежені кошти, які держава

могла витрачати на лікарняну справу. В результаті лікарняні заклади в грудні 1921 р. були передані знов на утримання місцевого бюджету, що означало майже повне припинення всякого їх фінансування. Більше значення мали різні види натурального постачання лікарням білизни, медикаментів, палива як з боку держави, так і з боку місцевих органів влади. Однак, всі ці джерела не мали достатніх резервів і тому постачання було нерегулярним і далеко не відповідало потребі. Ось чому дуже скоро, почасти вже в 1921 році, довелось не стільки думати про поширення сітки лікарень, скільки скорочувати її. Ось як змінювалась лікарняна сітка в ці перші роки існування радянської медицини на Україні.

Всього налічувалось ліжок (соматичних, без залізничних, тюремних і родильних будинків):

в 1921 р.	77,9 тис.
в 1922 р.	37,6 „
в 1923 р.	32,4 „
в 1924 р.	28,1 „

Таким чином, ліжкова сітка за три роки зменшилась майже в три рази. Не менш тяжку картину являла в перші роки й якісна сторона сітки. Зникнення регулярних джерел постачання лікарняної сітки привело її господарство до повного занепаду. Будівлі, яких не ремонтвано п'ять більше років, руйнувались, інвентар і санітарне майно до краю зносивось. Щодо харчування й палива, то всюди відчувалась гостра їх нестача.

Тяжкий стан лікарняної сітки порушив питання про виділення певної кількості лікарень, а також і інших лікувальних закладів в особливу групу для обслуговування застрахованих по лінії соціального страхування, в першу чергу, промислового пролетаріату. Хоч це й суперечило основному організаційному принципі єдиної радянської медицини, відокремлення так званої „робітничої медицини“ стало фактом. Правда, органи обітничої медицини повинні були підтримувати тісний організаційний зв'язок з Наркомздор'ям УРСР і підлеглими йому відділами охорони дороз'я на місцях. 10 грудня 1921 року в складі Наркомату було засновано спеціальний „відділ робітничої медицини“, якому підпорядковано осить розгалужену сітку лікувальних закладів. За фінансову базу для її правив спеціальний фонд лікувальної допомоги застрахованим, натворення якого виділялася певна частина страхових внесків підприємств установ по лінії соціального страхування.

В складі „Робмеду“ були всі види медичної допомоги. Проте, основну агу було скеровано на позалікарняну її частину. Лише менш однієї ерті всіх видатків „Робмеду“ поверталось на організацію ліжкової помоги. Всього налічувалося лікарень „Робмеду“ в 1922 р.—111 з 5708 жками. З них 4148 ліжок були в Донбасі, 430—в Одеській і 275 — Харківській губерніях. В 1923 р. кількість ліжок збільшилась до 6300. и утримання їх витрачалось майже стільки, скільки на 20—25 тис. ліжок, о перебували на місцевому бюджеті. Однак, до стабілізації валюти всі лікарні „Робмеду“ були в задовільному стані. Звіт про їх роботу 1923 р. відзначає, що в окремих випадках лікарні туляться в мало

приспосованих будинках, мають амортизоване, непридатне до роботи устаткування. Проте, здебільшого, становище лікарень „Робмеду“, зокрема в Харківській, Катеринославській і Київській губерніях, було далеко краще.

В нову стадію відбудування й дальшого розвитку вступає лікарняна справа в 1923 р. 7 березня 1923 року УЦВК-ом було затверджено новий адміністративно-територіальний поділ України і створено основні рамки для організації місцевого господарства та його окремих галузей. Чітко було відмежовано губернський, міський, окружний і районний бюджети й бюджети окремих галузей. Джерело фінансування лікарняної сітки й окремих ділянок лікарняного господарства було визначено чітко й твердо. Звичайно, справи поліпшали не зразу, бо бюджет 1922—23 р. лише налагоджувався й кошти, що відпускались місцевим бюджетом на потреби охорони здоров'я як в цьому, так і в наступному 1923—24 р., були ще малі, щоб відразу ліквідувати всі проріхи й недоліки попередніх років. Так, в 1922—23 р. на охорону здоров'я витрачено з місцевого бюджету лише 3 млн. крб., а в 1923—24 р. — 10,9 млн. Тому не дивно, що лікарняна сітка ще і в 1923 р., як і в наступні 1924 і 1925 рр., не тільки не поширювалася, а навіть трохи скоротилася. Лише з кінця 1925 р. починається певне просування вперед, хоч і дуже повільне, як це видно з таблиці:

Роки	Лікарень	Соматичних ліжок (без залізничних, бупрівських і родильних будинків)
1924	1006	28 161
1925	840	24 408
1926	927	28 166
1927	918	28 565
1928	943	29 915
1929	968	31 884

Таким чином, навіть на початку першої п'ятирічки, число соматичних ліжок хоч і наблизилось до дореволюційного рівня, але ще не дійшло до показників 1922 р. Правда, цей останній рік не являє особливого інтересу, бо тоді було багато ліжок тимчасових — „заразних“.

Психіатричні ліжка теж ще не були відновлені на початок першої п'ятирічки. Про це свідчать такі відомості. Психіатричних ліжок налічувалося:

в 1915 р. 9385
в 1928 р. 4247

Загалом кажучи, за увесь цей період (до 1929 р.) головна увага керівних органів охорони здоров'я, у віданні яких перебувала в основному лікарняна справа, була скерована на упорядкування лікарняного господарства й на підвищення якості лікарняної допомоги. По цій лінії було зроблено багато. Зокрема це стосується умов матеріального постачання

Ми знаємо з попереднього, в якому стані перебувала лікарняна справа до 1924 р. Основним досягненням у період з 1924 до 1929 рр. було підведення міцної фінансової, а значить, і матеріальної бази під лікарняне господарство. Лікарня була переведена на твердий бюджет, що при високій стабільності грошової одиниці дало змогу будувати роботу на твердому ґрунті.

Розміри асигнувань на лікарняну справу по місцевому бюджету були такі:

Роки	В млн. крб.
1924—25	9,6
1925—26	13,1
1926—27	16,7
1927—28	19,1

На 1 ліжко (без „Робмеду“) це становило:

Роки	В крб.
1924—25	367
1925—26	578
1926—27	709
1927—28	775

Як бачимо, асигнування на 1 ліжко за 4 роки більш ніж подвоїлися. Ще в більш задовільному стані перебували лікарні „Робмеду“.

Кількість ліжок „Робмеду“ рік-у-рік досить помітно коливалась, але взагалі була більш-менш стабільною.

Роки	Лікарень	Ліжок
1924—25	179	5848
1925—26	121	4636
1926—27	131	5152 (5275)
1927—28	135	5722

Асигнування на 1 ліжко, як уже зазначалось і раніш, були вищі, ніж для лікарень місцевого бюджету.

Це видно з такої таблиці:

Роки	Всього витрачено на ліжкову сітку „Робмеду“ (тис. крб.)	На 1 ліжко (крб.)
1924—25	4281	920
1925—26	5840	1108
1926—27 (кругло)	7200	1250

Таким чином, замість 600—700 крб. для звичайних лікарень, на 1 ліжко „Робмеду“ витрачалось 1000—1200 крб. на рік з коливанням у широких межах від 700 до 2000 крб.

При таких асигнуваннях можна було в той час забезпечити ліжко повною мірою, навіть при звичайних для тодішніх лікарень дефектах у структурі витрат, дефектах, що полягали, головне, в надмірно високій частці арплати й адміністративно-господарських витратах у загальній вартості тримання 1 ліжка.

Як би там не було, але упорядкування всього лікарняного господарства в цілому в ці роки повинно було якнайсприятливіше відбитися на якості медичної допомоги. Життя лікарні увійшло в нормальну колею, і це одно вже мало велике значення.

Але на підвищення якості медичної допомоги впливали й інші, не менш важливі обставини. На початку цього періоду ліжкова сітка була підпорядкована боротьбі з епідеміями. Це видно з того, що з 34,9 тис. ліжок, які діяли наприкінці 1922 р., 26,6 тис. були під заразними хворими. Для звичайних хворих залишилось лише коло 8 тис. ліжок. Інакше було в 1928 р. З інфекційних ліжок налічувалось лише 14%. Решта розподілялась так:

терапевтичних ліжок	14%
хірургічних	22%
акушерських	11%
гінекологічних	6%
загальних	18%
інших	15%

Отже, склад ліжкового фонду наближався до звичайного співвідношення між окремими видами захворювань. Населення, нарешті, дістало спеціалізовану медичну допомогу.

Не абияке значення мала, нарешті, ще одна обставина. Річ у тім, що з переводом лікарні на твердий бюджет у сталій валюті підводилась міцна матеріальна база не тільки під господарство лікарні, а й під персональний бюджет самого медичного робітника. Звідси — більша зацікавленість у службовому становищі, більш міцний зв'язок з лікарнею й, як наслідок, більш уважне ставлення до справи.

Підбиваючи підсумки статистичних показників, щойно наведених про розвиток лікарняної справи в період часу з 1923 до 1928 рр., треба визнати наявність безперечного й навіть дуже значного руху вперед, особливо в напрямі загального впорядкування й консолідації лікарняного господарства. Однак, темпи розвитку самої сітки далеко ще не відповідали потребам населення в ліжковій допомозі.

Цілком нова сторінка в історії лікарняної справи на Україні відкривається з початком першої п'ятирічки. Як і в інших галузях господарського й культурного будівництва, в лікарняній справі в цьому періоді настає надзвичайно швидкий ріст, який не має прецедентів в історії охорони здоров'я ні в кол. Росії, ні в інших державах. Як відбувалось наростання ліжкового фонду на протязі минулих 8 років, видно з табл. 5 (с. 167).

З наведених даних видно, що енергійний ріст ліжкової сітки почався власне в 1930 р. після спеціальної постанови ЦК ВКП(б) від 18 грудня 1929 р. про розвиток охорони народного здоров'я.

За порівнюючи короткий відрізок часу (7 років) розміри ліжкового фонду виросли більш, ніж в 2,5 раза; до того ж темп росту залишається, примірно, на тому самому рівні і в першій і в другій половині періоду.

Таблиця 5

Соматичні лікарні
(без бупривських і залізничних)

Кінець року	Лікарень	Ліжок	Показник росту
1928	943	29915	100
1929	968	31884	106
1930	1020	39481	132
1931	1091	46280	155
1932	1147	51985	174
1933	1233	66445	219
1934	1302	67478	225
1935	1406	72929	244
1936	1497	80462	268

Нічого подібного не спостерігалось ні в одній капіталістичній країні, враховуючи сюди кол. Російську Імперію. В останній у передреволюційний час ліжковий фонд ледве подвоївся за два десятиріччя перед війною. Цілком такими ж темпами, як ми вже бачили, розвивалася ліжкова сітка і в дореволюційній Україні. В іноземних державах, де лікарняне будівництво почалося дуже давно, ліжкова сітка зростала дуже повільно, і навіть така країна, як дофашистська Німеччина, що віддавала лікарняній справі більше уваги, ніж будь-яка інша буржуазна держава, мала змогу подвоїти фонд лише в 30 років¹⁾.

Оскільки, проте, культурні потреби трудящих радянських республік зростають і ростуть з нечуваною швидкістю, то навіть такого бурхливого росту лікарень, яке спостерігалось в першу й другу п'ятирічку, було не досить для того, щоб забезпечити населення ліжковою допомогою повною мірою, бо число ліжок на 1000 душ (ми це побачимо в одній з дальших таблиць) залишається все ще на низькому рівні — нижче трьох. Важливо, проте, відзначити, що повільне зростання ліжкового фонду (період 1924—1930 рр.) в останні роки змінилося рішучим рухом вперед. Загальна забезпеченість ліжками населення УРСР в цілому за 9 років збільшилась на 150%. Міське населення має до 8 ліжок на 1000 чол., тобто воно близьке до насичення ліжковою допомогою. Донецька область має зараз в цілому 4 ліжка на 1000 душ населення.

¹⁾ Ліжкова сітка в Німеччині мала такі розміри (в тис.):

	Ліжк а		
	Соматичні	Психіа-тричні	Разом
1901 р.	175	90	265
1931 р.	453	173	626
% росту	260	192	236

Кількість ліжок на 1000 душ населення не є, проте, задовільним показом досягнутих у цьому напрямі успіхів. Більш показовим є відношення до населення, яке потребує госпіталізації, і кількістю хворих, що фактично користувалися лікарняною допомогою. На основі статистики звертання населення по медичну допомогу, можна припустити, що кількість хворих, які потребують госпіталізації, для УРСР в цілому уряд чи перевищує 4 млн. чол. Тим часом число фактично госпіталізованих у 1936 р. становило 2,2 млн. чол. Отже наявний ліжковий фонд з змогу обслужити добру половину всіх, хто мав у цьому потребу. досягнення тим більше привертає увагу, що, наприклад, у дореволюційні часи госпіталізували всього лише 12% тих, хто потребував лікарняної допомоги, приміром стільки ж в середині 20-х років і не більше на початку ршої п'ятирічки.

Само собою розуміється, що при наявному складі ліжкового фонду такого сприятливого результату можна було досягти лише шляхом постійного зниження числа днів перебування хворого на ліжку в наслідок вального поліпшення лікувального процесу в лікарнях. Це ясно видно з такого зіставлення (тільки соматичні ліжка):

Таблиця 6

Роки	Надійшло хворих (в тис.)	Проведено ліжкоднів (в тис.)	Ліжкоднів на 1 хворого
1915	546	8978	16,5
1924—25	439	6742	15
1928	1019	10 945	11
1933	1964	19 273	10
1936	2164	24 042	11
в т. ч.:			
в міських лікарнях	1345	16 666	12
в сільських	819	7378	9

Отже, оберт ліжка зараз в 1 1/2 раза швидший, ніж був перед війною, з десяток років тому. Ця обставина дає можливість набагато повніше слугувати ті контингенти хворих, які особливо гостро потребують спіталізації.

До того ж ніяк не можна сказати, щоб ліжко наших лікарень вже було завантажене повною мірою. Навпаки, за всі останні роки спостерігається значне недовантаження його. Так, у 1936 р. з 330 днів, які, звичайно, займаються за норму використання ліжка на протязі року, було фактично зантажено по містах 308 днів, а в селах 280. Решту часу ліжка були зайняті. Ми, правда, ніяк не думаємо, щоб норму в 330 днів коли-будь можна було перетворити в дійсність, особливо в сільських умовах, і норма взагалі помилкова. Вона не рахується з тим, що в сільських умовах, з надзвичайно розкиданим населенням і поганими шляхами спо-

лучення, між вибуттям одного хворого з ліжка і надходженням нового мусить пройти певний час, при чому, природно, цей прогул буде тим більший, чим інтенсивніший буде оберт ліжка. Проте, з поліпшенням й шляхів сполучення і удосконаленням техніки підвозу хворих кількість днів використання ліжка можна буде все ж таки трохи збільшити. Це теж посилисть потенціальну забезпеченість населення наявним ліжковим фондом.

Як би там не було, лікарня зробилася в наші часи незмірно доступнішою для населення, ніж це було раніше; до того ж принцип безплатного лікування запроваджено в життя в радянських республіках з неухильною послідовністю.

Ця в цілому сприятлива картина розвитку лікарняної сітки не позбавлена, проте, деяких негативних явищ, що спостерігалися в її внутрішній будові раніш і яких вона не позбулася ще й досі. Насамперед це є нерівномірність розподілу сітки по областях, яку наочно показує наступна таблиця.

Таблиця 7

О б л а с т і	Лікарень	Ліжок	Ліжок на 1000 душ
Вінницька	172	6765	1,4
Київська	221	12 123	1,9
Чернігівська	139	4297	1,4
Донецька	254	18 016	3,9
Дніпропетровська	207	11 743	3,1
Харківська	294	16 192	2,6
Одеська	173	9737	2,9
МАРСР	37	1589	2,6
УРСР	1497	80 462	2,5

Як ми бачимо, помітно відстають від загального рівня області Київська особливо, Чернігівська та Вінницька. Це лише почасти можна було б пояснити тим, що ці області мають переважно сільськогосподарський характер, тоді як зростання ліжкового фонду йшло переважно по лінії промислових центрів. Річ, однак, у тому, що й само сільське населення є однаковою мірою забезпечене ліжковим фондом у різних областях. Як, число сільських ліжок на 1000 душ сільського населення, як видно наведеної нижче таблиці, коливається між 0,7 в Чернігівській області 1,6 та 1,5 в Донецькій і Одеській областях. Щоправда, різниця між областями в цьому разі не така значна, але вона залишається все ж досить помітною.

Далі, і це, мабуть, ще важливіше, забезпеченість ліжками сільського населення і досі ще продовжує залишатися на надто низькому рівні, як є видно з таблиці 8.

Таблиця 8-а

О б л а с т і	Всього ліжок		Ліжок на 1000 душ	
	Місто	Село	Місто	Село
Вінницька	3237	3528	8,1	0,30
Київська	7705	4418	7,8	0,91
Чернігівська	2285	2012	8,0	0,75
Донецька	14 983	3033	6,8	1,6
Дніпропетровська	7688	4055	7,6	1,4
Харківська	10 638	5554	8,5	1,2
Одеська	6322	3415	6,5	1,5
МАРСР	950	639	15,0	1,1
УРСР	53 808	26 654	7,6	1,04

Отже, в середньому по Україні на 1000 душ сільського населення припадає трохи більше 1 ліжка, а в цілому ряді областей, як от Чернігівська, Вінницька і Київська, навіть менше за 1 ліжко.

Навіть коли ми врахуємо, що сільське населення обслуговується також ще 20% міських ліжок, то й тоді ліжок на 1000 душ припадатиме всього коло 1,5, тобто їх все ж таки буде не досить.

Не можна не відзначити далі, як певний недолік в організації ліжкової сітки, недостатній розвиток психіатричних лікарень. Число ліжок у них не відповідає потребі; до того ж вони зростають ще досить повільно:

Таблиця 9

Роки	Лікарень	Ліжок
1930	9	6400
1933	10	8200
1934	10	8200
1935	10	7988
1936	12	9127

Як би ми мінімально не обчисляли кількість психічних хворих в УРСР, які потребують госпіталізації, вона буде все ж вища, ніж наявна кількість ліжок, особливо коли взяти на увагу, що дуже важко утримувати психічно-хворих вдома.

Бурхливий ріст ліжкової сітки супроводився, звичайно, як і всякий інший ріст, певними труднощами.

Почасти вони були наслідком помилок, а далі, як це згодом виявилось, і шкідництва з боку окремих керівників органів охорони здоров'я. Так, на протязі довгого часу Наркомздоров'я УРСР вбачав центр ваги своєї роботи головне в розвитку всіх видів позалікарняної допомоги: на поліпшення лікарняної справи зверталось уваги менше, що й позначилося на цілком не достатньому фінансуванні її.

Це явище загострилося особливо помітно за останні роки першої п'ятирічки. Так, асигнування на лікарняну справу становили в загальній сумі витрат на охорону здоров'я такий процент:

Таблиця 10

Питома вага асигнувань на лікарні в СРСР та в УРСР

(Місцевий бюджет кожного року прийнято за 100)

Роки	СРСР	УРСР
1924—25	60,0	56,2
1925—26	57,2	50,9
1926—27	55,2	50,4
1927—28	56,2	51,0
1928—29	55,7	51,6
1932	42,0	47,1
1934	38,0	40,0
1936	40,0	40,0

Отже, недооцінка ролі лікарні в системі радянської охорони здоров'я відзначилася зокрема в УРСР в кінці першої п'ятирічки, коли згодом відкриті вороги народу намагалися втілити в життя шкідницьку „теорію відмирання“ лікувальної справи і в першу чергу — лікарні.

Проте, не зважаючи на зазначені перешкоди, що стояли на шляху нормального розвитку лікарняної справи в УРСР, радянська охорона здоров'я в другу п'ятирічку відзначається не тільки швидким кількісним зростом ліжкового фонду, а й організаційним зміцненням лікарень і значним поліпшенням їх роботи.

Так, поперше, зростання ліжкового фонду супроводилось значним збільшенням середніх розмірів лікарень. На 1.X 1928 р. на 1 лікарню середньому по Україні припадало всього коло 30 ліжок, в той час як 1933 р. це число зросло до 53. Більш конкретне уявлення про це дає таблиця 11.

Таблиця 11

Розподіл лікарень за числом ліжок на 1 лікарню

Місцевість \ Ліжок	Ліжок					
	6—20	21—50	51—100	101—250	251—550	понад 550
Місто	71	146	151	113	20	15
Село	474	438	65	5		
Всього	545	584	216	118	20	15

Як видно з цих даних, найбільш поширеним типом лікарень і до цього часу залишаються дрібні заклади. Проте, все ж таки ми маємо півтори сотні лікарень з числом ліжок понад 100, тобто таких, які дають можливість поставити лікувальну справу цілком раціонально. До того ж помітно зростає число справжніх великих лікарень з кількістю ліжок понад 250, їх маємо зараз уже декілька десятків, у той час як 16 років тому їх налічували одиницями.

Слід відзначити, на жаль, що збільшення середніх розмірів лікарень далеко не завжди супроводилося достатнім поширенням лікарняних будівель.

Та сама недооцінка лікарняної допомоги трудящим з боку Наркоматів охорони здоров'я і в СРСР і в УРСР, яка так несприятливо відбивалася на фінансуванні експлуатаційних витрат, привела також до того, що на будівництво нової площі витрачено було, наприклад, на протязі другої п'ятирічки всього коло 1/5 частини всіх витрат на будівництво медично-санітарних закладів на Україні, які досягли, проте, значної суми в 540 млн. крб., включаючи й капітальні ремонти.

В наслідок цього число ліжок у новозбудованих лікарнях залишається порівнюючи невеликим. Це видно з такої таблиці:

Таблиця 12

	Збудовано лікарень					
	По великих містах і промислових центрах		По селах		Всього	
	лікарень	в них ліжок	лікарень	в них ліжок	лікарень	в них ліжок
I п'ятирічка .	38	2894	27	975	65	3869
II „ .	83	7501	40	1328	123	8829
Разом . . .	121	10 395	67	2303	188	12 698

За 10 років „нових“ ліжок встановлено всього 12,7 тис. Загальний приріст ліжкового фонду становить, приміром, 50 тис. Очевидно, коли 37 тис. нових ліжок розмістилося частково на тій площі, на якій ще на початок першої п'ятирічки розташовано було 35 000 ліжок, а деяка кількість цих ліжок було розміщено в будівлях, які до того мали інше призначення, а тепер пристосовані були під лікувальні заклади.

Хоч серед 12,7 тис. нових лікарняних ліжок є зразкові заклади, збудовані й устатковані за останнім словом науки й техніки, ми повинні визнати, проте, що саме ця ділянка — нове лікарняне будівництво — і в нас, в УРСР і в РРФСР, найнебезпечніша.

Вороги народу найбільш „попрацювали“ над тим, щоб затримати, загальмувати розвиток будівництва лікарень, родильних будинків, ясел тощо.

Тим самим вони намагалися затримати задоволення зрослих потреб трудящих на стаціонарну кваліфіковану лікувальну допомогу.

Але шкідники своєї мети досягли тільки частково. В цілому лікарняне обслуговування трудящих, не зважаючи на шкідництво, систематично просувається вперед.

Реконструкція наявних лікарень і поширення лікарняної сітки коштом пристосування для цього інших, більш-менш придатних приміщень дозволили й кількісно й якісно піднести лікарні УРСР на вищий щабель.

Виріс і поліпшав самий тип лікарні в УРСР і в місті і на селі. Поширення й укрупнення лікарень відзначилося рядом позитивних зрушень у бік дальшого удосконалення стаціонарного обслуговування трудящих.

Збільшення розмірів лікарні відкривало можливість значно поліпшувати її роботу в ряді напрямів.

Насамперед це стосується спеціалізації медичної допомоги, яка зовсім не можлива в дрібній лікарні з одним лікарем. Зараз, проте, на 1 сільську лікарню припадає до 2,5 лікарів в середньому, а на міську — навіть до 7.

Потім велика лікарня має можливість продуктивніше використати удосконалений і дорогий медичний інструментарій і медичну апаратуру. В цій справі за останню п'ятирічку зроблено дуже багато, особливо в зв'язку з тим, що за той самий час надзвичайно розширилося виробництво різних видів медичного устаткування в самому Радянському Союзі. Досить сказати, що в 1936 році вироблено в межах Союзу медичних інструментів і медичної апаратури на суму понад 100 млн. крб., тобто в 10—11 разів більше, ніж це мало місце в царській Росії. Ця сума приблизно на 10% перевищує вартість всього наявного в 1936 р. в усіх лікарнях Союзу медичного устаткування. На жаль, регулярного статистичного обліку медичного устаткування у нас не заведено, і тому важко дати кількісну характеристику змін, які відбулися в цій галузі за останні роки. Як ілюстрацію, наведемо лише деякі дані про наявність фізіотерапевтичних рентгенівських установок. Кількість відповідних лікарень на 1 січня 1935 р. (в % від загального числа) подано в табл. 13, (с. 174).

За минулі з того часу 2 роки кількість лікарень, забезпечених тими іншими установками, значно, звичайно, збільшилася, тим часом як за аризму вони являли собою виняткові явища.

Великим досягненням у напрямі підвищення якості ліжкової допомоги є, далі, організація значної сітки спеціальних ліжок. На кінець 1933 р. в Україні налічувалося в клініках при медичних вишах 1666 ліжок; при

29 науково-дослідних інститутах понад 2,6 тис. ліжок і, нарешті, коло 4000 ліжок в клінічних лікарнях. Всі ці заклади обслуговуються найкращими медичними силами країни і забезпечені достатнім медичним устаткуванням.

Таблиця 13

Фізіотерапевтичні лікарні і рентгенустановки

З а к л а д и	Процент до загального числа лікарень	В них ліжок (в %)
Лікарні з фізіотерапевтичними кабінетами	12,6	30,3
Лікарні з фізіотерапевтичними приладами	12,4	21,1
Лікарні з рентгенівськими кабінетами.	36,9	57,9

Швидко зростає сітка спеціальних туберкульозних лікарень. Ліжка в цих лікарнях теж належать до найкраще устаткованих.

Крім того, маємо декілька добре устаткованих хірургічних лікарень з кількома сотнями ліжок і ряд інших спеціальних лікувальних стаціонарних закладів.

Далі, у самому складі ліжкового фонду звичайних лікарень відбулися певні зміни, які теж треба розцінювати як значне досягнення по лінії спеціалізації медичної допомоги. Так, на початок 1937 р. в складі ліжкового фонду УРСР треба відзначити понад 8000 дитячих ліжок, яких 10 років тому налічувалося тільки кілька сот; коло 2,5 тис. ліжок, що обслуговують туберкульозних хворих; понад 1000 ліжок, виділених для фізіотерапевтичного лікування, тощо.

Виключний ріст родильних ліжок заслуговує особливої уваги.

Уже в 1926 р. 3000 ліжок у загальних лікарнях і понад 500 в родильних будинках призначається для обслуговування породіль стаціонарною допомогою.

З 1931 р. ці числа починають швидко зростати, перевищуючи по УРСР в 1937 р. 18 тис. ліжок, включаючи і 6399 ліжок по колгоспних родильних будинках.

Таблиця 14

Рух родильних ліжок в УРСР

Дата	Кількість ліжок	В тому числі по колгоспних родильних будинках
На 1.I 1932 р.	6779	0
„ „ 1936 р.	11 766	3283
„ „ 1937 р.	18 291	6399

Бурхливий ріст родильної допомоги й зокрема родильних стаціонарних закладів відзначається після історичної постанови уряду СРСР від 27 червня 1936 р. про заборону абортів і допомогу багатодітним матерям.

Число родильних ліжок чимраз збільшується. Уряд СРСР асигнує численні кошти, щоб цілком задовольнити потреби радянських жінок у стаціонарній допомозі та забезпечити їх медичним обслуговуванням якнайкраще, як тому вчить сталінське піклування про людей.

Але ці великі кошти і засоби не освоюються ще цілком через кепську роботу органів охорони здоров'я, через приспану пильність працівників охорони здоров'я.

Боротьба за ліквідацію наслідків шкідництва в галузі охорони материнства та дитинства є найгостріше завдання дня. Постанови уряду СРСР про дальше розгортання родильної допомоги, про будівництво нових родильних закладів можна й треба виконати якнайшвидше, якнайповніше.

Дуже важливим і всебічним фактором підвищення якості лікарняної допомоги є історична постанова ЦК ВКП(б) і РНК СРСР від 4 березня 1935 р. Вона передбачила значне підвищення заробітної плати медичним робітникам, а також і щедрі асигнування на харчування хворих.

Відповідно до цього загальні розміри асигнувань на утримання 1 лікарняного ліжка різко підвищуються. Це видно з наведених нижче даних.

Таблиця 15

Утримання 1 ліжка (в крб. на рік)

	Міське	Сільське
1931	1000	800
1932	1200	1020
1933	1400	1150
1934	1850	1435
1935	3400	2500
1936	4260	3040
1937	4750	3410

Отже, в той час, як витрати на утримання 1 ліжка збільшилися з 1931 по 1934 рр. на 80%, за останні 4 роки вони зросли на 156% по міських на 138% по сільських ліжках, при чому абсолютні розміри підвищення становлять відповідно 2900 і 2975 крб. проти 850 і 635 крб. в перші 4 роки. Ізке поліпшення фінансової бази в лікарнях дало можливість піднести а високий рівень усю роботу лікарні.

Так, насамперед, підвищення оплати праці медичних робітників в 1,5—0 рази мало величезний вплив на якість медичної допомоги. Зараз лікар має потреби працювати одночасно на кількох посадах, не віддаючи одній з них належної уваги, як це траплялося іноді раніш.

Підвищення заробітної плати медичного персоналу значно, звичайно, збільшило витрати по цій статті з розрахунку на 1 ліжку. В 1934 році вони становили коло 800 крб. для міських ліжок, в 1937 р.—вже 1735 крб.,

для сільських — 705 в 1934 р. і 1300 в 1937 р. Не зважаючи на це, питома вага цих витрат в загальній вартості утримання 1 ліжка значно знизилася. В той час як до 1935 р. на заробітну плату припадало від 50 до 80% усіх витрат на 1 ліжко, зараз цей процент упав до 36—38. Отже відійшла в минуле одна з найбільших недоречностей у структурі собівартості ліжка. Розуміється, цей результат став можливим, завдяки лише великим розмірам загальної суми асигнувань на утримання 1 ліжка. Водночас з підвищенням оплати медичного персоналу мало місце також і різке підвищення витрат на харчування. З розрахунку на 1 ліжко ці витрати зростили за останні роки так (в крб.):

Таблиця 16

Роки	Ліжк а			
	Міські	Сільські	в %	
			Міські	Сільські
1934	420	210	100	100
1935	1170	866	278	420
1936	1535	1020	360	500
1937	1535	1020	360	500

Особливо значним був ріст, як ми бачимо, у сільській сітці, де витрати на 1 ліжко в 1934 р. були в два рази нижчими, ніж у міських лікарнях. Отже, в цьому пункті зроблено значний крок уперед.

Яскраву ілюстрацію величезного поліпшення харчування хворих дає нижченаведена таблиця, що стосується однієї з найбільших лікарень на Україні. Вона показує підвищення споживання основних харчових продуктів з розрахунку, звичайно, на 1 хворого (в %).

Таблиця 17

Продукти	Роки	
	1934	1937
Хліб білий	100	355
Хліб чорний	100	70
Крупи	100	130
М'ясо	100	230
Масло й олія	100	200
Молоко	100	200
Яйця	100	500
Картопля	100	720
Риба	100	185
Цукор	100	149
Овочі	100	286
Сметана	100	1000
Фрукти	100	4500

Інтересно при цьому відзначити, що водночас з величезним ростом споживання окремих сортів харчових продуктів відбуваються важливі зрушення в співвідношенні між ними. Особливо показовим з цього боку є зіставлення з дореволюційним часом, яке подано в нижченаведеній таблиці:

Таблиця 18

Продукти	Грам на ліжкодень			
	1913	II квартал 1934	II квартал 1935	II квартал 1937 р. *)
Хліб білий	325	145	357	515
Хліб чорний	46	230	174	160
М'ясо	186	44	55	100
Риба	4	16	46	30
Масло й олія	15	22	44	44
Яйця шт.	0,6	0,1	0,3	0,5
Молоко л	0,5	0,2	0,5	0,4
Крупи	41	83	135	104
Риж	9	—	10	22
Картопля	230	94	520	678
Овочі	60	140	316	117
Сир	—	—	47	47
Сметана	—	5	18	50
Фрукти	20	1	41	40
Цукор	32	53	73	79

Напряму зрушень у складі харчового раціону цілком ясний. В дореволюційний час в організації харчування йшли по лінії найменшого опору, звертаючись переважно до тих продуктів, які було легше заготовити і з яких легше й дешевше виготовляти страву. Це — хліб та м'ясо. Виготовлення страв з овочів являло для лікарняної кулінарії того часу найбільші труднощі. Тому вони відігравали мало помітну роль у харчуванні хворих.

Зараз становище змінилося. Роль хліба й м'яса відносно значно зменшилась, зате широко застосовують такі цінні для лікувального харчування продукти, як овочі, коров'яче масло, фрукти, риж, риба.

Повертаючись до абсолютних розмірів засигнувань на харчування, ми повинні визнати їх цілком достатніми, принаймні, в тому розумінні, що вони забезпечують, при нинішньому рівні цін, доведення калорійності харчування до поважної величини 3500—3700 калорій на 1 ліжкодень. Тому дальше поліпшення харчування повинно прямувати, головне, до поси-

*) Дані 1934—1937 р. включають в собі також, крім харчування хворих, і харчування обслуговуючого персоналу.

лення якісної різноманітності страви і надання їй більшої зовнішньої привабливості. Це звичайно теж почесне завдання, яке треба обов'язково розв'язати найближчим часом.

Нарешті, за останні часи безмірно поліпшилося становище інших, крім харчування, галузей лікарняного господарства. Досить зауважити, що асигнування на ці галузі у поточному 1937 р. становлять 1480 крб. для міського ліжка і 1090 крб. — для сільського. Ці числа дорівнюють 78 і 82% від усієї суми асигнувань (включаючи харчування і заробітну плату медичного персоналу) на 1 ліжко в 1934 р. Крім того, в поточному році передбачено окремо певні кошти на доустраткування лікарняних ліжок тим інвентарем, якого їм бракує. Можна певно побоюватися, що й цих коштів ще буде не цілком досить для ліквідації всіх різноманітних прогалин у лікарняному господарстві, але становище лікарняного інвентаря зараз перебуває в незмірно кращому стані, ніж 2—3 роки тому, і ми наближаємося до повного забезпечення лікарень всім потрібним для нормального функціонування. Та й зараз уже є значний контингент ліжок, устаткованих цілком задовільно. Це, насамперед, клінічні ліжка, туберкульозні й інші види спеціальних ліжок, про які згадувалося вище. Їх налічується в УРСР всього понад 10 тис. Асигнування на них на 20% вищі, ніж для звичайних ліжок, що дозволяє піднести їх на значну височінь щодо матеріального їх постачання.

Наведений раніш огляд розвитку лікарняної справи на Україні показує, який тернистий шлях пройшла вона. Від старого капіталістичного ладу радянська влада здобула дуже невелику лікарняну сітку в зруйнованому стані. Під час відбудовування зруйнованого народного господарства в цілому й побудови фундаменту соціалістичної економіки держава могла віддавати лікарні лише невеликі кошти. Як тільки основні завдання соціалістичного будівництва диктатура пролетаріату успішно розв'язала, асигнування на лікарняну справу зразу зробилися щедрими, і розвиток сітки набув розмаху, який відповідає темпам соціалістичного будівництва. Однак, в цілому лікарняна справа — це ще одна з відсталих ділянок охорони здоров'я. В той час як обсяг промислової продукції зріс в 7—8 разів, народний прибуток — у 3—4 рази, а культурне будівництво набуло розмірів, які навіть неможливо викласти в будь-яких порівняльних показниках, — ліжковий фонд лише подвоївся проти дореволюційного. Лікарняному устаткуванню і, особливо, устаткуванню найновішою медичною апаратурою і інструментарієм ще не віддається достатньої уваги. Далієко ще не вивчено і мало удосконалено з організаційного боку медичну працю в лікарні. Все ще спостерігається надмірне перевантаження лікарняної площі ліжками з усіма негативними наслідками, і сама лікарняна сітка, як уже підкреслювалося, не задовольняє зростаючих вимог трудящих на лікарняну допомогу.

В цьому факті безперечно відбилася й шкідницька діяльність дворушників та інших агентів фашизму, які, пролізши обманними шляхами до влади, намагалися всіляко шкодити народам СРСР.

Дарма! Буржуазним виродкам, апологетам умираючого капіталізму не спинити поступу Великого Жовтня.

Під переможним прапором Маркса — Енгельса — Леніна — Сталіна трудящі країни Рад викоренять наслідки шкідництва і в лікарняній справі й збудують лікарняну допомогу трудящим в обсязі й на рівні, гідному епохи побудови соціалістичного суспільства й проведення нової, Сталінської Конституції.

ДЖЕРЕЛА

1. Відомості про дореволюційну сітку запозичено з архівних матеріалів кол. Міністерства внутрішніх справ. В Інституті демографії Академії Наук УРСР їх перераховано в сучасні області.

Відомості стосуються 1915 р. Але вони майже цілком відповідають відносинам, які вували в 1913 році.

2. Таблиця 2 стосується України в межах повних 9 кол. українських губерній (включаючи й Таврійську). Кількість ліжок взято з праці: Матеріали санітарної статистики країни, 1876—1914 рр., X., 1926.

3. Дані про Довбас взято з статті: Медицинская помощь в Донбассе. Профилактична енциклопедія 1927, № 10.

4. Відомості про витрати на земські лікарні взято з ненадрукованої праці С. Ігумнова «Очерк развития земской медицины в губерниях, вошедших в состав Украины, зокрема останнього тому.

5. Отчет о состоянии народного здоровья за 1913 г.

6. С. Игумнов, Очерк развития земской медицины по Екатеринославской губ. Рукопис з Архіву кафедри соціальної гігієни Київ. мед. ін-ту).

7. Бюллетень Наркомздрава УССР, 1920 г., вып. 2.

8. Яскраву характеристику лікарняної справи в цей період дають звіти Губернських санітарних Комітетів і Економічних нарад за 1921—1923 рр.

9. Санитарно-Статистический Бюллетень НКОЗ УССР за 1924 г. № 4.

10. Рабочая медицина на Украине в 1924—25 гг. Отчет Рабмеда.

Медицинская помощь застрахованным в 1925—26 гг.;

Рахлін, Рабочая Медицина на Украине. 1926.

11. Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан Республіки 1924—25 і 1925—26 рр.

Матеріали про діяльність закладів органів охорони здоров'я й про санітарний стан України 1926—27 і 1927—28 рр.

Итоги десятилетия советской власти в цифрах 1917—1927 гг.

Народне господарство УРСР. К., 1935.

12. Местное хозяйство и местные финансы УССР, 1925 г.

Місцевий бюджет УРСР на 1927—28 р.

Місцевий бюджет УРСР на 1928—29 р.

13. Украина. Справочник и календарь статистика. 1922.

14. Народне господарство УРСР, К. 1935.

Річний звіт про діяльність закладів охорони здоров'я в УРСР за 1934 р. (рукопис).

Те ж за 1935 і 1936 рр. (рукопис).

15. Матеріали кафедри соціальної гігієни І Київ. медичного ін-ту.

Фінанси охорони здоров'я за 20 років (рукопис).

16. В. Майданський і Г. Суєтин, Строительство медико-санитарных учреждений в Украине, 1917—1937 гг.

17. Итоги переписи физиотерапевтических учреждений и физиотерапевтических оборудований, М. 1936.

18. Итоги переписи рентгеновских учреждений и рентгеновского оборудования, М. 1935.
 19. Матеріали планового відділу НКОЗ УРСР.
 20. Матеріали бухгалтерії Київської Жовтневої лікарні за 1934, 1935 і 1937 рр.
 21. Отчет Киевской городской больницы за 1913 г.

II. Показники лікарняної допомоги в УРСР ¹⁾

Існуючі „показники ліжкової допомоги“ базуються переважно на емпіричних даних. Ми не знайшли майже ніде показників, які були б висновком тих або інших наукових досліджень. Норми, наведені в літературі, є практичними висновками, і в цілому ряду авторів вони надто різноманітні.

У німецькій літературі, де лікарняна справа в дофашистський час займала досить значне місце, ми теж не знайшли жодного науково-обґрунтованого нормативу.

У таблиці 1 ми наводимо цілий ряд показників ліжкової допомоги запропонованих в різні часи різними авторами в дореволюційній Росії в Радянському Союзі і в Західній Європі.

Таблиця 1

Показники ліжкової допомоги за літературними даними

Рік	Автор	Країна	Показники ліжкової допомоги		
			для промислових міст	для міст із мішаним населенням	для сільських місцевостей
1910	Земство	Росія	—	—	1,0
1913	Міжвідомча комісія проф. Рейна	"	—	4,58	2,32
1923	Вігдорчик	СРСР	8,5—10	—	—
1925	НКОЗ РРФСР	РРФСР	8,3	—	2,0
1927	Марков і Некрасов	"	9,6	8,86	3,6
1932	Цустрях і НКОЗ РРФСР	СРСР	7,5	—	2,8
1935	Комітет стандартизації Держплан	"	8,0	6,0	4,0
1936	Бригада УМР НКОЗ РРФСР	РРФСР	10,5	—	—
1900	Статистичний щорічник німецьких міст	Німеччина	5,0	—	—
1908	Есмарен	"	4,6	—	—
1911	Грабер	"	5,0	—	0,5
1913	Готштейн	"	4,0 | 8,0	—	—
1916	Статистичний щорічник німецьких міст	"	6,9	—	—
1925	Вівтерштейн і Шехнер	"	—	—	2,0—

¹⁾ Друкується скорочено. Ред.

Показники, як видно з таблиці, дуже різні: для промислових міст—від 4,0 до 10,5, при чому в Радянському Союзі, як правило, вони значно вищі, ніж в Німеччині, для села—від 0,5 до 3,6.

Фактична забезпеченість стаціонарною допомогою в дореволюційній Росії, в СРСР і, зокрема, на Україні нижча наведених вище показників.

Таблиця 2 показує стан ліжкової допомоги на кожну 1000 людності з 1870 року до нинішнього часу в дореволюційній Росії, в Радянському Союзі і в УРСР.

Таблиця 2

Роки	Дореволюційна Росія і СРСР			Територія УРСР		
	Місто	Село	Разом	Місто	Село	Разом
1870	—	0,15	—	—	0,2	—
1890	—	0,34	—	—	0,38	—
1910	—	0,48	—	—	0,57	—
1913	3,6	0,4	1,1	—	—	1,2
1928	4,5	0,8	1,3	—	—	0,9
1932	5,4	1,2	2,0	—	—	1,5
1934	5,7	1,48	2,3	6,3	1,0	2,2

Ми відзначаємо значний ріст сітки в Радянському Союзі порівнюючи з дореволюційним часом: у містах—на 60%, на селі—на 110%.

Але, не зважаючи на це, ми повинні все таки визнати, що стаціонарна допомога ще не задовольняє потреб швидкого росту нашої країни, особливо на селі, де темпи розвитку лікарняної справи не відповідають темпам розвитку колгоспного села.

Показники лікарняної допомоги в деяких західноєвропейських країнах і в США на 1924—27 рр. здаються нам іноді вищими союзних. Але фактичний стан речей розкриває, що лікарняна допомога в європейських країнах і США далеко не така блискуча, як це іноді виявляється в цифрах.

У „Санітарному щорічнику Ліги Націй“ вказується на те, що в Америці „тільки багаті, які можуть себе забезпечити лікувальною допомогою ліжковим лікуванням, і жебраки, які вдаються до благодійності, можуть використати існуючу сітку. Для більшості людності, тобто коло 75% її, як вказується у звіті, дістати медичну допомогу це часто майже недосяжна річ“.

У цілому ряді штатів Америки цілі райони абсолютно позбавлені безлатної лікарняної допомоги.

Так, наприклад, у штаті Алабама людність зовсім не дістає безлатної ліжкової допомоги в 47% районів, у штаті Арканзас—57,4%, в Міссісіпі—48%, в Джорджії—69,6% і т. д.

Ще гірше стоїть справа в Німеччині. За відомостями вже згаданого Санітарного щорічника Ліги Націй* групою населення, що найбільше терпить, є там трудове селянство: середня оплата за утримання в лікарні

коливається від 4 до 5,5 марок в III класі, при чому за спеціальні медикаменти і лікування стягається додаткова оплата аж до спеціальної оплати, крім вартості ліжкодня, за вливання сальварсану*.

Прогули ліжок в Німеччині дуже значні. З наявних ліжок до 30% не функціонують зовсім, а з тих, що функціонують, протягом року в середньому ліжко буває зайняте 220—225 днів.

У промислових містах, столичних і обласних центрах фактичні показники ліжкової допомоги у нас, в Союзі, зокрема на Україні, значно вищі, ніж у Західній Європі.

У 1925 році у великих центрах фактичні показники стаціонарної допомоги були: для РРФСР 7,5, для УРСР 6,7 на 1000 душ населення.

У Західній Європі у 1927 році фактичні показники лікарняної допомоги були: у Римі 9, в Стокгольмі 5,0, в Лондоні 4,3.

У Берліні в 1927 році фактичні показники лікарняної допомоги були 8,2, в 1934 році — 6,9, зниження — на 16%.

Для УРСР на 1 січня 1935 року ми маємо в обласних і промислових центрах такі показники:

Таблиця 3

Показники ліжкової допомоги УРСР на 1/1 1935 р.

№	Область	Показники в обласних центрах	Показники в промислових містах
1	Київська	5,2	9,3
2	Чернігівська	6,4	10,2
3	Вінницька	6,0	10,2
4	Харківська	8,1	10,5
5	Дніпропетровська	6,2	7,8
6	Одеська	5,9	6,7
7	Донецька	5,2	6,3
8	МАРСР	5,8	11,2
	Разом по УРСР	6,3	8,1

Даних про показники ліжок по окремих спеціальностях в літературі ми зустрічаємо ще менше, ніж про загальні показники стаціонарної допомоги; ці дані є теж емпіричними.

У дореволюційний час комісія проф. Рейна запропонувала такі норми спеціальної допомоги:

а) для сільської лікарської ділянки на 1000 душ населення:

хірургічних і терапевтичних ліжок 1,1
інфекційних ліжок 1,0
очних ліжок 1,08

б) для міст і містечок з населенням понад 55 тисяч на 1000 душ населення:

хірургічних і терапевтичних ліжок	2,1
інфекційних ліжок	2,0
родильних ліжок	0,4
очних ліжок	0,08

У післяреволюційний час ми знаходимо кілька показників — ліжок по спеціальностях — емпіричного характеру, вироблених комісією Цустраху і Наркомздорів'я РРФСР для фабрично-заводських центрів і для сільської людності, комісією УДІОЗ для нових соціалістичних міст, комісією Наркомздорів'я РРФСР (1925—1927 рр.) для фабричних міст, для напівпромислових міст норму НКОЗ РРФСР, що існує й тепер, і, нарешті, норму, вироблену бригадою УМР НКОЗ РРФСР, в 1936 році.

В іноземній літературі ми ніде не знайшли вказівок про показники ліжкової сітки по окремих спеціальностях.

У таблиці 4 (с. 184) всі наведені вище нормативи розподілу ліжок по окремих спеціальностях на 1000 жителів для різних місцевостей подано для порівняння.

Таблиця 4 свідчить про велику різноманітність показників по окремих спеціальностях. Особливо різноманітні показники для терапевтичних ліжок (0,8—2,0), хірургічних (0,7—2,0), шкірно-венеричних (0,1—1,8).

Для визначення точніших показників ліжкової допомоги на 1000 людності необхідно попереду вивчити цілий ряд матеріалів, а саме:

1. Матеріали про захворюваність людності даної місцевості (району обслуговування стаціонара).
2. Матеріали про звертання населення по медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічну сітку обслуговуваного району.
3. Матеріали про допомогу вдома.
4. Матеріали про необхідну госпіталізацію з різних захворювань.
5. Матеріали про середнє перебування хворих у стаціонарах за різними видами захворюваності.

Крім того, необхідно визначити строк „завантаження ліжка“, тобто функціонування ліжка протягом року.

Ми розглянемо кожний з згаданих вище моментів зокрема.

1. Захворюваність людності

Цей момент, звичайно, грає одну з найважливіших ролей при визначенні не тільки загального числа ліжок, але головне, кількості кожного виду ліжок.

Вивчення захворюваності даної місцевості треба провадити на основі первинного звертання в амбулаторно-поліклінічну сітку, на основі матеріалів хоча б останніх трьох років і на основі первинного звертання по допомогу вдома. Це останнє грає особливо важливу роль при визначенні інфекційних ліжок, бо дані, розроблені Мособлздороввідділом за роки 1925—1929 кажуть про те, що з усієї кількості первинних відвідувань майже близько 60% припадає на інфекційні захворювання.

Таблиця 4

Показники ліжок за різними спеціальностями (на 1000 душ населення)

№	Автор	Рік	Місцевість	Спеціальність ліжок																					
				Загальні	Терапевтичні	Інфекційні	Розумні	Хірургічні	Гінекологічні	Туберкульозні	Шкірно-венеричні	Очні	Литячі	Нервові	Інші										
1	Комісія проф. Рейна	1913	Для сільських місцевостей	1,1	—	1,0	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
2	Комісія Цустраху НКОЗ РРФСР	1927	" "	—	0,8	—	0,3	0,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,53		
3	Норма НКОЗ РРФСР	1930	" "	2,0*)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
4	Комісія проф. Рейна	1913	Для міського населення	2,1	—	2,0	0,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
5	Новохатний	1925—27	Для непромислових міст	—	0,8	1,0	0,6	0,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,2	
6	Михайлів	"	Для напівпромислових міст	—	2,0	1,8	1,0	1,1	0,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
7	Сльотов	"	Для фабричних міст	—	1,7	2,0	0,8	1,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
8	Комісія Цустраху	1927	Для промислових центрів	—	2,4	1,0	0,7	2,0	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,3
9	Норми НКОЗ РРФСР	1930	Для великих і промислових міст	—	1,6	1,4	0,8	1,7	0,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	Комісія УДЮЗа	"	Для нових міст	—	1,0	1,6	0,7	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Бригада УМР НКОЗ РРФСР	1936	Для міст	—	1,44	1,8	1,3	1,4	0,48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Матеріали про захворюваність треба розробляти за статтю, віком, соціальним станом і групами хвороб.

Розробляти їх треба за повною номенклатурою захворювань.

Для того щоб можна було зробити висновок про те, які і на яку кількість ліжок необхідно відкривати відділи в стаціонарах, захворювання, зареєстровані в амбулаторно-поліклінічній сітці, найзручніше об'єднувати по групах, що відповідають групуванню хворих в лікарняних відділах, як це робив Новохатний у своїй роботі.

Ми вважаємо можливим виділити такі групи захворювань:

а) Терапевтичні, куди входять з номенклатури захворювань (прийнятої Ученою медичною радою НКОЗ РРФСР і Центральною санітарно-статистичною комісією НКОЗ і ЦСУ в 1924 році):

1) з розділу I групи 1, п. 5, з групи 2 пп. 33 і 36 б;

2) з розділу II (загальні хвороби) групи 2, 3, 4, 5;

3) з розділу IV (хвороби органів кровообігу) пп. від 87 до 92;

4) з розділу V (хвороби органів дихання) пп. від 99 до 107;

5) з розділу VI (хвороби органів травлення) пп. 109 (частково 50%) від 110 по 116, 119 і від 120 по 127;

6) з розділу VII (хвороби сечостатевої системи і їх додатків невенеричного походження) з групи 1 пп. від 128 по 132;

7) розділ XII (хвороби новонароджених);

8) розділ XIII (старість);

9) розділ XIV (хвороби від зовнішніх причин) з групи 1 пп. від 165 по 169, групи 2, 4, 6, 7.

б) Хірургічні:

1) з розділу I групи 2 пп. 34, 35, 36 б;

2) з розділу II група I (новоутворення);

3) з розділу IV пп. 93 і 96;

4) з розділу VI п. 108 б (частково 50%) і пп. від 117 по 119 А;

5) з розділу VII групи 1 пп. 133, 134, групи 2 пп. 135, 136;

6) з розділу IX пп. 151, 152;

7) розділ X (хвороби кісток і органів руху);

8) розділ XI (вади розвитку);

9) з розділу XIV групи 2 пп. від 170 до 174 і групи 3,5, 8,9.

в) Інфекційні:

з розділу I (хвороби епідемічні й інфекційні) групи 1 пп. від 1 по 4, від 6 по 21 і 25, групи 2 пп. 26 по 30;

г) Туберкульоз:

з розділу I групи 2 пп. від 31 до 37.

д) Шкірно-венеричні:

1) з розділу I групи 2 п. 31а і пп. від 38 по 40 А;

2) з розділу 9 п. 154.

е) Нервові:

1) з розділу I групи 1 пп. від 22 по 24 і п. 32;

2) з розділу III (хвороби нервової системи і органів чуття) групи I пп. від 70 по 76 і від 80 по 84.

є) Очні:

1) з розділу I групи 2 п. 40 В;

2) з розділу III група 2.

ж) Захворювання уха, горла, носа:

1) з розділу III група 3;

2) з розділу V пп. 97, 98;

3) з розділу п. 109 (частково 50%).

з) Гінекологічні:

З розділу VII група 3.

Згідно з таким групуванням за родом хвороб ми на основі матеріалів про захворюваність людності на Україні, розроблених проф. Томіліним за дореволюційні роки, доктором Красовицькою за 1928 р., доктором Туккер за 1930 рік і проф. Томіліним за 9 місяців 1934 року в радгоспах УРСР, маємо на Україні на 100 первинних звернень в амбулаторно-поліклінічну сітку зареєстрованих хворих:

Таблиця 5

Порівняльні дані про структуру захворюваності на Україні (в %)

№	Група захворювань	Дореволюційні роки	1928	1930	1934
1	Терапевтичні	31,1	35,2	34,1	34,1
2	Інфекційні	11,4	8,8	8,7	7,0
3	Хірургічні	20,0	17,1	19,1	—
4	Туберкульозні	2,4	1,6	1,4	0,7
5	Шкірно-венеричні	8,5	8,4	8,0	—
6	Нервові	3,8	5,1	4,5	—
7	Очні	5,4	5,2	7,3	—
8	Ухо, горло, ніс	4,6	5,1	6,5	—
9	Гінекологічні	2,1	4,0	3,0	3,3
10	Інші	10,7	9,5	7,4	—
	Разом	100,0	100,0	100,0	—

Ці порівняльні дані про захворюваність на Україні говорять про те, що, порівнюючи з дореволюційним часом, структура захворюваності по цілому ряду груп захворювань дала значні зміни. Ми повинні відзначити різке падання інфекційних захворювань і туберкульозу.

Водночас відзначаємо велике звертання населення в амбулаторно-поліклінічну сітку з очними хворобами, з нервовими, з вухом, носом, горлом, що пояснюється великим розвитком спеціальних кабінетів.

Для точніших показників про захворюваність ми розробили цілий ряд матеріалів м. Києва, Харкова, 12 районів Київської області за останні роки. У таблиці 6 ми вказуємо структуру захворюваності за даними первинного звертання за нашими матеріалами і за матеріалами Москви, Ленінграда, Дмитрова, Нарі-Фомінська і Серпухова.

Структура захворюваності по окремих групах хвороб
(За даними первинного звертання в амбулаторно-поліклінічну сітку)

№	Назва групи хвороб	Львів 1924—1925	Нара-Фомінська 1924—1925	Серпухов 1924—1925	Москва 1926	Москва 1927	Москва 1928	Ленінград 1928	Москва 1921	Київський I ед- ний диспансер 1932—33, 34, 35 (середнє)	Київська робоча поліклініка 1933—1934	Харків 1935	12 районів Київ- ської області I II квартали 1935
1	Терапевтичні і дитячі ОХМД	47,8*	50,2	34,9	37,0	37,4	39,3	31,8	37,6	31,6	39,5	31,0	36,2
2	Інфекційні	11,4	9,5	10,7	5,4	6,3	8,6	8,3	9,1	7,8	7,5	7,6	8,2
3	Хірургічні	16,1	18,5	22,0	18,7	18,9	19,5	18,5	20,9	16,7	17,6	16,5	16,3
4	Шкірно-венеричні	0,6	7,7	8,0	5,4	5,4	5,2	4,8	4,8	8,1	5,7	11,5	7,1
5	Нервові	—	2,2	6,1	4,1	4,3	4,2	4,3	4,1	4,6	4,4	4,6	4,1
6	Очні	4,4	6,7	6,5	9,0	9,1	8,8	9,2	8,3	7,8	9,7	6,9	8,2
7	Ухо, горло, ніс	—	6,7	2,5	8,2	8,3	8,0	7,4	7,7	8,2	7,1	7,0	7,2
8	Гінекологічні	—	—	—	6,2	5,2	5,5	6,2	4,6	5,4	4,9	6,5	5,1

*) Разом з нервовими.

Матеріали в таблиці 6 подано в хронологічному порядку.

Аналізуючи дані таблиці 6, ми відзначаємо, що структура захворюваності по цілому ряду місцевостей як РРФСР, так і УРСР не дає великих екстенсивних коливань. Ми, порівнюючи ці дані і дані таблиці 5, можемо без великих оріхів прийняти як для міських, так і для сільських місцевостей України на найближчі роки в середньому на 100 первинних звернень таку структуру захворюваності:

терапевтичних хворих	34,0—35,0
інфекційних	7,5
хірургічних	17,0—19,0
туберкульозних	1,2
шкірно-венеричних	8,0
нервових	4,5
очних	7,0—8,0
уха, горла, носа	7,0
гінекологічних	5,0—5,5

Звичайно, для окремих областей, районів, окремих місцевостей ця структура може мінятися, її необхідно, як сказано вище, вивчити спеціально на протязі не менше 2—3 років.

2. Медична допомога — амбулаторно-поліклінічна

Маючи матеріали про структуру захворюваності для визначення нормативів ліжкової допомоги, необхідно зібрати матеріали про показники первинного звертання на кожну 1000 людності.

Ці показники дуже різноманітні для цілого ряду місцевостей.

Вони у промислових центрах вищі, ніж на селі, вони вищі там, де радіус обслуговування амбулаторно-поліклінічної сітки менший, де більш кваліфікована й спеціалізована медична допомога і т. д.

Про те, які мають бути показники звертання населення по медичну допомогу, ми точних вказівок у літературі не маємо. Літературні показники дуже різноманітні.

Вігдорчик, на основі спостережень страхових кас, вважає, що на 1000 робітників (разом з сім'ями) припадає на рік звернень 3000, відвідувань — 10 500.

Норми загальносоюзного стандарту для відвідування на робітника провідної промисловості—11 відвідувань на рік, для інших—8, для членів сім'ї—6.

Щодо сільської людності, то на з'їзді дільничних лікарів у Москві 1926 року висловлювалась думка, що звернень сільського жителя, як норма, має бути 1000 на 1000 людності, за нормою комітету стандартизації—від 1500 до 2000.

Наведені вище норми не можуть нам дати точних вказівок, якими ми могли б керуватися, визначаючи достатність звертання населення України по медичну допомогу тепер.

У дореволюційні роки на кожну 1000 людності первинних звернень в амбулаторії і поліклініці було:

в 1902 р.	743,6	в 1908 р.	630,8
„ 1903 р.	502,9	„ 1909 р.	662,1
„ 1904 р.	506,6	„ 1910 р.	678,8
„ 1905 р.	485,6	„ 1911 р.	647,0
„ 1906 р.	532,3	„ 1912 р.	689,0
„ 1907 р.	576,0	„ 1914 р.	667,4

У післяреволюційні роки ми відзначаємо на Україні ріст первинного звертання:

в 1924 — 1925 р. по містах	689,8	на селі	540,1
„ 1925 — 1926 р. „ „	806,3	„ „	586,5
„ 1926 — 1927 р. „ „	918,6	„ „	728,1
„ 1927 — 1928 р. „ „	973,5	„ „	762,6

У 1929 р. середнє звертання (для міста й села) на Україні було 1041. Порівнюючи з дореволюційним часом, ріст звертання становить в 1930 р. 156%.

Для останніх років із статистичних матеріалів ми не могли одержати відомостей про звертання населення, бо в звітах є вказівки тільки на відвідування. Щоб одержати дані про первинне звертання, нам довелося вивчити первинний матеріал цілого ряду амбулаторій, поліклінік для того, щоб вибіркоким способом визначити коефіцієнт відвідування і після цього за формулою $B:K$, — де B — загальне відвідування, а K — коефіцієнт відвідування, — визначити первинне звертання. Для сільського звертання ми, взявши на увагу коефіцієнт, виведений проф. Томліним за 1934 рік, який в середньому для колгоспів України був 1,6, перевірили його по 10 сільських районах Київської області й одержали такі дані:

Таблиця 7

Коефіцієнт відвідування в районах Київської області

№	Р а й о н и	Відвідування (в тис.)	Первинне звертання (в тис.)	Коефіцієнт відвідування
1	Андрушівський	26	17	1,5
2	Бабанський	40	30	1,3
3	Баранівський	62	34	1,8
4	Базарський	55	4,6	1,2
5	Бородянський	51	30	1,7
6	Буцький	49	28	1,7
7	Васильківський	49	29	1,7
8	Білоцерківський	28	19	1,5
9	Богуславський	55	36	1,5
10	Баришівський	29	18	1,6
	Разом	394	246	1,6

У Томіліна при середньому українському коефіцієнті для колгоспу в 1,6 для Київської області указано 1,62 — вище нашого.

Ми, беручи на увагу, що матеріали Томіліна стосувались колгоспів, де медична допомога була вища середньої на селі, прийнемо для наших дальших розрахунків середній коефіцієнт відвідування для села в 1934 р. 1,5.

Для міста нам довелось теж обчислити коефіцієнт відвідування за матеріалами цілого ряду поліклінік і амбулаторій, при цьому одержано середній коефіцієнт 2,2.

За даними кон'юнктурного сектора УІСОЗ середнє відвідування на Україні було 1934 р. 2179, з них по містах — 5374, на селі — 1254. Значить, первинне звертання у 1934 році становить:

Таблиця 8

	Всього на Україні	Міста	Села
Відвідування	2179	5374	1254
Коефіцієнт відвідування .	1,8	2,2	1,5
Звертання	1210	2443	836

Необхідно відзначити, що коефіцієнт звертання й відвідування дуже малий для села. Для сільського населення, порівнюючи з даними звертання Сльотова для фабричного міста (2255) і Михайлова для напівпромислового міста (2168), на Україні він трохи вищий.

Сільський показник у 1934 році ще значно відстає від емпіричної норми, висунутої з'їздом дільничних лікарів,—1000. Тільки в Донецькій (1382), у Дніпропетровській (1168) і в Одеській областях (1091) він вищий 1000.

3. Лікарська допомога вдома

Лікарська допомога вдома відіграє у визначенні нормативів інфекційних ліжок велику роль. За даними Мособлздороввідділу з усієї кількості вдома виявлено заразних хворих:

Таблиця 9

Роки	Загальне число хворих	З них за- разних	% зараз- них
1925 — 26	255 803	155 961	61
1926 — 27	353 879	201 959	57
1927 — 28	303 085	172 833	57
1928 — 29	347 417	206 742	59

Взагалі, як видно з таблиці, до 60% хворих, яких обслуговують вдома, є інфекційними хворими.

Коефіцієнт відвідування вдома, за даними Вігдорчика, для робітничої людності дорівнює 2. Горфін теж приймає коефіцієнт відвідування вдома—2.

За даними Московського міського відділу охорони здоров'я середній коефіцієнт відвідування вдома був:

1925 — 26 р.	1,8	1927 — 28	1,7
1926 — 27 р.	1,8	1928 — 29	1,8

На Україні коефіцієнт відвідування в 1934 р. дорівнював в середньому 1,7, при чому у містах — 1,9, на селі — 1,5.

При перевірці Київської області за 1934 р., тому що даних із статистичних матеріалів ми дістати не мали змоги, виявилось, що коефіцієнт відвідування вдома був по містах в середньому 1,7, по сільських місцевостях 1,4 — трохи нижче, ніж 1931 року. Вище середнього коефіцієнт відвідування ми відзначаємо по містах Дніпропетровської, Донецької і Харківської областей, де він доходить до 2, і по селах Одеської, Дніпропетровської і Харківської областей 1,6. При наших розрахунках для 1934 р. для України ми прийматимемо середній коефіцієнт 1,6 (місто—1,8, село — 1,5).

Виходячи з цього, ми обчислимо первинне звертання на кожну 1000 людності по допомозі вдома. За даними кон'юнктурного сектора УІСОЗ загальне звертання на кожну 1000 людності 1934 р. було 115,4, — звідси первинне $(115,4 : 1,6) = 72,1$; зокрема для міста й села ми маємо відповідні показники 340 і 39.

За даними Горкіна в РРФСР відвідування вдома на 1000 людності було в 1931 році 340, в 1932 р. — 400.

За даними Томіліна в передових колгоспах відвідування вдома в 1934 р. було 64,1.

З цього робимо висновок, що відвідування вдома як по містах, так особливо по селах, низьке, і це відбивається, звичайно, насамперед на недостатній госпіталізації інфекційних хворих.

4. Госпіталізація хворих

Питання про госпіталізацію хворих по окремих спеціальностях висвітлене в літературі дуже мало. Тільки в роботах Сльотова, Михайлова, Новохатного ми знайшли деякі показники добору на ліжко з амбулаторних хворих за різними спеціальностями. Ці показники дано для певного типу міст, і ми ними могли скористуватися тільки для порівняння. У цілому ряду австрів ми маємо вказівки на загальний добір на ліжко на 1000 хворих, не розподіляючи їх на спеціальності. Так, наприклад, Дегтяр вважає, що на 100 первинних звернень добір на ліжко для села дорівнює 7.

За даними московських лікарняних кас довоєнного часу, на 1000 родинників з сім'ями на рік припадає 240 випадків, що потребують лікарняного лікування. 1000 робітників за тими ж даними роблять на рік 3000 первинних звернень, отже, на 100 звернень добір на стаціонарне лікування дорівнює до 8.

Цілий ряд інших авторів (Меєрков, Новохатний, Сльотов, Міхайлов) теж вказують середній добір від 6 до 8.

Фактичні дані про добір з амбулаторних хворих на ліжко подано в таблиці 10.

Таблиця 10

Добір хворих для стаціонара з 100 первинних амбулаторних хворих

Країна або місто	Рік	Число госпітальних хворих	Країна або місто	Рік	Число госпітальних хворих
РРФСР	1912	4,1	Ленінград	1923	9,1
	1913	3,8	Москва	1925	3,1
	1919	6,2	"	1926	3,4
	1920	5,5	Україна	1927	3,2
	1921	8,3	Москва	1927	3,1
	1922	7,1	"	1928	2,1
	1923	5,5	Ленінград	1928	10,5
Москва	1929	2,9	Україна	1934	6,6
Харків	1932	2,1—8,4	Колгоспи	1934	6,8
"	1933	2,4—9,2	Маріуполь	1935	5,3—8,9
"	1934	2,2—8,8	Дніпропетровськ	1935	3,4
"	1935	2,1—8,4	Горлівка	1935	4,0—8,9

У Німеччині процент добору на ліжко був: у Пруссії в 1885 р.—1,2; в 1900 р.—2,0; в 1910 р.—3,3. У Берліні в 1900 р.—4,8 в 1910 р.—6,1; в Німеччині в середньому в 1910 р.—9; в 1929 р.—8.

На Україні коефіцієнт фактично госпіталізованих в середньому за останні роки (1934 р.—II квартал 1935 р.) дорівнює 6,6—6,8. Коли ж взяти на увагу добір хворих в стаціонарі з амбулаторій незалежно від фактичного прийому їх в стаціонар, то він значно вищий і коливається від 8,4 до 9,2.

Добір хворих за спеціальностями, показаний в матеріалах Московської комісії, подано в таблиці 11 (с. 193).

Як видно з таблиці, цифри добору значно різняться одна від одної, що залежить від цілого ряду причин: структури лікарні (з яких відділів вона складається), структури поліклінік і амбулаторій (число прийомів за спеціальностями), від житлових умов (особливо для заразних хворих), процента задоволення ліжковою допомогою і т. д.

Нарешті, велику роль грає індивідуальний підхід кожного лікаря до питання про госпіталізацію. Відсутність достатньої кількості ліжок

примушує часто-густо лікарів дуже обережно підходити до розв'язання цього питання. Ми в цьому упевнились, розробляючи матеріали, одержані нами від кількох поліклінік, куди ми звернулися з пропозицією визначити необхідний процент добору в стаціонари з первинних амбулаторних хворих, незалежно від того, потраплять дані хворі на ліжку чи ні.

Таблиця 11*)

№	Хворобливі форми	На 100 тих, що звернулися в амбулаторію, добрано				
		По м. Серпухову	По м. Дмитрову	По м. Нар-ра-Фомінську	По району Коломенсько-Боровському	По району Орехово-Зуєво
1	Терапевтичні	4,9	2,2	4,9	—	—
2	Хірургічні	4,9	6,9	8,9	—	—
3	Епідемічні	9,4	9,0	16,8	—	—
4	Туберкульозні	15,8	6,1	12,5	—	—
5	Венеричні	43,9	75,1	3,4	—	—
6	Сечостатеві	16,1	—	—	—	—
7	Гінекологічні	—	—	—	—	33,7
8	Нервові	5,3	—	8,4	—	—
9	Очні	2,1	0,4	0,9	5,3	4,5
10	Ухо, горло, ніс	3,4	—	0,9	—	—
11	Дитячі	—	—	—	5,0	22,7
12	Психічні	—	6,2	—	—	—
	Всього добрано	7,8	6,7	6,2	—	14,3

У таблиці 12 ми наводимо більш характерні з одержаних матеріалів.

Таблиця 12

№	Хворобливі форми	Добрано хворих у стаціонар			
		По Дніпропетровському і Єдиному диспансеру	По поліклініці заводу Ільча, Маріуполь	По Горлівській поліклініці	По І робітничій поліклініці в Києві
1	Терапевтичні	3,0	10,6	13,1	2,1
2	Хірургічні	6,4	9,5	1,6	2,1
3	Туберкульозні	10,8	—	10,6	—
4	Шкірно-венеричні	25,0	—	4,5	—
5	Гінекологічні	8,5	5,4	—	1,4
6	Нервові	1,4	—	10,0	3,0
7	Очні	1,2	1,9	—	0,7
8	Ухо, горло, ніс	1,5	5,4	—	0,6
9	Дитячі	2,2	11,1	—	1,4

*) А. И. Меерков и Я. И. Некрасов. Показатели коечной помощи для городского населения. Сборник „Методология разработки норм лечебной помощи городскому населению“. Москва 1929.

Наведені дані поліклінік, що обслуговують робітничі райони, такі різноманітні, що судити про нормативи добору не доводиться. Тут особливо помітно „індивідуальний підхід“ лікаря до питання про добір, про який ми говорили вище.

5. Середнє перебування хворих у стаціонарах

При визначенні необхідної кількості ліжок взагалі і при спеціалізації їх зокрема середнє перебування хворого на ліжку грає далеко не останню роль.

За останні роки у зв'язку з ростучим звертанням населення по медичну допомогу, у зв'язку з поліпшенням останньої, у зв'язку з ростом культурного рівня населення попит на ліжка визначив розвиток ліжкової сітки. У зв'язку з цим лікувальні заклади примушені були збільшувати обертальність ліжка, і середнє перебування на ліжку рік-у-рік падало. Особливо це помітно на селі.

У дореволюційний час у земських лікарнях Херсонської губернії середнє перебування хворого на ліжку було:

1880 р. 19,7	1910 р. 10,6
1890 р. 17,8	1912 р. 11,3
1900 р. 16,6	1915 р. 13,5

В Катеринославському земстві середнє перебування на ліжку в 1912 р. було 13,7 дня.

За даними Управління головного лікарського інспектора, в 1912 р. середнє перебування на ліжку в Європейській Росії було 22 дні, в Азіатській—18 днів.

За даними Вігдорчика в дореволюційний час середнє перебування робітника на ліжку було 13 днів.

Середнє перебування на ліжку в дореволюційній Росії в 1913 р.—20,5 дня, в РРФСР в 1921 р.—16,7, в 1922 р.—18,5, в 1923 р.—17,3 дня.

По СРСР в цілому відзначається зниження тривалості перебування на ліжку за останні роки: в 1930 р.—13,7, в 1933 р.—12,0, а 1934 р. 11,9 дня.

По Москві середнє перебування на ліжку в 1924—25 р. 23 дні, в 1931 р. 21 день.

У Німеччині в 1928 році середнє перебування хворого на ліжку було 26 днів.

На Україні середнє перебування на ліжку (за дореволюційний час: в 1911 р.—20,7; в 1912 р.—21,3) таке:

Рік	Місто	Село	Рік	Місто	Село
1925—26	14,2	9,8	1931	11,5	8,4
1926—27	12,8	8,8	1933	10,7	8,3
1927—28	12,4	8,6	1934	10,1	7,5

При обчисленні кількості ліжок на 1000 населення ми виходитимемо з середніх однакових даних як для села, так і для міста, вважаючи, що нормальне перебування хворого на ліжку повинно бути однаковим як в міських, так і в сільських лікарнях. Винятком щодо збільшення строку можуть бути лише деякі великі клінічні лікарні по містах, де перебувають тяжкі хворі, що потребують тривалого догляду й лікування.

Про середнє перебування хворих на ліжках за окремими спеціальностями ми зібрали відомості по 80 лікарнях, по деяких з них—за останні три роки. В таблицях 13, 14, 15 і 16 виділено однорідні лікарні: а) клінічні, б) лікарні, що обслуговують промислові райони, в) районні сільські лікарні, г) лікарні на селі.

Розглядаючи таблиці, ми повинні, поперше, відзначити, що промислові райони й сільські робітничі центри забезпечені ще не досить туберкульозними, шкірно-венеричними, нервовими ліжками.

Таблиця 13.

Середнє перебування на ліжку хворих за різними спеціальностями у лікарнях промислового центра і міських

Назва лікарень	Терапевтичні	Інфекційні	Хірургічні	Гінекологічні	Аборти	Родильні	Очні	Ухо, горло, ніс	Туберкульозні	Шкірно-венеричні	Дитячі	Нервові
Дніпропетровська робітничча . . .	10,6	—	13,5	7,2	—	8,1	14,3	9,2	—	—	—	23,8
Дніпропетровська . . .	9,6	19,0	14,1	10,4	2,3	5,0	8,3	9,0	26,8	—	—	—
Ворошиловська . . .	6,3	12,4	11,5	6,0	—	4,6	13,0	—	—	12,4	8,9	—
Д. Леніна . . .	8,9	11,2	12,5	4,6	—	5,4	—	—	—	—	—	—
Дербнівська . . .	9,5	11,2	11,1	—	—	6,5	—	—	19,3	—	—	—
Дніпропетровська . . .	10,5	24,1	17,0	—	2,2	4,9	—	—	—	—	—	—
Дніпропетровська . . .	9,0	22,5	12,3	10,8	3,1	4,6	—	—	—	—	—	—
Дніпропетровська . . .	8,0	19,0	14,0	7,0	2,0	—	—	9,0	17,0	—	10,0	12,0
Дніпропетровська . . .	11,3	—	15,2	4,5	—	—	12,2	12,2	—	—	—	18,0
Дніпропетровська . . .	12,2	10,7	11,4	—	—	6,8	10,3	10,5	21,4	—	—	—
Дніпропетровська . . .	6,5	—	15,4	7,3	3,2	5,1	—	—	—	—	—	—
Дніпропетровська . . .	—	—	11,8	6,8	—	6,4	—	—	—	—	—	—
середньому . . .	9,3	16,3	13,3	7,0	2,6	5,7	11,6	10,0	18,6	12,4	1,95	1,80

Таблиця 14

Середнє перебування на ліжку хворих за різними спеціальностями у великих клінічних лікарнях

Рід захворювань	Н А З В А										О д е с ь к і				В се-ред-ньому
	Київська Жовтнева лікарня ¹⁾	Київська II радянська лікарня ¹⁾	Харківська II радянська лікарня	Дніпропетровська клінічна лікарня	I лікарня	II лікарня	III м. лікарня	Клініч-на ін-фекційна	Сталінська клінічна лікарня	Одеська клінічна лікарня Мед. сануправ.	Київська клінічна Мед. сануправ.	Луганська лікарня			
1 Терапевтичні	23,6	18,7	18,3	21,0	12,8	20,7	20,7	—	15,5	17,0	24,6	17,8	19,1		
2 Інфекційні	19,1	22,0	17,5	12,0	26,1	—	11,7	—	—	—	—	21,5	18,5		
3 Хірургічні	14,0	17,3	14,8	15,5	16,7	17,1	14,2	—	18,0	18,4	16,5	13,5	16,0		
4 Гінекологічні	14,2	9,6	—	8,5	8,6	18,5	9,2	—	18,5	13,4	15,6	10,1	11,1		
5 Абортні	—	—	—	4,0	—	—	—	—	—	2,8	3,2	2,5	3,1		
6 Родильні	5,9	6,6	—	6,5	—	—	—	—	8,1	—	—	7,2	6,9		
7 Очні	19,6	25,0	22,4	24,5	—	—	—	—	—	—	—	19,8	22,2		
8 Ухо, горло, ніс	17,0	—	12,3	21,5	—	—	—	—	19,0	15,5	—	9,1	15,7		
9 Туберкульозні (ізоляційні)	39,0	—	33,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36,0		
10 Шкірно-венеричні	27,3	—	—	29,0	—	—	—	—	—	—	—	—	28,0		
11 Дитячі соматичні	—	10,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12,8	11,4		
12 Нервові	42,5	21,3	28,0	27,5	—	27,4	24,6	—	16,5	32,5	—	20,3	56,7		

¹⁾ Середнє за останні три роки.

Таблиця 15

Середнє перебування на ліжку хворих за різними спеціальностями в районних центрах

№	Назва лікарень	Терапевтичні	Інфекційні	Хірургічні	Гінекологічні	Аборти	Родильні	Очні	Ухо, горло, ніс	Туберкульозні	Шкірно-венеричні	Дитячі	Нервові
1	Тульчинська .	6,8	8,4	10,9	—	—	5,9	11,6	—	—	—	—	—
2	Брусилівська	—	11,8	—	—	1,8	5,2	—	—	—	—	—	—
3	Барншівська .	14,5	11,8	13,9	13,4	—	6,7	—	—	—	—	—	—
4	Коростенська	7,4	12,5	13,2	6,0	4,3	6,3	—	—	34,0	—	—	—
5	Ставищанська	11,2	12,0	17,3	10,8	1,9	6,7	13,0	—	23,7	—	—	—
6	Станишівська	6,7	9,8	13,3	7,5	2,4	7,2	20,4	27,0	17,0	—	8,7	—
7	Тальнівська .	9,8	10,3	11,0	7,0	1,5	4,9	—	—	—	—	—	—
8	Ржищівська .	8,5	18,2	7,4	8,6	—	6,1	—	—	—	—	—	—
9	Жмеринська .	10,6	15,6	17,0	13,0	2,3	9,0	18,0	11,3	15,0	14,0	—	2,0
10	Молочанська .	9,0	12,9	11,5	—	4,0	—	—	—	—	—	—	—
11	Якимівська .	7,0	14,2	8,4	—	2,9	4,0	—	—	—	—	—	—
12	Петрівська .	8,9	10,2	11,0	6,7	2,7	6,4	—	—	—	35,0	—	—
	В середньому ...	9,9	12,3	12,2	9,1	2,6	6,3	15,8	14,1	22,4	24,5	8,7	2

Таблиця 16

Середнє перебування на ліжку хворих за різними спеціальностями в сільських лікарнях

№	Назва лікарні	Терапевтичні	Інфекційні	Хірургічні	Гінекологічні	Аборти	Родильні
1	Бузька	6,7	10,4	10,6	5,5	1,5	5,2
2	Володимир-Волинська	4,8	14,6	—	5,6	2,0	5,0
3	Ємельчанська	10,4	11,6	9,6	5,6	3,0	7,4
4	Олександрівська . .	5,9	9,6	8,3	11,4	1,5	6,3
5	Лучинська	—	10,3	—	—	2,3	6,5
6	Манастирська	6,4	7,7	5,9	4,9	3,0	6,5
7	Цибулівська	6,1	5,4	6,8	5,3	2,7	7,9
8	Народицька	8,4	8,9	17,9	6,0	3,1	5,8
9	Плисківська	11,4	10,9	12,6	7,6	3,2	6,3
10	Потіївська	6,9	9,0	6,7	5,5	—	6,4
11	Попелянська	7,9	8,9	11,8	5,1	2,1	6,1
12	Словечанська	11,7	10,3	8,7	6,9	2,3	6,3
13	Рокитянська	11,6	9,0	10,5	7,2	2,0	7,7
14	Шполянська	12,4	10,9	20,1	8,7	3,3	8,0
15	Черняхівська	12,8	10,6	14,9	6,9	3,1	6,6
	В середньому	9,0	10,0	11,1	6,4	2,5	6,9

На селі, як правило, ліжка за багатьма спеціальностями майже скрізь відсутні, і сільські лікарні складаються переважно з таких відділів: терапевтичного, хірургічного, інфекційного і акушерсько-гінекологічного.

На що ще слід звернути увагу — так це на те, що час середнього перебування на ліжку здебільшого тим коротший, чим далі ми віддаляємося від обласного центра. Це ілюструє особливо таблиця 17.

Таблиця 17

Середнє перебування хворого на ліжку за різними спеціальностями в різних місцевостях 1934 року

Місцевості	Терапевтичні	Інфекційні	Хірургічні	Гінекологічні	Абортні	Родильні	Очні	Ухо, горло, ніс	Туберкульозні	Шкірно-венеричні	Дитячі	Нервові
Обласні центри України	19,1	18,5	16,0	11,1	3,1	6,9	22,2	15,7	36,0	28,0	11,4	26,7
Промислові райони і міста України	9,3	16,3	13,3	7,0	2,6	5,7	11,6	10,0	18,6	12,4	9,5	18,2
Сільські районні центри України	9,9	12,3	12,2	9,1	2,6	6,3	15,8	14,1	22,4	24,5	8,7	22,0
Села України	9,0	10,0	11,1	6,4	2,5	6,9	—	—	—	—	—	—

Які ж нормативи середнього перебування на ліжку за різними спеціальностями ми приймемо при наших розрахунках?

Для терапевтичних хворих ми маємо середні дані для обласних центрів 19,1, для решти місцевостей майже однакові показники: 9,0, 9,3, 9,9; в середньому 9,4.

Таблиця 18

Середнє перебування на терапевтичному ліжку в областях України в 1931 році

Місцевості	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	В середньому по Україні
В середньому по областях	9,5	9,7	9,8	10,8	7,7	10,3	9,8	9,8
В міських місцевостях	11,4	10,4	10,7	12,9	8,3	9,4	9,1	10,7
На селі	8,3	9,0	9,1	8,3	7,0	7,1	8,8	8,2
В обласному центрі	16,2	—	14,9	12,8	11,7	16,5	11,7	13,4

Перебування на ліжку терапевтичного хворого в більшій частині наших лікарень не можна вважати нормальним.

Меєрков і Некрасов вважають середню норму для міст різних типів 13,1 дня.

В Ростокінській дільничній лікарні Московської області середнє перебування на терапевтичному ліжку 12 днів.

З таблиці 14 ми бачимо, що середнє перебування в добре поставленій лікарні в терапевтичному відділі доходить до 20 днів; в інших лікарнях 9—10 днів.

При наших розрахунках показником середнього перебування на терапевтичному ліжку ми будемо вважати 15 днів—середню цифру між вищою і нижчою.

Для інфекційного ліжка ми маємо в середньому вищий показник: в обласних центрах 18,5, в промислових центрах і містах 16,3, в районних центрах 12,3 і на селі 10,0:

Тут ми відзначаємо чималу різницю між промисловими центрами й містами (середнє 17,4), з одного боку, і селом (11,2)—з другого.

аблиця 19

Середнє перебування на інфекційному ліжку в областях України в 1931 році

Місцевості	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	В середньому по Україні
В середньому по областях	14,3	14,0	14,1	17,0	14,8	12,2	16,6	15,6
В міських місцевостях	15,6	14,5	15,3	17,8	16,4	16,1	15,5	16,2
На селі	13,2	13,4	12,8	18,6	12,2	10,6	15,5	14,1
В обласних центрах	12,0	—	—	15,5	16,3	—	17,8	16,6

Коефіцієнти для села значно вищі, ніж в 1934 році. Меєрков і Некрасов приймають середнє перебування на ліжку для міського населення 17,3 дня—число, що дорівнює фактичному перебуванню на ліжку у нас (17,4).

Л. Д. Ульянов у своїй роботі „Обоснование нормы заразных коек“ вважає в середньому перебування на ліжку 25 днів, що і є, на нашу думку, необхідним. При наших розрахунках ми прийматимемо 25, як число середнього перебування на ліжку інфекційного хворого.

Для хірургічних ліжок ми маємо фактичне перебування на ліжку для міст 16,0—13,3 (середнє 14,2 дня), а для сільських місцевостей 12,2—11,1.

У Меєркова і Некрасова для міст середня норма 14,7.

В Ростокінській дільничній лікарні 13,4 дня.

Таблиця 20

Середнє перебування на хірургічному ліжку в областях України в 1931 році

Місцевості	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	В середньому по Україні
В середньому по областях	10,4	11,5	12,1	11,4	10,8	11,6	12,2	11,5
В міських місцевостях	12,2	12,9	13,1	11,8	12,5	12,9	11,3	12,3
На селі	9,2	9,8	10,8	10,1	8,7	8,6	11,6	10,0
В обласних центрах	11,1	—	—	12,2	12,4	15,9	13,8	13,1

За останні роки ми відзначаємо ріст середнього перебування на хірургічному ліжку, що пояснюється збільшенням кількості ліжок. При розрахунку хірургічних ліжок ми показник середнього перебування на ліжку для хірургічних хворих прийmemo 15 днів, трохи більший, ніж маємо фактично зараз по містах.

Для гінекологічних ліжок ми маємо фактичні показники такі: для обласних центрів—11,1, для промислових районів—7,0, для сільських районних центрів—9,1 і для села—6,4.

У Меєркова і Некрасова по містах Серпухову й Орехово-Зуєву середнє перебування на гінекологічному ліжку 13,6 дня.

У московських лікарнях в 1929 р. середнє перебування дорівнювало 15,3 дня.

Зменшення середнього перебування на ліжку гінекологічних хворих ми можемо пояснити частково тим, що досить значний процент гінекологічних ліжок був зайнятий абортними хворими, перебування яких гінекологічному відділі зменшує середній показник перебування на ліжку.

З таблиць 13, 14 і 15 видно, що здебільшого в тих лікарнях, де не було самостійних абортних відділів, середнє перебування хворого на ліжку нижче, ніж у тих, де для абортів виділено спеціальний відділ. Середнє перебування на ліжку в лікарнях, що мали окремі абортарії для гінекологічних хворих дорівнює 10—13 дням (табл. 21).

У Меєркова і Некрасова вказано для Серпухова й Орехово-Зуєвської району однакові середні показники перебування на гінекологічному ліжку 13,5; 13,1.

Ми при розрахунках будемо виходити з тих самих показників, округляючи до 13, зважаючи на те, що і в нас у гінекологічних відділах, і нема абортних хворих, середнє перебування приблизно дорівнює такому ж строкові (див. табл. 14).

Для родильних ліжок ми маємо майже скрізь однакове число ліжкоднів середнього перебування: в обласних центрах і на селі воно дорівнює 6,9, в інших місцевостях—в середньому 6.

Таблиця 21

Середнє перебування на гінекологічному ліжку в областях України в 1931 році

Місцевості	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	В середньому по Україні
В середньому по областях	7,6	7,9	6,7	9,4	6,8	8,1	8,8	8,1
В міських місцевостях	7,7	8,3	7,1	8,3	4,7	10,6	9,4	8,1
В селі	7,5	7,5	6,8	7,2	6,6	5,7	7,4	7,0
В обласних центрах	15,5	—	—	14,9	7,0	8,7	9,4	12,0

Ми прийємо в середньому для України показник для родильних ліжок 8 днів.

Для очних ліжок ми маємо показники тільки в обласних, промислових і районних центрах. Для лікарень великих міст і клінік показник цей дорівнює 22,2, для промислових центрів—11,6, для районних центрів—5,8. У 1931 році ми мали такі показники:

Таблиця

Середнє перебування на очному ліжку в областях України в 1931 році

Місцевості	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька
В середньому по областях	14,4	13,0	14,0	14,2	9,7	15,6	14,0
В міських місцевостях	11,3	13,5	14,5	15,0	7,0	14,1	8,1
В селі	9,0	12,3	8,0	9,4	8,2	9,0	9,0
В обласному центрі	—	—	—	18,5	14,0	15,4	21,3

У Меєркова і Некрасова показники в середньому 15,5 дня.

У московських лікарнях у 1929 р. середнє перебування на ліжку очного хворого було 32,6 дня.

У Ленінграді показник перебування на очному ліжку 22,3 дня.

У таблиці 13 показники у переважній більшості лікарень у великих містах на Україні дають таку ж цифру. Ми маємо прийняти показник при розрахунках 25 днів—показник більшості лікарень, де хворий діставав валіфіковану допомогу.

Для ларингологічних хворих ми маємо на Україні середній показник перебування на ліжку 13,3 дня. В 1932—33 р. ми мали приблизно такий самий показник: 13,1.

У Москві в 1929 р. середнє перебування на ліжку у відділі уха, горла, носа було 23,8 дня, в Ленінграді в 1928 р. 19,7 дня. У нас у більш кваліфікованих лікарнях показник в середньому 18—19 днів.

Ми при наших розрахунках будемо брати на увагу середній показник 15 днів (для великих центрів і промислових районів 15—18 днів, для сільських районних центрів 12—13 днів, враховуючи, що в великих центрах лікуються тяжчі хворі).

Для туберкульозних хворих у великих центрах ми маємо високі показники середнього перебування хворого—до 40 днів (в 1934 р. 36,0 днів, в 1931—32 р.—38—39 днів), в інших центрах—у середньому 20 днів.

Значно вищі показники в Москві: в 1929 році—89,2 дня, в Ленінграді в 1928 р.—38,4 дня.

У Новохатного середнє перебування туберкульозного хворого на ліжку обчислюється в 32,8 дня.

Ми маємо прийняти показником середнього перебування на ліжку туберкульозного хворого число, наближене до того, яке ми відзначаємо наших великих лікарнях. Округлено воно дорівнює 35 дням і наближається до ленінградського показника, до показника Новохатного і до фактичного показника нашого для 1934 р. (див. табл. 14).

Середнє перебування на шкірно-венеричному ліжку дорівнює в великих центрах 28 дням. По районах і селах ми маємо дуже мало показників, а тому й не можемо ними оперувати.

У Меєркова і Некрасова показник у середньому дорівнює 30,4 днів і близький до нашого. У Москві і Ленінграді він вищий: У Москві в 1929 р.—41, а в Ленінграді в 1928 р.—47. Ми при розрахунку приймемо показник у 35 днів (середнє між нашим, московським і ленінградським).

Для нервово-хворих середній показник перебування на ліжку становить в великих містах—26,7 дня, в промислових центрах і в інших містах—18,2, в районних центрах—22,0, в середньому по Україні 22 дні.

У Михайлова цей показник середнього перебування на ліжку 20,9 днів. У Москві в 1929 р. він був вищий—35,3 дня, в Ленінграді в 1928 році вищий—46,2 дня.

Беручи до уваги, що з кращим устаткуванням наших нервових відділів спеціальними видами лікування (електро-світло-лікування) перебування хворого на ліжку збільшуватиметься, і ми на найближчий час приймемо показник середнього перебування на ліжку хворого в 25 днів.

Отже, при розрахунку необхідного числа ліжок за спеціальностями ми далі будемо керуватися показниками середнього перебування на ліжку наведеними в табл. 24 (с. 203).

Порівнюємо наші показники з фактичними показниками на Україні 1931—32 р., з даними статистичного матеріалу на Україні 1933—35 рр. за матеріалами зібраних нами анкет (в таблиці виведено середні показники) і з показниками Москви 1929 р., Ленінграда 1928 р. і комісії

Таблиця 24

Показник середнього перебування на ліжку хворого

№	Рід хвороб	Показник середнього перебування	№	Рід хвороб	Показник середнього перебування
1	Терапевтичні	15	6	Очні	25
2	Інфекційні	25	7	Ухо, горло, ніс	15
3	Хірургічні	15	8	Туберкульозні	35
4	Гінекологічні	13	9	Шкірно-венеричні	35
5	Родильні	8,0	10	Нервові	25

Наркомздорів'я РРФСР по розробці норм лікувальної допомоги. Всі ці показники подано в таблиці 25.

З таблиці видно, що прийняті нами показники відстають від показників Москви і Ленінграда і дуже наближаються до середніх показників комісії Наркомздорів'я РРФСР.

Таблиця 25

Нормативи середнього перебування на ліжку за різними спеціальностями

Назва захворювань	Комісія Наркомздорів'я РРФСР	Москва 1929 р.	Ленінград 1928 р.	Україна 1931—32 р.	Україна 1933—35 р.	Наші показники
Терапевтичні	13,1	21,4	17,6	9,8	11,8	15,0
Інфекційні	18,4	27,4	26,8	15,6	16,3	25,0
Хірургічні	14,7	20,2	21,3	11,5	13,2	15,0
Гінекологічні	13,6	15,0	9,6	8,1	8,4	13,0
Родильні	—	7,9	6,4	6,3	6,5	8,0
Очні	15,5	32,6	22,3	13,6	16,5	25,0
Ухо, горло, ніс	—	23,8	19,7	13,1	13,3	15,0
Туберкульозні	32,8	89,2	38,4	36,9	25,7	35,0
Шкірно-венеричні	30,4	41,4	47,0	—	21,6	35,0
Нервові	20,9	35,3	46,2	—	22,3	25,0

Беручи до уваги, що показники Ленінграда і Москви є показниками великих клінік, ми, приймаючи наші показники, вважаємо їх близькими до істини, бо анкетні дані наших 51 лікарні, подані в таблицях 13, 14, 15 і 16, дають наближені показники. Вносячи корективи в деякі показники, ми керувались тим, що відсутність достатньої кількості ліжок припускає часто-густо прискорювати оберт ліжка.

„Завантаження“ ліжкової сітки

Останнє питання, яке нам треба розв'язати перед тим, як обчислювати показники ліжкової сітки за спеціальностями, це питання про процент використання ліжка, про „завантаження“ ліжкової сітки.

Який прогул ліжка ми повинні вважати нормальним, „узаконеним“? Положення про „норми“ роботи ліжка протягом року досі ще немає. 1930 р. пруське міністерство культури видало постанову про нормальне функціонування ліжка протягом року в 241 день.

Готштейн вважає, що ці норми використання ліжкової сітки надзвичайно малі і пропонує максимальну норму використання ліжка протягом року 90%, тобто 330 днів, і мінімально 82%, тобто 300 днів.

НКОЗ при визначенні нормативів ліжкової сітки на Україні прийняв при своїх розрахунках процент використання ліжка 90%.

За даними УІСОЗ в 1934 р. процент використання ліжка в середньому по Україні дорівнював 88,2%, при чому на селі він становив 81%.

Ми повинні прийняти, що на рік ліжка мусить мати нормально 35 днів прогулу. З цих 35 днів—20 днів для того, щоб упорядкувати ліжка для прийому нового хворого (середнє перебування хворого коливається від 15 до 20 днів, отож на рік середній оберт ліжка дорівнює 20) і 15 днів для ремонту.

Інакше кажучи, процент використання ліжка 90, ліжка функціонують 330 днів. Цим показником ми й далі будемо оперувати.

* * *

При плануванні сітки, як вже було указано раніше (с. 183), нам необхідно виходити з цілого ряду показників, а саме:

- 1) показників добору для госпіталізації з 1000 амбулаторних хворих певної спеціальності (с. 192);
- 2) показників структури захворюваності (с. 188);
- 3) показників середнього перебування на ліжку за окремими спеціальностями (с. 203);
- 4) показників використання ліжок, нормою якого ми визнаємо в середньому 330 днів.

Показник добору для госпіталізації („добір на ліжку“), на жаль, у нас не можна розробити з точністю, яка дорівнювала б іншим показникам. Причиною цьому було те, що за матеріалами нашої амбулаторно-поліклінічної сітки ми не мали змоги здобути дані про тих хворих, яким потрібна була лікарняна допомога, з матеріалів стаціонарів не могли дістати відомостей про відмовлення прийняти на ліжку. Про те, що ці відмовлення бувають не рідко, ми дістали відомості від цілого ряду поліклінік. Як на приклади ми можемо послатися на цілий ряд поліклінік, перерахованих в таблиці 26 (с. 205).

Як видно з таблиці, в промислових районах далеко не всі, хто потребує госпітального лікування, потрапляють до стаціонара. Особливо це стосується ліжок для туберкульозних хворих, нервових, шкірно-венеричних

№	Рід захворювань	Горлівська поліклініка			Маріупольська поліклініка			Дніпропетровський єдиний диспансер			Київський ІІ єдиний диспансер		
		Число наді- сланих до лікарні	Прийнято	% запо- волення	Число наді- сланих до лікарні	Прийнято	% запо- волення	Число наді- сланих до лікарні	Прийнято	% запо- волення	Число наді- сланих до лікарні	Прийнято	% запо- волення
1	Терапевтичні	1351	900	66,6	3200	1326	41,4	1007	869	86,3	285	55	19,2
2	Інфекційні	—	—	—	935	935	100	80	65	81,2	—	—	—
3	Хірургічні	70	40	57,1	1850	1038	56,6	848	557	65,7	—	—	—
4	Гінекологічні	—	—	—	412	412	100	669	669	100	—	—	—
5	Родильні	—	—	—	1114	1114	100	—	—	—	—	—	—
6	Очні	—	—	—	125	125	100	82	82	100	—	—	—
7	Ухо, горло, ніс	—	—	—	259	259	100	90	90	100	—	—	—
8	Туберкульозні	350	32	9,1	—	—	—	153	17	11,1	65	10	15,3
9	Шкірно-венеричні	187	92	49,2	—	—	—	50	19	38,0	—	—	—
10	Нервові	150	10	6,6	—	—	—	35	16	45,7	40	5	12,5

Цих чотирьох прикладів, звичайно, не досить, щоб зробити загальний висновок для всієї України. Але якщо ми до сказаного додамо дані по Харкову, де по цілому ряду спеціальностей у 1933—34 р. відмовлень у госпіталізації було до 75%, якщо ми до цього додамо недостатній взагалі показник ліжкової сітки України: 2,2 на 1000 жителів, — то стане ясным, що фактичне користування ліжковою сіткою далеко не задовольняє потреб трудящих УРСР.

Далі при визначенні показника добору на ліжко ми користуватимемося фактичними даними (правда, нечисленними), одержаними від поліклінік і даними з літератури.

Дані про фактичну госпіталізацію хворих за окремими спеціальностями ми мали змогу визначити за статистичними матеріалами 1931 р., частково 1932 р. Цими матеріалами ми й будемо користуватися, корегуючи їх у зв'язку з збільшенням ліжкового показника в 1934 р.

Кількість первинних звернень в 1931 р. була на Україні 31 млн.

Маючи структуру захворюваності (с. 188), ми визначаємо число первинних звернень за різними спеціальностями:

1. терапевтичних хворих . . .	34,5%	10 660 тис
2. інфекційних . . .	7,5%	2 318 .
3. хірургічних . . .	17,0%	5 253 .
4. гінекологічних . . .	5,4%	1 669 .
5. очних . . .	8,0%	2 472 .
6. ухо, горло, ніс . . .	7,4%	2 286 .
7. туберкульозних хворих . .	1,2%	3 710 .
8. шкірно-венеричних . . .	8,0%	2 472 .
9. нервових . . .	4,4%	1 360 .

На основі цих даних ми можемо визначити за окремими спеціальностями відповідні показники на кожну 1000 людності.

Для прикладу ми визначимо спочатку необхідну кількість ліжок за окремими спеціальностями для промислових центрів.

Показник для терапевтичних ліжок

Кількість первинних терапевтичних звернень в 1931 році була, як зазначено вище, 10 660 тис.

З цього числа госпіталізовано 168 380, тобто на кожну 1000 первинних терапевтичних хворих фактично госпіталізовано 16 чол.

За останні роки (1931—34) кількість терапевтичних ліжок збільшилась майже на 100%: в 1931 р. було 6185 ліжок, на 1 січня 1935 р. — 12 301.

Це збільшення ліжок дало змогу збільшити госпіталізацію майже вдвое. Але, беручи на увагу, що за цей час збільшилось і звертання людності по медичну допомогу на 26%, ми можемо прийняти для 1934 р. фактичну госпіталізацію терапевтичних хворих 24 на 1000.

З даних наших поліклінік ми бачимо, що процент фактично госпіталізовуваних терапевтичних хворих до всієї кількості хворих, яким була потрібна терапевтична стаціонарна допомога, дорівнює 19,2—86,3% (табл. 26). Ми умовно беремо середній процент і вважаємо, що взагалі госпіталізо-

вано тільки 55—60%. Отже, з 1000 амбулаторних терапевтичних звернень необхідно госпіталізувати 32—45 чол.

У Михайлова і Сльотова коефіцієнт добору дорівнює 49 — близький до нашого. У Ленінграді з його добре розвинутою сіткою в 1929 р. на 1000 терапевтичних звернень було госпіталізовано 95,4 чол. Як бачимо, коефіцієнт великий. Пояснюється це тим, що в Ленінград, в його висококваліфіковані лікарні звертаються хворі і з інших центрів.

Кількість терапевтичних ліжок, необхідна на 1000 жителів у промислового центрі, на найближчі роки ми визначаємо так:

На 1000 жителів в промислових центрах ми маємо в середньому 2400 первинних звернень на рік, з них 34,5%, тобто 834 терапевтичних звернень.

З 1000 первинних терапевтичних хворих треба госпіталізувати 42 чол., отже, на 1000 жителів: $(42:1000) \times 834$, тобто 35 чол. Середнє перебування терапевтичного хворого 15 днів, 35 хворих на рік потребують 35×15 ліжкоднів. Час функціонування ліжка в середньому на рік 330 днів; отже, на 1000 жителів число терапевтичних ліжок дорівнює:

$$(35 \times 15) : 330 = 1,6 \text{ ліжка}$$

Показники для хірургічних ліжок

Кількість первинних хірургічних хворих в 1931 році була 5253 тис. Протягом року фактично госпіталізовано 17 959, що становить 34 на 1000.

Збільшення числа хірургічних ліжок становить за останні роки в промислових містах близько 70%. При збільшенні звернень на 26% ми визначаємо число фактично госпіталізованих у 1934 р. 49 чол. на 1000.

Відмовлення в госпіталізації хірургічних хворих за даними окремих поліклінік дорівнює від 34 до 44%. Це, а також збільшення загальних звернень у найближчі роки з хірургічними захворюваннями, у зв'язку далішим розвитком лікувального обслуговування, дозволяє нам прийняти середній показник добору на ліжку хірургічних хворих 72—75.

Дані за 1934 р. по I єдиному диспансеру в Дніпропетровську говорять про показник добору, який дорівнює 64; дані Маріупольської поліклініки — 5; ленінградські фактичні дані за 1928 р. дорівнюють 100; у Новохатного обіру дорівнює 69, у Сльотова 89. Отже, наш показник ми можемо вважати правильним.

Необхідну кількість хірургічних ліжок для промислових центрів ми визначаємо так:

На 1000 жителів кількість первинних хірургічних хворих дорівнює $(72\% \text{ від } 2400) = 410$ чол.

Кількість осіб, що потребують госпіталізації, з 1000 первинних хірургічних — 72, значить, на 1000 жителів:

$$(72 : 1000) \times 410, \text{ тобто } 30 \text{ чол.}$$

Середнє перебування на ліжку хірургічного хворого ми визначаємо 450 днів, отже, для 30 хворих на рік необхідно 450 ліжкоднів, що при функціонуванні ліжка 330 днів дає на 1000 жителів 1,4 хірургічних ліжка.

Показник для гінекологічних ліжок

Кількість первинних гінекологічних хворих в 1931 році була 1669 тис. Кількість фактично госпіталізованих 97 430, тобто 58 чол. на 1000.

1934 року, порівнюючи з 1931 р., кількість ліжок збільшилась на 65% (1931 р.—2576, 1934 р.—4259). При збільшенні загальних звернень на 26% в 1934 р. число фактично госпіталізованих має дорівнювати 81.

Але, беручи на увагу, що значний процент гінекологічних ліжок зайнятий був абортаріями (до 25%) і що абортні ліжка ліквідовано, ми число осіб, які потребують госпіталізації, маємо зменшити на 15—20%, тобто до 67 чол. на 1000.

По Москві в 1929 р. фактичний коефіцієнт госпіталізації становив 56, по Дніпропетровську в 1935 р.—85, по Маріуполю—54.

Необхідна кількість гінекологічних ліжок на 1000 жителів така.

З 2400 первинних звернень в амбулаторно-поліклінічну сітку на гінекологічних хворих припадає 5,4%, тобто 130 чол.

На 1000 гінекологічних хворих госпіталізується 67 чол., отже, на 1000 людності $(67 : 1000) \times 130 = 9$ чол.

Середнє перебування на ліжку гінекологічного хворого 13 днів, отже 9 хворих—117 днів; при середньому оберті ліжка в 330 днів на рік маємо показник для гінекологічних хворих на 1000 жителів 0,35 ліжка.

Показник для родильних ліжок

Розрахунок родильних ліжок у стаціонарах, необхідних на 1000 людності, ми провадимо не в зв'язку з „добором на ліжку“, бо вважаємо, що всі пологи в містах мають провадитись обов'язково в стаціонарі і навіть на селі „допомога вдома під час пологів“ у зв'язку з бурхливим ростом організації колгоспних родильних будинків, повинна в найближчі роки зникнути.

При розрахунку ми виходимо з того, що на кожну 1000 людності народжуваність буде дорівнювати в середньому 45. Середнє „навантаження“ на родильне ліжка, завдяки великій його змінності, становитиме на відміну від лікарняного—не 330, а тільки 300 днів на рік.

Середній показник перебування на ліжку з урахуванням мертвороджених і тих, що хоч і перебувають на ліжку, але не родять,— 10 днів. Показник для родильного ліжка дорівнює:

$$(45 \times 10) : 300, \text{ тобто } 1,5 \text{ ліжка}$$

Показник для очних ліжок

Кількість первинних звернень із захворюванням очей на Україні в 1931 р. було 2472 тис. З цього числа фактично надіслано в стаціонар 15 123, що дорівнює 6,1 на 1000.

У 1934 р., порівнюючи з 1931 р., кількість ліжок збільшилась всього на 23%, що при загальному збільшенні звернень на 26% не могло збільшити госпіталізації.

Фактичний процент добору на ліжку в деяких поліклініках значно більший: І єдиний диспансер в Дніпропетровську дає коефіцієнт добору 12, Маріупольська поліклініка—19. Фактичний добір в 1928 р. в Ленінграді був 13 на 1000. Михайлов по Серпухову дає показник добору 21. Значно більші показники добору ми знайшли у Хоцянова по Коломенсько-Бобровському району і у Померанцева по Орехово-Зуєвському району (53 і 45).

Наші малі показники ми пояснюємо тим, що досі сітка очних ліжок на Україні розвинена мало.

1931 року в промислових центрах з 484 тис. первинних очних хворих було фактично госпіталізовано 6921, що становить 14,3 на 1000.

На найближчі роки (уже за планом III п'ятирічки) передбачено збільшити очні ліжка на 50%. Ми, беручи це на увагу, можемо прийняти за показник госпіталізації по очних захворюваннях коефіцієнт 21, тобто він дорівнює вказаному Михайловим.

При такому коефіцієнті госпіталізації показник для очних ліжок, беручи на увагу середнє перебування хворого на ліжку в 25 днів, такий:

На 1000 жителів при 2400 зверненнях число очних хворих (8%) становитиме 192 чол.; з них належить госпіталізувати $(21 : 100) \times 192$, тобто 4 чол.

Кількість необхідних ліжок дорівнює:

$$(4 \times 25) : 330, \text{ тобто } 0,3 \text{ ліжка}$$

Показник для ларингологічних ліжок

Кількість первинних звернень з хворобами уха, горла й носа на Україні в 1931 р. було 2286 тис.; з них фактично госпіталізовано 9926, тобто 4,4 на 1000.

Кількість ларингологічних ліжок за останні роки збільшилась на 58%. Отже для 1934 р., беручи на увагу збільшення загальних звернень на 26%, ми можемо прийняти показник госпіталізації 5,8. Фактичний добір на ліжку за даними поліклінік значно більший. Дніпропетровський І єдиний диспансер дає показник добору 15, Маріуполь значно вищий—54. В Ленінграді в 1928 р. показник госпіталізації дорівнював 22,5. У Михайлова по м. Серпухову добір на госпіталізацію ларингологічних хворих дорівнював 35, у Сльотова по м. Нара—9.

Показники найрізноманітніші і коливаються від 9 до 54.

У промислових центрах в 1931 р. коефіцієнт фактичної госпіталізації на 1000 первинних звернень в амбулаторно-поліклінічну сітку був 6,8.

Цей коефіцієнт дуже малий і говорить за те, що ларингологічна стаціонарна допомога в промислових центрах ще надзвичайно не достатня.

Ми, беручи на увагу, що до кінця другої п'ятирічки кількість ларингологічних ліжок значно зросте (майже в 4 рази порівнюючи з 1931 р.), беручи на увагу показники Ленінграда, Серпухова, Маріуполя, Дніпропетровська і т. д., приймемо коефіцієнт госпіталізації на 1000 ларингологічних хворих, що вперше звертаються по допомогу,— 24.

На 2400 звернень кількість первинних хворих на ухо, горло, ніс буде 176 (7,4%). На 1000 жителів число осіб, які потребують госпіталізації дорівнює $(24 : 1000) \times 176$, тобто 4 чол.

Середнє перебування на ліжку є 15 днів.

Отже, на кожну 1000 людності необхідна кількість ларингологічних ліжок дорівнює $(4 \times 15) : 330$, тобто 0,2 ліжка.

Показник для шкірно-венеричних ліжок

Кількість первинних шкірно-венеричних хворих в 1931 р. була 242 тис.; з них фактично надіслано до стаціонара 5763, тобто 1,9 на 1000. При збільшенні загальних звернень на 26% кількість шкірно-венеричних ліжок збільшилась за 3 роки на 82%. Отже, ймовірний показник для 1934 р. дорівнює 3. За даними поліклінік відмовлення в госпіталізації шкірно-венеричних хворих у середньому дорівнює 56%, отже, наш показник лобору треба збільшити до 6,5.

За даними наших поліклінік добір на ліжку на 1000 шкірно-венеричних хворих дорівнював по Дніпропетровську 250 (добір, головне, венеричних хворих); по Горлівці—45. У Москві в 1929 р. при недостатній кількості ліжок фактично госпіталізувалось 14 на 1000. У Ленінграді в 1928 р.—56.

Судити про те, який показник для шкірно-венеричних хворих необхідний для України за тими матеріалами, які ми опрацювали, ми точно не могли. У літературі на це питання ми теж не знайшли достатніх відомостей. Тільки у Сльотова ми маємо добір на 1000 хворих 34. Якщо ми відкинемо дніпропетровські дані, де добір провадили, головне, з венеричних хворих, які дають великий процент госпіталізації, і візьмемо на увагу показники Горлівської поліклініки—48 і Сльотова—34, ми в середньому матимемо показник—40. Взнявши на увагу, що з поліпшенням соціальних побутових умов, із збільшенням лікувально-профілактичної діяльності наших диспансерів, з підвищенням культурного рівня має зменшитися кількість венеричних захворювань має значно зменшитися,— ми приймемо показник госпіталізації на найближчий час умовно—20.

Виходячи з цього показника, ми визначимо кількість хворих на кожні 1000 людності:

На 2400 первинних звернень кількість шкірно-венеричних хворих дорівнює 192 чол. (8%). Показник добору—20. Отож, на кожну 1000 людності ми маємо:

$$(20 : 1000) \times 192 = 3,8 \text{ хворих}$$

Середнє перебування на ліжку венеричного хворого 39 днів; отже, на 1000 людності необхідно $(3,8 \times 35) : 330 = 0,4$ ліжка.

Показник для нервових ліжок

У статистичних матеріалах про госпіталізацію нервових хворих ми не знайшли ніяких відомостей, тому при обчисленні нормативів нам доведеться звернутися до відомостей, які ми одержали з деяких наших поліклінік і до літературних даних.

За даними дніпропетровського І Єдиного диспансера на кожну 1000 нервових хворих—14 потребує госпіталізації, за даними Горлівської поліклініки—100, за даними І Робітничої поліклініки в Києві—30.

У Михайлова ми знайшли показник для госпіталізації нервових хворих—53, у Сльотова—84.

По Ленінграді в 1928 р. на 1000 нервових хворих фактично госпіталізовано 75 чол., у Москві в 1929 р.—11 чол.

У Харкові в 1935 р. (в І і II кварталах) госпіталізовано 9 чол., а коли взяти до уваги, що за даними Харкова в 75% звернень спостерігались відмовлення, то показник для Харкова буде дорівнювати 36.

Зіставляючи всі ці дані, ми бачимо, що для міст України показник добору дорівнює від 14 (Дніпропетровськ) до 100 (Горлівка), а в середньому для 4 міст: Харкова, Києва, Дніпропетровська і Горлівки—49, показник, що наближається до показника у Михайлова.

На найближчий час, беручи до уваги розвиток фізіотерапевтичних установок як по містах і районних центрах, так і на селі, збільшення ліжок для нервових хворих (за планом на кінець другої п'ятирічки—на 115%), ми прийнемо при розрахунках наш середній показник—50.

Виходячи з цього, ми й обчислимо показник на кожну 1000 людності.

На 2400 первинних звернень кількість нервових хворих дорівнює 106 чол.

На 1000 первинних нервових хворих треба госпіталізувати 50 чол., отже, на 1000 жителів:

$$(50 : 1000) \times 106 = 5,3 \text{ чол.}$$

Середнє перебування на ліжку 25 днів; для 5,3 чол. це дає 132 дні, що дорівнює, при роботі ліжка протягом року 330 днів, 0,4 ліжка.

* * *

Виходячи з наведених вище прикладів і застосовуючи аналогічні по-уоди до інших спеціальностей, ми можемо зробити висновок, яка саме кількість ліжок на 1000 жителів промислових міст необхідна на найближчі роки. (Див. табл. 27 на с. 212).

При проектуванні лікарні на 300 ліжок в промисловому центрі з люд-стю 35—40 тис., керуючись сказаним вище, ми повинні розподіляти ліжка за спеціальностями приблизно так:

терапевтичних ліжок	60	очних ліжок	11
двятих соматичних ліжок	22	ухо, горло, ніс ліжок	7
інфекційних	48	туберкульозних	18
хірургічних	52	шкірно-венеричних	14
гінекологічних	13	нервових	14
родильних	41		
		Разом	300

Обчислюючи таким самим способом необхідну кількість ліжок для ського районного центра, ми повинні відзначити, що в даному разі ий ряд показників значно змінюється.

Таблиця 27

Розподіл ліжок за спеціальностями

№	Спеціальність	Число ліжок на кожну 1000 людності	На яке число жителів 1 ліжко
1	Терапевтичні	1,6	625
2	Дитячі соматичні	0,8	1248
3	Інфекційні, включаючи дитячі . .	1,0	1000
4	Хірургічні, включаючи ортопедичні і травматичні	1,4	715
5	Гінекологічні	0,35	3000
6	Родильні	1,5	667
7	Очні	0,3	3300
8	Ухо, горло, ніс	0,2	5000
9	Туберкульозні	0,5	2000
10	Шкірно-венеричні	0,4	2500
11	Нервові	0,4	2500
	Разом	8,45	120

При обчисленні показників ліжок за спеціальністю ми оперували:

1) матеріалами про захворюваність, 2) коефіцієнтом звернень (в акселаторно-поліклінічну сітку), 3) показниками середнього перебування хворих у стаціонарах за різними спеціальностями, 4) строком „завантаження ліжка“ і, нарешті, 5) показником „добору на ліжко“.

З цих п'яти показників незмінними є третій і четвертий. Показники захворюваності ми умовно, на короткий період часу, теж можемо прийняти незмінним. Робота Г. Л. Туккер показала, що структури захворюваності в містах і на селі (особливо в районних центрах) так незначно різняться, що не буде великої помилки, якщо ми в даному разі, при приблизному обчисленні нормативів ліжок за спеціальністю в районних центрі, приймемо структуру захворюваності на селі і в місті однаковою.

Коефіцієнт звертання на селі значно менший, ніж у місті.

У 1934 р. на селі коефіцієнт первинного звертання дорівнював у середньому на Україні 836 на 1000 жителів.

У цілому ряді областей (Донецька, Дніпропетровська, Одеська) коефіцієнт первинного звертання був значно вищий: 1382, 1068, 1091.

Ми вважаємо, що на найближчі роки коефіцієнт звертання на селі у зв'язку з збільшенням медично-санітарної сітки, з наближенням сільської людності медично-санітарного обслуговування і в зв'язку з поліпшенням транспорту й шляхів має збільшуватися. Ми приймемо в середньому для України при наших обчисленнях — в 1200, що, мабуть, не буде помилковим.

Показник „добору на ліжко“ відрізняється в районному центрі від такого ж у промисловому місті.

Розглядаючи матеріали за 1931 р. і роблячи ті ж корективи, які ми зробили, обчислюючи показники в промисловому центрі, ми визначаємо такі показники „добору на ліжко“ на 1000 первинних звернень в районному сільському центрі:

- 1) для терапевтичних хворих, включаючи нервових . . . 63
- 2) „ хірургічних „ „ очні й ушні . 128
- 3) „ гінекологічних „ „ 67
- 4) „ туберкульозних „ 118
- 5) „ шкірно-венеричних 20
- 6) „ інфекційних 144

Порівнюючи показники добору за відповідними спеціальностями в промисловому районі і в районному сільському центрі, ми відзначаємо таке:

Таблиця 28

Показники добору для госпіталізації на 1000 хворих

№	Рід хворих	Добір на госпіталізацію на 1000 хворих даної спеціальності	
		в промисловому районі	в районному сільському центрі
1	Терапевтичні, включаючи нервові .	92	63
2	Хірургічні, включаючи очні і ларингологічні	120	128
3	Гінекологічні	67	67
4	Туберкульозні	125	118
5	Шкірно-венеричні	20	20
6	Інфекційні	100	144

1) Цілий ряд показників як у промисловому районі, так і в районному сільському центрі однакові (група хірургічних хворих, гінекологічних, туберкульозних, шкірно-венеричних).

2) Показник добору терапевтичних і нервових хворих у районному сільському центрі значно менший, ніж у промисловому; головне, це зменшення стосується нервових хворих, що можна пояснити недостатністю пропатологів на районі.

3) Показник добору інфекційних хворих у районному сільському центрі нижчий, ніж у промисловому центрі. Пояснюється це переважно тим, що в районному сільському центрі у лікарню звертаються, головне, у випадку тяжких захворювань, що вимагають госпіталізації. Грип, який займає велике місце серед інфекційних захворювань на селі, часто-густо проходить без медичної допомоги, а значить, і не реєструється.

Показники добору для госпіталізації дають нам змогу обчислити й необхідну кількість ліжок за кожною спеціальністю для районного сільського центра за формулою:

$$x = \frac{X \cdot L}{330}$$

де X — означає кількість хворих, що потребують госпіталізації на 1000 жителів за даною спеціальністю (при обчисленні цього показника треба мати на увазі, що коефіцієнт звертання ми приймаємо для районного сільського центра в 1200);

L — означає середнє перебування на ліжку хворого даної спеціальності.

Як приклад, вкажемо обчислення показника терапевтичних ліжок.

На 1000 жителів при 1200 звернень первинних терапевтичних хворих маємо 470 (34,5% — терапевтичних і 4,5% — нервових).

На 1000 первинних хворих має бути госпіталізовано 63, а на 470 — відповідно $(63:1000) \times 470 = 30$.

Знаючи це, ми обчислюємо за наведеною вище формулою необхідну кількість ліжок. Вона дорівнює:

$$\frac{30 \cdot 15}{330} = 1,3$$

Обчислюючи тим самим способом інші ліжка, ми дістанемо такі показники для районного сільського центра:

Таблиця 9

№	Спеціальність	Коефіцієнт добору на 1000 жителів	Показник ліжок на 1000 жителів	На яке число жителів припадає 1 ліжок	Відносина до загального числа ліжок
1	Терапевтичні, включаючи нервові	30	1,3	770	15
2	Хірургічні, включаючи очні, ларингологічні	24	1,1	909	10
3	Родильні	—	1,1*)	909	0
4	Туберкульозні	2	0,2	5000	4
5	Гінекологічні	5	0,2	5000	4*
6	Інфекційні	13	0,8	1000	5
7	Шкірно-венеричні	2	0,2	5000	4
8	Дитячі соматичні	—	0,4	5000	8
	Разом	—	5,3	—	100

*) При розрахунку показника родильних ліжок брали норму пологів 45 на кожну людину.

При проектуванні лікарні на 100 ліжок в сільському районному центрі з людністю в 20 тис., керуючись сказаним вище, ми повинні розподілити ліжка за спеціальностями так:

терапевтичні, включаючи нервові	25
дитячі соматичні	4
інфекційні	19
хірургічні, включаючи очні й вушні	20
гінекологічні	4
родильні	20
туберкульозні	4
шкірно-венеричні	4
Разом ліжок	100

Стан ліжкової сітки за окремими спеціальностями на 1.I 1936 р., порівнюючи з нашими показниками, є такий:

Таблиця 30

Показники ліжок на кожну 1000 людності в промислових центрах

№	Спеціальність	Наші показники	Фактичні показники на 1.I 1936 р.
1	Терапевтичні	1,6	0,92
2	Інфекційні	1,0	1,5
3	Хірургічні	1,4	1,31
4	Гінекологічні	0,35	0,42
5	Родильні	1,5	0,55
6	Очні	0,3	0,17
7	Ухо, горло, ніс	0,2	0,11
8	Туберкульозні	0,5	0,15
9	Шкірно-венеричні	0,4	0,2
10	Нервові	0,4	0,09
11	Дитячі соматичні	0,8	0,27
	Разом	8,45	5,7

Порівнюючи фактичний стан розподілу ліжок за окремими спеціальностями на 1.I 1936 р. з нашими показниками в промислових центрах (табл. 30), ми відзначаємо таке.

При загальній недостатці ліжок розподіл їх за окремими спеціальностями не відповідає потребам госпіталізації. Слід відзначити недостатність терапевтичних ліжок (57,5% потреби), родильних ліжок, очних парингологічних ліжок.

Особлива потреба відчувається в ліжках нервових, дитячих соматичних і туберкульозних.

З другого боку, кількість інфекційних ліжок трохи перевищує потребу. Це підтверджує й те, що в 1935 р. процент завантаження інфекційного ліжка дорівнював 78%.

Трохи великий фактичний показник гінекологічних ліжок, що пояснюється кількістю абортних ліжок у гінекологічних відділах, які переважали в минулому.

За даними орієнтовного виконання плану охорони здоров'я в УРСР, на 1937 р. показник ліжкової допомоги людині становитиме 7,2 ліжка на 1000 міської людини, тобто значно наблизиться до визначеної нами потреби в 8,45 ліжка на 1000 людини.

Даючи в нашій роботі методику визначення показника ліжок на кожну 1000 людини за спеціальностями і вказуючи, як на приклади, на нормативи ліжкової допомоги за спеціальностями в промисловому центрі і в районному сільському центрі, ми хотіли б відзначити, що наші нормативи для цілого ряду міст і районів є, розуміється, дуже й дуже наближеними, сугубо орієнтовними.

Адже в кожному промисловому і в кожному районному центрі є свої особливості як щодо захворюваності, травматизму, соціально-побутових умов, так і щодо кліматичних, топографічних умов і т. д.

Всі ці умови впливають, передусім, на первинне звертання людини по медичну допомогу, подруге, на коефіцієнт „добору на ліжку“ і взагалі на всі наші окремі складові показники, з яких ми виводили один наш загальний показник — „показник ліжкової допомоги за окремими спеціальностями на кожну 1000 людини“.

Наш показник є середньо-українським. Для окремих областей, районів показники можуть трохи різнитися від нашого.

Мета нашої роботи — дати методику визначення нормативів ліжкової допомоги. Ми були б цілком задоволені нашою роботою, коли б практики соціалістичної охорони здоров'я, беручи в основу нашу методику, перевірили б у себе на місцях наші показники. Це тим важливіше, що план третьої п'ятирічки вже увійшов у стадію конкретної розробки, а без нормативів ліжкової сітки за окремими спеціальностями ми не зможемо правильно й доцільно побудувати медичну сітку, ми не зможемо правильно спланувати й використати необхідні кадри спеціалістів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Труды Междуведомственной Комиссии проф. Рейна по пересмотру Врачебно-санитарного законодательства. VI Сессия.
2. Проф. Н. А. Вигдорчик, Теория и практика социального страхования. Выпуск IV. Кассовая медицина. Москва 1925.
3. А. Н. Меерков и Я. И. Некрасов, Показатели коечной помощи для городского населения. Сборник „Методология разработки норм лечебной помощи городскому населению“. Москва 1929.
4. Проект общесоюзного стандарта. Медико-санитарные учреждения. Москва 1925.
5. Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich. Berlin 1933.
6. Эсмарен, Гигиенический справочник на 1908 год.

7. И. Гробер, Планирование строительства лечебных заведений, „Немецкая больница“. 1922.
8. Г. Винтерштейн и Р. Шахнер, Больничное строительство. Перевод с немецкого. Москва 1933.
9. А. Готштейн, Опыт и достижения в больничном хозяйстве, 1913.
10. Э. Г. Френкель, Очерки земского врачебно-санитарного дела, С.-Петербург.
11. СССР в цифрах. Центральное управление народнохозяйственного учета Госплана СССР. Москва 1935.
12. С. Макаренков, Здравоохранение в СССР и союзных республиках в первые два года второй пятилетки. УИСОЗ, 1935.
13. А. Гробман, Больничное хозяйство. „Справочник социальной гигиены“, т. I. Лейпциг 1912.
14. Э. И. Дейнман, Международные показатели здравоохранения. „Профилактическая медицина“, 1926 г. т. VII—VIII.
15. А. Н. Меерков, Больница. Большая медицинская энциклопедия, т. III. Москва 1928.
16. М. Ландис, Лечебная помощь. Большой энциклопедический словарь.
17. Лидский, Красовицкая, Заславский, Перлина, Заключение УДИОЗ'а по нормам городской сети здравоохранения для новых городов. Харьков 1931 (рукопис).
18. П. И. Куркин, Характеристика статистического материала по выработке норм медицинской помощи населению. Москва 1929.
19. П. П. Слетов, Примерные показатели норм медицинской помощи населению фабричного города. Москва 1929.
20. С. М. Михайлов, К вопросу о выработке норм медпомощи городскому населению полупромышленного города. Москва 1929.
21. Н. В. Новохатный. Санитарно-статистическая разработка материалов по непромышленному городу. Москва 1929.
22. Н. Г. Померанцев. Обращаемость населения промышленного города за амбулаторной и госпитальной помощью по гинекологическим, глазным и детским заболеваниям. Москва 1929.
23. Л. Г. Хоцянов, Обращаемость за детской и глазной помощью в промышленном районе и ее фактические показатели. Москва 1929.
24. Б. Е. Красовицкая, Заболеваемость населения Украины за послереволюционный период. УИСОЗ, 1932 (рукопис).
25. Е. Л. Туккер, Заболеваемость населения Украины по материалам однодневной переписи больных в 1930 г. УИСОЗ, 1932 (рукопис).
26. С. А. Томилин, Ковьюнктурный обзор заболеваемости колхозного населения Украины за 1934 год, УИСОЗ, 1935 (рукопис).
27. Центральная Санстаткомиссия Наркомздрава РСФСР и ЦСУ. Номенклатура болезней и причин смерти. Москва 1927.
28. Материалы Всесоюзного съезда участковых врачей. Москва 1926.
29. Д. Горфин, Помощь на дому. Большой медицинский энциклопедический словарь, т. 28. Москва 1933.
30. Я. Родов, Планирование здравоохранения. Большая медицинская энциклопедия, т. 25.
31. Проект першого варианту 2-ої більшовицької п'ятилітки. НКЗ УРСР, Харків 1932.
32. С. А. Томилин, Общая заболеваемость и причины смертности населения на Украине. УИСОЗ, 1932 (рукопис).
33. А. Готштейн, Больничное обслуживание населения в больших городах. 1913.
34. Статистические материалы по состоянию народного здоровья за 1913—23 гг. НКЗ РСФСР. Москва 1926.
35. Отчет о состоянии народного здоровья и организация врачебной помощи в России за 1912 год. Управление Главного Врачебного Инспектора НВД. Петроград 1914.
36. Материалы о деятельности лечебно-профилактических учреждений Мособлздравотдела за 1928—29 г. Москва 1930.

37. Бюллетень Бюро статистики. Ленинград 1928.
38. Игумнов, Развитие земской медицины в Херсонской губернии, УИСОЗ, 1935 (рукопис).
39. Игумнов, Развитие земской медицины в Екатеринославской губернии. УИСОЗ, 1935 (рукопис).
40. Ф. Г. Эпштейн, К вопросу ускорения оборота коек в стационарах. „На фронте здравоохранения“ № 19—20.
41. Л. Д. Ульянов, Обоснование нормы заразных коек. УИСОЗ, 1932 (рукопис).
42. Конъюнктурный обзор діяльності закладів охорони здоров'я за 1934 рік, УИСОЗ, Київ 1935 (рукопис).
43. Річний звіт про діяльність медсанзакладів за 1931 р. УИСОЗ. Медсанстатстанція. 1932.
44. Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1924—25 р. НКОЗ УРСР. Харків 1926.
45. Те ж за 1925—26 р. Харків 1927.
46. Те ж за 1926—27 р. Харків 1928.
47. Те ж за 1927 - 28 р. Харків 1929.
48. Матеріали п'ятирічного плану розвитку здравооохорони на Україні. НКОЗ УРСР. Харків 1930.
49. С. Н. Киселев, Методология планирования здравоохранения. Москва 1931.

III. Позалікарняне обслуговування трудящих УРСР

I. Поліклініки й амбулаторії

Величезні досягнення в галузі обслуговування населення позалікарняною допомогою за часів радянської влади стають особливо ясними, коли оглянути весь шлях, пройдений від часів капіталістичного хазяйнування на території теперішньої УРСР до сталінських часів завершення побудови соціалістичного суспільства і проведення нової Конституції.

Справді, що мали ми в галузі позалікарняного обслуговування за часів царизму?

В місті майже єдиним видом позалікарняної допомоги була приватна лікарська практика. Цей вид допомоги був приступним майже виключно для великої й середньої буржуазії й чиновництва. Робітництво в переважній більшості позбавлене було змоги лікуватися. Щоправда, в поодиноких великих містах (напр., у Києві) існували так звані „кураторські пункти“, організовані міським самоврядуванням, які повинні були подавати допомогу бідним верствам населення. Але допомога ця була мізерна. Так, напр., за звітом 1911 р. число відвідувань у таких пунктах в м. Києві дорівнювало лише 145,7 тис., а в 1936 р. число відвідувань в поліклініках та амбулаторіях м. Києва досягає 4908 тис.

В 1911 р. показник відвідувань на 1000 душ населення становить 297, а в 1936 р. — 6533, тобто у 22 рази перевищує обсяг позалікарняної допомоги 1911 р. З цього треба зробити висновок, що громадська медична допомога міському населенню навіть по тих містах, де вона існувала, не відігравала серйозної ролі. Це стверджує також і розподіл міських лікарів за характером їхньої діяльності. В міських пунктах з на-

селенням понад 20 тис. на території, яка відповідає території адміністративного поділу першої половини 1937 р., розподіл був такий:

Таблиця 1

Процент лікарів, які займалися виключно приватною практикою (до загального числа лікарів¹⁾)

Області	Обласний центр	Інші населені пункти з числом жителів 20 тис. і більше
Київська	55	56
Чернігівська	30	28
Вінницька	39	38
Харківська	40	46
Дніпропетровська	49	29
Одеська	64	42
Донецька	37	22
МАРСР	25	26
Разом по УРСР	53	41

По всіх містах з населенням понад 20 тис. число лікарів, які виключно займалися приватною практикою, становить 49,5%.

Ці числа переконують. Половина лікарів займалася в містах виключно приватною практикою. До того ж треба взяти на увагу, що й ті лікарі, які посідали будьяку посаду, також значну частину свого часу віддавали приватній практиці.

На селі майже єдиною організацією, яка подавала позалікарняну допомогу, була лікарська або фельдшерська земська дільниця.

Порівняймо чисельність амбулаторій і поліклінік на 1.I 1916 р. — останній рік перед революцією, на 1.X 1928 р. — останній рік відбудовного періоду й на 1.I 1937 р. — передостанній рік другої п'ятирічки. (Відомості на 1.I 1916 і 1.X 1928 р. перераховано на територіальний поділ, що відповідає адміністративному поділу першої половини 1937 р.).

Абсолютні числа закладів

Таблиця 2

Дати	Області								
	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	УРСР
1.I 1916	143	111	108	244	132	121	101	18	978
1.X 1928	386	211	302	486	277	269	361	50	2342
1.I 1937	585	271	351	572	380	399	391	70	3019

¹⁾ Без військових, залізничних і тюремних.

Таблиця 3

Відносні числа (1.I 1916 р. прийнято за 100)

Дати	Області								
	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	УРСР
1.X 1928	270	190	280	199	210	222	357	278	239
1.I 1937	409	244	325	234	288	330	387	389	309

Отже, число амбулаторій і поліклінік збільшилося в УРСР за радянської влади у 2,5—4 рази. Позалкарняне обслуговування в УРСР наблизилося до населення. Показником територіального наближення медичної допомоги до населення є радіус обслуговування. Він зменшився з 12,0 км на 1.I 1916 р. до 7,4 на 1.III 1935 р., тобто в 1,6 раза.

Таблиця 4

Радіус амбулаторно-поліклінічного обслуговування в областях УРСР

Дати	Області							
	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР
На 1.I 1916	12,9	11,2	11,9	9,9	13,3	13,5	12,9	12,2
„ 1.III 1935	7,3	7,5	7,3	6,7	8,4	8,9	6,4	6,3
Прийнявши відомості 1916 р. за 100 . . .	57	67	61	68	63	66	50	52

Скільки ж припадало амбулаторно-поліклінічних закладів на 100 000 душ населення?

Таблиця 5

На 100 000 душ населення в УРСР припадало амбулаторно поліклінічних закладів

Дати	Області								
	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	УРСР
На 1.I 1916	2,4	4,0	2,3	4,5	3,8	3,5	4,1	3,1	3,4
„ 1.X 1928	6,6	7,6	6,8	8,0	7,3	7,7	11,2	8,3	7,7
„ 1.I 1937	9,5	9,1	7,3	9,4	9,8	12,0	9,6	11,4	9,5

Інтенсивний показник числа амбулаторій і поліклінік збільшився по території УРСР з 1.I 1916 до 2.X 1928 приблизно в 2,3 раза, а з 1.X 1928 р. до 1.I 1937 р. ще в 1,2 раза, а за 20 років (з 1916 до 1937) — в 2,8 раза.

Цей показник, проте, має певні недоліки, бо не дає справжнього уявлення про зростання обсягу допомоги в амбулаторіях і поліклініках, применшуючи фактичне збільшення, справа ж бо не тільки в чисельності закладів, але й в їх пропускній спроможності. Про це говоритимемо далі.

Принципова відміна радянського позалікарняного обслуговування в тому, що поруч з амбулаторією запроваджується новий тип закладу позалікарняної допомоги — поліклініка, в якій хворому подається кваліфікована допомога фахівцями відповідної галузі. Поліклініка відрізняється від амбулаторії значно більшою пропускною спроможністю. Практика дореволюційної доби зовсім не знала на території сучасної УРСР поліклінік. Допомога подавалася амбулаторією, в якій один універсальний лікар обслуговував хворих.

В УРСР поліклініки становлять більш-менш численну групу закладів уже в 1922 р. У звіті за цей рік 42 поліклініки облічено окремо від амбулаторій.

Наступного року число поліклінік відразу збільшується в 2,4 раза. В 1924 р. число поліклінік далі збільшується, хоч і не так значно.

Наступні відомості стосуються I.VII 1926 р. Час до цієї дати від попередньої є часом найшвидшого зростання числа поліклінік. Нарешті, аж до останнього року, число поліклінік безперервно зростає. Це видно з таких даних ¹⁾.

Рух поліклінік і амбулаторій в УРСР

Таблиця 6

Д а т и	Поліклініки	Амбулаторії	Разом	Середньорічний % зміни у числі	
				поліклінік	амбулаторій
1920	—	1214*)	1214	—	—
1921	—	1187*)	1187	—	—
1922	42	1307*)	1349	—	—
1923	100	1412*)	1512	—	—
1924	105	1130	1235	+ 5	-20
I.VII 1926	169	1941	2110	+61	+48
I.X 1927	192	2018	2210	+11	+ 3
I.X 1928	221	2121	2342	+15	+ 5
I.X 1929	248	2234	2482	+12	+ 5
I.I 1931	330	2446	2776	+26	+ 8
I.I 1932	360	2606	2966	+ 9	+ 7
I.I 1933	403	2902	3305	+12	+11
I.I 1934	449	2853**)	3302	+11	- 2
I.I 1935	455	2852	3307	+ 1	0
I.I 1935	470	2813	3283	+ 3	- 1

Сумарні числа, наведені в таблиці, не досить показові: вони враховують число закладів у місті й на селі разом, в той час як показник обслуговування для міста цілком відмінний від аналогічних показників для села. Отже, конче потрібно розглянути рух цих лікувальних закладів окремо по

¹⁾ Без закладів на транспорті.

^{*} Відомості за 1920, 1921, 1922, 1923 рр. дано тільки по сільських місцевостях (див. Сан.-стат. бюллетень НКОЗ за 1924 р. № 4).

^{**)} Не включаючи 170 закладів, перейменованих у фельдшерські пункти й інші заклади.

місту й селу. З огляду на те, що поняття міста за наших часів докорінно відрізняється від поняття за дореволюційних часів, а також урахувавши те, що й у післяреволюційні часи це поняття зазнавало чималих змін, залежно від чого змінювалися й ті розрізи, в яких наводили матеріал про медичні заклади, — відповідні відомості можна подавати лише за обмежене число років (див. табл. 7 с. 223).

В місті спостерігається збільшення числа поліклінік на 1.I 1936 р. на 5% і числа амбулаторій — на 22%. Збільшення числа поліклінік спостерігаємо по всіх областях, за винятком Харківської і Одеської, де нібито має місце зменшення. Але справді тут маємо лише іншу кваліфікацію тих закладів, які раніш неправильно зазначалися як поліклініки і потім були перейменовані в амбулаторії. Саме в цих областях число міських амбулаторій зростає більшою мірою, ніж в інших. Зменшення міських амбулаторій спостерігається в Чернігівській, Вінницькій, Дніпропетровській областях і МАРСР. Проте, як в Вінницькій, так і в Дніпропетровській областях спостерігається найбільший процент зростання міських поліклінік. В цих областях в дійсності відбувається переростання частини амбулаторій у поліклініки.

По селу відомості показують зниження числа амбулаторій. Але насправді тут теж відбувається перекаваліфікація закладів. Багато сільських амбулаторій, що протягом кількох років мали лише штатну незаміщену посаду лікаря, перетворено було за ці роки на фельдшерські пункти. Поруч з невеликим зменшенням числа амбулаторій на селі спостерігається бурхливе зростання числа фельдшерських пунктів.

Цей процес триває і в 1936 р. Правильність такого пояснення, крім повідомлень від облздороввідділів, можна підтвердити й зменшенням числа штатних посад лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах.

На 1.I 1936 р. число штатних посад на селі в УРСР дорівнювало 2777, а на 1.I 1937 р. знизилася до 2305. Це сталося за рахунок скасування так зв. амбулаторій, в яких посада лікаря протягом кількох років не була заміщеною.

Обсяг медичної допомоги, яка подається населенню, залежить як від числа цих закладів, так і від обсягу їхньої роботи.

По містах основним типом закладу, який подає допомогу, є поліклініка. З усіх відвідувань у поліклініках та амбулаторіях у 1935 р. 79% припадало на відвідування в поліклініках. По роках ці числа змінювалися так:

Таблиця 8

Роки	Всіх відвідувань у поліклініках та амбулаторіях по містах (у тис.)	З них відвідувань у поліклініках (у тис.)	% відвідувань у поліклініках до загального числа відвідувань у поліклініках і амбулаторіях
1933	35 103	27 117	77
1934*)	34 063	26 095	77
1935	39 414	31 184	79

*) У 1934 р. тільки по закладах НКОЗ.

Таблиця 7

Сітка поліклінік і амбулаторій ¹⁾

Області	Дати	Поліклініки			Амбулаторії			Р а з о м		
		Міста	Села	Разом	Міста	Села	Разом	Міста	Села	Разом
Київська	1.1 1934	63	19	82	32	436	468	95	455	550
	1.1 1936	66	23	89	45	439	484	111	462	573
	1.1 1937	..	..	..	..	..	..	104	481	585
Чернігівська	1.1 1934	22	3	25	16	210	226	38	213	521
	1.1 1936	24	3	27	13	225	238	37	228	265
	1.1 1937	..	..	..	..	..	..	37	234	271
Вінницька	1.1 1934	38	15	53	19	309	328	57	324	381
	1.1 1936	44	14	58	17	282	299	61	296	357
	1.1 1937	..	..	..	..	..	..	56	295	351
Харківська	1.1 1934	71	16	87	41	558	599	112	574	686
	1.1 1936	62	16	78	85	536	621	147	552	699
	1.1 1937	..	..	..	..	..	..	134	438	572
Дніпропетровська	1.1 1934	45	21	66	40	341	381	85	362	447
	1.1 1936	58	19	77	34	311	345	92	330	422
	1.1 1937	..	..	..	..	..	..	88	292	380
Одеська	1.1 1934	47	10	57	24	307	331	71	317	388
	1.1 1936	44	7	51	37	296	333	81	303	384
	1.1 1937	..	..	..	..	..	..	94	306	399
Донецька	1.1 1934	67	3	70	156	295	451	223	298	521
	1.1 1936	73	8	81	172	269	441	245	277	522
	1.1 1937	..	..	..	..	..	..	233	158	391
МАРСР	1.1 1934	9	—	9	6	63	69	15	63	78
	1.1 1936	9	—	9	3	63	66	12	63	75
	1.1 1937	..	..	..	..	..	..	9	61	70
По УРСР	1.1 1934	362	87	449	334	2519	2853	696	2606	3302
	1.1 1936	380	90	470	406	2421	2827	786	2511	3297
	1.1 1937	..	..	..	..	..	..	755	2264	3019

¹⁾ Сітка закладів, підпорядкованих НКОЗ, УЧХ, Укрпромсоюзкасі (не увійшли заклади: Воєнвіду, Транспорту і НВСП).

Особливості цього співвідношення в окремих областях такі:

Таблиця 9

Процент відвідувань у поліклініках до загального числа відвідувань у поліклініках та амбулаторіях у 1935 р.

Області Заклади	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	УРСР
	Поліклініки	88,5	80,7	85,3	85,1	88,5	93,3	60,4	66,2	79,1
Амбулаторії	11,5	19,3	14,7	14,9	11,5	6,7	39,6	33,8	20,9

Дані про відвідування дозволяють також зробити висновок про розмір поліклінічного закладу на основі середнього числа відвідувань, яке припадає на 1 поліклініку за рік.

Таблиця 10

За рік припадає відвідувань у лікарів на 1 поліклініку (в тисячах)
(по закладах НКОЗ)

Області	Міста			Села			Разом		
	1933	1934	1935	1933	1934	1935	1933	1934	1935
Київська	60,4	67,6	81,0	25,1	23,6	32,8	52,2	56,7	65,8
Чернігівська	31,1	38,1	47,8	41,7	28,0	30,7	32,4	36,4	44,6
Вінницька	30,1	38,9	39,7	28,4	25,7	26,7	29,6	34,8	35,8
Харківська	68,4	88,2	97,6	32,2	39,3	35,5	61,7	76,7	83,2
Дніпропетровська	106,1	128,3	102,4	25,2	36,0	35,2	80,3	101,1	98,3
Одеська	77,8	85,5	102,3	13,3	23,0	20,4	66,6	74,3	89,8
Донецька	118,6	116,0	109,4	28,0	17,0	20,5	114,7	107,6	99,9
МАРСР	27,7	31,6	34,4	—	—	—	27,7	31,6	34,4
По УРСР	74,9	87,9	91,3	26,3	30,7	30,7	65,5	75,4	77,9

Коливання середнього числа відвідувань на 1 міську поліклініку по окремих областях дуже значні: в 1933 р.—від 27,7 до 106,1, в 1934 р.—від 31,1 до 128,3, тобто максимум перевищує мінімум приблизно в 4 рази. Амплітуда коливань трохи зменшується в 1935 р., залишаючись все ж дуже значною: від 34,4 до 109,4, тобто максимум перевищує мінімум приблизно втричі.

На селі середній розмір відвідувань у поліклініках в 1933 р.—26,3 тис.; в 1934 р. спостерігаємо певне збільшення до 30,7 тис.; 1935 р. помітно не відрізняється від 1934 р. Амплітуда коливань по окремих областях значно менша для сільських поліклінік, ніж для міських. Різниця між середніми числами для міських і сільських поліклінік у межах тієї самої області значно більша в областях з найбільшою індустріалізацією.

Середні числа відвідувань на 1 поліклініку для міста й села разом природно більш наближаються до чисел міських поліклінік, оскільки їх питомо вага досить велика.

Детальніше уявлення про розмір поліклінік маємо за відомостями 1936 р.

Таблиця 11

На 100 поліклінік УРСР було у 1935 р. поліклінік з річним числом відвідувань у лікарів

Області	П о м і с т а х					По сільських місцевостях	
	До 50 тис.	Від 50 до 100 тис.	Від 100 до 200 тис.	Від 200 до 300 тис.	Понад 300 тис.	До 50 тис.	Від 50 до 100 тис.
Київська	41,2	27,4	15,7	9,8	5,9	87,0	13,0
Чернігівська	63,1	31,6	5,3	—	—	100,0	—
Вінницька	78,9	21,1	—	—	—	92,9	7,1
Харківська	22,6	43,4	24,5	7,6	1,9	81,3	18,7
Дніпропетровська	20,8	35,4	29,2	4,2	10,4	73,7	26,3
Одеська	46,1	18,0	18,0	15,4	2,5	100,0	—
Донецька	13,4	46,3	28,4	10,4	1,5	100,0	—
МАРСР	85,7	14,3	—	—	—	—	—
По УРСР	35,9	33,7	19,6	7,4	3,4	86,7	13,3

Найпоширенішим типом міських поліклінік є поліклініки з числом відвідувань до 50 тис. на рік; вони становлять коло 1/3 всіх поліклінік. Майже таку саму питому вагу мають і поліклініки з числом відвідувань на рік від 50 до 100 тис. Поліклініки цих двох типів разом становлять приблизно 0,7 загального числа поліклінік в містах.

Особливо багато поліклінік з числом відвідувань до 50 тис. в МАРСР, у Вінницькій і Чернігівській областях. У цих областях поліклініки такого типу становлять абсолютну більшість. В Одеській і Київській областях число таких поліклінік перевищує 0,4 всіх поліклінік.

Щождо Донецької, Одеської й Дніпропетровської областей, то для них відносно більшість (від 1/3 до 1/2) становлять поліклініки з числом відвідувань 50—100 тис.

Поліклініки-гіганти (з числом відвідувань понад 300 тис.) лише в Дніпропетровській і Київській областях перевищує 5% загального числа. В Київській області всі ці поліклініки зосереджені в столиці УРСР.

Розгляд поліклінік за кількістю відвідувань стверджує ті основні висновки, яких ми дійшли, оцінюючи середню кількість відвідувань, що припадає на заклад протягом року.

Продовжуючи порівняння на 1936 р., треба мати на увазі, що розподіл закладів у 1936 р. відрізняється від розподілу 1935 р.

В 1935 р. за номенклатурою звіту основними установами позалікарняної допомоги були поліклініки й амбулаторії; в 1936 р. — спеціалізовані амбулаторії й неспеціалізовані амбулаторії. Звичайно, всяка поліклініка є спеціалізованою амбулаторією, але не всяка спеціалізована амбулаторія є поліклінікою. Спеціалізована амбулаторія з обмеженим числом прийомів за фахами (як правило, до 4 прийомів включно: терапевтичний, хірургічний, гінекологічний, зубний) не вважали раніш поліклінікою.

Отже, нема змоги порівнювати питому вагу відповідних закладів 1936 р. з їх питомою вагою в 1935 р.

Спеціалізовані амбулаторії з числом відвідувань до 50 тис. становлять не тільки відносну, але й абсолютну більшість в містах МАРСР і 4 областей: Чернігівської, Вінницької, Одеської й Київської. Відносну більшість вони становлять у Харківській області.

Спеціалізовані амбулаторії з числом відвідувань 50—100 тис. дають відносну більшість лише в Донецькій і Дніпропетровській областях.

По всіх областях, де були великі спеціалізовані амбулаторії, за винятком Київської, їх число збільшилося. По УРСР збільшення це досягає 21,5%.

Обсяг роботи, проведеної лікарями в середньому в 1 амбулаторно-поліклінічному закладі залежить від двох факторів, а саме — від числа фактично зайнятих лікарських посад на 1 заклад і від числа відвідувань на 1 зайняту лікарську посаду. З огляду на те, що основним закладом позалікарняної допомоги в місті є поліклініка, спинімось на аналізі середнього обсягу роботи однієї міської поліклініки.

На 1 міську поліклініку припадає зайнятих посад (лікарів) в УРСР (тільки по закладах НКОЗ) на 1.I 1936 р.

Київська область	20,8	Дніпропетровська область	27,
Чернігівська „	12,8	Одеська „	23,
Вінницька „	9,4	Донецька „	14,
Харківська „	29,9	МАРСР	16,
		Середнє по УРСР	20

На основі цих даних можна перекопатися, що великий середній обсяг робіт харківських, дніпропетровських і одеських міських поліклінік залежить від того, що вони дуже насичені лікарськими посадами.

Звертає на себе увагу, що Донецька область, займаючи перше місце щодо середнього розміру роботи поліклініки, разом з тим характеризується числом лікарських посад на 1 поліклініку нижче середньої.

Отже, великий середній обсяг роботи поліклінік Донецької області слід пояснити іншими умовами.

Дійсно, звернувшись до середнього числа відвідувань на 1 зайняту посаду, легко перекопатися, що в цій області недостатня забезпеченість

Пропускна спроможність спеціалізованих амбулаторій та єдиних диспансерів (у 1936 році)
З загального числа закладів було закладів з числом відвідувань (тільки по закладах НКОЗ):

В а б с о л ю т н и х ч и с л а х

Області	М і с т а						С е л а						Р а з о м					
	до 50 тис.	50-100 тис.	100-200 тис.	200-300 тис.	понад 300 тис.	Разом	до 50 тис.	50-100 тис.	100-200 тис.	200-300 тис.	понад 300 тис.	Разом	до 50 тис.	50-100 тис.	100-200 тис.	200-300 тис.	понад 300 тис.	Разом
Київська	30	15	8	3	3	59	27	4	—	—	—	31	57	19	8	3	3	90
Чернігівська	17	5	3	—	—	25	9	—	—	—	—	9	26	5	3	—	—	34
Вінницька	20	11	1	—	—	32	15	1	—	—	—	16	35	12	1	—	—	48
Харківська	33	24	15	6	2	80	15	4	—	—	—	19	48	28	15	6	2	99
Дніпропетровська	12	18	15	—	8	53	16	4	—	—	—	20	28	22	15	—	8	73
Одеська	30	7	10	5	3	55	8	—	—	—	—	8	38	7	10	5	3	63
Донецька	39	43	17	12	1	112	13	—	—	—	—	13	52	43	17	12	1	125
АМРСР	5	1	1	—	—	7	4	—	—	—	—	4	9	1	1	—	—	11
Разом по УРСР	186	124	70	26	17	423	107	—	—	—	—	120	293	137	70	26	17	543

Продовження таблиці 12

У п р о ц е н т а х д о з а г а л ь н о г о ч и с л а

О б л а с т і	М і с т а					С е л а					Р а з о м					
	до 50 тис.	50-100 тис.	100-200 тис.	200-300 тис.	понад 300 тис.	до 50 тис.	50-100 тис.	100-200 тис.	200-300 тис.	понад 300 тис.	до 50 тис.	50-100 тис.	100-200 тис.	200-300 тис.	понад 300 тис.	
Київська	50,9	25,4	13,5	5,1	5,1	100	87,1	12,9	-	-	100	63,4	21,1	8,9	3,3	100
Чернігівська	68,0	20,0	12,0	-	-	100	100	-	-	-	100	76,5	14,7	8,8	-	100
Вінницька	6,5	34,4	3,1	-	-	100	93,8	6,2	-	-	100	72,9	25,0	2,1	-	100
Харківська	41,3	30,0	18,7	7,5	2,5	100	78,9	21,1	-	-	100	48,5	28,3	15,1	6,1	100
Дніпропетровська	22,6	34,0	28,3	-	15,1	100	80,0	20,0	-	-	100	38,4	30,1	20,5	-	100
Одеська	54,5	12,7	18,2	9,1	5,5	100	100	-	-	-	100	60,3	11,1	15,9	7,9	100
Донецька	84,8	38,4	15,2	10,7	0,9	100	100	-	-	-	100	41,6	34,4	13,6	9,6	100
АМРСР	71,4	14,3	14,3	-	-	100	100	-	-	-	100	81,8	9,1	9,1	-	100
Україна	44,0	29,3	16,6	6,1	4,0	100	89,2	10,8	-	-	100	54,0	25,2	12,9	4,8	100

поліклінік лікарями разом з великою потребою в позалікарняній допомозі компенсується великим числом відвідувань на 1 посаду лікаря.

На 1 зайняту посаду припадає відвідувань у міських поліклініках у 1935 р. (в тис.)

Київська область	3,9	Дніпропетровська область	4,5
Чернігівська	3,6	Одеська „	4,3
Вінницька	4,2	Донецька	7,4
Харківська	3,3	МАРСР	1,8
		Середнє по УРСР	4,4

Звертає на себе увагу, крім надмірно високих чисел відвідувань Донецької області, занадто низькі числа МАРСР. Це показує, що в МАРСР велика насиченість лікарями розвантажує лікарів щодо обсягу роботи на амбулаторному прийомі.

Числом відвідувань на 1 зайняту посаду, помітно меншим, ніж середнє по УРСР, характеризуються також Харківська і Чернігівська області.

Число відвідувань на 1 лікарську посаду залежить, поперше, від того, скільки годин працюють лікарі в поліклініках і, подруге, від того, як швидко вони проводять амбулаторний прийом.

На перше питання відповідають такі дані:

На 1 зайняту посаду припадає на рік годин роботи в міських поліклініках в 1935 р. (в тис.)

Області	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	УРСР
Годин (тис.)	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,6	0,8	0,3	0,6

Оцінюючи ці дані, треба взяти на увагу такі міркування: якщо рахувати 270 робочих днів на рік, то на 1 лікарську ставку припадає в більшості випадків лише 2—2,5 години роботи на денному амбулаторному прийомі. Звичайно, крім роботи на амбулаторному прийомі, лікарі надають допомогу вдома; крім того, в поліклініці є такі лікарі, робота яких не обмежується роботою на амбулаторному прийомі. Але допомога вдома становить незрівнянно меншу частину роботи лікарів і не зважаючи на те, що є окремі спеціальності, робота яких не зараховується до роботи на амбулаторному прийомі, все ж амбулаторний прийом залишається найважливішою роботою в поліклініці, яка повинна була б у лікарів забирати більшу частину робочого часу. Відхилення від цього свідчить про те, що можлива певна раціоналізація роботи лікарів у міських поліклініках, а це могло б звільнити робочу силу лікарів у місті й дало б змогу перекинути частину їх на село.

Особливо ненормальне становище в МАРСР, де на 1 лікарську посаду міських поліклініках припадає всього коло 300 годин, тобто тільки трохи більше, ніж одна година на робочий день.

Переходимо до показника швидкості огляду хворих у міських поліклініках. В 1934 р. середня для УРСР становила 7,7 хворих на годину, в 1935 р. вона трохи піднеслася до 8,0 і на цьому рівні залишилася і в 1936 році.

Таблиця 13

На 1 годину роботи припадає відвідувань в міських поліклініках (тільки по закладах НКОЗ)

Області Роки	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	Разом по УРСР
	1934	7,8	5,3	4,6	6,8	9,1	7,2	8,9	5,4	7,7
1935	7,5	6,3	6,7	7,2	9,1	7,6	9,0	5,8	8,0
1936*)	7,9	7,6	7,0	6,6	8,2	7,9	9,6	8,2	8,0

По окремих областях показник дає значну амплітуду коливань у 1934 і 1935 рр. (від 4,6 до 9,1 в 1934 р. і від 5,8 до 9,1 в 1935 р.). Але вже в 1935 р. різниці між окремими областями стають меншими, а в 1936 р. ще зменшуються. Цього року мінімальний показник — 6,6, максимальний — 9,6.

Таким чином, на 1 хворого в середньому припадає в 1936 р. 7,5 хвилини; в окремих областях це число коливалося від 6,25 до 9,1 хвилини. Тут, звичайно, не місце піддавати аналізу те, наскільки цього часу досить для прийому хворих. Але й без цього можна прийти до висновку, що не тільки 7,5 хв., але навіть 9,1 хв. не можна вважати дуже великим часом для прийому 1 хворого.

На селі основним закладом, який подає позалікарняну допомогу є амбулаторія. З усіх відвідувань в амбулаторіях і поліклініках у 1933 р. — 92% і 1935 р. — 90% припадало на відвідування в амбулаторіях.

По окремих областях процент відвідувань у сільських амбулаторіях до загального числа відвідувань в амбулаторіях і поліклініках дорівнював:

Київська область	85	Одеська область	96
Чернігівська „	96	Донецька „	94
Вінницька „	88	МАРСР „	100
Харківська „	91		
Дніпропетровська „	84	Середнє по УРСР	90

Середнє річне число відвідувань у лікарів і середнього персоналу на одну сільську амбулаторію майже не змінюється по роках. В 1933 р. воно дорівнювало 10,1 тис., в 1934 р. — 10,5 тис., в 1935 р. — 10,4 тис.

Середнє число відвідувань на 1 амбулаторію в кожній з областей змінюється рік-у-рік трохи більше, ніж по УРСР в цілому, але також незначно. Якщо порівняти цей показник у межах того самого року, то амплітуда коливань при такому зіставленні буде порівнюючи більшою: в 1933 р. — від 9,1 до 13,2 тис., в 1934 р. — від 9,3 до 11,8 тис., в 1935 р. — від 9,7 до 12,0.

*) В 1936 р. спеціалізовані амбулаторії.

Таблиця 14

Припадає відвідувань у лікарів і середнього персоналу за рік на 1 амбулаторію (в тис.)

(тільки по закладах НКОЗ)

Області	Міста			Села			Разом		
	1933	1934	1935	1933	1934	1935	1933	1934	1935
Київська	12,4	14,7	13,0	9,5	9,3	9,7	9,7	9,6	10,0
Чернігівська	19,1	16,0	16,9	9,6	9,7	10,2	10,3	10,1	10,5
Вінницька	12,8	13,2	14,2	9,5	10,4	9,9	9,7	10,3	10,1
Харківська	16,4	17,6	12,4	9,4	9,4	10,1	9,8	10,0	10,4
Дніпропетровська	28,9	31,8	23,9	13,2	12,8	11,4	13,9	14,7	12,6
Одеська	22,7	22,1	8,3	12,1	12,0	12,0	12,9	12,8	11,6
Донецька	29,2	29,9	28,4	9,1	10,9	9,8	16,1	17,6	17,0
УРСР	18,8	18,5	41,1	9,6	11,8	10,0	10,4	12,5	12,4
По УРСР	23,9	25,3	20,4	10,1	10,5	10,4	11,8	12,2	11,8

В амбулаторіях прийом хворих провадять лікарі й середній медичний персонал. Важливо розглянути, скільки припадає відвідувань у лікарів на 1 амбулаторію, в якій фактично працював лікар. Відповідний показник має значення, оскільки він характеризує обсяг роботи, виконаної в амбулаторії лікарями. В 1934 р. це число дорівнює в сільських амбулаторіях 1 тис., в 1935 р. — 9,4 тис. Порівнюючи з попереднім показником він рохи нижчий. Це вірно як для середнього показника УРСР, так і для показників майже всіх областей, хоч тут є й поодинокі винятки.

Таблиця 15

Припадає відвідувань у лікарів за рік на 1 амбулаторію (в тис.)

(тільки по закладах НКОЗ)

Області	Міста		Села		Разом	
	1934	1935	1934	1935	1934	1935
Київська	13,0	10,2	8,0	8,7	8,4	8,9
Чернігівська	14,8	14,1	7,3	8,0	7,9	8,5
Вінницька	15,2	10,3	8,2	8,7	8,6	8,8
Харківська	16,1	11,8	8,1	9,5	9,1	10,0
Дніпропетровська	30,1	21,6	12,6	10,6	15,4	12,2
Одеська	21,0	7,9	9,3	10,9	10,4	10,5
Донецька	24,2	26,4	11,6	10,9	19,0	19,6
УРСР	18,5	40,7	14,4	11,2	15,2	13,1
По УРСР	12,8	18,0	9,1	9,6	11,4	11,8

Особливості матеріалу вимагають побудувати аналіз роботи сільських амбулаторій трохи інакше, ніж аналіз роботи поліклінік.

Зробити аналогічні обчислення по сільських амбулаторіях неможливо, бо сільська лікарня, як правило, має при собі й амбулаторію, при чому ставки встановлюються для невеликої лікарні разом з амбулаторією, отже й числа зайнятих лікарських посад по амбулаторно-поліклінічних закладах на селі є значно применшеними й користуватися ними було б безумовно помилковим.

З цих міркувань запровадимо інший вимірник пропускної спроможності сільських амбулаторій, а саме — середнє число годин 1 сільської амбулаторії на рік. Подаємо відповідні показники (в тис.).

Таблиця 16

Число годин лікарської роботи, яке припадає на сільську амбулаторію ¹⁾ (в тис.)
(тільки по закладах НКОЗ)

Області Роки	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	по УРСР
1934	1,4	1,1	1,7	1,8	1,6	1,6	1,7	1,8	1,6
1935	1,6	1,5	1,7	1,6	1,8	2,0	1,7	1,8	1,7
1936	1,5	1,2	1,5	1,5	1,7	1,7	2,1	1,6	1,5

В цій самій таблиці подано й числа 1936 р., хоч в 1936 р. маємо, власне кажучи, не амбулаторії взагалі, а „неспеціалізовані“ амбулаторії. Отже, до їх числа не увійшли спеціалізовані амбулаторії з невеликою диференціацією обслуговування, які в попередніх роках входили до числа амбулаторій. Відомо, звичайно, що їх питома вага в масштабі УРСР невелика, і це не змогло докорінно змінити всі показники, але для окремих областей могли відбутися невеликі зміни їхньої величини тільки в наслідок зазначеного перегрупування матеріалу.

Найбільше відхилення від середньої по УРСР виявляє в 1936 р. Донецька область, а саме — показник цієї області перевищує середню по УРСР приблизно в 1,4 раза. В 1936 р. в інших областях, крім Донецької, не спостерігаємо дуже великих відхилень від середньої по УРСР. Показник для решти областей коливається в межах від 1,2 до 1,7 тис.

Отже, число годин лікарської роботи в сільській амбулаторії є досить означеною величиною, що не зазнає особливих змін залежно від особливостей тієї чи іншої області.

Другий показник — число відвідувань на 1 годину роботи лікаря.

Подаємо його по сільських амбулаторіях разом з відповідним показником по містах для порівняння (табл. 17).

¹⁾ При обчисленні брали на увагу лише амбулаторії, в яких на кінець року посада лікаря була зайнята.

Таблиця 17

На 1 годину роботи лікаря припадає відвідувань
в амбулаторії
(тільки заклади НКОЗ)

Області	Міста		Сільські місцевості		Разом	
	1934	1935	1934	1935	1934	1935
Київська	5,3	5,7	5,6	6,2	5,5	6,1
Чернігівська	6,6	3,7	6,3	6,0	6,4	5,5
Вінницька	6,9	6,0	4,8	5,3	5,0	5,4
Харківська	5,8	5,3	4,4	6,4	4,6	6,1
Дніпропетровська	8,9	9,7	8,0	6,9	8,3	7,4
Одеська	6,2	5,2	5,7	7,0	5,8	6,8
Донецька	9,6	9,9	6,9	7,0	8,7	9,0
МАРСР	6,7	6,6	8,1	6,7	7,7	6,7
По УРСР	8,0	7,6	5,7	6,4	6,4	6,7

З наведених чисел можна зробити висновок, що цей показник зазнає значних змін як по окремих областях, так і рік-у-рік. Максимальні числа в 1935 р. дають Дніпропетровська, Одеська і Донецька області, мінімальне число — Вінницька область. В 1936 р. три перелічених області знов дають максимум, якщо розглядати діяльність неспеціалізованих амбулаторій.

Подаємо відомості як для спеціалізованих, так і для неспеціалізованих амбулаторій для 1936 року (табл. 18).

Таблиця 18

Припадає відвідувань на 1 годину роботи лікаря в 1936 році
(тільки по закладах НКОЗ)

Області	В спеціалізованих амбулаторіях і єдиних диспансерах			В неспеціалізованих амбулаторіях		
	Міста	Сільські місцевості	Разом	Міста	Сільські місцевості	Разом
Київська	7,9	6,8	7,7	5,2	6,0	5,9
Чернігівська	7,6	6,6	7,4	5,8	6,0	6,0
Вінницька	7,0	7,0	7,0	6,3	5,7	5,7
Харківська	6,6	7,1	6,7	5,6	5,8	5,7
Дніпропетровська	8,2	7,8	8,2	10,3	7,1	7,7
Одеська	7,9	7,2	7,9	7,3	6,8	6,9
Донецька	9,6	6,4	9,5	10,4	6,6	8,6
МАРСР	8,2	11,2	8,7	—	6,1	6,1
По УРСР	8,0	7,1	7,9	8,4	6,2	6,6

1) Постанова від 3.IX 1935 р.

Для сільських амбулаторій одним з основних питань є питання про забезпечення їх лікарями. Справа в тому, що надзвичайно швидке зростання медсанітки значно випереджало зростання кадрів лікарів. Підготовка кадрів в наслідок кволого керівництва цією справою з боку НКОЗ УРСР була поставлена незадовільно. І тільки втручання партії і уряду СРСР, особиста увага товариша Сталіна докорінно змінили цю справу. Підготовка лікарів вимагає років, і в наслідок спеціальної постанови ЦВК СРСР в цій справі¹⁾ число лікарів значно збільшиться тільки у найближчі роки.

Лікарі розподілені нерівномірно між містом і селом; вони зосереджені в містах, через що утворюється ще більший дефіцит лікарів на селі.

Не зупиняючись у цій частині роботи на загальному питанні про забезпеченість сільських місцевостей лікарями, розглянемо щодо цього тільки сільські амбулаторно-поліклінічні заклади (табл. 19).

Таблиця 19

Області	Загальне число амбулаторій на селі	З них без лікаря на кінець року	Процент амбулаторій без лікаря на кінець року
	1935	1935	1935
Київська	434	202	46,5
Чернігівська	225	81	36,0
Вінницька	282	112	39,7
Харківська	536	268	50,0
Дніпропетровська	311	150	48,2
Одеська	296	135	45,6
Донецька	269	171	63,6
МАРСР	62	22	35,5
По УРСР	2115	1141	47,2

За 1936 р. маємо облік неспеціалізованих амбулаторій, які залишилися без лікаря. А тому, порівнюючи число на кінець 1935 року з відповідними даними на кінець 1936 р., візьмо інший показник, а саме — число зайнятих лікарських посад в амбулаторіях і поліклініках до числа штатних посад (табл. 20).

Таблиця 20

Процент зайнятих лікарських посад в амбулаторіях і поліклініках до числа штатних посад

Області	М і с т а		Сільські місцевості		Р а з о м	
	На 1.1 1936	На 1.1 1937	На 1.1 1936	На 1.1 1937	На 1.1 1936	На 1.1 1937
	Київська	97,6	97,9	59,9	64,5	85,0	86,7
Чернігівська	90,5	95,5	52,9	60,0	76,5	80,3
Вінницька	89,3	95,5	59,8	64,3	76,5	82,3
Харківська	93,0	97,7	50,0	66,3	82,0	90,4
Дніпропетровська	92,8	96,6	57,0	75,2	85,2	93,2
Одеська	95,9	96,0	45,7	50,7	85,4	85,7
Донецька	80,0	89,4	41,1	66,0	74,1	86,3
МАРСР	93,6	88,5	51,6	61,2	79,4	78,7
По УРСР	91,0	95,4	53,0	64,4	81,3	87,8

Насамперед впадає в око розбіжність між містом і селом. В той час як у містах число вакантних посад на 1.І 1936 р. становило лише приблизно 1/11 частину, в сільських місцевостях їх число досягає майже половини.

На 1.І 1937 р. процент вакантних посад значно знижується, дорівнюючи на селі лише приблизно 1/3 частині всього числа штатних посад.

Але ці зміни могли відбутися або в наслідок збільшення зайнятих посад, або в наслідок зменшення числа штатних посад. Щоб з'ясувати це, обчислимо число штатних і зайнятих посад 1936-р. у процентах до 1935 р (табл. 21).

Таблиця 21

Число штатних і зайнятих посад в амбулаторіях і поліклініках на 1.І 1937 р., порівнюючи з даними на 1.І 1936 р.

Області	М і с т а		Сільські місцевості		Р а з о м	
	Штатні	Зайняті	Штатні	Зайняті	Штатні	Зайняті
Київська	92,4	88,4	92,4	99,5	92,4	94,3
Чернігівська	86,4	90,2	102,4	116,1	92,3	96,8
Вінницька	98,3	104,9	93,7	100,7	96,0	103,2
Харківська	90,1	94,6	80,1	106,1	87,5	96,3
Дніпропетровська	110,2	104,4	70,3	92,7	93,5	102,7
Львівська	82,9	82,9	91,3	101,2	84,7	85,0
Донецька	79,7	89,0	66,7	107,1	77,7	90,5
МАРСР	94,0	88,9	102,7	121,8	96,9	96,1
По УРСР	89,4	93,7	84,3	102,4	88,1	95,2

З'ясовується, що по УРСР зменшення процента вакантних посад на селі більшою мірою слід віднести за рахунок скорочення штатних посад, ніж за рахунок збільшення зайнятих. Значно збільшилось число зайнятих посад у МАРСР, в Чернігівській, Донецькій і Харківській областях, а в решті областей число зайнятих посад або зросло лише незначно, або навіть зменшилося.

Перейдемо до останнього питання амбулаторно-поліклінічної допомоги, саме — до вимірників обсягу роботи всіх амбулаторій і поліклінік цілому.

Наводимо відповідні числа відвідувань. Ці числа стосуються установ КОЗ, УЧХ і Укрпромсоюзкаси (діяльність закладів транспорту залізничного водного, Воєнвіду, НКВС до них не включено). Числа подано в тисячах (табл. 22).

Дев'ять років дають збільшення, два роки — зменшення. Особливо інтенсивне збільшення спостерігаємо в 1925—26, 1926—27 і 1930 рр. Значне зменшення припадає на 1933 р., порівнюючи з 1932 р. Але треба мати

на увазі, що відомості попереднього (1932 р.) були дуже неповні, а тому під час обчислень можна було допуститися деякої помилки, як би бездоганно не провадилися обчислення, бо відомості про медсанітку на кі-

Таблиця 22

Роки	Абсолютні числа	у % до кожного попереднього року	у % до 1924—1925 року
1924—25	33 247		100
1925—26	43 547	131	131
1926—27	53 889	124	162
1927—28	53 126	99	160
1928—29	57 414	108	173
1930	66 051	115	199
1931	67 993	103	205
1932	72 154	106	217
1933	62 855	87	189
1934	64 014	102	193
1935	67 262	105	202
1936	68 101	101	205

нець 1932 р. швидше збільшені, ніж зменшені, через що дуже ймовірно, що обчислені числа 1932 р. були збільшеними. До того ж числа відвідувань уже в 1930 р. відносно до чисел населення були настільки значними, що важко було б чекати їх дальшого зростання.

Уже до 1930 р. числа відвідувань в поліклініках і амбулаторіях майже подвоїлися. За всі 12 років відвідування зросли більш, ніж удвоє.

Протягом періоду з 1924—25 р. до 1928 р. число відвідувань в поліклініках та амбулаторіях збільшилося приблизно в 1,6 раза, за першу п'ятирічку — в 1,4 раза, а за 4 роки другої п'ятирічки — в 1,1 раза.

Крім відомостей про загальну динаміку числа відвідувань по УРСР в цілому, наведемо ще відомості по областях з розподілом на міста й села за 1933, 1935 і 1936 роки (табл. 23).

Відомості виявляють у 1935 р., порівнюючи з 1933 р., збільшення числа відвідувань у міських поліклініках всіх областей, за винятком Донецької. В Донецькій області, вже в 1933 р. числа відвідувань у поліклініках стоять на дуже високому рівні (не тільки в абсолютному виразі, а і на 1000 душ населення). В 1935 р. число відвідувань у поліклініках зменшується, але це зменшення майже компенсується збільшенням відвідувань у міських амбулаторіях. В 1936 р. в містах Донецької області загальне число відвідувань навіть трохи вище, ніж у 1933 р.

В сільських поліклініках у 1935 р. спостерігаємо ріст по всіх областях, крім Вінницької і Чернігівської, але в останніх зменшення числа відвідувань у поліклініках не тільки компенсується збільшенням відвідувань

Таблиця 23

Кількість відвідувань в поліклініках і амбулаторіях (в тис.)

Області	Роки	Поліклініки			Амбулаторії			Разом		
		Міста	Села	Разом	Міста	Села	Разом	Міста	Села	Разом
Київська	1933	3808	476	4284	396	4130	4526	4204	4606	8810
	1935	4818	753	5571	625	4211	4836	5443	4964	10 407
	1936	..	..	..	..	..	..	6418	5106	11 524
Чернігівська	1933	685	125	810	306	2023	2329	991	2148	3139
	1935	915	92	1007	219	2291	2510	1134	2383	3517
	1936	..	..	..	..	..	..	1385	2324	3709
Вінницька	1933	1143	426	1569	244	2928	3172	1387	3354	4741
	1935	1396	374	1770	241	2781	3022	1637	3155	4792
	1936	..	..	..	..	..	..	1772	3222	4994
Харківська	1933	4859	515	5374	672	5220	5892	5531	5735	11 266
	1935	5806	567	6373	1014	5393	6407	6820	5960	12 780
	1936	..	..	..	..	..	..	8078	5021	13 099
Дніпропетровська	1933	4772	530	5302	1157	4137	5294	5929	4667	10 596
	1935	6235	669	6904	812	3536	4348	7047	4205	11 252
	1936	..	..	..	..	..	..	8017	4040	12 057
Одеська	1933	3656	133	3789	545	3720	4265	4201	3853	8054
	1935	4316	143	4459	308	3559	3867	4624	3702	8326
	1936	..	..	..	..	..	..	5505	3740	9245
Донецька	1933	7946	84	8030	4552	2699	7261	12 498	2783	15 281
	1935	7444	164	7608	4881	2634	7515	12 325	2798	15 123
	1936	..	..	..	..	..	..	12 536	1992	14 528
МАРСР	1933	249	—	249	113	606	719	362	606	968
	1935	255	—	255	130	680	810	385	680	1065
	1936	..	..	..	..	..	..	449	675	1124
По УРСР	1933	27 118	2289	29 407	7985	25 463	33 448	35 103	27 752	62 855
	1935	31 185	2762	33 947*)	8230	25 085	33 315	39 415	27 847	67 262
	1936	..	..	..	..	..	..	44 160	26 120	70 280**)

*) До числа відвідувань в поліклініках зараховано 2225 тис. відвідувань в туб- і вен-відділах і дитячих відділах єдиних диспансерів.

***) Ураховано установи НКОЗ, УЧХ, Укрпромсоюзкаси. Заклади транспорту, Воєнвіду і НКВС не увійшли до таблиці.

в амбулаторіях, але збільшується і загальна кількість відвідувань в амбулаторіях і поліклініках.

Міські амбулаторії мають невелику питому вагу в загальному числі відвідувань; виняток становить лише Донецька область. Амбулаторії на селі по одній групі областей дають зменшене число відвідувань в 1935 р. (Вінницька, Дніпропетровська, Одеська, Донецька), а по другій — збільшене.

Загальне число по УРСР 1935 року майже не відрізняється від 1933 р.

В містах загальне число відвідувань в поліклініках та амбулаторіях значно збільшується, при чому збільшення це дорівнює по УРСР 26%, а в селах — зменшується на 6%. Збільшення в містах явище загальне для всіх областей за винятком лише Донецької області, де, як уже було зазначено, показники відвідувань і без того надзвичайно високі.

В наслідок розгляду зрушень в числі відвідувань по амбулаторіях і поліклініках в цілому треба зробити висновок, що значне поширення обсягу позалікарняної допомоги населенню є безперечний факт.

Це поширення — здобуток Великої Жовтневої соціалістичної революції.

II. Фельдшерські й фельдшерсько-акушерські пункти

Іншим видом медичного закладу, який має з амбулаторією багато спільного, є на селі фельдшерський пункт. Звичайно, він відрізняється ступенем кваліфікованості допомоги.

Сітку сільських фельдшерських пунктів на 1.I 1937 року порівняємо з відповідними даними на 1.I 1934 і на 1.I 1916 р. Порівняння це візьмемо в обласному розрізі в межах сучасного територіального поділу УРСР.

Таблиця 24

Число фельдшерських і фельдшерсько-акушерських пунктів (постійних)

Області	На 1.I 1916 р.	На 1.I 1934 р.	На 1.I 1937 р.
Київська	127	301	388
Чернігівська	150	145	192
Вінницька	74	336	450
Харківська	294	241	513
Дніпропетровська	127	217	413
Одеська	50	203	365
Донецька	93	169	449
МАРСР	11	13	51
Разом по УРСР	9	1625	2821

Збільшення числа фельдшерських пунктів спостерігаємо по всіх без винятку областях.

По УРСР число їх більш ніж потроїлося протягом 21 року. Сітка фельдшерських пунктів значно зросла по всіх областях за винятком тих, на території яких у дореволюційні часи фельдшерське обслуговування

відіграло переважну роль. Зростання числа закладів, так би мовити, загальної допомоги по цих областях відбувалося переважно за рахунок поширення числа таких закладів, як амбулаторія й поліклініка. Але помітне збільшення фельдшерських пунктів спостерігається і по областях, де й у дореволюційні роки переважно фельдшер обслуговував населення, хоча, звичайно, в менших розмірах, ніж по всіх інших областях.

Одним із дуже важливих показників наближення медичної допомоги до населення є радіус обслуговування. Відомості, потрібні для його обчислення, стосуються 1.I 1916 р. і 1.III 1935 р. (дати перепису медично-санітарних закладів). Обчислюючи радіус обслуговування, слід брати всі медичні заклади, що подають амбулаторну допомогу населенню.

Таблиця 25

Радіус обслуговування поліклініками, амбулаторіями й постійними фельдшерськими й фельдшерсько-акушерськими пунктами (в км.)

Області	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАФСР	УРСР
1.I 1916	9,4	7,4	9,1	6,7	9,4	11,3	9,3	9,6	8,6
1.III 1935	5,7	6,1	5,0	5,5	5,2	6,4	5,2	5,5	5,8

Наведені цифри приводять до висновку, що радіус обслуговування по УРСР зменшився приблизно на $\frac{1}{3}$. В 1915 р. (на 1.I 1916) він коливався в широких межах — від 6,7 до 11,3, в 1935 р. — від 5,2 до 6,4, тобто розподіл медичних закладів по областях став рівномірнішим. Особливо підтяглися ті області, які раніш характеризувалися великим радіусом, наприклад, Одеська. Оцінюючи зміни в радіусі, необхідно мати на увазі, що фактичне наближення медичної допомоги до населення сталося в значно більшій мірі, бо дуже зросли засоби зв'язку й поліпшали шляхи.

Кількість оільських фельдшерських пунктів по УРСР змінювалася так:

Таблиця 26

Дати	Абсолютні числа	Дати	Абсолютні числа	Середньорічний % збільшення
1.I 1916 р.	926	1.X 1928 р.	87	
1920 р.	1076	1.X 1929 р.	100	15
1921 р.	985	1.I 1931 р.	346	84
1922 р.	758	1.I 1932 р.	639	84
1923 р.	394	1.I 1933 р.	1066	67
—	—	1.I 1934 р.	1625*)	52
—	—	1.I 1935 р.	1873	15
—	—	1.I 1936 р.	2290	22
—	—	1.I 1937 р.	2820	23

*) До числа фельдшерських пунктів включено також пункти при радгоспах та МТС; інші їх обчисляли окремо й не включали до загального числа, через що числа цих закладів різняться від даних деяких інших джерел.

Число фельдшерських пунктів, досить значне в перші роки після революції, потім значно зменшується. Причина цього полягала, безперечно, в недооцінці фельдшера, культивованій органами охорони здоров'я. Тільки 1935—36 рр. партія й уряд виправили цю принципову хибу Наркоматів охорони здоров'я.

З 1924 р. число фельдшерських пунктів навіть не зазначається в звітах НКОЗ. В 1928 р. їх було зовсім невелике число; з цього часу спостерігаємо швидкий ріст числа фельдшерських пунктів.

Швидкий ріст числа фельдшерських пунктів відбувається переважно за рахунок нових закладів, почасти ж їх число поповнюється тими амбулаторіями, в яких протягом цього часу не було лікаря.

Протягом всієї першої п'ятирічки число фельдшерських пунктів збільшилося приблизно в 12,2 раза, протягом перших чотирьох років другої п'ятирічки воно збільшилося приблизно в 2,6 раза. Менший ріст у другу п'ятирічку пояснюється значною насиченістю УРСР закладами цього типу.

Швидкий ріст числа фельдшерських пунктів ішов поруч із швидким зростанням числа відвідувань у них.

Подаємо відповідні цифри по УРСР (у тисячах) за ті роки, про які є відомості:

Таблиця 27

Роки	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Абсолютні числа	2293	3210	4154	6233	7172	8914
У % до попереднього року	—	140	129	150	115	124

Згадані цифри наочно показують, що число відвідувань у фельдшерських пунктах підноситься рік-у-рік дуже швидкими темпами.

Так, лише протягом другої п'ятирічки відвідування зростають так (у % до першого року другої п'ятирічки):

1933 р.	1934 р.	1935 р.	1936 р.
100	150	173	215

Таким чином, число відвідувань у фельдшерських і фельдшерсько-акушерських пунктах за перші чотири роки другої п'ятирічки збільшилось приблизно в 2,2 раза.

Фельдшерсько-акушерські пункти, крім зазначеної лікувальної допомоги, мають своїм завданням подавати родильну допомогу. Цю ж саму функцію виконують і акушерські пункти. Сітку цих закладів і її розподіл видно з наступної таблиці.

Таблиця 28

Акушерські й фельдшерсько-акушерські пункти (постійні)

Області	Акушерські пункти		Фельдшерсько-акушерські пункти		Разом	
	1.I 1936	1.I 1937	1.I 1936	1.I 1937	1.I 1936	1.I 1937
Київська	11	14	2	3	13	17
Чернігівська	1	13	28	22	29	35
Вінницька	—	4	38	8	38	12
Харківська	8	9	15	189	23	198
Дніпропетровська	—	—	19	27	19	27
Одеська	—	1	27	7	27	8
Донецька	2	1	31	73	33	74
МАРСР	—	2	3	3	3	5
По УРСР	22	44	163	332	185	376

Число як акушерських, так і фельдшерсько-акушерських пунктів протягом одного року по УРСР приблизно подвоїлося. Відомості за попередні роки дуже неточні й тому їх не наводимо.

III. Медично-санітарні заклади на промислових підприємствах

Економічний розвиток СРСР в цілому й УРСР, як невід'ємної частини Союзу, за весь час після закінчення громадянської війни характеризується соціалістичною індустріалізацією країни й величезним зростанням чисельності пролетаріату.

Щоб обслужити соціалістичні підприємства та їхніх робітників, органи здоров'я, крім загальної сітки, яка обслуговує населення, розгорнули ще сітку медично-санітарних закладів на підприємствах. Такими закладами позалікарняної допомоги є медсанпункти, утворювані на більших підприємствах, закриті амбулаторії й поліклініки на великих підприємствах.

У період надмірного захоплення цими видами допомоги органи охорони здоров'я УРСР утворили навіть „Медсанцехи“, ліквідовані тільки 1936 року.

Найпоширенішим закладом є медсанпункт на підприємстві. Він має своїм основним завданням — подавати першу допомогу робітникам під час роботи, а також сприяти оздоровленню умов їх праці й побуту.

Число пунктів першої допомоги на підприємствах по окремих роках досягло таких розмірів:

Таблиця 29

Дати	1.III 1926	1.X 1927	1.X 1928	1.X 1929	1.I 1931	1.I 1932	1.I 1933	1.I 1934	1.I 1935	1.I 1936	1.I 1937
Абсолютні числа .	394	426	432	601	645	959	1070	1380	1562	1553	1637
Середньорічний % зміни	—	+6	+1	+39	+6	+49	+12	+29	+13	-0,4	+1

Інтенсивним зростанням пунктів відзначилися 1928—29, 1931 і 1933 роки. Протягом першої п'ятирічки сітка медсанпунктів зросла приблизно в 2,5 раза, протягом чотирьох років другої п'ятирічки—приблизно ще в 1,5 раза.

Подаємо сітку медсанпунктів на підприємствах УРСР на 1.I 1934 р. і 1.I 1937 р. по областях:

Таблиця 30

Дати	Області									УРСР
	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Донецька	Одеська	МАРСР	УРСР	
1.I 1934 всього . .	233	52	89	210	177	453	147	19	1380	
1.I 1937 всього . .	324	57	97	260	214	490	174	21	1637	
З них лікарських .	143	12	28	115	92	50	84	16	530	

Збільшення числа медсанпунктів по підприємствах відбувається по всіх без винятку областях.

Поруч із зростанням числа медсанпунктів по підприємствах збільшується й число відвідувань у них, як це видно з таких цифр (в тис.):

1931 р.	11 066
1932 .	12 031
1933 .	14 555
1934 .	17 387
1936*) .	16 956

Протягом другої п'ятирічки число відвідувань в медсанпунктах збільшилося на 16%, наблизившись в останній рік п'ятирічки до 17 млн.

IV. Заклади боротьби з туберкульозом

В попередньому викладі мова йшла про ті заклади позалікарняної допомоги, які подавали медичну допомогу незалежно від захворювання, з приводу якого зверталися до лікаря.

Є такі захворювання, що особливо шкодять соціальному здоров'ю: викликають втрату працездатності на більший час, ніж інші, і бувають причиною смерті далеко частіше, ніж інші хвороби.

*) Відомості 1935 р. не точні (тому що за формою звіту не передбачалося числа відвідувань у середнього персоналу), отже й не подаємо їх тут.

До таких хвороб належить насамперед туберкульоз. Соціальні відношення буржуазно-поміщицької Росії сприяли надзвичайному поширенню туберкульозу. Не зважаючи на це, спеціальної боротьби з ним майже не вважалося. З закладів позалікарняної допомоги на території, що відовідає сучасній території УРСР, було всього лише 5 тубдиспансерів ілантропічної організації „Ліги боротьби з туберкульозом“.

Корінне поліпшення умов життя працюючих після Великої Жовтневої революції різко знизило захворюваність на туберкульоз. Але спадщина минулого тяжіла ще в такій мірі, що вимагала активного, енергійного згортання заходів боротьби з туберкульозом. Справді, ще в 1927 р. на туберкульоз припадає 13,1% всіх причин смерті в містах і 11,1% — в сільських місцевостях УРСР. Партія і уряд підкреслили величезне значення боротьби з туберкульозом і розгорнули відповідні заходи боротьби з цим людським лихом. В програмі ВКП (б) намічено ряд широких оздоровчих лікувальних заходів і зокрема „боротьбу з соціальними хворобами туберкульозом, венеризмом, алкоголізмом“ і т. д. ¹⁾ Щоб уявити собі, ці настанови перетворювались у життя, порівняємо по областях сітку тубдиспансерів ²⁾ і тубпунктів на початок першої п'ятирічки з відповідними ними за передостанній рік другої п'ятирічки:

Таблиця 31

Області	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	УРСР
1928	29	13	16	33	21	18	29	2	161
1937 *)	36	18	16	38	26	18	30	3	185
7 р. порівнюючи 1928 р **)	124	139	100	115	124	100	103	150	115

Переважну більшість існуючих тубзакладів засновано було вже до року першої п'ятирічки. За останні 8¼ років сітка збільшилася ще на 6. Збільшення числа тубзакладів спостерігаємо по всіх областях, крім вицької й Одеської. Особливо збільшилось число їх в Київській, Червській і Харківській областях.

Простежимо ж це зростання по роках. Перші вказівки на число тубдиспансерів разом з тубпунктами стосуються 1923 р., коли їх налічувалося РСР — 30.

¹⁾ Програма и устав ВКП(б), Партиздат 1936 г., с. 79.

²⁾ До числа тубдиспансерів включено також і число тубвідділів єдиних диспансерів.

^{*)} Крім того на 1.X 1925 р. налічувалося тубпунктів 39, на 1.VII 1926 р.—45, на 1.X р.—46, а на 1.X 1928 р.—43.

^{**)} Відомості на 1.I 1934 подано разом з тубпунктами, число яких не можна відокремити числа тубдиспансерів.

Зростання позалікарняних туберкульозних закладів показують такі цифри:

1.VIII	1923	30
1.VIII	1924	75
1.I	1925	111

Отже період найбухливішого зростання цих закладів — кінець 1923 р. і початок 1924 р. За всім місяців число їх збільшилося в 2,5 рази. Протягом наступних восьми місяців спостерігається надзвичайно швидке зростання, а саме число їх збільшується приблизно 1,5 раза. За дальні роки є можливість уже простежити за зростанням самих тубдиспансерів (без тубпунктів).

Таблиця 32

Дати	1.X 1925	1.VII 1926	1.X 1927	1.X 1928	1.X 1929	1.I 1931	1.I 1932	1.I 1933	1.I 1935	1.I 1936	1.I 1937
Абсолютні числа	95 *)	115	116	118	118	135	138	148	154	160	171
Середньорічний % зростання . . .	—	28	1	2	0	12	2	7	4	4	7

Ці цифри свідчать про те, що число тубдиспансерів зростає рік у рік.

Таким чином, найшвидше зростає сітка тубдиспансерів за час з 1923 по 1926 р., але і в наступні роки спостерігаємо чимале збільшення цих закладів, особливо в 1930, 1932 і в 1936 роках.

Подаємо розподіл туберкульозних закладів по областях разом з розподілом на міські й сільські за останні роки (див. табл. 33).

Щоб мати уявлення про обсяг роботи одного закладу боротьби з туберкульозом, обчислимо, скільки відвідувань припадає на 1 туберкульозний заклад. За 1936 рік відповідні обчислення не варт робити, бо до цього часу закладів боротьби з туберкульозом включені також туберкульозні пункти, через що не можна відокремити відвідувань в тубдиспансерах від відвідувань у туберкульозних пунктах (див. табл. 34).

В містах згаданий показник для 1933 р.—8,6 тис., для 1934 р.—9,0 і для 1935 р.—10,8 тис. Зростання обсягу діяльності міських тубдиспансерів рік у рік характерне для кожної з областей, крім Чернігівської й Київської. В останній області 1934 рік дає мінімальні числа з трьох розглянутих років а 1935 р. — максимальні.

Щодо середнього числа відвідувань в міських тубдиспансерах, то в області можна розподілити на три окремі групи: області з більшими диспансерами (від 13 до 16 тис. відвідувань у 1936 р.), області з диспансерами середніх розмірів (8—10 тис. відвідувань в 1936 р.) і області з великими диспансерами (менше 7 тис. відвідувань в 1936 р.). До першої належить Одеська, Дніпропетровська і Донецька області, до другої—Хмельницька, Київська, Вінницька області, до третьої—Чернігівська.

*) Число диспансерів подано разом з туберкульозними відділами єдиних диспансерів.

Області	Тубдиспансери в тубвідділи єдиних диспансерів						Тубпункти				Тубкабінети								
	Міста		Сільські місцевості		Разом		Міста	Сільські місцевості		Разом	Міста		Сільські місцевості		Разом				
	1935	1936	1937	1935	1936	1937		1935	1936		1937	1936	1937	1936		1937			
Київська	26	24	25	7	10	10	33	34	35	—	—	1	1	9	10	3	3	12	13
Чернігівська	9	12	11	2	1	5	11	13	16	—	—	2	2	2	2	2	—	4	2
Вінницька	12	12	14	2	—	2	14	12	16	—	—	—	—	2	1	—	—	2	1
Харківська	36	35	33	3	3	3	39	38	36	1	1	1	2	4	7	4	1	7	8
Дніпропетровська	15	17	17	—	—	2	15	17	19	3	3	4	7	5	3	2	—	8	3
Одеська	12	11	12	3	4	4	15	15	16	—	—	2	2	2	4	—	—	2	5
Донецька	23	26	28	1	2	2	24	28	30	—	—	—	—	13	12	—	—	13	13
МАРСР	2	3	3	—	—	—	2	3	3	—	—	—	—	4	4	—	—	4	4
По УРСР	135	140	143	18	20	28	153	160	171	4	4	10	14	41	43	11	6	52	49

Таблиця 34

Припадає відвідувань на 1 тубдиспансер (в тис.)

Області	Міста			Сільські місцевості			Разом		
	1933	1934	1935	1933	1934	1935	1933	1934	1935
Київська	8,5	7,3	9,9	1,1	1,4	3,1	7,1	5,8	7,9
Чернігівська	5,8	5,1	5,1	1,5	1,3	1,4	4,8	4,4	4,8
Вінницька	5,8	7,3	8,6	3,3	3,3	—	5,4	6,0	8,6
Харківська	7,4	8,1	9,9	1,8	1,1	3,8	6,9	7,5	9,4
Дніпропетровська	9,8	11,3	14,2	—	—	—	9,8	11,3	14,2
Одеська	11,8	11,4	15,2	2,0	1,3	1,8	9,9	9,4	12,3
Донецька	10,7	12,3	13,2	7,6	3,6	1,0	10,6	12,0	12,3
МАРСР	2,1	6,4	6,8	—	—	—	2,1	6,4	6,8
По УРСР	8,6	9,0	10,8	2,0	1,7	2,5	7,8	8,1	9,8

Таблиця 35

Припадає відвідувань на 1 туберкульозний заклад у 1936 р.
(тубдиспансер або тубпункт) (в тис.)

Області	Міста	Сільські місцевості	Разом
	1936	1936	1936
Київська	10,4	3,6	8,1
Чернігівська	5,4	2,3	4,1
Вінницька	7,6	3,9	7,1
Харківська	9,1	1,8	8,2
Дніпропетровська	8,1	1,6	6,1
Одеська	20,6	1,5	11,7
Донецька	13,7	1,2	12,8
МАРСР	8,3	—	8,3
По УРСР	10,4	2,4	8,5

Таблиця 36

На 1.І 1937 року припадає зайнятих лікарських посад на 1 заклад боротьби з туберкульозом (тубдиспансери і тубпункти)

Області	Міста	Сільські місцевості	Разом за 1936 рік
Київська	2,6	1,0	2,0
Чернігівська	1,5	0,7	1,1
Вінницька	2,3	0,8	2,1
Харківська	2,9	0,5	2,6
Дніпропетровська	4,1	0,7	3,1
Одеська	9,1	0,5	5,1
Донецька	2,9	1,5	2,8
МАРСР	2,3	—	2,3
По УРСР	3,1	0,8	2,6

Перше, що звертає на себе увагу в середніх числах відвідувань 1 сільський тубдиспансер — це надзвичайно низька кількість відвідувань на 1 заклад. Число відвідувань в диспансері на селі в 1936 р. приблизно в 4 рази менше, ніж у місті. В той час, як майже по всіх областях міські тубдиспансери розгортають все ширше й ширше свою діяльність, повністю охоплюючи потребуєчих допомоги ¹⁾, — цього не можна сказати про сільські диспансери. Це залежить від того, що обслуговування тубдиспансерів майже обмежується лише тим населеним пунктом, де він розташований, і ближчими околицями цього пункту. Там, хоча він охопив би все населення, яке потребує допомоги, звичайно такого населення буде не достатньо, щоб заповнити і завантажити цілком тубдиспансер. З цього випливає потреба певної перебудови організаційних форм роботи тубдиспансерів на селі.

¹⁾Треба сказати, що зростання середнього числа відвідувань свідчить про кращу роботу закладів, а ніяк не про збільшення захворюваності.

Число відвідувань на 1 заклад залежить від двох факторів, а саме: поперше, від числа зайнятих лікарських посад, що припадає на 1 заклад, і, подруге, від числа відвідувань, що припадає на 1 зайняту посаду. Відповідні відомості для 1936 р. подано в табл. 36 (с. 246).

В містах число зайнятих посад на 1 туберкульозний заклад, коливається в широких межах — від 1,5 до 9,1. Особливе місце займає Одеська область, яка відзначається великим числом зайнятих лікарських посад на 1 тубдиспансер. У сільських диспансерах число посад на 1 заклад лише в Донецькій області перевищує одиницю (1,5). В решті областей воно не доходить до одиниці.

Число відвідувань на одну зайняту посаду, звичайно, є величиною менш варіабельною, ніж число відвідувань на 1 тубдиспансер (див. табл. 37).

Таблиця 37
На 1 зайняту посаду лікаря туберкульозного закладу припадає відвідувань в 1926 р. (в тис.)

Області	Тубдиспансери и тубпункти		
	Міста	Сільські місцевості	Разом
Київська	4,1	3,7	4,0
Чернігівська	3,7	3,3	3,6
Вінницька	3,2	5,2	3,3
Харківська	3,1	3,7	3,2
Дніпропетровська	1,9	2,5	2,0
Одеська	2,3	3,0	2,3
Донецька	4,6	0,8	4,5
МАРСР	3,6	—	3,6
По УРСР	3,3	3,1	3,3

Різниця між містом і селом в цифрах по УРСР незначна, а саме: 3,3 тис.—для міст і 3,1 тис.—для сільських місцевостей. Але по окремих областях існує велика диспропорція; вона досягає максимальних розмірів для Донецької області: в ній одній лікарській посаді в містах відповідає число відвідувань майже в 6 разів більше, ніж на селі.

Крім того, треба звернути увагу, що області, максимально насичені лікарськими посадами (Одеська, Дніпропетровська), якраз показує найменше число відвідувань на 1 посаду. Очевидно, відповідні перегрупування числа посад можуть привести до рівномірнішого розподілу праці.

Число відвідувань на 1 лікарську посаду лікаря теж залежить, поперше, від середнього числа годин роботи на 1 зайняту посаду й, подруге, від того, скільки хворих приймає лікар в середньому протягом однієї години.

Ці цифри коливаються по областях значно менше, ніж числа відвідувань на 1 лікарську посаду в сільських місцевостях. Значне відхилення від середньої виявляють лише Одеська і Дніпропетровська області, що дають значно менші цифри. Рахуючи навіть тільки 270 робочих днів на рік, виходить, що в містах цих областей лікар з повною ставкою працює на амбулаторному прийомі в тубдиспансері лише 1—1,5 години. Взявши

це на увагу, зрозуміємо, чому саме в цих областях на одну зайняту посаду припадає так мало відвідувань, про що вже згадувалося раніше. В сільських місцевостях на одну посаду припадають трохи вищі числа годин, ніж у містах як в УРСР в цілому, так і по окремих областях, за винятком лише Донбаса. В Донецькій області, саме в селах, лікарі пра-

Таблиця 38

Припадає годин роботи на 1 зайняту посаду лікаря в тубдиспансерах. (в тис.) в 1936 р.

Області	Міста	Сільські місцевості	Разом
Київська	0,9	1,0	0,9
Чернігівська	0,9	1,0	0,9
Вінницька	0,8	1,1	0,9
Харківська	0,7	0,7	0,7
Дніпропетровська	0,5	1,0	0,5
Одеська	0,4	1,0	0,4
Донецька	1,0	0,5	0,9
МАРСР	0,8	—	0,8
По УРСР	0,7	0,9	0,7

цюють надзвичайно мало на амбулаторному прийомі, тому і маємо таке низьке число відвідувань, якого ми не спостерігаємо в жодній іншій області.

Число відвідувань на 1 годину лікаря в тубдиспансерах і тубпунктах протягом трьох років (1934, 1935, 1936) має певну тенденцію до збільшення як по містах, так і по сільських місцевостях. (Див. табл. 39, с. 249).

Це явище спостерігаємо і по УРСР в цілому й по кожній з областей зокрема, за винятком лише міст МАРСР, де цей показник майже не змінюється, і в сільських місцевостях Донецької області, в якій спостерігаємо протилежну тенденцію, а саме — тенденцію до зменшення. Остання обставина в свою чергу діє в тому самому напрямі, як і зменшене число годин на прийомі хворих, в наслідок чого й маємо дуже низькі числа відвідувань на 1 лікарську посаду.

Число відвідувань у туберкульозних кабінетах поліклінік на 1 годину, як правило, трохи вище числа відвідувань в окремих диспансерах, хоч спостерігаються й поодинокі винятки.

В попередньому викладі дано аналіз: 1) динаміки числа позалікарняних закладів боротьби з туберкульозом, 2) середнього обсягу одного закладу. Від взаємодії цих двох факторів залежить загальний обсяг роботи проти-туберкульозних закладів. Числа відвідувань в тубдиспансерах і тубвідділах єдиних диспансерів показано по роках в табл. 40, с. 249).

Таблиця 39

Припадає відвідувань на 1 годину роботи лікаря

Області	В тубкабінетах і тубвідділах поліклінік та єдиних диспансерів						В тубдиспансерах і тубпунктах								
	Міста		Сільські місцевості		Разом		Міста			Сільські місцевості			Разом		
	1935	1936	1935	1936	1935	1936	1934	1935	1936	1934	1935	1936	1934	1935	1936
Київська	5,1	4,8	3,8	3,2	4,8	4,6	4,2	4,4	4,6	2,7	3,5	3,8	4,1	4,2	4,5
Чернігівська	4,1	4,3	2,9	—	3,2	4,3	3,7	3,5	4,0	2,2	1,5	3,4	3,7	3,4	3,9
Вінницька	5,3	5,0	—	—	5,3	5,0	3,4	4,1	3,7	4,0	—	4,6	3,4	4,1	3,7
Харківська	3,1	4,5	3,6	6,5	3,3	4,5	3,8	4,1	4,3	3,2	4,8	5,2	3,8	4,1	4,3
Дніпропетровська	2,5	4,3	2,0	—	2,2	4,3	3,7	3,9	4,3	—	—	2,4	3,7	3,9	4,0
Одеська	5,1	4,1	—	2,4	5,1	4,1	3,8	5,0	5,7	2,7	2,6	3,1	3,8	4,9	5,5
Донецька	5,3	3,8	—	2,6	5,3	3,8	4,0	4,3	4,9	3,9	1,7	1,5	4,0	4,3	4,8
МАРСР	3,6	3,6	—	—	3,6	3,6	4,7	4,8	4,7	—	—	—	4,7	4,8	4,7
По УРСР	7,4	4,3	2,9	3,3	4,3	4,3	3,9	4,2	4,6	3,0	3,3	3,4	3,8	4,2	4,5

Таблиця 40

Роки	1924—25 р.	1925—26 р.	1926—27 р.	1927—28 р.	1928—1929 р.	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Абсолютні числа (в тис.)	935	1182	1324	1371	1463	1410	1493	1433	1216	1262	1569	1809
% до попереднього року		126	112	104	107	96	103	96	85	104	125	115
Взявши 1924—25 р. за 100	100	126	142	147	156	151	160	153	130	135	168	193

Цей ряд відбиває той факт, що через збільшення сітки закладів боротьби з туберкульозом, збільшення їх пропускної спроможності, зростання довір'я населення до цих закладів, до диспансерів потрапляють образ більш ті контингенти населення, які раніш або зовсім не лікувалися, або лікувалися в закладах загальної допомоги; поруч з цим збільшується й число відвідувань на 1 хворого.

V. Заклади боротьби з венеричними захворюваннями

Буржуазний устрій і поширення венеричних захворювань нерозривно зв'язані між собою. Безробіття, злидні трудящих, експлуатація жінки—все утворює надзвичайно сприятливий ґрунт для розвитку проституції, це, в свою чергу, дає високий рівень венеричних захворювань. В дореволюційній Росії до всіх цих передумов приєднувався низький культурний

рівень основної маси населення, що разом з відсутністю потрібних санітарно-освітніх знань сприяло розвиткові позастатевих форм сифілісу; ця хвороба була побутовим явищем у цілому ряді районів.

Не зважаючи на дуже високий рівень венеричних захворювань, жодних серйозних заходів боротьби з ними не вживалося. Дуже характерним є той факт, що на всю територію, яка відповідає сучасній території УРСР, була лише одна спеціальна амбулаторія. Радянська влада поставила боротьбу з венеризмом одним із першочергових завдань у галузі оздоровлення населення.

Уже в 1923 р. вендиспансерів і венпунктів налічується в УРСР—19, в 1924 р. число це більш ніж подвоюється, досягаючи 66, а в 1925 р. збільшення вендиспансерів і венпунктів іде швидше: число їх збільшується майже у 4 рази, становляючи 153 заклади.

На дальші роки є змога простежити окремо за зростанням вендиспансерів без венпунктів. Наводимо їх цифри в УРСР по роках.

Таблиця 41

Дати	I.X 1925	I.VII 1926	I.X 1927	I.X 1928	I.X 1929	I.I 1931	I.I 1932	I.I 1933	I.I 1935	I.I 1936	I.I 1937
Абсолютні числа	54	78 *)	91	103	106	120	129	143	158	168	193
Середньорічний % зростання ¹⁾		59	13	13	3	11	8	11	5	6	16

Темпи зростання числа вендиспансерів ще швидші, ніж тубдиспансерів. Особливо швидко збільшувалося їх число в 1925—26 р., а також протягом 1936 року.

Простежимо, як саме розташовані вендиспансери й венпункти по областях СРСР:

Таблиця 42

Число вензакладів (диспансерів і пунктів) в УРСР

Області	I.X 1928	I.I 1937
Київська	28	45
Чернігівська	13	13
Вінницька	23	31
Харківська	42	48
Дніпропетровська	27	35
Одеська	37	25
Донецька	30	31
МАРСР	7	5
По УРСР	207	233

*) Крім того, в 1926 році налічувалося 121 венпункт, 109 — в 1927 р., 104 — в 1928 р.

¹⁾ Методику його обчислення наведено вище.

Сітка закладів боротьби з вензахворюваннями

Області	Вендиспансери і венвідділи єдиних диспансерів						Венпункти				Венкабінети						
	Міста		Сільські місцевості		Разом		Міста		Сільські місцевості		Разом		Сільські місцевості		Разом		
	1936	1937	1936	1937	1936	1937	1936	1937	1936	1937	1936	1937	1936	1937	1936	1937	
	1		9		3		7		1		9		3		7		
Київська	26	30	12	11	38	41	—	4	—	4	4	14	17	5	8	19	25
Чернігівська	7	8	—	1	7	9	2	2	—	4	4	5	6	2	2	7	8
Вінницька	13	18	—	13	13	31	—	—	—	—	—	9	5	4	2	13	7
Харківська	28	36	4	3	42	39	3	6	3	9	9	28	23	13	8	41	31
Дніпропетровська	18	18	—	3	18	21	5	9	5	14	14	14	10	4	—	18	10
Одеська	9	12	7	7	16	19	1	5	1	6	6	7	10	1	2	8	12
Донецька	27	28	3	3	30	31	—	—	—	—	—	30	28	—	1	30	29
МАРСР	4	4	—	—	4	4	—	1	—	1	1	1	1	—	2	1	3
По УРСР	142	154	26	41	168	195	11	27	38	108	100	29	25	137	125		

Про середній обсяг роботи і вендиспансера свідчить середнє число відвідувань, що припадає за один рік на 1 заклад.

Боротьбу з вензахворюваннями, крім вендиспансерів, венвідділів єдиних диспансерів і венпунктів провадили ще дві різновидності противенеричних закладів, а саме—венкабінети поліклінік, які мали своєю основною функцією лікувальну роботу, і пункти швидкої противенеричної допомоги, на яких покладається профілактична робота в цій галузі. Розподіл сітки по областях з поділом на місто й на село подано в таблиці 43 (с. 251).

Сільські диспансери тих областей, де вони тільки є, характеризуються дуже невеликим обсягом роботи. В 1935 р. число відвідувань в сільському вендиспансері майже у 5 разів менше, ніж у міському табл. 44).

Таблиця 44

Припадає відвідувань на 1 вендиспансер в УРСР (в тис.).

Області	Міста			Сільські місцевості			Разом		
	1933	1934	1935	1933	1934	1935	1933	1934	1935
Київська	15,8	19,9	22,1	1,0	3,9	4,3	12,2	18,0	21,0
Чернігівська	11,6	15,2	12,1	—	—	—	11,6	15,2	12,1
Вінницька	17,8	22,4	21,5	0,2	1,5	—	14,0	19,4	21,5
Харківська	22,0	25,2	24,3	3,2	4,7	8,4	19,6	25,2	23,0
Дніпропетровська	40,3	37,8	36,8	—	—	—	40,3	37,8	36,8
Одеська	50,7	59,7	51,9	4,6	5,1	8,0	42,3	36,3	37,3
Донецька	38,0	41,5	43,3	4,1	7,8	9,4	35,4	39,0	39,8
МАРСР	21,1	19,3	25,7	—	—	—	21,1	19,3	25,7
По УРСР	27,1	29,7	29,9	2,2	4,6	6,2	23,7	26,7	27,0

Відомості за 1936 р. не можна порівнювати з попередніми роками, бо до числа закладів увійшли не тільки вендиспансери, але й венпункти.

Обсяг роботи в основному пояснюється числом зайнятих лікарських посад на 1 заклад. В містах він в середньому по УРСР у 5 разів більший, ніж на селі. Максимальну відміну міста від села спостерігаємо в Одеській області, а також в областях, що за ступенем індустріалізації обіймають перші місця (Донецька, Дніпропетровська, Харківська, Київська). В областях з високою питомою вагою в народному прибутку сільського господарства ці відміни менш значні (див. таб. 45).

Із міських вендиспансерів найбільшу насиченість лікарями має Одеська і Дніпропетровська області. Середнім насиченням характеризуються Харківська й Донецька області. Але тут ми повинні взяти на увагу, що в Донецькій області поруч з вендиспансерами є кілька венпунктів, які й знижують середню як відвідувань, так і лікарських посад на 1 заклад. В решті областей на 1 міський диспансер припадає від 1 до 2,5 одиниці зайнятих посад.

Таблиця 45

Припадає зайнятих лікарських посад на 1 заклад боротьби з венеризмом (вендиспансер і венпункт) на 1.1 1937 р.

Області	Міста	Сільські місцевості	Разом
Київська	2,3	0,4	1,8
Чернігівська	1,3	0,7	1,2
Вінницька	2,1	0,8	1,6
Харківська	4,4	0,6	3,6
Дніпропетровська	6,8	0,8	4,3
Одеська	6,9	0,7	4,6
Донецька	3,6	0,7	3,3
МАРСР	1,8	—	1,8
По УРСР	4,0	0,8	2,9

Таблиця 46

На 1 посаду лікаря припадає відвідувань в 1936 р.

(в тис.).

Області	Диспансери й венпункты		
	Міста	Сільські місцевості	Разом
Київська	8,9	4,0	8,0
Чернігівська	10,8	6,8	10,2
Вінницька	8,3	3,9	7,4
Харківська	5,5	7,8	5,6
Дніпропетровська	4,8	5,3	4,9
Одеська	5,5	8,2	5,7
Донецька	12,9	9,2	12,8
МАРСР	13,2	—	13,4
По УРСР	7,4	5,6	7,3

Із розгляду числа відвідувань на 1 посаду лікаря легко переконатися в тому, що великий обсяг роботи міських вендиспансерів Донбаса залежить значною мірою від того, що на 1 посаду лікаря вендиспансерів в Донецькій області припадає багато відвідувань. Справді, число відвідувань на 1 посаду в Донецькій області перевищує середню по УРСР приблизно в 1,5 раза і в 2,7 раза відповідний показник по Дніпропетровській області, який є мінімальним. Великі показники характерні, крім Донецької, ще для МАРСР і Чернігівської, а надто малі, крім Дніпропетровської, ще — для Харківської й Одеської.

Дуже великі коливання показника виявляють і сільські області.

Рациональніший розподіл посад між областями міг би привести до значно рівномірнішого навантаження лікарів і усунув би небажані крайності перевантаження й недовантаження.

Від чого залежить таке нерівномірне навантаження, можна з'ясувати, звернувшись до числа годин, що припадає на 1 зайняту посаду, а також до числа відвідувань на 1 годину лікаря.

Таблиця 47

Припадає годин роботи на 1 зайняту посаду лікаря у вендиспансерах (в тис.) в 1936 р.

Області	Міста	Сільські місцевості	Разом
Київська	1,1	1,1	1,1
Чернігівська	1,3	1,6	1,4
Вінницька	1,1	1,2	1,1
Харківська	0,8	1,7	0,8
Дніпропетровська	0,6	1,1	0,7
Одеська	0,8	1,6	0,8
Донецька	1,0	1,1	1,0
МАРСР	1,6	—	1,6
По УРСР	0,9	1,3	0,9

Таблиця 48

Припадає відвідувань на 1 годину роботи лікаря

Області	У венкабінетах і венвідділах єдиних диспансерів						В вендиспансерах та венпунктах								
	Міста		Сільські місцевості		Разом		Міста			Сільські місцевості			Разом		
	1935	1936	1935	1936	1935	1936	1934	1935	1936	1934	1935	1936	1934	1935	1936
Київська	6,5	8,8	5,4	5,9	6,2	8,5	7,7	8,6	8,2	5,6	4,9	3,8	7,6	8,2	7,3
Чернігівська	5,9	6,0	4,3	4,4	5,6	5,6	5,5	7,9	8,1	—	—	4,2	5,5	7,9	7,5
Вінницька	5,8	7,6	4,4	2,9	5,1	4,6	7,7	7,9	7,3	5,2	—	3,3	7,7	7,9	6,5
Харківська	6,6	7,3	6,8	7,0	6,6	7,2	7,1	7,2	6,9	3,7	6,2	4,5	7,0	7,2	6,5
Дніпропетровська	8,0	9,4	5,1	—	7,5	9,4	7,6	9,5	7,8	—	—	5,0	7,6	9,5	7,5
Одеська	9,4	11,4	4,3	4,1	9,4	11,3	8,1	8,4	8,0	4,0	8,3	5,2	7,6	8,4	7,5
Донецька	7,9	8,5	—	4,3	7,9	8,4	11,4	12,9	5,3	7,3	8,5	10,1	11,3	12,1	12,1
МАРСР	5,4	3,1	—	6,4	5,4	5,9	7,6	8,6	8,3	—	—	4,1	7,6	8,6	8,2
По УРСР	7,7	8,7	5,6	5,6	7,4	8,5	8,0	8,8	8,7	4,4	6,3	4,4	7,8	8,7	8,2

Низьке число відвідувань на 1 зайняту посаду в містах Дніпропетровської, Харківської й Одеської областей, поперше, викликає скорочення числа годин на амбулаторному прийомі, подруге — зменшує число відвідувань на 1 годину.

Перший фактор особливо діє в містах Дніпропетровської області, другий — в містах Харківської області. Збільшене порівнюючи з середньою число відвідувань в Чернігівській області і МАРСР викликає збільшення робочого дня лікаря. Щождо Донецької області, то вендиспансери цієї області виходять із цього становища, швидше пропускаючи хворих.

Оцінюючи число годин роботи на амбулаторному прийомі в міських вендиспансерах, треба констатувати, що 1600 (МАРСР) і 1300 (Чернігівська область) — це дуже велике число, бо, рахуючи 270 робочих днів, маємо — 6 годин роботи. Отже для диспансеризації не залишається достатнього асу. З другого боку, 600 годин роботи на рік (тобто 2—2,5 години на день), число, яке спостерігаємо в Дніпропетровській області, — це теж недостатня тривалість робочого дня.

В сільських вендиспансерах на зайняту посаду припадає більше робочого часу, ніж у міських. Лише по Київській області не спостерігаємо помітної різниці між містом і селом.

В деяких областях (Харківська, Дніпропетровська, Одеська) диспропорція дуже значна.

Число відвідувань на 1 годину лікаря в міських вендиспансерах виявляє в 1935 р., порівнюючи з 1934 р., певну тенденцію до збільшення. Відповідні показники 1936 р. незначно відрізняються від показників 1935 р. крім області дають чималі відхилення від середньої, коливаючись у межах від 6,9 до 12,9. Сільські місцевості протягом всіх трьох років по-прежнему без винятку областях показують менші числа, ніж міста. Це можна пояснити тим, що на селі лікарі вендиспансерів меншою мірою можуть користатися допомогою середнього персоналу.

Від аналізу середнього обсягу роботи вензакладів позалікарняної допомоги перейдемо до розгляду динаміки загального числа відвідувань по роках. Подаємо число відвідувань у вендиспансерах по роках (в тис.)

Таблиця 49

Роки	1924—25	1925—26	1926—27	1927—28	1928—29	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Відвідувань на 1 лікаря в міських вендиспансерах	1783	2232	2688	3195	3493	3552	3326	4558	3646	4209	5079	5668
Відвідувань на 1 лікаря в сільських вендиспансерах	—	125	120	115	109	112	94	137	80	115	121	112
Відвідувань на 1 лікаря в сільських вендиспансерах до половини року	100	125	151	179	196	199	187	256	204	236	285	318

VI. Інші спеціальні диспансери

(крім туб- і вендиспансерів)

Широко розвиненою сіткою диспансерів і пунктів, що провадять боротьбу з туберкульозом і вензахворюваннями, ще не обмежується сітка спеціальних закладів, які мають своїм завданням боротьбу з захворюваннями, найбільше важливими у соціальному відношенні.

Такими закладами є численні види диспансерів, а саме: онкодиспансери, психоневродиспансери, кардіодиспансери, ревматодиспансери, мікологічні і дієтичні диспансери.

Із них особливо треба зупинитися на онкологічних диспансерах, бо вони спрямовані на боротьбу проти тих захворювань, які є одними з найчастіших причин смерті, конкуруючи в цьому з туберкульозом.

Наведемо відомості про сітку онкодиспансерів та їх діяльність:

Таблиця 50

Області	Число закладів		У них відвідувань за 1936 рік
	на 1.I 1936	на 1.I 1937	
Київська	1	1	16,8
Чернігівська	—	—	—
Вінницька	—	—	—
Харківська	2	2	30,4
Дніпропетровська	1	1	1,0
Одеська	2	2	33,4
Донецька	1	1	2,6
МАРСР	—	—	—
По УРСР	7	7	84,2

Всі онкодиспансери розташовані в обласних центрах. Найважливіше значення в галузі боротьби з раком і злоякісними пухлинами мають три основних центри медичної культури: Київ, Харків і Одеса.

Психоневродиспансерів налічувалось в УРСР в 1935 р. (на 1.I 1936 р.) 15, в яких було зроблено 211,3 тис. відвідувань, і в 1936 р. (на 1.I 1937 р.) 20, в яких зроблено було 235,7 тис. відвідувань.

Всі вони розташовані були в містах. По окремих областях їх було:

Таблиця 51

Області / Дати	Київська	Чернігівська	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	По УРСР
На 1.I 1936	2	—	7	3	1	2	15
На 1.I 1937	2	1	11	3	1	2	20

Треба відзначити дуже нерівномірний розподіл закладів цього типу у областях УРСР: більше половини з них зосереджено в Харківській області.

По одному кардіодиспансеру й ревматодиспансеру є в м. Харкові, один екологічний—в м. Києві¹⁾.

Найчисленнішу групу диспансерів після тубдиспансерів і вендиспансерів становлять дієтдиспансери.

По областях вони розташовані так:

Таблиця 52

Області Дати	Київська	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	По УРСР
На 1.І 1936	3	7	5	2	6	23
На 1.І 1937	8	3	5	2	4	22

VII. Консультація Охматдиту і молочні кухні

Ніде й ніколи материнство и дитинство не були оточені такою вичерпною увагою й піклуванням, як у нашій соціалістичній країні.

Охорона материнства й дитинства є однією з основних частин радянської охорони здоров'я. Численні акти радянської влади присвячені цьому галузі. З особливою силою виступає серед них постанова партії і уряду від 27.VI 1936 р. „Про заборону абортів, збільшення матеріальної допомоги породіллям, встановлення державної допомоги багатосімейним, розширення сітки родильних будинків, дитячих ясел і дитячих садків, посилення кримінального покарання за неплатіж аліментів і про деякі заходи в законодавстві про розлуки“.

Одним з виявів цього сталінського піклування про матір і дитину є швидке зростання закладів охорони материнства й дитинства — консультацій Охматдиту, молочних кухонь, ясел.

Коли б ми захотіли порівняти нашу сітку консультацій ОХМД з довоювальною, то опинилися б у досить важкому стані, бо порівнювати її б майже ні з чим.

Таблиця 53

Рух консультацій Охматдиту в УРСР

Області Дати	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	По УРСР
І 1917 . . .	1	—	—	1	—	—	—	—	2
X 1928 . . .	100	32	47	112	66	53	85	7	502
І 1937 . . .	131	47	93	138	97	103	137	18	764

Відомості стосуються 1.І 1936 і 1.І 1937 р.

На початок 1917 р. на всій території сучасної УРСР було 2 консультації: „Всероссийского попечительства об охроне материнства и младенчества“, одна в Харкові й одна в Житомирі. За минулі 20 років УРСР вкрилася густою сіткою цих закладів.

З початку першої п'ятирічки число консультацій зросло більш ніж у 1,5 раза. Лише в окремих областях зростання доходить приблизно 30%, а в інших воно значно більше, при чому в окремих областях спостерігається майже подвоєння числа консультацій.

По окремих роках число консультацій змінювалося так:

Таблиця 54

	1.1 1917	1922	1923	1924	1 X 1925	1.VII 1926	1.X 1927	1.X 1928	1.X 1929	1.1 1931	1.1 1932	1.1 1933	1.1 1934	1.1 1935	1.1 1936	1.1 1937
Абсолютні числа	2	66	132	201	353	469	459	502	524	564	618	683	697	711	742	756
Середній річний процент зміни	—	—	+100	+ 52	+76	+44	-2	+9	+4	+ 6	+10	+11	+2	+2	+4	+4

За весь розглянутий час, крім 1926—1927 р. число консультацій зростає. Особливо великий приріст їх числа спостерігається в 1923, 1924, 1925 і 1926 рр.

За другу п'ятирічку число консультацій по окремих областях розподілялося так:

Таблиця 55

Сітка консультацій Охматдиту в УРСР
(на 1 січня зазначених років)

Області	Дати	Міста				Сільські місцевості				Разом			
		1.1 1934	1.1 1935	1.1 1936	1.1 1937	1.1 1934	1.1 1935	1.1 1936	1.1 1937	1.1 1934	1.1 1935	1.1 1936	1.1 1937
Київська		51	51	50	47	70	69	79	84	121	120	129	129
Чернігівська		20	21	23	20	24	25	28	27	44	46	51	51
Вінницька		28	30	29	29	56	53	61	64	84	83	90	90
Харківська		60	58	58	58	74	76	78	80	134	134	136	136
Дніпропетровська		36	37	37	39	50	54	55	58	86	91	92	92
Одеська		33	33	34	35	53	59	64	68	86	92	98	98
Донецька		91	93	91	93	38	39	38	44	129	132	129	129
МАРСР		3	5	6	6	10	8	11	12	13	13	17	17
По УРСР		322	328	328	327	375	383	414	437	657	711	742	742

З таблиці видно, що збільшення відбувається переважно за рахунок зростання консультацій на селі.

Перепис медсанзакладів 1.III 1935 р. дає нам змогу обчислити провідні райони, в яких була хоч одна консультація, до загального числа районів, а далі й радіус обслуговування населення консультаціями.

Процент районів з консультаціями по окремих областях за станом на 1.III 1935 р.:

Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	По УРСР
80	73	83	82	79	84	76	79	80

Виходить, що в 4/5 районів УРСР консультації були вже на початку 1935 р., тобто ще до спеціального декрету уряду СРСР від 17.VI 1936 р.

Радіус обслуговування консультаціями по областях УРСР (на 1.III 1935 р.)

Області	Радіус у км	Області	Радіус у км
Київська	16,2	Дніпропетровська	19,7
Чернігівська	18,1	Одеська	17,7
Вінницька	14,3	Донецька	12,5
Харківська	16,4	МАРСР	13,8
		По УРСР	16,1

У зв'язку з тим, що радіус обслуговування ще досить значний, на селі згорнуто також пересувні й виїзні консультації, які наближають обслуговування жінок та дітей до колгоспів і радгоспів.

Число відвідувань на 1 консультацію характеризує середній обсяг роботи 1 консультації.

Таблиця 56

Припадає відвідувань на 1 консультацію (в тис.)

Області	Міста			Сільські місцевості			Разом		
	1934	1935	1936	1934	1935	1936	1934	1935	1936
Київська	9,6	14,0	17,8	2,3	3,0	3,5	5,4	7,4	8,7
Чернігівська	7,0	8,3	9,7	2,3	2,4	2,9	4,4	5,2	5,8
Вінницька	6,5	8,0	9,6	2,5	2,3	2,5	4,0	4,1	4,7
Харківська	13,1	15,5	18,8	2,3	3,4	3,7	7,0	9,1	10,0
Дніпропетровська	20,4	24,0	27,3	3,8	4,1	3,8	10,6	12,4	13,3
Одеська	10,9	16,2	18,3	2,9	3,3	3,7	5,8	7,9	8,6
Донецька	14,9	17,1	19,1	3,5	2,9	3,3	11,6	12,9	14,0
МАРСР	10,8	9,3	10,8	6,1	4,2	4,7	7,9	6,0	6,7
По УРСР	12,7	15,4	18,2	2,9	3,1	3,4	7,5	8,8	9,7

За три роки обсяг роботи міських і сільських консультацій збільшується рік-у-рік. Це слід поставити в зв'язок із великим збільшенням числа

народжень за цей період. Збільшення характерне для кожної із 7 областей УРСР. Максимальне число відвідувань на міську консультацію в 1937р. припадало на консультації Дніпропетровської, Донецької, Одеської, Харківської і Київської областей (понад 15 тис.)

Різниця в числі відвідувань на 1 міську консультацію в основному пояснюється різницею в числі зайнятих посад на 1 заклад.

Таблиця 57

Припадає зайнятих лікарських посад на 1 консультацію

Області	Міста		Сільські місцевості		Разом	
	1935 р.	1936 р.	1935 р.	1936 р.	1935 р.	1936 р.
Київська	2,9	3,6	0,3	0,9	1,6	1,9
Чернігівська	1,8	1,7	0,6	1,0	1,1	1,3
Вінницька	1,9	1,9	0,6	0,9	1,0	1,2
Харківська	3,2	3,1	0,6	0,7	1,7	1,7
Дніпропетровська	4,2	4,7	0,6	0,7	2,0	2,3
Одеська	3,0	3,2	1,6	0,8	2,1	1,6
Донецька	2,8	2,5	1,0	0,6	2,3	1,9
МАРСР	1,7	2,3	1,2	0,9	1,4	1,3
По УРСР	2,6	3,0	0,6	0,8	1,5	1,8

Виняток становить Донецька область, у якій на 1 консультацію припадає менше зайнятих посад, ніж в середньому по УРСР. В ній зате на 1 зайняту посаду припадає найбільше число відвідувань. В 1935 р. максимальне число відвідувань на 1 консультацію мало місце в Одеській області.

Таблиця 58

На 1 зайняту посаду лікаря припадає відвідувань в консультаціях Охматдиту (в тис.)

Області	Міста		Сільські місцевості		Разом	
	1935	1936	1935	1936	1935	1936
Київська	4,8	4,9	3,9	4,0	4,5	4,7
Чернігівська	4,7	5,4	3,5	3,0	4,3	4,0
Вінницька	4,3	5,0	3,6	2,7	4,0	3,9
Харківська	4,8	7,1	5,0	5,0	4,9	5,9
Дніпропетровська	5,6	5,8	6,1	5,6	5,7	5,7
Одеська	10,3	5,7	8,9	4,7	8,0	5,9
Донецька	6,9	7,5	4,5	5,2	6,7	7,0
МАРСР	5,5	4,7	6,5	5,4	5,9	5,9
По УРСР	5,9	6,0	4,9	4,3	5,6	5,9

Число відвідувань на 1 зайняту посаду лікаря, як відомо, залежить від числа годин роботи, яке припадає на 1 зайняту посаду, й від числа прийнятих протягом 1 години.

Таблиця 59

Припадає годин роботи на 1 зайняту посаду лікаря в консультаціях Охматдиту (в тис.) в 1936 р.

Області	Міста	Сільські місцевості		Разом	Області	Міста	Сільські місцевості		Разом
		1935	1936				1935	1936	
Київська	0,8	1,2	1,0		Дніпропетровська . . .	0,9	1,4	1,0	
Чернігівська	1,1	1,0	1,0		Одеська	1,0	1,2	1,0	
Вінницька	1,0	0,9	1,0		Донецька	1,2	1,6	1,2	
Харківська	1,1	1,5	1,2		МАРСР	0,8	1,6	1,2	
					По УРСР	1,0	1,3	1,1	

Число годин роботи лікаря коливається в межах 900—1600 у сільських місцевостях. Максимальне число в містах дає Донецька область, мінімальне, є недостатнє число, — МАРСР.

В селах найбільше число годин працюють в консультаціях в Донецькій області, Молдавській АРСР. Надмірно низькі числа дає ще Вінницька Чернігівська області.

Нарешті розглянемо ще число відвідувань на 1 годину роботи лікаря в консультаціях Охматдиту.

Таблиця 60

Припадає відвідувань на 1 годину роботи лікаря в консультаціях Охматдиту

Області	Жінками						Дітьми					
	Міста		Сільські місцевості		Разом		Міста		Сільські місцевості		Разом	
	1935	1936	1935	1936	1935	1936	1935	1936	1935	1936	1	
Київська	5,8	6,0	3,2	3,0	5,1	5,1	5,5	5,8	3,2	3,4	4,6	4,8
Чернігівська	5,4	5,0	2,9	2,5	4,4	4,0	3,7	5,2	2,2	3,7	3,2	4,6
Вінницька	4,7	5,8	2,9	4,2	4,0	5,3	4,7	4,7	2,8	2,7	3,7	3,6
Харківська	5,4	5,7	3,0	2,8	4,6	4,5	5,1	5,6	3,6	3,7	4,8	5,1
Дніпропетровська	6,7	7,7	4,3	4,3	6,1	6,9	5,3	6,0	4,1	3,9	5,0	5,5
Одеська	5,6	6,3	2,9	2,8	5,0	5,4	5,4	5,6	3,6	4,1	4,7	5,0
Донецька	6,5	6,8	3,1	2,8	6,1	6,2	5,5	6,0	3,4	3,4	5,3	5,7
МАРСР	4,4	4,8	7,0	4,4	5,6	4,6	4,4	6,3	5,3	3,2	4,7	4,3
По УРСР	6,0	6,4	3,3	3,1	5,3	5,5	5,2	5,8	3,4	3,5	4,7	5,0

Числа відвідувань у консультаціях Охматдиту змінювалося по роках так (числа наведені в тисячах).

Роки	1924— 25	1925— 26	1926— 27	1927— 28	1928— 29	1930	1932	1933	1934	1935	1936
	1429	1313	2862	3150	3635	4830	5574	4696	5234	6223	7450

Число відвідувань у консультаціях Охматдиту всього розглянутого періоду зросло приблизно в 5,2 раза.

З роботою консультацій тісно зв'язана робота молочних кухонь. З безпечучи дитині найкраще штучне годування у тих випадках, коли доводиться його запроваджувати, а також і тоді, коли переходять на мішане годування, молочні кухні мають великий вплив на зниження смертності немовлят.

Відомо, що неправильне годування за часів царизму було одним із головних джерел смертності дітей наймолодшого віку (до 1 року). Смертність ця досягала жахливого розміру: на території, що відповідає сучасній УРСР, із 100 народжених — 19 помирало, не доживши 1 року (1906—1910 рр.).

Не зважаючи на такий стан речей, державні органи влади не запропонували жодних заходів боротьби з цим лихом, і вся справа організації молочних кухонь перебувала у віданні „Всероссийского попечительства об охроне материнства и младенчества“, яке спромоглося організувати на території сучасної УРСР до 1. I 1917 р. лише дві молочні кухні: одну в м. Харкові й одну в Житомирі. У нас на 1. I 1937 р. налічується 377 молочних кухонь.

Розгортання сітки молочних кухонь відбувалося так:

Таблиця 61

Дати	1922	1923	1924	1. X 1925	1. VII 1926	1. X 1927	1. X 1928	1. X 1929	1. I 1931	1. I 1932	1. I 1933	1. I 1934	1. I 1935	1. I 1936	1. I 1937
Абсолютні числа	19	52	59	5	122	131	143	161	191	230	279	341	361	363	577
Середньорічний % зростання	—	174	13	34	72	6	9	13	15	20	21	22	6	1	—

Сітка молочних кухонь, невелика на початку відбудовного періоду збільшується неухильно до останніх років включно.

По містах і по сільських місцевостях число молочних кухонь за останні роки змінювалось так:

Таблиця 62

Дати	1. I 1934	1. I 1935	1. I 1936	1. I 1937
Міста	209	224	224	223
Сільські місцевості	132	137	139	154

В сільських місцевостях, де сітка молочних кухонь на початок другої п'ятирічки не була такою значною, як у містах, спостерігаємо безперервний ріст їх числа. На основі закону від 27.VI 1936 р. розпочато широке будівництво нових молочних кухонь і по містах і на селі.

По окремих областях УРСР молочні кухні були розташовані так:

Таблиця 63

Сітка молочних кухонь

Області Місцевість	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	Разом
Міста на 1.I 1937	32	14	19	41	27	13	72	5	223
Сільські місцевості на 1.I 1937	30	8	12	30	15	36	15	8	154
Разом на 1.I 1937	62	22	31	71	42	49	87	13	377

III. Дитячі поліклініки, дитячі профілактичні амбулаторії й диспансери ОЗДП

Радянська система охорони здоров'я віддає велику увагу оздоровленню дітей і підлітків. Спеціальна категорія закладів—дитячі поліклініки, дитячі профілактичні амбулаторії й диспансери ОЗДП (оздоровлення дітей і підлітків) дбає про здоров'я дитинства віку дитячих садків і шкільного віку. Сітка цих закладів¹⁾, що є ще не великою на початку розглянутого періоду, зростає рік-у-рік і лише в окремі роки дає незначне зменшення:

1922	1923	1924	1.X 1925	1.VII 1926	1.X 1927	1.X 1928	1.X 1929	1.I 1931	1.I 1932	1.I 1933	1.I 1934	1.I 1935	1.I 1936	1.I 1937
6	21	28	25	33	30	37	48	59	62	79	93	90	89	94

Протягом 5 років з 1923 до 1928 сітка дитячих оздоровчих закладів збільшується на 76%, протягом першої п'ятирічки—на 135%, протягом другої—ще на 20%.

Протягом років I й II п'ятирічки сітка ця збільшилася приблизно 2,7 раза.

Поруч із зростанням числа диспансерів ОЗДП збільшувався й обсяг роботи. Наведемо числа відвідувань у дитячих поліклініках, в дитячих профамбулаторіях і диспансерах ОЗДП (в тисячах).

¹⁾ Дитячі поліклініки, дитячі профамбулаторії, диспансери ОЗДП і дитячі відділи єдиних диспансерів.

Таблиця 64

	1924— 25	1925— 26	1926— 27	1927— 28	1928— 29	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Абсолютні числа	649	607	784	985	1038	1265	1437	1545	1845	2380	2789	3044
У % до по- переднього року		94	129	126	105	122	114	108	119	129	117	109

За весь час, крім 1925—26 р., маємо чимале зростання числа відвідувань у дитячих диспансерах і подібних дитячих закладах. Особливо велике збільшення в 1926—27, 1927—28 і 1934 рр., коли число відвідувань збільшилося, порівнюючи з минулими роками, більш ніж на 1/4 частину. Якщо прийняти число диспансерів ОЗДП 1924—25 рр. за 100, маємо:

1924— 25	1925— 26	1926— 27	1927— 28	1928— 29	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
100	94	121	152	160	195	221	238	284	367	430	469

Таким чином, обсяг роботи диспансерів ОЗДП, дитячих поліклінік і дитячих профамбуляторій за весь час зріс приблизно у 4,7 раза.

IX. Загальна характеристика закладів амбулаторної допомоги

Огляд роботи окремих типів закладів амбулаторно-поліклінічної допомоги цілком природно закінчити визначенням питомої ваги, яку має той чи інший тип в усій кількості відвідувань, і характеристикою відвідувань в цілому.

Для першої мети обчислюємо питому вагу відвідувань по окремих видах амбулаторно-поліклінічних закладів. За роки 1926—27—1930 відвідування в медичних пунктах на підприємствах не відокремлювалися від числа відвідувань в амбулаторіях і поліклініках, а тому до таблиці ці роки не увійшли. (Див. табл. 65, с. 265).

Питома вага відвідувань у поліклініках і амбулаторіях дуже значна на початку періоду, коли відвідування в цих закладах становили трохи більше 4/5 загального числа, в наступні роки неухильно знижується, при чому в 1936 році амбулаторія й поліклініка разом дають лише 3/5 всього числа відвідувань. Дуже піднеслося значення медсанпунктів, а також сільських фельдшерських пунктів. В перших процент із загального числа відвідувань підноситься аж до 1934 р. включно, а потім майже не змінюється, у других—збільшується аж до останнього року включно. Крім того, відзначимо помітне зростання ролі консультацій Охматдиту і диспансерів ОЗДП.

Таблиця 65

Розподіл загального числа відвідувань у закладах амбулаторної допомоги за їх типами (у %)

Роки	В поліклініках та амбулаторіях	у фельдшерських і фельдшерсько-акушерських пунктах	В медсанпунктах першої допомоги	В тубдиспансерах	У вендиспансерах	В інших спец. диспансерах	В консультаціях ОХМД	В диспансерах ОЗДП	В інших медсанзакладах	Всього відвідувань
1924—25	81,2	0,3	6,7	2,3	4,4	—	3,5	1,6	—	100
1925—26	82,1	..	5,9	2,2	4,2	—	4,4	1,2	—	100
1931	73,7	2,5	12,0	1,6	3,6	..	5,0	1,6	—	100
1932	71,8	3,2	12,0	1,4	4,5	..	5,6	1,5	—	100
1933	67,3	4,4	15,6	1,3	3,9	0,5	5,0	2,0	—	100
1934	63,2	6,2	17,2	1,2	4,2	0,4	5,2	2,4	—	100
1935	61,1	6,5	16,4	1,4	4,6	0,4	5,7	2,5	1,4	100
1936	60,2	7,9	15,0	1,6	5,0	0,4	6,6	2,7	0,6	100

Підсумуємо все число відвідувань у закладах амбулаторної допомоги і вирахуємо відповідні показники:

Таблиця 66

Число відвідувань в амбулаторних закладах в УРСР

Роки	1924—25	1925—26	1926—27	1927—28	1928—29	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Абсолютні числа у млн.	40,9	53,0	61,5	61,8	67,0	77,1	92,3	100,5	93,4	101,2	110,1	113,1
У % до попереднього року	—	130	116	100	108	115	120	109	93	108	109	103
Прийнявши вихідну дату за 100	100	130	150	151	164	189	226	246	229	248	270	277

113 млн. відвідувань (не включаючи відвідувань вдома й у зубних лікарів)! Вже одно це число досить свідчить про величезний обсяг допомоги, яка подається трудящим УРСР в амбулаторно-поліклінічних закладах.

Щоб порівняти пропускну спроможність лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів всіх типів з дореволюційною, наведемо відомості про їх пропускну спроможність ¹⁾ у 1914 і 1936 рр. (в тисячах відвідувань):

¹⁾ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. Москва 1936

Таблиця 67

Роки	Місто	Сільські місцевості	Разом
1914	7 618,2	1 3208,0	2 0826,2
1936	5 4848,7	1 8991,7	7 3840,4

Пропускна спроможність усіх закладів лікарської допомоги зросла в 3,5 рази. По містах цей ріст набув ще більших розмірів, а саме — в 7,2 рази.

На 1 жителя міст припадало ¹⁾ в 1933 р. — 7,7 відвідувань на рік, в 1936 р. показник цей збільшився майже у 1,5 рази, досягши 9,7. Зріс він для сільських жителів з 1,5 до 1,8*).

Показник відвідувань найбільший у містах Дніпропетровської області (в 1936 р. — 12,5), далі високі показники дають міста Харківської області, МАРСР, Київської, Одеської й Донецької областей (між 9 і 11). Відстають міста Чернігівської і Вінницької областей. Протягом часу з 1933 до 1936 р. нема такої області, де б показник цей значно не зріс. При чому збільшився відносний показник відвідувань як у лікарів, так і у середнього персоналу.

Таке саме зрушення відбулося й для жителів сільських місцевостей.

Жителі міст в переважній більшості випадків звертаються до лікарів (в 1936 р. приблизно в 4/5 випадків, або 81,4%). Близький до цього показник дає і 1933 р. Сільські жителі 1936 р. звертались до лікарів в 54% випадків. По окремих областях процент відвідувань у лікарів до загального числа відвідувань в 1935 р. був такий:

Таблиця 69

Області	Міськими жителями	Жителями сільських місцевостей	Разом
Київська	84,0	56,7	71,7
Чернігівська	88,4	52,3	63,4
Вінницька	86,9	48,5	60,0
Харківська	79,8	54,2	69,9
Дніпропетровська	85,9	56,5	75,7
Одеська	85,5	55,4	73,8
Донецька	75,1	48,1	70,2
МАРСР	89,9	66,4	75,9
По УРСР	81,4	53,9	70,9

¹⁾ Ураховані відвідування в усіх закладах амбулаторної допомоги, про які була мова. Не включені відвідування у зубних лікарів і відвідування вдома.

²⁾ При обчисленні показників доводилося користуватися цифрами населення 1933 р.

Припадає відвідувань на 1 особу в усіх закладах амбулаторної допомоги

— 267 —

О б л а с т і	зроблених у лікарів				зроблених у фельдшерів				зроблених у лікарів і фельдшерів									
	жителлями міста		жителлями сільських місцевостей		Разом		жителлями міста		жителлями сільських місцевостей		Разом							
	1933	1936	1933	1936	1933	1936	1933	1936	1933	1936	1933	1936						
Кілівська	5,5	8,2	0,7	0,9	1,5	2,0	1,2	1,6	0,5	0,7	0,6	0,8	6,7	9,7	1,3	1,5	2,1	2,8
Чернігівська	3,3	5,0	0,6	0,7	0,9	1,1	0,3	0,7	0,5	0,6	0,5	0,6	3,6	5,6	1,1	1,3	1,4	1,7
Вінницька	3,7	5,1	0,6	0,6	0,8	1,0	0,5	0,8	0,6	0,6	0,6	0,6	4,2	5,9	1,1	1,2	1,4	1,6
Харківська	6,2	8,5	0,8	0,9	1,9	2,5	1,9	2,2	0,7	0,8	0,9	1,1	8,1	10,7	1,5	1,7	2,8	3,5
Дніпропетровська	8,1	10,7	1,3	1,4	3,1	3,8	1,2	1,8	0,9	1,0	1,0	1,2	9,3	12,5	2,2	2,4	4,1	5,1
Одеська	6,0	8,1	1,3	1,4	2,6	3,3	1,0	1,4	0,9	1,1	0,9	1,2	7,0	9,5	2,2	2,5	3,6	4,5
Донецька	6,8	6,9	1,0	1,2	4,2	4,3	1,8	2,3	1,3	1,3	1,5	1,8	8,6	9,2	2,3	2,4	5,7	6,1
МАРСР	5,9	9,4	1,0	1,2	1,5	2,1	1,0	1,0	0,5	0,6	0,7	0,7	6,9	10,4	1,5	1,8	2,1	2,7
Разом по УРСР	6,3	7,9	0,9	0,9	2,1	2,5	1,4	1,8	0,7	0,8	0,9	1,0	7,7	9,7	1,5	1,8	2,9	3,5

Х. Допомога вдома

Допомога вдома складає важливу частину радянської системи охорони здоров'я. Її значення тим більше, що вона подається населенню у випадках порівнюючи більш серйозних захворювань, які позбавляють хворого змоги самому звернутися до поліклініки або амбулаторії і найчастіше вимагають ліжкового режиму. Особливо велике значення має цей вид допомоги для міських населених пунктів.

Порівнюючи сучасний стан цього виду допомоги з тим, який він мав у буржуазно-поміщицькій Росії, треба констатувати, що до Великої Жовтневої революції безплатна допомога вдома мала надзвичайно обмежений характер.

Допомогу цю розглядали, як особливий вид благодійності. Існувала вона тільки в поодиноких містах (Київ, Харків, Одеса) і подавалася лікарями „для бідних“ або „кураторськими пунктами“, що утримувалися міським самоврядуванням. Розмір допомоги ілюструє такий приклад. В м. Києві за 1911 р. зроблено було лікарями кураторських пунктів 9456 відвідувань. В 1936 р. в Києві зроблено було лікарями амбулаторно-поліклінічних закладів 910 392 відвідування вдома, себто в 96 разів більше. Допомога на селі, яка майже виключно провадилася земською медициною, була настільки невеликою, що навіть у дуже докладних працях, присвячених історії земської медицини¹⁾, не наведено відповідних показників.

Про загальний обсяг допомоги вдома й її зміни по роках свідчать наведені нижче цифри відвідувань (лікарями й середнім персоналом разом)

Таблиця 70

Рух відвідувань хворих вдома в УРСР

Роки	1924— 1925	1925— 1926	1926— 1927	1927— 1928	1928— 1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Абсолютні числа (в тис.) . .	2275	3192	3371	4153	4449	5633*)	—**)	5941	5651	6191	5670	8180
У % до попереднього року . . .	—	140	106	123	107	127	—	—	95	110	92	144
Прийнявши вихідну дату за 100	100	140	148	183	196	248	—	261	248	272	249	360

Обсяг допомоги вдома дуже зріс за цей час, випередивши навіть збільшення відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах. Важливо простежити, в якому співвідношенні знаходиться число відвідувань вдома до числа відвідувань у тих закладах амбулаторної допомоги, які подають допомогу вдома. Приймаючи число відвідувань в поліклініках, амбулаторіях

*) Маємо на увазі багатотомну працю з цього питання, виконану під редакцією С. Н. г у м н о в а.

***) Повних відомостей немає.

і фельдшерських пунктах разом за 100, матимемо такі показники відвідувань вдома:

1924— 1925	1925— 1926	1926— 1927	1927— 1928	1928— 1929	1930	1932*)	1933	1934	1935	1936
6,8	7,3	6,3	7,8	8,8	8,5	7,9	8,4	8,8	7,6	12,0

Цей показник виявляє значві коливання рік-у-рік, але не зважаючи на це, досить помітним є зростання питомої ваги відвідувань вдома. Обчисливши цей сáмий показник за періоди, що складаються з трьох років: 1) 1926—27 р. — 1928—29 р., 2) 1930, 1931, 1933 рр., 3) 1934—36 р., одержимо такі числа: 7,6, 8,2, 9,0. З цього треба зробити висновок, що зростають не тільки абсолютні числа відвідувань вдома, але також і їх питома вага в усій системі амбулаторно-поліклінічного обслуговування. Це свідчить про те, що медично-санітарні організації виявляють більшу активність в обслуговуванні хворого, не тільки приймаючи його тоді, коли він приходить до амбулаторії й поліклініки, але і відвідуючи його вдома частіше, ніж раніше.

Зіставляємо динаміку відвідувань вдома у містах з її динамікою в сільських місцевостях¹⁾.

Таблиця 71

Роки	Міста		Сільські місцевості	
	Абсолютні числа (у тис.)	у % до 1933 р.	Абсолютні числа (у тис.)	у % до 1933 р.
1933	3534	100	2117	100
1934	3865	109	2326	110
1936	5507	156	2673	126

В 1934 р. відвідування вдома зросли в містах і в сільських місцевостях майже однаково. Протягом наступного року рівень відвідувань вдома підвищся в містах значно більше, ніж у сільських місцевостях.

*) Цифри 1931 р. не повні.

¹⁾ По закладах НКОЗ, УЧХ і Укрпромсоюзкаси.

Динаміку допомоги вдома по областях за останні 4 роки показує така таблиця:

Всього відвідувань вдома ¹⁾ (в тис.)

Таблиця 72

Області	Міста			Сільські місцевості			Разом		
	1933	1934	1936	1933	1934	1936	1933	1934	1936
Київська	738	1166	1349	438	475	510	1176	1641	1859
Чернігівська	140	90	177	145	148	250	285	238	427
Вінницька	206	162	296	404	353	451	610	515	747
Харківська	923	720	1181	447	474	517	1370	1194	1698
Дніпропетровська	391	401	730	274	359	351	665	760	1081
Одеська	332	490	786	248	224	254	580	714	1040
Донецька	764	740	790	128	241	286	892	981	1076
МАРСР	40	38	57	33	47	51	73	85	108
По УРСР	3534	3807	5366	2117	2321	2670	5651	6128	8036

Від динаміки допомоги вдома перейдемо до питання про ступінь її кваліфікованості.

Таблиця 83

Із загального числа відвідувань вдома зроблено відвідувань лікарями (по закладах НКОЗ)

(у %)

Області	Міста		Сільські місцевості		Разом	
	1934	1936	1934	1936	1934	1936
Київська	91,2	83,2	56,8	31,1	81,2	68,9
Чернігівська	84,3	83,0	37,2	25,1	54,9	49,2
Вінницька	86,4	87,2	39,2	27,6	54,0	51,2
Харківська	93,8	94,3	31,3	24,5	68,9	73,1
Дніпропетровська	77,8	81,2	39,2	27,4	59,5	63,7
Одеська	83,7	84,9	55,9	34,8	74,9	72,6
Донецька	74,2	70,5	25,5	18,5	62,2	56,6
МАРСР	83,0	86,2	50,0	47,3	64,6	67,7
По УРСР	85,5	84,0	41,4	27,5	68,8	65,2

Допомога вдома по УРСР в цілому приблизно на 2/3 подається лікарями. В місті основним видом допомоги є лікарська допомога, — її роз-

¹⁾ Тільки по закладах НКОЗ.

мір становить понад 4/5 всієї допомоги вдома. В 1936 р. процент лікарської допомоги коливається по окремих областях від 75 до 94. На селі більш половини допомоги вдома зосереджено у фельдшерів. З 1934 р. по всіх областях спостерігається збільшення частки допомоги фельдшерів, що слід поставити у зв'язок з великим розгортанням на селі сітки фельдшерських пунктів.

Одним із видів допомоги вдома є родильна допомога. Слід зауважити що при сучасному стані речей родильна допомога, в основному, подається в стаціонарі, але в минулі роки значення родильної допомоги вдома було вище, ніж тепер, і навіть був час, коли родильна допомога вдома була основним видом родильної допомоги.

Подаємо обсяг родильної допомоги вдома:

Таблиця 74

Рух родильної допомоги вдома в УРСР

Роки	1925— 1926	1926— 1927	1927— 1928	1928— 1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Абсолютні числа (у тис.)	117,8	121,5	132,0	118,9	116,4	135,0	113,7	85,3	111,0*)	128,6	155,2
У % до загального числа випадків родильної допо- моги	52,5	48,2	46,4	41,6	39,9	38,5	36,2	38,1	35,4	31,2	25,4

XI. Рентгензаклади

Одна з рис медично-санітарної сітки УРСР, що різко її відрізняє від сітки дореволюційного часу, полягає у незрівнянно вищому ступені технічного озброєння. У дореволюційній Росії сітка рентгензакладів була зовсім незначною. За авторитетним свідченням проф. М. І. Неменова, на величезному просторі кол. Російської Імперії можна було нарахувати всього тільки декілька рентгенологів, і лише окремі клініки та лікарні мали рентгенкабінеги, та й ті були злиденно устатковані. Під час війни інтерес до рентгендосліджень трохи підвищився, і до нас було довезено із закордону певну кількість рентгенапаратів. Але наприкінці війни переважну їх більшість було зіпсовано. За відомостями А. Б. Шевелева, на час Жовтневої революції в Росії було коло 160 апаратів, з яких близько 2/3 довезено під час імперіалістичної війни. Вся рентгенапаратура була закордонного походження. Уже під час громадянської війни Країні Рад вдалося підняти технічну рентгенустаткованість на 25%. Для цього скористалися рентгенапаратурою, надісланою капіталістичними країнами, що призначалася для білих армій, і яка була захоплена нашою переможною Червоною Армією. До початку першої п'ятирічки рентгенустаткування на 90% поповнюється імпортною апаратурою. Починаючи з першої

*) Разом з допомогою, поданою персоналом акушерських пунктів.

п'ятирічки швидка індустріалізація країни, ріст її виробничої й технічної культури дозволили широко розгорнути виробництво вітчизняної рентгенапаратури в СРСР.

До 1927 р. відомості про число рентгенкабінетів маємо лише по сітці „Робітничої Медицини“. Треба гадати, що ця сітка зосереджувала переважну більшість рентгенапаратів. Цифри рентгенкабінетів „Робмеду“ змінювалися по роках так:

Число рентгенологічних кабінетів „Робмеду“ УРСР

1921—22	1922—23	1923—24	1924—25	1925—26
10	20	20	21	39

З 1927 року вже є відомості, що стосуються всієї сітки рентгенкабінетів:

Число рентгенкабінетів в УРСР

1.X 1927	1.X 1928	1.X 1929	1.I 1931	1.I 1932	1.I 1933	1.I 1934	1.I 1935	1.I 1936	1.I 1937
112	128	145	149	190	219	246	302	433	524

Такі є звітні відомості. Треба, проте, зауважити, що вони значно применшені, принаймні, за час до 1.I 1936 р. Наприкінці 1935 р. проведений був перепис рентгензакладів і рентгенустаткування. Він виявив лише в містах і селищах міського типу по закладах НКОЗ 429 рентгенапаратів, тим часом як за звітними відомостями майже на той самий час, а саме — на 1.I 1935 р. їх було в містах всього 257; таким чином, недооблік досягав 172 апаратів, або 40% їх загального числа.

Виходить, що для одержання справжнього числа, треба цифри, показані в звітах, збільшити приблизно в 1,7 раза. Лише після остаточного закінчення перепису і з'ясування числа всього рентгенустаткування цифри річних звітів мають правдоподібний характер. Якщо вважати цифри річних звітів на 1.I 1937 р. досить повними, то за останні два роки число апаратів ще збільшилося на 17,3%; коли ж припустити і на цю дату певний недооблік, то збільшення досягне ще більшого розміру.

Беручи це на увагу, використаємо хоча б в найменшому обсязі той матеріал, який дає перепис для характеристики рентгенсправи в УРСР.

На дату перепису маємо число міст і селищ міського типу, в яких були рентгензаклади, по областях, показане на (табл. 75 с. 273).

Низький процент числа міст і селищ міського типу в Донбасі, які мають рентгенапаратуру, пояснюється специфічним характером міських селищ Донецької області: це переважно хоч і промислові селища, але розміром своїм невеликі селища.

Таблиця 75

	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР
Число міст, в яких були рентгенапарати	19	14	15	27	19	9	40	5
% міст, в яких були рентгенапарати до загального числа міст	56	60	71	68	76	44	32	100

Із загального числа міст і міських селищ приблизно половина (49,8%) мала рентгензаклади. Великі й середні міста з населенням понад 50 тисяч всі мали рентгензаклади. З інших міст і міських населених пунктів:

з населенням до 20 тис.	Індустріальні міста	мали рентгензаклади	26,2%
"	"	неіндустріальні "	34,9%
від 20 до 50	"	індустріальні "	100,0%
	"	неіндустріальні "	88,9%

Приблизно $\frac{3}{5}$ міст мали по одному рентгенапарату, приблизно $\frac{1}{4}$ мали 2-3 апарати й лише приблизно $\frac{1}{7}$ —більше 3 апаратів. На рентгенапарат припадає в середньому 12,3 тис. міського населення.

Переважає більшість рентгензакладів і рентгенапаратів перебували в системі НКОЗ (81,4 всіх рентгензакладів і 83,5 всіх рентгенапаратів). З усіх закладів НКОЗ амбулаторного і стаціонарного типу, що перебували в містах, 22% були забезпечені рентгенапаратурою, при чому із стаціонарних—35,2%, а з амбулаторно-поліклінічних—тільки 14,5. Цей факт відбиває колишню настанову постачати рентгенапарати переважно стаціонарним закладам. Рентгенапаратами забезпечені були насамперед великі заклади. Це має своїм наслідком те, що коли урахувати процент відвідувань у закладах, які мають рентгенапаратуру, до загального числа відвідувань, то він буде значно вищий, а саме—дорівнюватиме 41,1; але по стаціонарних закладах процент ліжок у закладах з рентгеном буде вищий, а саме—59,9%. Треба взяти на увагу, що коли в закладі навіть і нема рентгенкабінету, то його можуть обслужити рентгенапаратури інших закладів. Якщо урахувати й такі заклади, то вийде, що в міських селищах 59,8% закладів амбулаторно-поліклінічного типу так чи інакше обслуговуються рентгеном. Число відвідувань у цих закладах становить 77,9% всього числа відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах.

По окремих областях частка закладів, обслужених рентгеном, і число відвідувань і ліжок у них наведено в табл. 76 (с. 274).

З цієї таблиці випливає, що зазначена вище особливість міських селищ Донбаса та недостатня увага НКОЗ до Донбаса приводила до того, що амбулаторні заклади цієї області менше обслуговуються рентген-

Таблиця 76

Області	% закладів амбулаторної допомоги, обслугованих рентгеном (свого закладу чи іншого)	% відвідувань у цих закладах до загального числа відвідувань	% станціонерів, обслугованих рентгеном	% ліжок у них до загального числа ліжок
Київська	63,4	78,0	74,0	89,3
Чернігівська	60,4	65,3	68,0	88,6
Вінницька	58,3	76,5	81,9	90,6
Харківська	60,4	74,8	67,1	74,2
Дніпропетровська	88,9	93,5	85,6	79,1
Одеська	62,3	83,9	60,4	83,0
Донецька	40,8	66,9	62,8	80,5
МАРСР	100,0	100,0	100,0	100,0

кабінетами, ніж відповідно заклади всіх інших областей УРСР, крім Чернігівської.

Використовуючи повніше пропускну спроможність наявної рентгенапаратури УРСР, можна було б забезпечити¹⁾ трудящих діагностичними процедурами кругло на 50%.

Отже, не зважаючи на величезне зростання рентгенапаратури за останні роки, потрібен ще великий її дальший ріст. Треба також мати на увазі, що протягом останніх двох з лишком років число рентгенапаратів зросло ще на 15—20%.

Переходячи до роботи рентгензакладів, зазначимо, що рентгенапаратура в УРСР використовувалась далеко не повно. Це залежить від декількох факторів, а саме: поперше, від того, що працювала лише частина наявної рентгенапаратури, подруге, що завантаження наявної рентгенапаратури було неповним. По УРСР не працювало на час перепису 16,3% всіх рентгенкабінетів. Причина цього найчастіше полягала в некомплектності устаткування (33,5%). Ця кількість рентгенкабінетів не працювала тому, що перебувала у стадії організації,—приблизно $\frac{1}{4}$ всіх рентгенкабінетів (25,8%), через відсутність фахівців—приблизно $\frac{1}{3}$ частини усіх випадків. З тих кабінетів, які працювали, переважна більшість працювала менше число днів і відпускала на день менше процедур, ніж слід було. Навіть, коли на час відпустки лікаря кабінет закривають, він повинен працювати 262 дні. В середньому ж число днів функціонування рентгенкабінетів по УРСР становить лише 223.

Причина непевного числа днів роботи — некомплектність устаткування, перебої в електропостачанні, плинність персоналу й, нарешті, неправильна організація постачання хворих.

¹⁾ За нормами Центрального інституту рентгенології при однозмінній роботі сітки.

Протягом 1933 р. відпущено було всього 1,3 млн. процедур, з яких 41,9% припадало на заклади амбулаторної допомоги. З усього числа процедур приблизно $\frac{6}{7}$ (85,9%) становили діагностичні процедури, решту — терапевтичні. Майже $\frac{2}{3}$ із діагностичних процедур (62,8%) — це просвітлювання, решта — знімки.

В середньому, в одному кабінеті зроблено 4,5 тис. процедур. Зокрема в кабінетах при закладах амбулаторної допомоги—4,6 тис.

Після короткого використання відомостей перепису рентгенакладів, скористаємося новішими відомостями про рентгенапаратуру областей УРСР.

Таблиця 77

Число рентгенапаратів УРСР на 1.І 1937 року ¹⁾

Області Місцевість	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	УРСР
	Місто	81	14	27	109	69	74	88	7	469
Сільські місцевості	13	2	2	11	12	8	5	2	55
Разом	94	16	29	120	81	82	93	9	524

Для обслуговування сітки рентгенакладів потрібна була достатня кількість лікарів-рентгенологів. Загальне їх число по УРСР таке:

Число рентгенологів в УРСР

На 1.X 1928	На 1.І 1934	На 1.III 1935	На 1.І 1936	На 1.І 1937
139	273	287	310	416

Отже протягом цього часу з початку першої п'ятирічки число лікарів-рентгенологів зросло в 3,2 раза, значно швидше, ніж загальне число лікарів по УРСР.

Але треба відзначити, що й цього числа лікарів ще не досить для ефективного обслуговування всіх рентгенкабінетів. Число фізичних осіб було менше не тільки числа штатних посад, але й числа кабінетів. Це привело до того, що на 1 фізичну особу лікаря-рентгенолога під час перепису медично-санітарних закладів припадало в середньому 1,7 штатних посади і 1,3 кабінета.

XII. Фізіотерапевтичні заклади

Фізіотерапевтична справа дореволюційного часу стояла на дуже низькому рівні. Майже всі фізіотерапевтичні заклади зосереджені були в великих містах і належали приватним особам, для яких вони були джерелом прибутку.

¹⁾ Відомості подано по закладах НКОЗ, УЧХ і Укрпромсоюзкаси.

Обслуговували ці заклади майже виключно велику й середню буржуазію і чиновництво. Відомості про число фізіотерапевтичних закладів в УРСР за післяреволюційний час маємо, починаючи з 1922 р., але до 1.Х 1927 вони стосуються виключно тієї частини сітки, яка перебувала у видавні „Робмеду“. Цифри ці такі:

Число фізіотерапевтичних закладів „Робмеду“

Роки	1922	1923	1924—25	1925—26	1926—27
	7	5	12	34	53

Отже, навіть згідно з цими неповними відомостями час з 1922 до 1927 р. характеризується безперечним зростанням числа фізіотерапевтичних закладів, хоча їх сітка наприкінці 1927 р. була ще незначна.

Перший (1925 р.) і другий з'їзди фізіотерапевтів, на яких знайшла відбиток думка про важливе терапевтичне й профілактичне значення фізіотерапії, висунули ряд питань не тільки терапевтичного, але й організаційного характеру. Ці з'їзди, як і Перша всесоюзна конференція в справі планування охорони здоров'я і робітничого відпочинку, підкреслили роль фізичних методів у зміцненні і збереженні здоров'я трудящих, у поновленні зниженої і втраченої працездатності.

Фізичні методи широко використовуються саме в період індустріалізації країни і набувають виключної актуальності, бо застосування цих заходів має найефективніше оздоровче значення.

Сучасна радянська медична думка збагачує арсенал фізіотерапевтичних засобів запровадженням коротких та ультракоротких хвиль, як могутнього лікувального фактора¹⁾.

Взявши на увагу ці міркування, зрозуміємо швидкий розвиток фізіотерапевтичної сітки, що ілюструється такими цифрами фізіотерапевтичних закладів (як самостійних, так і в складі інших закладів):

Число фізіотерапевтичних закладів

1.Х 1927	1.Х 1928	1.І 1931	1.І 1932	1.І 1933	1.І 1935	1.І 1936	1.І 1937
80	99 *)	128	148	172 *)	220	256 *)	383

¹⁾ Наприклад, застосування ультрафіолетового проміння у початкових стадіях грипу обриває це захворювання. Таким чином, фізіотерапевтичні методи дають великий ефект у боротьбі з одним із найбільш поширених захворювань, що часто загрожує серйозними ускладненнями і займає одно з перших місць, як причина тимчасової непрацездатності. Велика частина інших захворювань як хронічних, так і гострих теж добре піддається новій фізіотерапії.

^{*)} Відомості на 1.Х 1929 і на 1.І 1934 р. не повні, вони стосуються лише фізіотерапевтичних закладів у складі інших закладів: їх було 98 на 1.Х 1929, 393 — на 1.І 1934. На 1.І 1936 р. у видавні УЧХ нібито не було фізіотерапевтичних закладів. Це викликає сумнів.

Звітні відомості про числа фізіотерапевтичних закладів, зазначені до 1.I 1936 р., чимало применшені. В цьому можна перекоонатися, порівнюючи число фізіотерапевтичних закладів у місті за звітними відомостями на 1.I 1935 р. з відповідними даними перепису фізіотерапевтичних закладів, проведеному на кінець 1934 р. За переписом в містах і міських селищах цих закладів налічувалось у віданні НКОЗ 277, за звітними даними фізіотерапевтичних кабінетів (у віданні НКОЗ) було лише 182.

Отже, недооблік фізіотерапевтичних кабінетів досягав 35 або 16,1% загального їх числа. Для того щоб одержати справжнє число фізіотерапевтичних закладів, треба збільшити зазначену у звіті кількість приблизно на 19%. Відомості на 1.I 1936 р. і на 1.I 1937 р., як треба гадати, уже урахують виявлені під час перепису фізіотерапевтичні заклади і значно наближуються до справжнього числа закладів цього типу.

З часу перепису числа фізіотерапевтичних закладів у містах і селищах міського типу збільшилося на 35%.

З огляду на це, відомості на фізіотерапевтичні заклади значно менше відбивають сучасний стан фізіотерапевтичної справи, ніж відомості перепису рентгензакладів, і мають переважно історичне значення. Через це використовуємо їх меншою мірою, ніж відомості про рентгензаклади.

На час перепису з усіх селищ міського типу приблизно $\frac{1}{8}$ (33,6%) мали рентгенкабінети, при чому рентгенкабінети були в усіх без винятку містах з населенням понад 50 тисяч. Із загального числа міських селищ з фізіотерапевтичними кабінетами майже всі (97,1%) мали світло й електрокабінети, приблизно $\frac{4}{5}$ (82,7%) — теплолікування, коло половини (46,1%) — водолікувальні й приблизно $\frac{1}{7}$ (14,4%) — грязелікувальні.

Заклади амбулаторного типу з великим числом відвідувань значно частіше мали фізіотерапевтичні кабінети.

Це привело до того, що хоча лише 18,2% закладів амбулаторного типу мали фізіотерапевтичні кабінети, але на частку цих закладів припадало 45,9% відвідувань. Але певні заклади обслуговуються фізіотерапевтичними кабінетами інших закладів. Урахувавши й їх, одержимо процент закладів, що так чи інакше обслуговуються фізіотерапевтичними кабінетами: він дорівнює 25,8; на ці заклади припадає 55,3% відвідувань. Крім того, певні заклади, хоча й не мають справжнього кабінету, але користуються окремим фізіотерапевтичним приладдям.

Взявши й їх на увагу, одержимо 35,8% відповідних закладів, які будь-якою мірою обслуговуються фізіотерапевтичним приладдям і на яке припадає 71% всіх відвідувань.

Заклади стаціонарного типу обслуговуються порівнюючи нижче фізіотерапією, ніж заклади амбулаторного типу. Лише 34,8% ліжок припадає на заклади з фізіотерапевтичним обслуговуванням.

Середнє число днів роботи за 1933 р. для водолікувальних відділів становило 205, для теплолікувальних — 255, для світлолікувальних — 254, для електролікувальних — 253, для грязелікувальних — 219.

Доводиться констатувати, що середнє число днів роботи на рік є надто малим.

Протягом 1933 р. відпущено було разом 9,4 млн. процедур, з них 4,1 млн. припадали на заклади амбулаторної допомоги, 1,2 — стаціонарної, 2,8 — на спеціальні фізіотерапевтичні інститути й лікарні, решта — на санаторії.

З усіх процедур приблизно $\frac{1}{3}$ становила електролікувальні (33,9%), приблизно $\frac{1}{5}$ — водолікувальні (21,9%) і світлолікувальні (20,1%), приблизно $\frac{1}{6}$ — теплолікувальні (17,4%) і лише незначна частка припадала на грязелікувальні (6,7%).

По областях УРСР фізіотерапевтичні заклади розташовані були так:

Таблиця 78

Фізіотерапевтичні заклади на 1.І 1937 р.

Області	Самостійні			У склад інших закладів			Усіх фізіотерапевтичних закладів		
	Міста	Сільські місцевості	Разом	Міста	Села	Разом	Міста	Села	Разом
Київська	8	—	8	56	13	69	64	13	77
Чернігівська	2	—	2	11	2	13	13	2	15
Вінницька	1	1	2	26	3	29	27	4	31
Харківська	4	—	4	63	3	66	67	3	70
Дніпропетровська	6	—	6	41	4	45	47	4	51
Одеська	4	—	4	56	6	62	60	6	66
Донецька	8	—	8	52	3	55	60	3	63
МАРСР	3	—	3	4	3	7	7	3	10
По УРСР	36	1	37	309	37	346	345	38	383

Зростання числа фізіотерапевтичних закладів вимагало збільшення числа лікарів цього фаху. Число це по системі НКОЗ УРСР зросло з 64 на 1. X 1928 р. до 213 на час перепису медичних кадрів (на 1. III 1935 р.) тобто в 3,3 раза, в той час як загальне число лікарів за цей самий час зросло лише в 1,8 раза. Число лікарів (не тільки системи НКОЗ, а й усіх систем і при тому всіх лікарів, які тільки працюють у фізіотерапевтичних закладах на час перепису) фізіотерапевтичних закладів було таке:

Таблиця 79

Число фізіотерапевтів в УРСР

Області	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	Усього
Всього	89	12	26	84	48	76	52	5	292
З них працюють в кількох закладах	63	11	25	57	38	64	38	5	207

Переважає більшість лікарів фізіотерапевтів (77%) не обмежується працею в одному закладі. Велике число сумісників впливає з великої потреби в цих фахівцях. Дуже характерно, що з 392 лікарів переважна більшість почала працювати у фізіотерапії нещодавно. Лише 73, або 19% цього числа, працюють у цій галузі понад 10 років. Це вказує на те, що комплектування переважної більшості фізіотерапевтичних кадрів почалося інтенсивно провадитися лише протягом останніх 10—12 років.

ХІІІ. Зуболікувальні заклади

До Великої Жовтневої революції обсяг зуболікувальної допомоги населенню був незначний. Це видно з того, що на території сучасної УРСР на 10.ІІІ 1911 р. було всього 351 зубний лікар, з яких переважна більшість жила у великих містах і містах середнього розміру. Дійсно, з цього числа лікарів 278, або 77,2%, були зосереджені в містах з населенням понад 20 тисяч і лише 73—мали своїм постійним місцеперебуванням невеликі міста й сільські місцевості. До того ж зубні кабінети були приватною власністю й зуболікувальну допомогу могли одержати лише заможніші верстви населення. Для робітників і селян ця можливість була надто обмеженою.

Зіставимо кількість зубних лікарів дореволюційного часу з відповідними даними на початок першої п'ятирічки.

Таблиця 80

Число зубних лікарів

Області / Дати	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	УРСР
Ю.ІІІ 1911 р. ¹⁾	112	11	9	83	80	32	23	1	351
І.Х 1928 . . .	308	85	194	287	114	172	194	16	1369

Число зубних лікарів зросло особливо там, де раніш їх була зовсім незначна кількість, а саме — в МАРСР, в областях Вінницькій, Чернігівській, Донецькій.

Протягом дальшого часу чимраз більшу роль відіграють стоматологи, тобто зубні фахівці з вищою медичною освітою.

Треба зауважити, що починаючи з 1.І 1935 р. відомості стосуються тільки установ НКОЗ, тим часом як попередні—включають також і персонал інших відомств (напр. УЧХ, Укрпромсоюзкаси). Порівнювати можна лише окремо відомості на перші три дати й окремо на останні три.

Протягом останніх років число стоматологів, ще не велике на початку першої п'ятирічки, потім швидко йде вгору. Число зубних лікарів зростає значно лише протягом першої п'ятирічки; далі воно змінюється мало, при чому окремі роки дають навіть деяке зменшення. Це явище пояснюється тим, що велика частина зубних лікарів набула вищої кваліфікації й перейшла до категорії стоматологів.

¹ На 10.ІІІ 1911 і 1.Х 1928 взято територію, що відповідає території адміністративного поділу першої половини 1937 р.

Поруч з тим загальне число стоматологів разом із зубними лікарями за всі роки, які можна порівнювати, значно збільшується.

Таблиця 81

Рух зубних фахівців в УРСР

	На 1.X 1928	На 1.I 1933	1934	На 1.I 1935	На 1.I 1936	На 1.I 1937
Стоматологи	119	807	1178	1259	1371	1601
Зубні лікарі	1369	1772	1207	831	817	922
Разом	1488	2579	2385	2090	2198	2523

За динамікою числа зубних каб. в УРСР дають змогу простежити такі числа (що стосуються як самостійних зубних закладів, так і зубкабінетів у числі інших закладів):

1. X 1927	1.X 1928	1.X 1929	1.I 1931	1.I 1932	1.I 1933	1.I 1934	1.I 1935	1.I 1936	1.I 1937
885	923	1138	1139*)	1278	1442	1411	1451	1510	1557

Як зростала сітка зубних лікувальних закладів по окремих областях показує така таблиця:

Таблиця 82

Загальна кількість зуболікувальних закладів
(самостійних і в складі інших закладів)

Області	М і с т а		Сільські місцевості		Р а з о м	
	1.I 1934	1.I 1937	1.I 1934	1.I 1937	1.I 1934	1.I 1937
Київська	188	228	133	137	321	365
Чернігівська	42	40	28	34	70	74
Вінницька	69	86	144	108	213	194
Харківська	202	204	82	99	284	303
Дніпропетровська	105	98	58	55	163	153
Одеська	86	99	84	101	170	200
Донецька	139	188	24	37	163	225
МАРСР	19	23	8	10	27	33
• По УРСР	850	966	561	581	1411	1547

*) Відомості на 1.I 1931 не повні.

Обсяг роботи зубних кабінетів виявляють такі числа відвідувань у них:

Число відвідувань зубних закладів в УРСР
за даними звітів
(в тисячах)

1928—28	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
6681	6853	7174	7615	7499	8361	9214*)	9824

XIV. Ясельне обслуговування

Ясельне обслуговування — одна з важливіших складових частин роботи Охорони материнства і дитинства. Ясла — поширений заклад, який увійшов у радянський побут. До Великої Жовтневої революції на території сучасної УРСР було всього двоє постійних ясел на 80 ліжок¹⁾. Ясельна справа майже обмежувалася сезонними яслами, що існували короткий час (з 1897 р. до 1905 р. і потім з 1914 р.) в окремих губерніях (Харківській, кол. Катеринославській, Полтавській) і яких нараховувалося кілька десятків. Суворая реакція, що настала після революційного руху 1905 р., припинила ті невеликі початки ясельної справи, які були висунуті окремими земствами. На території сучасної УРСР нараховувалося в 1914 р. всього тільки 1264 місця в яслах. Але ці жалюгідні заклади щодо завдань, які ставили до них, і щодо якості обслуговування дітей ніяк не можна навіть назвати яслами в нашому розумінні. На харчування дитини витрачалося 5—7 копійок на добу, помешкання було тісне, діти спали на підлозі, посуду не вистачало, догляд був недостатній, медичний контроль та медична допомога були відсутні. З цього випливає, що якісний стан справи, не кажучи вже про кількісні показники, не мав нічого спільного з сучасною постановкою справи. Працювали ясла протягом літа дуже недовгий час — коло місяця.

За радянської влади ясельна справа набула винятково великого значення. Це знайшло численні відображення і в різних державних актах. Про це ще краще свідчить гігантський розвиток ясельної сітки.

Постанова ЦВК і РНК СРСР від 27. VI 1936 р. зазначає, що „В жодній країні в світі жінка, як мати і громадянка, на якій лежить великий відповідальний обов'язок народження й виховання громадян, не користується такою пошаною й захистом закону, як в СРСР“²⁾.

Ідучи назустріч численним побажанням трудящих жінок, ця постава фіксує й поширює всі потрібні умови для виконання цих почесних обов'язків жінки. Зокрема цілий розділ в ній присвячений ясельній справі. В ньому зазначено, що треба подвоїти існуючу сітку ясельних ліжок; постанова передбачає навіть велике збільшення числа ясельних ліжок,

*) Відомості приблизні, оскільки число відвідувань по закладах Укрпромсоюзкаси обчислено (взято по 89 тис.).

¹⁾ В Харкові 1 на 50 ліжок і в Житомирі 1 на 30 ліжок. Перебували у віданні фінансової організації, що мала гучну назву „Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества“.

²⁾ Вопросы материнства и младенчества изд. НКОЗ РСФСР, № 7, 1936, с. 1.

порівнюючи з первісним планом розширення сітки, наміченим на другу п'ятирічку.

Постанова уряду дає директиву подвоїти існуючу ясельну сітку. Наведемо відомості про те, яка ясельна сітка існувала в УРСР на рік постанови й перед постановою.

Відомості про число постійних ясел у 1923 і 1924 р. не повні. По закладах так званої „Робітничої Медицини“ їх було в 1923 р. 10, в 1924 р.—17. Сезонних ясел було: 1921 р.—46, 1922 р.—123, 1923 р.—266, в 1924 р.—426.

За дальші роки спостерігаємо бурхливий ріст числа як постійних, так і сезонних ясел:

Таблиця 83

Рух ясел

Дати	Число постійних ясел	У них місць	Число сезонних ясел	У них місць
1. X 1925	159	5174	—	—
1. VII 1926	201	6970	—	—
1. X 1927	188	7240	1124	34 544
1. X 1928	226	8311	1434	43 404

Порівняймо ясельну сітку на 1. X 1928 р. з сіткою на 1. I 1937 р. по областях:

Таблиця 84

Області	Постійні ясла				Сезонні ясла			
	Число ясел		У них місць		Число ясел		У них місць	
	На 1. X 1928	На 1. I 1937р.	На 1. X 1928	На 1. I 1937 р.	На 1. I 1928	На 1. I 1937р.	На 1. I 1928	На 1. I 1937 р.
Київська	44	413	1400	13 098	288	4385	8 408	158 748
Чернігівська	6	83	191	2771	132	2621	4 034	99 154
Вінницька	13	248	310	6063	184	3432	5 446	171 000
Харківська	42	299	1631	11 898	378	5874	11 552	180 904
Дніпропетровська	23	824	1373	29 876	189	4250	6 394	125 750
Одеська	36	413	1571	14 640	93	3649	2 567	118 300
Донецька	62	514	2005	18 483	137	2195	4 098	59 700
МАРСР	—	101	—	2 471	30	669	905	26 400
По УРСР	226	2925	8311	99 300	1434	27075	43 404	936 300

Число постійних ясел збільшилося за першу п'ятирічку й чотирі роки другої приблизно в 13 раз, число ліжок в них — в 21 раз.

Число сезонних ясел за цей період зросло в 19 раз, число ліжок в них в 22 рази.

По роках це зростання відбувалося так:

Таблиця 85

Рух ясел в УРСР

Дати	Число постійних ясел	У них місць	Число сезонних ясел	У них місць
1.X 1929	306	11 652	2023	65 205
1.I 1931	422	20 290	..	..
1.I 1932	1094	52 731	17 678	754 203
1.I 1933	1579	82 138	19 119	1 101 235
1.I 1934	2092	101 158	27 233	1 894 534

Ясла відіграють величезну роль у житті країни, дуже полегшуючи для жінки-матері можливість приймати активну участь у господарському, політичному й громадському житті країни. Зокрема велика роль їх на селі в колективізованих господарствах, де вони є могутньою підмогою, що здійснювала перебудову старого побуту на новий, соціалістичний.

Тим то, зрозуміло, найбільше піднесення числа сезонних ясел припадає на часи колективізації країни.

Відомості з 1934 р. не порівнювані з відомостями за попередні роки, бо в яслах, які перебували у віданні НКОЗ, була значна кількість дітей старших за 4 роки (віку дитячих садків). У дальші роки в зв'язку з поширенням сітки дитячих садків діти цього віку обслуговуються останніми в системі Наркомосвіти.

Таблиця 86

Динаміка ясел за останні роки

	Постійні ясла		Сезонні ясла	
	Число ясел	У них місць	Число ясел	У них місць
1.I 1935	1983	86 231	22 689	1 179 687
1.I 1936	1889	72 867	26 258	1 117 563
1.I 1937	2925	99 300	27 075	936 599

По областях постійні ясла розподілялися за ці роки згідно з табл. 87. В сезонних яслах кількість дітоднів, проведених дітьми в 1936 р., досягає величезного числа 84,2 млн. Середнє число дітоднів, яке припадало на 1 місце в сезонних яслах, в 1936 р.—90, в 1937 р.—88.

Ці числа можна оцінити, пригадавши, що в дореволюційній Росії сезонні ясла функціонували лише приблизно 1 місяць.

Для постійних ясел на 1 місце припадало за час з 1933—1936 рр. по 100—250 дітоднів на рік.

Сітка постійних ясел

О бласті	Міста			Сільські місцевості												Разом					
	Число ясел			У них місць (в тисячах)				Число ясел				У них місць (в тисячах)				Число ясел			У них місць (в тисячах)		
	1.1 1935	1.1 1936	1.1 1937	1.1 1935	1.1 1936	1.1 1937	1.1 1935	1.1 1936	1.1 1937	1.1 1935	1.1 1936	1.1 1937	1.1 1935	1.1 1936	1.1 1937	1.1 1935	1.1 1936	1.1 1937			
Київська	127	131	152	5,4	5,2	6,5	216	177	261	5,6	4,7	6,6	343	368	413	11,0	9,9	13,1			
Чернігівська	59	44	48	1,4	1,6	1,8	22	21	35	0,6	0,5	1,0	61	65	83	2,0	2,1	2,8			
Вінницька	65	68	73	2,2	2,1	2,4	80	63	175	2,3	1,7	3,6	145	131	248	4,5	3,8	6,0			
Харківська	118	126	150	8,5	7,2	8,4	166	89	149	5,8	2,4	3,5	284	215	299	14,3	9,6	11,9			
Дніпропетровська	128	127	123	8,5	8,9	8,9	243	269	701	10,1	9,2	21,0	371	396	824	18,6	18,1	29,9			
Одеська	69	73	83	5,6	3,8	4,1	235	239	360	8,5	7,7	10,6	304	312	443	14,1	11,5	14,7			
Донецька	315	319	348	17,0	13,6	14,4	101	73	166	3,2	2,0	4,1	416	392	514	20,2	15,6	18,5			
МАРСР	28	28	24	0,6	0,8	0,6	31	42	77	0,9	1,5	1,8	59	70	101	1,5	2,3	2,4			
По УРСР	889	916	1001	49,2	43,2	47,1	1094	973	1924	37,0	29,7	52,2	1983	1889	2925	86,2	72,9	99,3			

Про обсяг загальної роботи ясел свідчить кількість дітоднів, проведених дітьми в яслах.

Подаємо ці відомості для постійних ясел в мільйонах дітоднів:

1925—26	1,2	1932	19,7
1926—27	1,4	1933	24,3
1927—28	1,7	1934	20,0*)
1928—29	2,1	1935	18,0
1930	2,3	1936	20,3

* * *

Закінчуючи огляд позалікарняної допомоги намітимо основні зрушення, що сталися в цій справі протягом двадцяти років диктатури пролетаріату.

Насамперед відбулося зростання числа медично-санітарних закладів, збільшення їх пропускної спроможності й, як наслідок цих двох процесів,— величезне піднесення всього обсягу позалікарняної допомоги. Але не тільки кількісне збільшення обсягу роботи тих видів закладів, які існували й раніш, хоч і в обмеженому числі й з меншою спроможністю, характеризує радянську систему позалікарняної допомоги. Там, де за буржуазно-поміщицького ладу було порожнє місце, радянська охорона здоров'я створила нові види медичних закладів, спеціалізувавши медичну допомогу, широко розгорнувши роботу закладів боротьби з найбільш важливими соціальному відношенні захворюваннями, а саме — туберкульозом, раком, венеричними захворюваннями, організувавши міцну сітку санітарно-епідемічних закладів, спрямованих до зниження рівня епідемічних захворювань і їх ліквідації, заснувавши густу сітку закладів охорони материнства, дитинства й підлітків — консультацій, молочних кухонь, ясел. Нарешті, підведено було міцну технічну базу зокрема під ті заклади, які її найбільше отребують, як рентгензаклади, фізіотерапевтичні заклади, завдяки чому радянська діагностика й радянська терапія збагатилися на нові, могутні засоби боротьби за здоров'я трудящих.

Характерною новою рисою позалікарняної допомоги в містах є її загальнодоступність, тобто якраз те, чого бракувало дореволюційній позалікарняній допомозі.

Другою характерною рисою є те, що ця медична допомога є переважно допомогою кваліфікованою й спеціалізованою. На промислових підприємствах засновані численні заклади, які мають своїм спеціальним владанням подавати першу допомогу й оздоровляти умови праці та пошту.

На селі розвиток медично-санітарної сітки наблизив медичну допомогу до населення в буквальному розумінні цього слова. Високого ступеня поширення на селі й ще більше у місті набула також допомога жінкам.

*) З 1934 р. до числа сезонних ясел, що перебувають у віданні НКОЗ, не приймають дітей віку дитячих садків, через те нібито маємо зменшення числа дітоднів.

Але поруч з досягненнями маємо й певні хиби, які виникли з вини насамперед органів охорони здоров'я й були відзначені партією й урядом. Найголовніші з них стосуються справи підготовки медичних кадрів, зокрема лікарів. Через недостатню увагу до цієї справи зростання медично-санітарної сітки випередило зростання кадрів, тому то й відчувається дефіцит у медичних кадрах, особливо на селі.

Далі Наркомати охорони здоров'я не забезпечили правильного розставлення кадрів, допустивши надмірне зосередження у містах за рахунок недостатнього забезпечення в сільських місцевостях. Виключна увага партії й уряду до справи охорони здоров'я дозволили виявити ці хиби у підготовці кадрів і вжити потрібних заходів до їх виправлення.

Величезні досягнення радянської системи позалікарняної допомоги, як і взагалі всієї радянської охорони здоров'я, є одним з проявів сталінського піклування про людину, про її здоров'я, є втіленням в життя однієї з найглибших думок про цінність людини, висловленої великим генієм людства: „з усіх цінних капіталів, які є в світі, найціннішим і найвирішальнішим капіталом є люди, кадри“¹⁾

XV. Основні кадри медично-санітарних закладів

В нашому огляді сітки закладів та її діяльності залишилося невисвітленим питання про кадри. Тим часом справа про кадри є найважливішою справою, бо „кадри вирішують все“²⁾.

Почнемо з лікарських кадрів. Дореволюційні дані³⁾ розповідають нам, що із 4726 лікарів на території, яка відповідає сучасній УРСР, на 10. II 1911 р. 3933 працювали у цивільних лікувальних закладах (крім залізничних і тюремних) і займалися приватною практикою. Решта лікарів працювала у військових закладах або обслуговувала військові частини, в закладах залізничного транспорту, в тюремних лікарнях. Нарешті, є невелика група, про яких в „Списку“ або зазначено, що вони працюють на посадах немедичного характеру (наприклад, „мирової судья“), або зовсім не зазначено, до якої з категорій їх треба віднести. Оскільки ця невелика частина лікарів, треба думати, взагалі не займалася медичною роботою, ми їх не включаємо до числа лікарів, за яким обчислюється відносний показник лікарського обслуговування населення. Таксамо до цього числа не увійшли військові, залізничні, тюремні лікарі. Так зроблено з метою надати нашим даним певної порівнюваності, бо згадані лікарі обслуговують досить замкнені категорії населення й до звітів НКОЗ пізнішого часу не включаються (за винятком звітів до 1927—28 р., де їх зазначено окремо).

За дореволюційні часи показник цей був зовсім мізерної величини.

¹⁾ Промова тов. Сталіна в Кремлівському Палаці на випуску академіків Червоної Армії 4 травня 1935 р., Партвидав ЦК КП(б)У, 1937, с. 8.

²⁾ Ibidem., с. 7.

³⁾ Їх уміщено у виданні „Російський Медичинський список“.

Таблиця 88

Кількість лікарів на 10 000 душ населення

Області	На 10. III 1911 р.	На 1.X 1928 р.	На 1. III 1937 р.
Київська	1,5	3,5	6,4
Чернігівська	0,6	1,9	2,6
Вінницька	0,7	2,0	2,6
Харківська	1,6	3,9	7,8
Дніпропетровська	1,1	3,6	7,0
Одеська	2,9	4,1	7,3
Донецька	0,8	4,5	6,0
МАРСР	0,8	2,2	3,8
По УРСР	1,3	3,4	5,8

По території сучасних чотирьох областей та МАРСР на 10 000 душ населення в 1911 р. припадало навіть менше 1 лікаря. Тільки ті області, до яких входило велике місто, давали трохи вищі показники, але це виключно за рахунок великого міста (Одеси, Харкова, Києва, Дніпропетровська). Відомо, що протягом часів імперіалістичної й громадянської війни загинуло чимало лікарів, бо їм доводилося брати безпосередню участь у боротьбі з епідеміями того часу й провадити цю боротьбу часто з великою небезпекою для життя. Але, не зважаючи на це, абсолютне число лікарів, як і показник обслуговування, зросли в дуже великій мірі, і вже на початок першої п'ятирічки цей показник становить 3,4 на 10 000 по УРСР, збільшившись за 17 років в 2,6 раза. Збільшення це було нерівномірним. Особливо велике воно якраз у Донецькій області.

Величину зростання забезпеченості населення лікарями дають такі показники:

Таблиця 88

Показник забезпеченості населення лікарями на 10 000 жителів на 1.I 1937 р. (у %)

Відношенні до:	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетр.	Одеська	Донецька	МАРСР	УРСР
1. XI. 1911	426	433	371	488	636	252	750	475	446
1. X 1928	183	137	130	200	194	178	133	173	171

За час з початку першої п'ятирічки забезпеченість лікарями особливо збільшилася в Харківській, Дніпропетровській, Київській і Одеській областях та в МАРСР, де показник цей зріс в 1,7 — 2,0 раза. В решті областей він збільшився, але в менших розмірах (на 1/4 — 1/3 частину).

Порівнюючи з дореволюційним часом виключно велике зростання виявляють найбільш індустріальні області: Донецька, Дніпропетровська, Харківська, в яких показник збільшився приблизно в 5 — 8 разів, але й решта областей відзначається великим зростанням.

По роках число лікарів в УРСР змінювалося так:

Число лікарів в УРСР			
На 1. X. 1927	9898	На 1. I. 1933	16 103
„ 1. X. 1928	10 250	„ 1. I. 1934	16 926
„ 1. X. 1929	11 421	„ 1. III. 1935	17 723*)
„ 1. X. 1932	15 096	„ 1. I. 1937	18 579*)

Оцінюючи цифри на 1. III 1935 р., треба мати на увазі, що здобуті вони на основі перепису кадрів. Решта відомостей, одержаних за звітами, трохи применшена.

Крім того, після 1. I. 1934 р. відомості подано лише по системі НКОЗ без УЧХ і Укрпромсоюзкаси. Але це не могло значно вплинути на число фізичних осіб лікарів, бо майже всі лікарі останніх двох систем працюють і в НКОЗ, сполучаючи посади, отже, відхилення від справжнього числа лікарів не може бути значним.

Взявши до уваги всі ці міркування, на основі наведених чисел все ж можна зробити висновок, що число лікарів має виразну тенденцію до збільшення.

Відзначаючи зростання лікарських кадрів, слід вказати, що кадри ці значною мірою поповнювалися жінками.

Питома вага жінок збільшилась з $\frac{1}{14}$ майже до $\frac{1}{2}$ (на 1. I 1937 р.), тобто приблизно у 7 разів. Абсолютне число жінок-лікарів зросло приблизно у 32 рази.

Перейдемо тепер до питання про ступінь забезпеченості медично-санітарних закладів лікарськими кадрами.

Таблиця 90

% зайнятих лікарських посад до числа штатних

Області	Міста			Сільські місцевості			Разом		
	На 1 січня								
	1935	1936	1937	1935	1936	1937	1935	1936	1937
Київська	95,8	95,6	95,7	63,1	67,3	71,2	86,9	88,7	84,2
Чернігівська	86,5	83,2	91,1	63,8	65,1	75,0	77,4	76,5	84,2
Вінницька	81,9	89,0	91,0	65,2	66,9	75,8	75,4	79,2	84,2
Харківська	94,3	92,7	97,3	54,7	54,2	73,5	86,3	84,9	84,2
Дніпропетровська	94,3	92,3	94,5	55,5	63,6	73,7	87,2	86,5	84,2
Одеська	97,8	97,4	97,4	61,7	51,9	65,8	90,9	86,9	84,2
Донецька	79,3	84,5	89,9	53,1	51,4	68,2	76,3	80,1	84,2
МАРСР	88,2	94,3	81,6	57,5	64,7	69,1	77,2	83,3	84,2
По УРСР	90,7	91,4	91,4	59,4	60,3	71,9	84,0	84,2	84,2

*) Відомості тільки по системі НКОЗ.

Розгляд таблиці підтверджує загальновідомий факт, що значна частина посад у сільських закладах залишається незаміщеною. На 1.І 1935 року процент вакантних посад на селі дорівнював приблизно 40, на 1.І 1937 р. він зменшився кругло до 30%.

По окремих областях процент зайнятих посад коливався на 1.І 1935 р. в сільських місцевостях від 53 до 66%, на 1.І 1937—від 66 до 76%, тобто розподіл вакантних посад став значно рівномірнішим.

В містах процент вакантних посад на 1.І 1935 р. дорівнював приблизно 10%, а на 1.І 1937 р. він знизився до 5%.

Отже, за останні два роки маємо певне зменшення числа вакантних посад. Процент зайнятих посад може коливатися в наслідок дії трьох факторів: 1) змін у числі штатних посад, 2) змін у числі фізичних осіб і 3) змін у числі сумісників і числі сумісництв. З огляду на те, що збільшення числа сумісництв відбивається на інтенсивності роботи по кожній із посад, а число штатних посад доводиться обмежувати, щоб була можливість їх заповнювати, найбільше значення для виявлення динаміки забезпеченості населення лікарями має число фізичних осіб.

Таблиця 91

Число лікарів (фізичних осіб)

Області	Міста		Сільські місцевості		Разом	
	1. III. 1935	1. I. 1937	1. III. 1935	1. I. 1937	1. III. 1935	1. I. 1937
Київська	2870	3342	614	604	3484	3946
Чернігівська	483	477	247	282	730	759
Вінницька	689	818	380	412	1069	1230
Харківська	3828	4250	563	544	4391	4794
Дніпропетровська	2147	2362	392	362	2539	2724
Львівська	2489	2118	362	314	2851	2432
Хмельницька	2224	2258	207	203	2431	2461
МАРСР	144	138	84	95	228	233
По УРСР	14 874	15 763	2849	2816	17 723	18 579

Як видно з цього, за минулі 1³/₄ року число лікарів у містах збільшилося, а в селах залишилося без помітних змін. Із міст найбільше число лікарів притягла столиця — Київ, а також Харків і Дніпропетровськ. Начне відносно збільшення дали також міста Вінницької області. Безомовно позитивним слід вважати певне збільшення числа лікарів у селах Чернігівської й Вінницької областей і МАРСР.

Приріст числа лікарів у містах і певну стабілізацію їх на селі при великій кількості незайнятих посад на селі й значно нижчих показниках обслуговування сільських місцевостей слід вважати явищем, з яким надалі

потрібно боротися ефективнішими заходами; це повинне піднести справу обслуговування населення на ще вищий шабель.

Великий ріст числа лікарів, відзначений уже в попередньому викладі, охоплював всі без винятку фахи.

Для оцінки забезпеченості медично-санітарної сітки необхідно розглянути ще, як збільшувалась кількість лікарів окремих фахів і який маємо розподіл їх у наслідок зростання на останню дату. Відомості подаємо на початок першої п'ятирічки, кінець першого року — другої й передостанній її рік.

Таблиця 92

Лікарі (фізичні особи) УРСР

Спеціальності Дати	Терапевти	Хірурги	Акушер-гінекологи	Педіатри	Дерматологи-венерологи	Окулісти	Отоларингологи	Невропатологи
На 1.X 1928	2713	1020	862	886	604	349	267	187
„ 1.I 1934*)	4187	1886	1314	1415	686	474	393	392
„ 1.I 1937	4640	2092	1457	2152	776	542	409	465

Показники зростання числа лікарів
(Число лікарів на 1.X 1928 р. прийнято за 100)

На 1.X 1934	154,3	184,6	152,4	159,7	113,6	135,8	147,2	209,6
„ 1.I 1937	171,0	209,1	169,0	242,9	128,5	155,3	153,2	248,7

Спеціальності Дати	Психіатри	Туберкульозники	Рентгенологи	Епідеміологи	Бактеріологи	Санітарні	Експерти судової медицини	Інші спеціальності лікарів без спеціальності	Всього
На 1.I 1928	56	364	139	54	268	409	78	1913	10 250
„ 1.I 1934	148	409	273	237	739	1007	88	3218	16 926
„ 1.I 1937	252	446	328	273	506	1137 *)	74	3030	18 579

Показники зростання числа лікарів
(Число лікарів на 1.X 1928 р. прийнято за 100)

На 1.I 1934	264,3	112,4	196,4	438,9	275,8	217,8	112,8	168,3	150,0
„ 1.I 1937	450,0	122,5	236,0	503,0	188,8	232,0	94,9	158,5	183,3

*) Відомості на 1.I 1934 р. взято з „Народного Господарства УРСР“ К. 1935.

Завдання знищення епідемій викликало велике піднесення числа епідеміологів. Темп росту чисельності лікарів більший, ніж середній, дають також інші санітарні лікарі, крім епідеміологів. Значні темпи зростання маємо також тих фахівців, яких на початку першої п'ятирічки була явно недостатня кількість, а саме: психіатри й невропатологи. Особлива увага до здоров'я дитинства стимулює ріст числа педіатрів. Підвищені показники темпу росту виявляють і хірурги.

Внаслідок цих змін у числі лікарів на початку першої п'ятирічки маємо такий розподіл лікарів на 1.І 1937 р. (в %).

Таблиця 93

Спеціальності Місцевості	Терапевти	Хірурги	Акушери-гінекологи	Педіатри	Дерматологи-венерологи	Окулісти	Отоларингологи	Фізіотурники	Невропатологи	Психіатри
Обласні центри	21,0	9,2	6,6	13,0	4,5	3,1	2,6	0,3	3,6	2,2
Інші міста	26,0	11,4	8,4	10,6	4,7	3,4	2,4	0,1	1,8	0,6
Села	36,7	18,1	10,9	8,7	2,0	1,2	0,5	—	0,3	0,1
Разом по УРСР	25,0	11,3	7,8	11,6	4,2	2,9	2,2	0,2	2,5	1,3

Спеціальності Місцевості	Туберкульозники	Рентгенологи	Малірологи	Епідеміологи	Бактеріологи	Санітарі	Експерти судової медицини	Інші спеціальності	Лікарі без спеціальності	Всіх лікарів
Обласні центри	2,3	1,7	0,4	1,7	2,9	4,3	0,4	19,8	0,4	100
Інші міста	3,3	2,3	1,0	1,6	3,1	7,4	0,6	10,5	0,8	100
Села	1,0	0,6	0,6	0,4	1,2	5,5	—	7,5	4,6	100
Разом по УРСР	2,4	1,8	0,6	1,5	2,7	5,5	0,4	14,9	1,2	100

Найбільшу частину звичайно становлять терапевти, саме — коло $\frac{1}{4}$, по УРСР в цілому. Питома вага терапевтів, як і питома вага хірургів і акушерів-гінекологів ще більша на селі; ці три спеціальності разом на селі становлять приблизно $\frac{2}{3}$ всього числа лікарів на селі. В містах, крім обласних центрів, питома вага цих спеціальностей нижча; ще нижча вона в обласному центрі. Приблизно таку саму частину, як хірурги, становлять педіатри, рохи меншу — акушери-гінекологи. З лікарів, питома вага яких стоїть в УРСР на середньому місці, відзначимо санітарних лікарів, а також дерматологів-венерологів. Число інших лікарів характеризується невеликою питомою вагою, особливо в сільських місцевостях. Зосереджені вони в обласних центрах і містах, бо переважно там існують відповідні заклади спеціальної допомоги.

В лікувально-профілактичному обслуговуванні населення друге місце після лікарів займає середній персонал і зокрема одна з найважливіших категорій середнього персоналу — фельдшери.

Перший час серед керівних працівників охорони здоров'я поширені були „лівацькі“ закрути, ніби вже цілком вчасно ліквідувати фельдшерів, як медичних робітників, що самостійно провадять амбулаторний прийом. Ті, хто трималися цієї хибної думки, забували, що підготовка лікарів вимагає порівнюючи багато часу й що зовсім відмовитися від фельдшерів у ролі більш-менш самостійних робітників значило б залишити частину населення на селі позбавленою зовсім медичної допомоги. Замість назви „фельдшер“ вживали назву „лікпом“, яка вже своїм походженням вказувала на не-самостійний характер роботи.

Цим закрутам дано рішучу відсіч у спеціальній постанові уряду СРСР про збільшення зарплати медичним працівникам від 4.III 1935 р., в якій фельшерові приділена окрема увага. Дальша постанова партії і уряду СРСР від 8.IX 1936 р. розв'язала всю справу підготовки фельдшерів у цілому.

Порівняймо сучасну кількість фельдшерів з дореволюційними відомостями (на 1.I 1916) і відомостями на початок першої п'ятирічки.

Таблиця 94

О б л а с т і	На 1.I 1916 *)	На 1.X 1928 *)	На 1.I 1937 р.
Київська	769	1034	2573
Чернігівська	445	595	1278
Вінницька	450	691	1860
Харківська	1180	1368	3439
Дніпропетровська	727	721	2275
Одеська	728	726	1548
Донецька	397	1144	3084
МАРСР	59	44	225
По УРСР	4755	6323	16 282

Значне збільшення фельдшерів спостерігалось майже по всіх областях з 1916 до 1928 р. Особливо набагато збільшилось фельдшерів у Донецькій області. Донбас, в якому були скупчені великі маси робітників, за часів царизму був одним з найбільш занедбаних районів УРСР щодо медично-санітарного обслуговування: для нього не вистачало навіть фельдшерських кадрів. Після Великої Жовтневої революції число фельдшерів там значно підноситься і вже на початок першої п'ятирічки збільшується в 2,9 раза; протягом же першої п'ятирічки знов зростає у 2,7 раза.

*) Територія відповідає сучасному територіальному поділові.

Зростання фельдшерів по роках (до числа фельдшерів включені й фельдшерниці-акушерки, як і в наведеній вище таблиці) має такий вигляд:

Рух фельдшерів в УРСР

1.І 1916	4 755
1.І 1927	6 245
1.І 1928	6 323
1.Х 1929	6 720
1.І 1932	8 264
1.І 1933	11 138
1.І 1934	11 445
1.І 1935	12 305
1.І 1936	13 935
1.І 1937	16 282

В середньому медичному персоналі велику питому вагу й значення мають ще акушерки. Зрушення їх числа по областях УРСР видно з такої таблиці:

Таблиця 95

Число акушерок в УРСР

Області	Київська	Чернігівська	Вінницька	Харківська	Дніпропетровська	Одеська	Донецька	МАРСР	УРСР
На 1.І 1916 *)	479	152	250	667	325	410	169	23	2475
1.І 1934	799	284	475	656	507	427	675	63	3886
1.І 1937	1132	534	665	1236	1092	720	902	104	6385

Загальне число акушерок зросло за 18 років з 1.І 1916 до 1.І 1934 приблизно в 1,6 раза, а за останні три роки, теж кругло,—в 1,6 раза; за весь час з 1.І 1916 до 1.І 1937 р.—в 2,6 раза. Особливо великим було збільшення їх числа в Донбасі: за перші 18 років—приблизно в 4 рази, за останні три—ще приблизно в 1,3 раза, за 21 рік—в 5,3 раза.

В родильній допомозі чималу роль, крім акушерок, відіграють ще фельдшерниці-акушерки, які поруч з родильною допомогою подають населенню ще й загальну лікувальну допомогу.

Динаміка цих двох категорій персоналу по роках була така:

1.І 1927	1.І 1928	1.І 1929**)	1.І 1932	1.І 1933 *)	1.І 1936	1.І 1937
3445	3927	4334	3890	4357	5736	1937

*) До числа акушерок на цю дату включені як акушерки, так і повивальні бабки.

***) Відомості за 1930, 1931, 1934, 1935 рр. не повні.

Розподіл акушерок по окремих областях видно з такої таблиці:

Таблиця 96

Фельдшерниці-акушерки й акушерки на 1.1 1937

Області	Міста			Сільські місцевості			Разом		
	Фельдшерниці-акушерки	Акушерки	Разом	Фельдшерниці-акушерки	Акушерки	Разом	Фельдшерниці-акушерки	Акушерки	Разом
Київська	180	460	640	107	672	779	287	1132	1419
Чернігівська	50	144	194	55	390	445	105	534	639
Вінницька	92	205	297	69	460	529	161	665	825
Харківська	118	511	629	146	725	871	264	1236	1500
Дніпропетровська	93	442	535	60	650	710	153	1092	1245
Одеська	211	231	442	149	489	638	360	720	1089
Донецька	159	619	778	57	283	340	216	902	1118
МАРСР	11	19	30	29	85	114	40	104	144
По УРСР	914	2631	3545	672	3754	4426	1586	6385	7971

Основні джерела

Основними джерелами для складання роботи були такі.

Для дореволюційного часу:

1. „Отчеты губернских врачебных инспекторов“ губерний, територій яких повністю чи частково увійшла до складу УРСР. Переховуються у Ленінградському відділі Центрального історичного архіву. Звіти взято за 1915 р., за інші роки в архіві цей матеріал не зберігся.

Відомості про середній медичний персонал (фельдшерів та акушерок), які в них подано в повітовому розрізі, перераховано на сучасний обласний поділ).

2. „Российский медицинский список, изданный Управлением главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел, на 1911 год. Списки врачей, ветеринарных врачей, зубных врачей, фармацевтов и аптек по сведениям к 10 марта 1911 г., СПб 1911“.

З цього видання лікарів населених пунктів, що увійшли до УРСР, виписано на картки і відповідно розроблено картки.

3. Матеріали санітарної статистики України 1876—1914 рр. Статистика України № 83. Серія XV. Статистика народного здоров'я, т. I, вип. 1. Харків 1926.

4. „Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1911. П. 1913“.

5. Те ж за 1912. П. 1914.

6. Те ж за 1913. П. 1915.

7. Те ж за 1914. П. 1916.

8. Статистические материалы по состоянию народного здоровья и организации медицинской помощи в СССР за 1913—1924 гг. М. 1926.

9. Краткий отчет деятельности Всероссийского попечительства об охране материнства и младенчества за 1916 год. П. 1917.

Крім того, взято на увагу матеріали багатотомної праці кол. УІСОЗ'у¹⁾ „Очерки по истории земской медицины“. Складено під редакцією С. М. Ігумнова. Переховується в архіві кафедри соціальної гігієни Київського медичного інституту.

Для післяреволюційного часу основним джерелом були річні звіти НКОЗУ, з яких видані такі:

10. „Санитарно-статистический бюллетень Народного Комиссариата Здравоохранения УССР“, № 4. (Тут уміщено як відомості, що стосуються медичного-санітарної сітки 1923—24 р., так і попередніх років).

11. Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан Республіки за 1924—1925 рік. Харків 1926.

12. Те ж за 1925—1926 рік. Харків 1927.

13. Те ж за 1926—1927 рік. Харків 1928.

14. Матеріали про діяльність закладів органів охорони здоров'я і про санітарний стан України за 1927—28 рік. Харків 1929.

Далі використані були річні звіти НКОЗУ за час 1928—29, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935 і 1936 рр., які переховуються в Санітарно-статистичній станції НКОЗУ. Відомості, особливо за 1931 і 1932 рр., подано далеко не по всіх закладах, через що відповідні дані були поширені, щоб зробити їх порівнюваними з іншими роками.

Щоб одержати дані в розрізі сучасних областей, використані були ще:

15. Матеріали до опису округ УРСР. Харків 1926. (Опис кожної округи становить окрему книгу, яку треба шукати в каталогах під назвою відповідної округи), де відомості подано в районному розрізі. За допомогою цих відомостей розподілено було сітку тих округ, які поділилися між різними областями.

Із використаних видань згадаємо ще такі:

16. Медицинская помощь застрахованным в 1925—26 году. Харьков 1927.

17. Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР, Статистический сборник. М. 1936.

18. Итоги переписи рентгеновских учреждений и рентгеновского оборудования. М. 1936.

19. Итоги переписи физиотерапевтических учреждений и физиотерапевтического оборудования. М. 1936.

20. Летние сельские ясли на Украине. Харьков 1925.

Із архівних джерел відповідні вибірки були зроблені за матеріалами перепису медично-санітарної сітки й медико-санітарних кадрів на 15.III 1935 р.

¹⁾ Українського інституту охорони здоров'я.

Всі відомості подано без закладів залізничного й водного транспорту, Воєнвіду, НКВС. Щоб можна було порівнювати відомості до 1. I 1934 р. з даними за наступні роки, до цих останніх приєднані відомості про сітку УЧХ і Укрпромсоюзкаси¹⁾, одержані безпосередньо від цих відомств.

¹⁾ Звітні відомості НКОЗ до 1. I 1934 р. включно охоплюють, крім закладів системи НКОЗ, також сітку цих відомств та її діяльність.

Санаторно-курортна сітка УРСР за даними перепису на 1.1 1937 р.¹⁾

Гигантські успіхи соціалістичного будівництва, бурхливий розвиток народного господарства й культури, особливо за роки сталінських п'ятирічок, — створили всі умови, які забезпечують здійснення права будівників соціалізму на відпочинок. Розширюючись і удосконалюючись рік-у-рік, сітка санаторно-курортних закладів і масового відпочинку трудящих досягла значного рівня. Так, 1936 року в УРСР функціонувало вже 359 санаторій і 173 будинки відпочинку на 58 800 ліжок, що охопили понад 520 тис. чол. Освоєно 25 курортних місцевостей, виявлено понад 200 місцевостей, природно-кліматичні умови яких дозволяють їх широко використати для дальшого нового санаторно-курортного будівництва.

Крім стаціонарної сітки, в кожній області УРСР в період розгортання літньої оздоровчої роботи серед дітей органами охорони здоров'я й іншими господарськими та громадськими організаціями відкриваються тимчасові оздоровчі заклади (санаторії денні і стаціонарні, піонерські табори, дитячі майданчики й ін.). У 1936 році ця сітка оздоровчих закладів по обслуговуванню дитячого населення охопила (за даними НКОЗ УРСР) понад 850 тис. дітей.

Значний інтерес являють собою санітарно-статистичні показники стану діяльності сітки курортів, санаторій і будинків відпочинку. Спинімося на загальній санітарно-статистичній характеристиці сітки і на окремих найтипівіших прикладах. Дислокація сітки санаторій і будинків відпочинку УРСР (за даними на 1 січня 1937 року) подано в табл. 1.

Найбільша кількість санаторій і будинків відпочинку розміщена в кращих кліматичних умовах областей: в Одеській (112 закладів на 17 200 ліжок), Київській (116—на 12 400 ліжок), Донецькій (95—на 9 200 ліжок), Харківській (74—на 10 500 ліжок), Дніпропетровській (64—на 5 300 ліжок), Вінницькій (52—на 7 700 ліжок). У Чернігівській області і МАРСР сітка санаторій і будинків відпочинку розвинена дуже мало (18 закладів на 600 ліжок), не зважаючи на наявність прекрасних у природно-кліматичному відношенні місцевостей, які цілком задовольняють вимоги для розвитку курортів місцевого значення та оздоровчих закладів для масового відпочинку трудящих.

Значна частина сітки санаторій і будинків відпочинку є оздоровчими закладами місцевого значення, що обслуговують переважно трудящих.

¹⁾ Для повноти матеріалу ми вміщуємо статтю К. Ф. Дупленка, який опрацював дані першого перепису санаторно-курортних закладів і закладів відпочинку в УРСР.

Таблиця 1

Розподіл санаторій і будинків відпочинку УРСР в обласному розрізі
(за даними на 1.І 1937 року)

Області	Санаторії				Будинки відпочинку. Й бази вихідного дня				У тому числі бази вихідного дня	
	Число санаторій	У них ліжок	У т. ч.		Число бу- динків від- починку	У них ліжок	У т. ч.		Число баз вихідного дня	У них лі- жок
			Для ді- тей і під- літків	У них ліжок			Для ді- тей і під- літків	У них ліжок		
Вінницька	46	1915	23	1195	6	823	-	-	-	-
Дніпропетровська	32	2047	18	1385	32	3290	3	400	4	3
Донецька	56	3801	23	1407	39	5384	2	470	8	3
Одеська	83	13 173	32	4671	29	4032	-	-	-	-
Київська	81	7359	43	3582	36	5028	9	1315	1	1
Харківська	50	5611	22	3075	24	4887	2	130	2	2
Чернігівська	9	705	4	375	7	693	-	-	-	-
МАРСР	2	175	1	160	-	-	-	-	-	-
Всього	359	34 786	169	15 850	173	24 137	16	2315	15	10

даної області і сусідніх з нею областей. Вирішальну роль у розміщенні оздоровчих закладів, особливо будинків відпочинку, відіграло прагнення відповідних організацій наблизити (при наявності відповідних природних кліматичних умов) оздоровчі заклади до виробництва. Яскравим прикладом цього є такі промислові області, як Донецька і Дніпропетровська, що зосереджують на своїй території понад 30% усіх оздоровчих закладів УРСР.

З 359 санаторій УРСР понад 50 є санаторіями республіканського і союзного значення. Це переважно ті санаторії, які належать Курортно-управлінню НКОЗ.

У наведеній таблиці звертає на себе увагу досить висока питома вага дитячих санаторій серед усієї кількості санаторій. Майже половина усіх стаціонарних санаторних ліжок УРСР розрахована на обслуговування дитячого населення, що є прямим проявом тієї виняткової уваги, яку оточені діти в країні соціалізму.

Широка сітка санаторій і будинків відпочинку належить понад 160 організаціям (переважно профспілкам і відомствам). У таблиці 2 показано (в укрупнених групах) розподіл сітки санаторій і будинків відпочинку по відомчій підлеглості.

На першому місці за числом санаторій стоять органи охорони здоров'я — 232 санаторії і Курортне управління НКОЗ УРСР — 54 санаторії (з яких

Таблиця 2

Керуюча організація	Санаторії				Будинки відпочинку	
	Число санаторій	У них ліжок (у тис.)	У т. ч.		Число закладів	У них ліжок (у тис.)
			для дітей і підлітків	у них ліжок у тис.		
А. На території УРСР						
Органи охорони здоров'я	226	13,2	122	8,8	1	0,045
Курортне управління	50	11,9	9	2,3	—	—
Профрада УРСР	2	1,1	—	—	35	9,9
ЦК профспілок	14	1,7	3	0,17	73	7,6
Червоний Хрест УРСР	14	2,5	6	1,4	7	0,8
Комітет сприяння вченим	2	0,26	—	—	1	0,1
Укрпромсоюзкаса	7	0,54	4	0,36	9	0,87
Укрінстрахкаса	2	0,2	2	0,2	7	0,67
Дорсанвідділ	7	1,2	4	0,78	4	0,71
Інші	17	2,0	15*)	1,8	35	2,8
Всього	359	34,7	165*)	15,9	173	24,1
Б. На території інших республік СРСР*)						
Органи охорони здоров'я	6	0,93	2	0,28	—	—
Курортне управління	4	0,64	—	—	—	—
Профрада УРСР	1	0,14	—	—	—	—
Комітет сприяння вченим	3	0,25	—	—	—	—
Укрпромсоюзкаса	1	0,083	—	—	—	—
Укоопінсоюзкаса	3	0,35	—	—	—	—
Всього	18	2,37	2	0,28	—	—

них переобліком 377). За числом будинків відпочинку перше місце займають профорганізації. У групі „Інші“ включено поодинокі санаторії будинки відпочинку, які належать переважно окремим фабрикам, заводам і іншим господарським одиницям. Число оздоровчих закладів УРСР, розміщених по інших республіках СРСР, незначне — 30 закладів. У них в Євпаторії 4—на 830 ліжок, в Ессентуках 1—на 240 ліжок (у т. ч. зимових—167), в Железноводську 1—на 150 ліжок, в Кисловодську 4—на 625 ліжок (у т. ч. зимових—484 ліжка), в Геленджику 1—на 227 ліжок, в Анапі 1—на 140 ліжок, в Алушті—Гурзуфі 4 на 694 ліжка (у т. ч. зимових—245), в Алушті 1 на 140 ліжок (у т. ч. 100 зимових), в Гаграх 1—на 100 ліжок (у т. ч. 90 зимових), в Сочі 2—на 445 ліжок (у т. ч. 270 зимових), в Ялті 5—на 584 ліжка

*) Неповні дані.

(у т. ч. зимових—220 ліжок), в Ткварчелі 1—на 40 ліжок (функціонують цілий рік), Новоросійську 1—на 195 ліжок.

В окремих курортних місцевостях і населених пунктах УРСР надзвичайно широко розвинена сітка санаторій і будинків відпочинку, які належать різним відомствам, професійним і господарським організаціям. Найширше розвинена ця сітка на курортах Одеси, Слов'янська, Бердянська, Київської групи й ін.

За даними переобліку сітки санаторій і будинків відпочинку, в м. Одесі в літній сезон 1936 року функціонувало 64 стаціонарних санаторій на 11 600 ліжок (з них цілий рік—5200 ліжок). Належить ця сітка понад 20 організаціям. Найпотужніша сітка м. Одеси належить Курортному управлінню НКОЗ УРСР. Розвинена санаторна сітка також професійних організацій (ЦК спілки Медсантруд, ЦК спілки робітників зв'язу, ЦК спілки робітників школи, ВЦРПС, Профрада УРСР, ЦК Червоного Хреста, ЦК залізничників Півдня, Комісія сприяння вченим, Медсанупр Чорного моря і ін.)

На Слов'янському курорті розгорнуто стаціонарних санаторій і будинків відпочинку—21. У сезон 1936 року функціонувало 4890 ліжок (у т. ч. цілий рік—1970 ліжок). Належить ця сітка 7 організаціям.

На території Бердянського курорту розгорнуто 14 санаторій і будинків відпочинку. У сезон 1936 року функціонувало 1540 ліжок (у т. ч. цілий рік—260 ліжок). Належить ця сітка 10 організаціям.

На території курорту Сосновка розгорнуто 8 стаціонарних санаторій і 2 будинки відпочинку, що належать 5 організаціям. У сезон 1936 року функціонувало близько 2500 ліжок (у т. ч. цілий рік—550 ліжок). Сітка санаторій належить Курортному управлінню, ЦК Червоного Хреста і Профраді УРСР; сітка будинків відпочинку—Дніпропетровський обласний промстрахкасі і ЦК робітників річкового транспорту.

У Київській групі (м. Київ—Пуща-Водиця, Ворзель, Боярка) розгорнуто значну сітку санаторій і будинків відпочинку. У сезон 1936 року функціонувало в м. Києві 19 стаціонарних санаторій на 2200 ліжок (у т. ч. цілий рік—660 ліжок) і в Пущі-Водиці—20 стаціонарних санаторій і будинків відпочинку на 3300 ліжок (у т. ч. цілий рік—1300 ліжок), у Ворзелі—15 стаціонарних санаторій і будинків відпочинку на 1450 ліжок (у т. ч. цілий рік—150 ліжок) і в Боярці—6 стаціонарних санаторій і будинків відпочинку на 1100 ліжок (у т. ч. цілий рік—230 ліжок). Належить ця сітка понад 30 професійним і господарським організаціям.

При цьому слід мати на увазі, що в літній період, як сказано вище, шороку розгортаються сотні тимчасового типу санаторій для обслуговування дитячого населення. (Ці санаторії не включено в нашу розробку як заклади, що не мають своєї постійної бази і розгортаються у тимчасово пристосовуваних приміщеннях-школах, приватновласницьких дач і т. ін.).

Розподіл будинків відпочинку за часом функціонування показано в табл. 3.

З наведеної таблиці про час функціонування будинків відпочинку видно, що тільки 35% всього числа будинків відпочинку функціонують цілий рік.

№	Області	Всього закладів	У т. ч. для дітей і підлітків	Заклади, які функціонують								У т. ч. заклади для дітей і підлітків, які функціонують						
				Улітку		цілий рік		Тільки влітку		Улітку		цілий рік		Тільки влітку				
				Число за-кладів	У них лі-жок	Число за-кладів	У них лі-жок	Число за-кладів	У них лі-жок	Число за-кладів	У них лі-жок	Число за-кладів	У них лі-жок	Число за-кладів	У них лі-жок			
1	Вінницька	6	—	6	823	1	344	252	5	479	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Дніпропетровська	32	3	32	3290	12	1355	814	20	1935	3	400	1	50	2	350	—	—
3	Донецька	39	2	59	5381	25	4015	2715	14	1309	2	470	—	—	2	470	—	—
4	Київська	36	9	36	5028	6	1021	774	30	4032	9	1315	—	—	9	1315	—	—
5	Одеська	29	—	29	4032	6	1030	793	23	3002	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Харківська	24	2	24	4887	8	2895	2281	16	1992	2	130	—	—	2	250	—	—
7	Чернігівська	7	—	7	693	3	351	241	4	342	—	—	—	—	—	—	—	—
8	МАРСР	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Разом по УРСР		173	16	173	24137	61	11011	7850	112	13151	16	2315	1	50	15	2265	—	—

*) Відомості є тільки по 172 закладах.

розгортаючи в зимовий період тільки 32,4% всіх ліжок. Основна маса будинків відпочинку — це заклади сезонного типу. З 16 будинків відпочинку, що обслуговують дітей і підлітків, цілий рік функціонує тільки один. Цього типу оздоровчі заклади за рідкими винятками (з 173—тільки 16 дитячих) розраховані на обслуговування дорослого населення.

Сітку курортів і санаторій УРСР треба схарактеризувати ще за медичним профілем і основними видами курортних факторів, використовуваних в лікувально-профілактичному обслуговуванні санаторно-курортних хворих.

За медичним профілем найчіткіше розподіляється сітка Курортного управління. Відомчі санаторії за складом обслуговуваних контингентів переважно мішаного типу, за комплексом лікувально-профілактичних засобів — кліматичні. З усієї маси санаторій для туберкульозних хворих розгорнуто 42 санаторії на 5500 ліжок (з них зимових—3300 ліжок). Сітка Курортного управління за медичним профілем розподіляється так (за даними на 1 січня 1937 року): терапевтичних ліжок—4600, тобто 44,8% всієї санаторної сітки по обслуговуванню дорослої людності; ліжок для невропатологічних хворих—1800, тобто 17,6%; хірургічних—400, тобто 4,3%; гінекологічних—300, тобто 3,3%; туберкульозних—1600 (у т. ч. дитячих—45), тобто 15,4%; кістково-туберкульозних—260 (у т. ч. дитячих—175); шлунково-кишкових—550; урологічних—60 ліжок; дитячих соматичних—1800 ліжок.

У практиці роботи санаторно-курортних закладів нерідкі випадки порушення медичного профіля санаторії. Основною причиною цих порушень у системі Курорту є те, що путівки на грязьові і кліматичні курорти непрофільовані за спеціальностями. Отже треба забезпечити суворіше додержання медичного профіля санаторії, що має істотне значення у підвищенні якості обслуговування трудящих.

За багатством і різноманітністю курортних лікувальних факторів Україна займає одно з великих місць в курортному фонді СРСР. В УРСР виявлена і експлуатується значна кількість грязьових озір, мінеральних джерел і кліматичних станцій (приморських, лісових і степних). Вивчений освоєно 9 лиманів (Куяльник, Хаджібей, Красне Озеро, Молочний і ін.) і 4 солоних озера (Рапне, Сліпне, Гопри й ін.). Велику курортологічну цінність являють 4 мінеральних джерела УРСР (у технічну реконструкцію заводів мінеральних вод вкладено протягом другої п'ятирічки 5,2 млрд крб.). Функціонувало в 1936 році на українських курортах: 3 грязьових курорти — Куяльник, Хаджібей, Гопри, три мішаного типу — Слов'янськ, Бердянськ, Кирилівка, 3 бальнеологічних — Березівські мінеральні води Миргород і Шепетівка, та 16 кліматичних — приморських і лісових.

З кліматичних місцевостей, що становлять виняткову цінність для лікування туберкульозних хворих, необхідно відзначити: узбережжя Чорного моря, околиці м. Києва, Сосновку, Гадяч, Крем'яне, Шарівку, і сотки інших місцевостей, які користуються широкою популярністю своїми кліматичними умовами (див. Додаток 1).

До революції у царській Росії частково експлуатували 4 грязьові курорти. Кліматичні місцевості (приморські, лісові) зовсім не вивчали і

освоювали. На курортах — Одеса, Слов'янськ, Бердянськ трудящі УРСР дістали старі напівзруйновані приватновласницькі дачі, дві грязелікарні, примітивно пристосоване грязьове господарство і надто низько санітарно-технічно оснащений жилий фонд. Тільки після Великого Жовтня розпочається освоєння нових лікувальних місцевостей, поряд з глибшим всебічним вивченням і освоєнням курортних факторів експлуатованих курортів.

У 1928 році в УРСР було освоєно 11 курортних місцевостей (проти 4, які експлуатовалися в 1913 році). До 1937 року освоєно вже 25 курортних місцевостей з проведенням реконструкції і нового будівництва санаторно-курортних закладів. Виявлені і до певної міри вивчені нові лікувальні місцевості з багатими мінеральними джерелами. Так, у Вінницькій області всебічно вивчається радіоактивне марганцево-залізоносне джерело — Хмільки. Восени 1936 року організована експлуатація свердловини і відпуск продукції з води джерела. Слід також назвати виявлену і досить вивчену лікувальну місцевість з сприятливими кліматичними умовами — Ішківку Харківської області з багатим мінеральним джерелом, яке завоює на серйозну увагу своїм хемічним складом. Цінні лікувальні властивості цього джерела доведені на досвіді лікування ряду шлунково-кишкових захворювань, хвороб обміну і сечових трактів. Ця нова лікувальна місцевість тепер освоюється. 1932 року в Ліщинівці в мальовчачому листяно-хвойному парку організовано санаторію на цілий рік, що розташована на березі р. Ворскли, з пропускною спроможністю в 150 стационарних і 100 амбулаторно-курсних хворих за місяць. На території санаторії споруджено триповерховий корпус санаторії з палатами для хворих, їдальнею на 150 чол., медичними кабінетами, водолікарнею, електричним кабінетом, приміщеннями для культурно-масової роботи, клуб з залом для глядачів на 250 чол. і інші підсобні споруди.

Великий інтерес своїми курортними факторами становлять виявлені, але ще не освоєні лікувальні місцевості — приморські станції в Одеському районі (Олександрівка, Дофінівка), в Херсонському районі (Олексіївка, Іванівка), в Маріупольському районі (Будьонівка, Самсонівка і ін.), лісові місцевості — Конча-Заспа, Славути і ін.

Серйозну увагу звернуто по всіх українських курортах на те, щоб створити могутню, добре технічно оснащену лікувальну базу. У 1936 році на всіх курортах УРСР функціонувало 39 грязелікарень, ванних будівель, електродолікарень, що мають 84 відділи для водяних і грязьових процедур, для електролікування, інгаляції, механотерапії й ін. З метою надати фізіотерапевтичну допомогу до санаторії, особливо в дитячих горах з їх специфічними умовами обслуговування, на курортах функціонували середсанаторні електрокабінети, з пропускною спроможністю кожного на 350—400 процедур. Для обслуговування амбулаторно-курсних хворих і санаторних (консультація) на курортах УРСР організовано 14 поліклінік (на Одеській групі курортів: в Одесі, на Лермонтовському, в Аркадії, на Куяльнику, в Люстдорфі, в Слов'янську — в Бердянську—2, в Миргороді, Голій Пристані, Херсоні, в Шепетівці—

в Кирилівці, в Скадовську — по 1). За 1936 рік поліклініки обслужили 150 500 відвідувань, у т. ч. амбулаторно-курсними хворими 66 тис. Кількість відвідувань на 1 хворого становить: по Одесі — 2,8, Слов'янську — 4,2, Бердянську — 5,6, по Миргороду — 5,1, Гопрах — 5,6.

Загальна кількість процедур, відпущених в 1936 році на всіх українських курортах становила понад 4,42 млн. процедур (в т. ч. по обслуговуванню амбулаторно-курсних хворих — 1,47 млн.)

Забезпеченість санаторної сітки лікувально-діагностичними кабінетами і спорудами видно з табл. 4.

Таблиця 4

Лікарсько-діагностичні кабінети в санаторіях УРСР

(за даними на 1. I 1937 року)

Число закладів, що дали відомості	З них, що мають:								У них місць
	Фізіотерапевтичні споруди		Зубні кабінети	Лабораторії	У т. ч. санітарно-гігієнічні	Рентгенкабінети	Аеросолярії	Ізолятори	
	Як спеціальні	Як окремі процедурні кабінети							
139	20	35	89	58	16	29	37	103	573

На курортах УРСР у сезон 1936 року працювало 46 інструкторів фізкультури, 6 лікарів фізкультури і 24 масовики. Створено солідну базу для фізкультури на більшості курортів (майданчиків для ранкової гімнастики і волейбольних — 52, тенісних кортів — 7, установки і апаратура для лікувальної фізкультури в Одесі в санаторіях: кардіологічній, Лермонтовській, туберкульозній і на Куяльнику; в Слов'янську — в травматологічній санаторії і в Бердянську — в санаторії № 1).

Не зважаючи на значні успіхи, досягнуті на курортах УРСР в галузі постановки фізкультури і впровадження лікувальної фізкультури, — все таки належного розвитку ця галузь оздоровчої роботи на курортах не дістала.

Не спиняючись на детальному описі всього комплексу лікувальних закладів на курортах, спинімося для ілюстрації на ряді прикладів. Так на Лермонтовському курорті лікувально-профілактична база складається з бальнео-фізотерапевтичного відділу на 2300 процедур, поліклініки, голвне, для обслуговування курсових хворих, рентгенкабінету, лабораторії (клінічної, біохемічної, серологічної), стоматологічного відділу з зуботехнічною лабораторією, аптеки, аеросолярія, саніропускника й ін.

Пропускна спроможність всього комплексу санаторно-курортних закладів розрахована відповідно до ліжкового фонду санаторій і намічено щороку плану обслуговування амбулаторно-курсних хворих.

За таким самим принципом створена лікувально-профілактична база більшості курортів УРСР, варіюючи, головне, залежно від пропускної спроможності курорту, основного курортного фактора, властивого тому або іншому курортові і обслуговуваних ними контингентів санаторних і амбулаторно-курсних хворих і відпочиваючих.

Істотним показником при характеристиці санаторної сітки є висвітлення питання про наявність на території курорту або санаторії зелених насаджень і віддаленості їх від водних басейнів.

Із 131 санаторії, що дали відомості про це питання, розміщені: в лісі 44, у т. ч. сосновому—29, в парку—69, на віддалі до 1,5 км від зелених масивів—3, не мають поблизу санаторії зелених насаджень—15. З 125 санаторій, що дали про себе відомості, розміщені: на березі моря—48, поблизу ріки, озера, ставка—54, не мають поблизу водних басейнів—23. Число санаторій, розміщених поблизу зелених масивів і водних басейнів,—79. Поблизу мінеральних джерел розміщено 37 санаторій.

Санаторії системи Курупру здебільшого розміщені близько водних басейнів і лісових масивів. З 54 санаторій 17 розміщені в лісі (у т. ч. сосновому—10) і 33—в парку. Не мають зелених насаджень—4: Близько водних басейнів розміщено 43 санаторії (в т. ч. біля моря—29). Біля водних басейнів і зелених масивів розміщено 39 санаторій.

Площа зелених насаджень на курортах УРСР досить значна. В ряді санаторій площа зелених насаджень на 1 чол. досягає 1,5 га (туберкульозні санаторії) і вище (на курорті Качанівка—2,6 га на 1 чол.). В бальнеологічних санаторіях ця норма знижується до 200 м² (в окремих випадках знижується до 75 м²). Група бальнеологічних курортів потребує значного розширення зеленої зони.

Велику увагу з перших же днів заснування радянських курортів віддано було питанням їх санітарного стану і впорядкованості. До 1937 року досягнуто в цьому напрямі значних успіхів. З 139 санаторій, що дали про себе відомості за 1936 рік, мають водопровід—99, каналізацію—77, водопровід і каналізацію—77, правильно організовані санітарні пропускники—99, дезінфекційні камери—75, гігієнічні душі—51, електроосвітлення—132.

У системі курортного управління питанням поліпшення санітарного стану і впорядкованості віддається систематично серйозну увагу. За період з 1929 по 1937 рік у системі Курупру багато зроблено в справі реконструкції санаторно-курортної сітки і проведення великих санітарних входів (водопровід, каналізація і ін.) на загальну суму понад 37 млн. крб. капіталовкладень.

Загальнокурортною каналізацією забезпечено 5 курортів, з яких—4 прилучені до загальноміської сітки. Каналізованих санаторій, прилучених до міської сітки,—21; санаторій, що мають місцеву каналізацію з очисними спорудами,—3; санаторій з місцевою каналізацією (цементовані вигреби)—18; санаторій, що не мають каналізації і користуються зовнішніми відхідками вигребами,—4. Водопровід є в 47 санаторіях; з них прилучених до міського водопроводу 15 санаторій.

Не зважаючи на значчі успіхи в комунальній упорядкованості курортів УРСР, все ще необхідні великі вкладення для цілковитого забезпечення санаторно-курортних закладів водопостачанням і каналізацією. Особливо гостро стоїть справа водопостачання на курортах в Одесі, Слов'янську, Бердянську і Сосновці.

Такі у загальних рисах санітарно-статистичні показники розвитку і матеріально-технічного оснащення курортів і санаторій УРСР. Десятки, сотні тисяч трудящих перебувають щороку в цих курортних лікувальних місцевостях, у спеціалізованих санаторно-курортних закладах, де тепер широко використовують на наукових основах потужні запаси лікувальної грязі, рапу, мінеральні джерела, водні багатства, сприятливий клімат у складному комплексі санаторно-курортного обслуговування.

Контингенти трудящих, обслуговуваних у санаторно-курортних закладах УРСР, надзвичайно різноманітні. Відповідно до медичного профіля санаторій і основних курортних факторів, переважно використовуваних у кожній санаторії, групують і відповідні контингенти хворих. Так, на суто грязьових курортах у 1936 році кількість хворих із захворюванням органів руху доходить до 60%. У Бердянську число хворих з захворюванням нервової системи—31,9% і серцево-судинних хворих—10,1% всього складу хворих. У Миргороді число хворих з захворюванням органів травлення з кожним роком збільшується, і в 1936 році досягає 60,4%.

Контингенти хворих на курортах УРСР і РРФСР (в санаторіях, що належать Курупру) розподіляються (за даними Курупру за 1936 рік), як показано в табл. 5 (с. 307).

У наведеній таблиці, що показує питому вагу окремих нозологічних груп до всієї маси захворювань санаторних і амбулаторно-курсних хворих, обслужених в 1936 році в системі Курупру, передусім необхідно відзначити, що перше місце (числом захворювань) належить захворюванням органів руху—24,4%, а потім функціональним захворюванням нервової системи, що становлять 19,2%. Як було вище відзначено, ці показники на ряді курортів УРСР різко зростають відповідно до основних курортних факторів, що характеризують медичний профіль курорту. Дальші нозологічні групи, щодо частоти захворювань, охоплюваних на курортах УРСР, це захворювання серцево-судинної системи (13,0%) і органів травлення (10,1%). На відповідних курортах ці показники різко зростають. Так, на курортах Одеси, серцево-судинні захворювання становлять 74,6% всієї суми хворих цієї групи, обслуговуваних на курортах УРСР в 1936 році. По санаторії Курупру в Кисловодську ця група становить 100%.

Серед амбулаторно-курсних хворих питома вага по цих самих нозологічних групах теж дуже високі. По групах органів руху показники становлять 28,0% всієї маси амбулаторно-курсних хворих, переважуючи, таким чином, відповідну групу санаторних хворих. Той самий стан необхідно відзначити по групах гінекологічних хворих (питома вага серед амбулаторно-курсних хворих—15,8%, а серед санаторних—6,0%) і обміну речовин (питома вага серед амбулаторних хворих—9,8%, а серед санаторних—2,1%). Дуже висока питома вага функціональних

Таблиця 5

№	Захворювання	Число санаторних хворих (у тис.)	% до підсумку	Число амбулаторно-курсових хворих (у тис.)	% до підсумку
А. Склад дорослих хворих, які лікувалися у 1936 р. в санаторіях Курупру УРСР, за характером хвороби:					
1	Органів руху	21,3	24,4	4,6	28,0
2	Органічні — нервової системи . .	5,8	6,6	1,0	6,0
3	Функціональні — нервової системи	16,8	19,2	3,1	18,8
4	Органів травлення і печінки . . .	8,8	10,1	1,0	6,8
5	Пінекологічні	5,2	6,0	2,6	15,8
6	Серцево-судинної системи	11,3	13,0	2,0	12,0
7	Обміну речовин	1,9	2,1	1,6	9,8
8	Кровоносної системи	1,2	1,3	0,01	0,1
9	Кістковий туберкульоз	1,2	1,3	0,05	0,3
10	Туберкульоз легень (відкрита форма)	4,5	5,2	—	—
11	Туберкульоз легень (закрита форма)	4,1	4,6	0,035	0,2
12	Органів дихання (не туберкульозного характеру)	0,9	1,0	0,19	1,0
13	Сечостатевої і шкірно-венеричної . .	0,7	0,8	0,11	0,7
14	Інші	3,9	4,4	0,24	1,3
		87,6	100,0	16,5	100,0
В. Склад хворих дітей, які лікувались у санаторіях Курупру УРСР у 1936 р., за характером хвороби:					
1	Туберкульоз залоз	2,5	45,4	—	—
2	Туберкульоз кістковий	1,2	21,9	—	—
3	Органів дихання (не туберкульозного характеру)	1,0	18,1	—	—
4	Інші	0,8	14,6	—	—
Разом		5,5	100,0	—	—

захворювань нервової системи (серед амбулаторно-курсних хворих—18,8% при 19,2% — серед санаторних хворих) і серцево-судинної системи (серед амбулаторно-курсних хворих—12,0%, санаторних—13,0%).

Вказані співвідношення наполегливо диктують необхідність змінити існуючу тепер питому вагу розподілу санаторно-ліжкового фонду за медичними профілями. Необхідно, при суворому обліку пропускної спроможності лікувальної бази відповідного курорту, санаторії, а також виченого за ряд років ступеня ефективності лікування певних груп захворювань на тому або іншому курорті, перерозподілити наявний санаторно-ліжковий фонд відповідно до уточненого профіля курорту, санаторія.

Дальший розвиток санаторно-курортної сітки, забезпечення найефективнішого використання курортних багатств УРСР повинні базуватися на науково-обґрунтованих матеріалах про потребу в санаторно-курортному лікуванні і прямій показаності саме до санаторно-курортного лікування відповідних груп хворих. Розвиваючи одночасно сітку санаторій і будинків відпочинку для організації масового відпочинку трудящих на курортах і в інших місцевостях з сприятливими природно-кліматичними умовами, необхідно забезпечити ефективне використання лікувальних курортних факторів і відповідного санаторного фонду безпосередньо для лікування показаних хворих. Нарешті, необхідно звернути серйозну увагу на той факт, що в УРСР при забезпеченості активно застрахованих у середньому на 50% потреби в санаторно-курортному обслуговуванні—лише 19% (а на бальнеологічних курортах—лише до 10%) з них лікуються на курортах УРСР¹⁾.

Вище було вказано, що санаторії й будинки відпочинку УРСР як постійні (цілий рік) і сезонні,—так і тимчасові, що відкриваються щороку на час літньої оздоровчої роботи серед дітей, мають пропускну спроможність (у 1936 році) понад 1 млн. 300 тис. чол.

Великий інтерес являють матеріали про склад контингентів, що охоплюються цією сіткою. Санаторії і інші оздоровчі заклади, що обслуговують дітей і підлітків,—в 1936 році охопили понад 857,6 тис. дітей (без шкільних майданчиків, що охопили 440,3 тис.).

Динаміку і темпи росту охоплення дітей цією сіткою видно з таблиці 6.

За роки другої п'ятирічки охоплення дітей санаторіями і піонерськими таборами значно зросло. Тим часом знижується питома вага в загальній сітці дитячих оздоровчих закладів — шкільних майданчиків, як в порівнювальній примітивній формі щодо комплексу обслуговування дітей.

Органи охорони здоров'я УРСР віддають серйозну увагу стаціонарній сітці дитячих санаторій (цілий рік і сезонних), пропускаючи щороку через цю сітку десятки тисяч дітей. Так, з 14 100 санаторних ліжок організації охорони здоров'я, які функціонували в 1936 році, 9100 ліжок становлять дитячі санаторні ліжка.

¹⁾ З матеріалів Курортного управління НКЗ УРСР.

Таблиця 6

Число дітей, обслужених оздоровчими закладами
(в тис.)

Роки	Санаторіям	Темпи росту	Піонерські табори	Темпи росту	Санаторіями і піонерськими таборами	Темпи росту	Шкільними майданцями	Темпи росту
1933	38	100	97	100	135	100	984	100
1934	75	196	162	168	237	176	839	85
1935	115	303	210	217	325	241	684	69
1936	136	360	281	300	417	310	440	44

Надзвичайно показовий є матеріал про склад контингентів, обслужених в 1936 році в санаторно-курортних закладах Курупру (табл. 7).

З усієї маси трудящих, обслужених 1935 року в санаторно-курортних закладах системи Курупру, в 111 тис. чол., більше 50% припадає на Одеську групу курортів. Друге місце щодо величини охоплення трудящих належить Слов'янському курортові (14 500 чол.) Значну величину в загальному числі обслужених на курортах УРСР становлять амбулаторно-курсові хворі (17 900 чол.). З них: 9490 охоплено Одеською групою курортів, 2350—Бердянським курортом, 1380—Слов'янським, 1590—Миргородським й ін.

Обслужені контингенти за віком розподіляються так: 61,3% становлять трудящі в найпродуктивнішому віці; значне число—23 100 чол.—становлять трудящі у віці від 40 років.

Особливий інтерес в наведеній таблиці становлять дані про соціальний склад трудящих, що зміцнили своє здоров'я і відновили працездатність в найкращих природно-кліматичних умовах УРСР. З загального числа трудящих, обслужених в 1936 році на курортах УРСР, робітники безпосередньо з виробництва і колгоспники становлять 52 200 чол.

Питання соціального добору на курорти з перших же днів організації радянської санаторно-курортної справи, як найважливішої ділянки соціалістичної охорони здоров'я, здобули ясне і чітке розв'язання.

В основу розвитку радянської курортної справи було покладено історичну постанову Раднаркому, видану 4 квітня 1919 року з ініціативи І. Леніна, про те, що: "... всі лікувальні місцевості й курорти, де вони на території Росії не знаходились, з усіма землями, лісами, водними просторами... становлять народне добро, переходять у власність Республіки і використовуються для лікувальної мети". З цього моменту курортна справа в СРСР була поставлена на шлях планового соціалістичного розвитку в інтересах широких мас трудящих, у протидію капіталістичній анархії і класовій суті курортної справи дореволюційної Росії. Верде проведення класової політики в справі курортної допомоги трудящим, першочергове й переважне лікування на курортах робітників різних галузей промисловості, колгоспників і бійців Червоної Армії.

Склад контингентів, обслужених 1936

№	Назва курортних місцевостей	Обслужено (в тис.)			У тому числі (в тис.)					
		Всього	у т. ч.		Дітей до 15 років			Дорослих		
			По санаторіях	Амбулаторно-курсових	Всього	у т. ч.		Всього	По санаторіях	
						По санаторіях	Амбулаторно-курсових			
1	Одеська група курортів . . .	55,49	46,00	9,49	3,51	3,50	0,015	51,99	42,50	
2	Слов'янськ	14,48	13,10	1,38	1,80	1,80	—	12,68	11,30	
3	Бердянськ	6,15	3,80	2,35	—	—	—	6,15	3,80	
4	Київська група	6,00	6,00	—	0,90	0,90	—	5,10	5,10	
5	Миргород	6,49	4,90	1,59	—	—	—	6,49	4,90	
6	Скадовськ	1,42	1,20	0,22	1,20	1,20	—	2,2	—	
7	Херсон	2,54	2,20	0,34	—	—	—	2,54	2,20	
8	Гопри	3,05	2,20	0,86	—	—	—	3,06	2,20	
9	Сосновка	2,90	2,90	—	—	—	—	2,90	2,90	
10	Качанівка	0,90	0,90	—	—	—	—	0,90	0,90	
11	Гадяч	0,90	0,90	—	—	—	—	0,90	0,90	
12	Кирилівка	1,31	0,60	0,71	—	—	—	1,31	0,60	
13	Шепетівка	1,82	0,90	0,92	—	—	—	1,82	0,90	
14	Березівські мінводи	1,00	1,00	—	—	—	—	1,00	1,00	
	Разом по УФСР	104,46	86,80	17,9	7,52	7,50	0,015	97,14	79,5	
15	Всього по 4 санаторіях РРФСР	6,30	6,30	—	—	—	—	6,30	6,30	
	Разом	111,00	93,10	17,9	7,52	7,50	0,015	103,44	85,8	

Таблиця 7

в торло-курортних закладах КУРУПР-у

Рік	З них у віці (в тисячах)							З загального числа трудящих було обслужено (в тис.)				З них обслужено стахановців (в тисячах)	
	19—23 роки		24—39 років		40 р. і більше		Робітників		Колгоспник.		В сана-торіях	Амбула-торно-курсов.	
	По санато-ріяx	Амбула-торно-кур-сових	По санато-ріяx	Амбула-торно-кур-сових	По сана-торіях	Амбула-торно-кур-сових	В сана-торіях	Амбула-торно-курсов.	В сана-торіях	Амбула-торно-курсов.			
1970	0,44	7,24	2,11	27,06	5,59	7,54	1,34	19,23	2,16	3,69	1,14	6,72	1,14
1971	0,11	1,63	0,11	6,38	0,76	3,22	0,41	7,17	0,29	0,45	0,014	5,95	0,42
1972	0,02	0,32	0,10	2,41	1,59	1,06	0,65	2,19	0,40	0,09	0,10	0,89	0,024
1973	0,03	0,60	—	3,17	—	1,19	—	2,12	—	0,18	—	0,35	—
1974	—	0,35	0,15	3,02	0,97	1,48	0,44	2,98	0,22	0,13	0,34	2,37	—
1975	0,01	—	—	—	0,10	—	0,10	—	0,02	—	0,008	—	—
1976	—	0,15	0,015	1,58	0,18	0,49	0,14	1,13	1,17	0,11	0,07	0,70	—
1977	0,01	0,27	0,06	1,30	0,47	0,61	0,31	1,07	0,29	0,16	0,20	—	—
1978	—	0,42	—	1,81	—	0,64	—	1,44	—	0,09	—	0,51	—
1979	—	0,11	—	1,61	—	0,17	—	0,26	—	0,09	—	0,23	—
1980	—	0,17	—	0,57	—	0,14	—	0,43	—	0,06	—	0,10	—
1981	0,02	0,07	0,06	0,40	0,44	0,13	0,19	0,33	0,29	0,01	0,08	—	—
1982	0,02	0,35	0,08	0,48	0,57	0,01	0,25	0,07	0,07	0,46	0,38	0,27	0,002
1983	—	0,07	—	0,66	—	0,30	—	0,62	—	0,01	—	0,58	—
1984	0,65	11,74	2,68	49,47	10,68	17,0	3,83	39,05	3,92	5,52	2,33	18,65	1,59
1985	—	0,60	—	3,32	—	2,30	—	1,24	—	0,22	—	0,82	—
1986	0,65	11,3	2,68	52,8	10,68	19,30	3,83	40,29	3,92	5,74	2,33	19,48	1,59

кращих людей нашої країни. — є відмінною особливістю країни соціалізму. За роки 1933, 1934, 1935 процент робітників на українських курортах становив 52,5—53,2, членів родин робітників—1,7—1,2, інженерно-технічного персоналу і прирівняних до робітників і інженерно-технічних працівників — від 8,3 до 11,8, колгоспників—5,5—6,5, решта — інші групи трудящих.

Цікаво порівняти наведені дані із звітними матеріалами про курорти кавказьких мінеральних вод за 1907 рік, які є дуже характерними для курортів дореволюційної Росії. Так, великі поміщики, дворяни, купці становили 41,9% всього складу курорту, середня буржуазія — 23,8%, офіцери—10,5%, чиновники—11,6%, вчені, лікарі, педагоги, учні— 10,5%, духівництво—1,2%, „нижні чини“—0,2%.

Наведені дані цілком відповідають сучасному складові курортів буржуазної Європи, з тією тільки різницею, що на світових курортах значно нижчий був процент дрібної буржуазії. Так, напередодні імперіалістичної війни (за Бахерером) соціальний склад контингентів курорту Баден-Бадена був такий:

	в %
члени царствуючих родин	0,25
торгово-промислові кола	47,5
рантє, домовласники, пенсіонери	10,5
чиновники	10,0
поміщики, лісоторівці	6,0
військові	4,25
духівництво	1,5
інженери, лікарі, юристи	8,5
службовці	3,5
без професій	6,0

На противагу цьому соціалізм, створивши нову... соціалістичну економіку, яка не знає криз і безробіття, не знає злиднів і розорення і дає громадянам всі можливості для заможного і культурного життя¹⁾, створив також всі передумови для розвитку потужної бази санаторно-курортного обслуговування широких мас трудящих.

Наведеного вище досить, щоб упевнитись в небаченому розмаху в УРСР санаторно-курортного обслуговування і організації масового відпочинку трудящих. Створена після Великого Жовтня сітка є найважливішою частиною тієї матеріальної бази, яка забезпечує право на відпочинок, право на санаторно-курортне обслуговування широких мас трудящих, — цього найбільшого завоювання Соціалістичної революції, яке знайшло своє повне відображення в Сталінській Конституції.

Зовсім новою формою обслуговування трудящих, створеною в СРСР після Великого Жовтня, що з кожним роком чимраз розширює і вдосконалює свою матеріальну базу, є організація масового відпочинку трудящих.

В соціалістичній організації праці і побуту чимраз ширший розвиток здобувають найрізноманітніші форми відпочинку в процесі виробництва,

¹⁾ Й. В. Сталін, Про проект Конституції Союзу РСР. Доповідь на Надзвичайному III Всесоюзному З'їзді Рад. Партидава, ЦК КП(б)У, с. 9.

в період тарифних відпусток, днів відпочинку, годин дозвілля. Гармонічна взаємодія соціалістичної праці і відпочинку в СРСР являє собою принципіальну відміну від стану в капіталістичних країнах, де „можливо більша щоденна затрата робочої сили, як би хворобливо-насильницькою і нестерпною не була вона, становить границі для відпочинку робітника“¹⁾.

Організація масового відпочинку грає виняткову роль у справі оздоровлення широких мас трудящих, піднесення продуктивності праці і є в СРСР одною з органічних складових частин соціалістичної культури.

До 1937 року в УРСР засновано вже 173 стаціонарних будинки відпочинку на 24 100 ліжок. З них ЦК профспілок, що об'єднують трудящих УРСР, мають 73 будинки відпочинку на 7600 ліжок (у т. ч. для дітей — 9 будинків відпочинку на 1460 ліжок.), Рада професіональних спілок УРСР — 36 будинків відпочинку на 9950 ліжок (у т. ч. для дітей — 2 будинки відпочинку на 420 ліжок), 34 будинки відпочинку на 2800 ліжок належать окремим великим промисловим підприємствам і ін.

Основна маса будинків відпочинку розгорнута в колишніх поміщицьких і монастирських садибах, на дачах великої буржуазії. У цьому відношенні надзвичайно показова історія виникнення і розвитку Одеської групи будинків відпочинку Профради УРСР.

Перший будинок відпочинку в Одесі було засновано по закінченні громадянської війни в 1920 році на одній із дач Пролетарського бульвару в колишніх особняках одеської буржуазії. Міськпрофрадою був організований перший будинок відпочинку (по суті гуртожиток підлітків на 100 чол. з харчуванням). Цей будинок відпочинку функціонував всього лише 3 літніх місяці. На зимовий період його переведено було в колишній приватновласницький будинок по вул. Бебеля № 12. У 1921 році він знову розгортається на колишній дачі Ціммермана. Пріснував він 3,5 літніх місяця і був ліквідований.

Характерною рисою будинків відпочинку, що функціонували в цей період часу, є те, що вони по суті були тільки гуртожитками тимчасового типу з харчуванням. Ніяких інших видів обслуговування в них не було організовано.

У 1921 році видано з ініціативи В. І. Леніна декрет про організацію будинків відпочинку з метою „дати робітникам і службовцям можливість відновити свої сили і енергію протягом одержуваної ними щороку чергової відпустки в найбільш сприятливих і здорових умовах“.

З цього часу у будівництві будинків відпочинку, як масових форм організованого культурного відпочинку трудящих, вносяться все нові і нові елементи обслуговування, які, поступово викристалізуючись, привели до створення таких гігантів масового оздоровлення трудящих, якими будинки відпочинку в Святогорську на 2582 ліжка, Змієві — на 1264 ліжка і ін. У 1933—1934 рр. було відзначено десятиріччя існування Святогорського і Одеських будинків відпочинку, що мають всесоюзне значення

¹⁾ Карл Маркс, Капітал, т. I, изд. 7, 1931, с. 213.

Зростання сітки будинків відпочинку УРСР особливо показове на прикладі будинків відпочинку Одеської групи.

Таблиця 8

	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
Число ліжок . . .	100	100	123	143	314	520	740	850	1071	1030	1280	1475	1800
Число відпочиваючих (у тис.) .	—	—	—	—	3,0	5,5	8,3	9,0	10,5	10,2 *)	14,3	18,6	26,6
Темпи росту охоплення відпочиваючих	—	—	—	—	100	153,3	276,6	300,0	350,0	340,0	476,6	620,0	836,6

Кількісний ріст охоплення відпочиваючих Одеськими будинками відпочинку Міськпрофради був забезпечений, з одного боку, освоєнням чимраз нових колишніх приватновласницьких дач (кол. дача шаха персидського, кол. міського голови Андрієвського, фабрикантів Висоцького, Суворова, генерала Міщенка й ін.), їх розширенням і реконструкцією, з другого боку — рядом організаційних заходів.

Серйозну організуючу роль у справі правильного розвитку будинків відпочинку в Одесі відіграло утворення в 1924 році при Міськпрофраді спеціального управління будинками відпочинку (з представництвом від Робмеду, охорони здоров'я, Соцстраху).

Дальше організаційне зміцнення сітки будинків відпочинку Одеси, як і інших центрів УРСР, провадилось Центральним управлінням будинками відпочинку і санаторіями при Наркомпраці, заснованим в 1931 році. Управління будинками відпочинку, що існували на місцях, були підпорядковані безпосередньо Центральному управлінню. У 1933 році місцеві управління будинками відпочинку були знов підпорядковані органам соціального страхування.

1931 року, у зв'язку з ліквідацією НКП і передачею справи соціального страхування профспілкам, почався новий організаційний період у справі зміцнення й розвитку будинків відпочинку.

У зв'язку з декретом уряду про надання трудящим тарифних відпусток на протязі всього року, з 1929 року починається пристосування ряду будинків відпочинку для функціонування цілий рік. Перший зимовий будинок відпочинку відкрито в м. Одесі в січні 1930 року на 250 ліжок (будинок відпочинку № 2). Другий зимовий будинок відпочинку відкрито 7 лютого 1932 року (будинок відпочинку № 4).

Пропускна спроможність будинків відпочинку була збільшена ще й за рахунок скорочення перерв між змінами з 2—3 днів до 1, а потім і до цілодобового усунення перерв між змінами.

Поруч з значним кількісним ростом сітки будинків відпочинку й охоплення трудящих організованим відпочинком, — систематично вживаються заходи, що забезпечують підвищення якості обслуговування в них.

*) Зменшення кількості ліжок і охоплення трудящих відбулося у зв'язку з поверненням нарісвітлі приміщення школи, занятої до 1924 року під будинок відпочинку.

Капітальний ремонт, реконструкція і розширення колишніх приватно-власницьких дач, нове будівництво нових корпусів, будівництво кухонь, їдалень, лазень, санпропускників, утеплення корпусів, проведення центрального опалення, перекладання й прокладання нозої сітки каналізації і водопостачання, озеленення і впорядкованість території будинків відпочинку — ось перелік основних робіт у галузі поліпшення матеріально-житлової бази будинків відпочинку УРСР. Серйозну роль відіграли підсобні господарства.

З 1933 року по лінії профспілкової сітки будинків відпочинку чимраз більше віддається уваги підвищенню якості обслуговування трудящих.

Одночасно з поліпшенням матеріально-технічної бази уточнюються методи організації обслуговування відпочиваючих. Зараз будинок відпочинку являє собою здебільшого великий оздоровчий заклад з диференційованим обслуговуванням відпочиваючих, побудованим на обліку індивідуальних показів стану здоров'я, віку, навичок й ін.

Надзвичайно серйозну увагу в будинках відпочинку віддають організації харчування, медично-санітарному, фізкультурному й культурному обслуговуванню. Правильне погодження між собою всіх елементів режиму будинку відпочинку, забезпечення повної ефективності оздоровлення трудящих покладається на лікаря-керівника будинку відпочинку.

Такий шлях будинку відпочинку в УРСР від гуртожитку з харчуванням до складного оздоровчого закладу з цілим комплексом обслуговування його, який забезпечує відновлення працездатності, підвищення й зміцнення здоров'я трудящих, прищеплення культурно-побутових навичок і тим сприяє підвищенню продуктивності праці.

Основні лінії розвитку, кількісного й якісного росту, що простежили ми на прикладі будинків відпочинку Одеської групи, є характерними для всієї сітки будинків відпочинку УРСР.

Крім стаціонарної сітки будинків відпочинку, за останнє десятиріччя створені і дістають чимраз ширшого розвитку і популярності й інші масові форми організованого відпочинку трудящих. Серед них слід наводити будинки відпочинку й бази вихідного дня, парки культури й відпочинку і туристсько-екскурсійну роботу.

Таблиця 9 показує динаміку цих закладів.

Наведена таблиця наочно показує неухильний ріст сітки закладів найбільш масових форм організованого відпочинку трудящих.

Найбільше число будинків відпочинку перебуває у віданні професійних організацій. Через цю сітку за 16 років існування її пройшло багато сотень тисяч трудящих. У 1930 році через будинки відпочинку соціального страхування було пропущено близько 146 тисяч трудящих УРСР. В наступні роки ці цифри різко зростають (табл. 10).

За соціальним складом контингент пропущених через будинки відпочинку соціального страхування становить:

Будинки відпочинку для обслуговування робітників з їх сім'ями в період тарифних відпусток в 1933 році охопили 12500 чол., в 1934 р. — 4600 чол.

Таблиця 9

№		Р о к и		
		1933	1934	1935
1	Бази одноденного відпочинку	8	19	21
	Кількість відпочиваючих (у тисячах)	15,0	44,2	71,5
2	Табори літнього типу	2	2	18
	Кількість відпочиваючих (у тисячах) в них	25,0	29,9	75,0
3	Число туристів, охоплених дальніми мандрівками (у тисячах)	14,3	21,0	35,0
4	Число туристів, охоплених місцевими мандрівками й походами (у тисячах) .	354,8	760,0	1092,0 (план)
5	Парки культури й відпочинку	12	17	22
6	Ріст асигнувань на масовий відпочинок трудящих (у млн.)	28,2	28,7	35,7

Таблиця 10

	Р о к и		
	1931	1932	1936
Пропущено через будинки відпочинку соціального страхування трудящих УРСР (у тисячах) . .	208,0	245,0	267,8

З метою збільшення охоплення трудящих сіткою будинків відпочинку рік-у-рік збільшується число будинків відпочинку, що функціонують цілий

Таблиця 11

№		Р о к и			
		1931	1932	1933	1934
		в %			
1	Робітники	80	79,7	77,6	79,8
2	Прирівняні	—	4,6	9,3	14,7
3	ІТП	1,7	5,0	3,9	
4	Службовці й ін.	12,3	10,7	9,2	5,5

рік. До 1937 року з 173 будинків відпочинку 61 будинок відпочинку на 7900 ліжок функціонує цілий рік.

На одно з перших місць серед масових форм організованого відпочинку треба поставити фізкультуру й спорт. Надзвичайно характерні в цьому відношенні статистичні дані про розвиток фізкультурного руху й росту фізкультурних споруд. Число членів фізкультурних організацій в 1935 році становить уже понад 3,0 млн. чол. (проти 1,9 млн. в 1933 році); значке

ствів ГПО першого ступеня до 1936 року досягає 1088,0 тис. чол. (проти 322,6 тис. в 1933 році, 914,6 тис. в 1935 році); число гуртків фізкультури на селі зростає у 1936 році до 725,0 (проти 966 в 1933 році, 4712 в 1935 році).

1936 року різні організації УРСР мають досить могутню сітку фізкультурних споруд: стадіонів—25, водних станцій—120, клубних фізкультурних баз—151, спортивних майданчиків—6210, будинків фізкультури—43, баз фізкультури—38.

Динаміка капіталовкладень у фізкультурні споруди за другу п'ятирічку по лінії ВРФК і Комітету в справах фізкультури і спорту така: в 1933 році—688,3 тис. крб.; у 1934 році—1141,0 тис. крб.; в 1935 році—1051 тис. крб.; в 1936 році—2132,0 тис. крб.; в 1937 році план—4450,0 тис. крб.

Отже, в УРСР створено потужну базу для різних видів і форм масового оздоровлення трудящих.

У процесі розвитку курортної справи в УРСР росли й виховувались кадри науково-практичних працівників. Тепер санаторно-курортна сітка має солідний склад висококваліфікованих науково-практичних працівників.

За даними переобліку в 122 санаторіях, що дали відомості про кадрових лікарів, у 1936 році працювало 658 лікарів-кадровиків (у т. ч. жінок—280). Статистична розробка цих матеріалів виявила таке:

I. Лікарів, що подали відомості про себе за основну спеціальність, — 334; з них: терапевтів—173 (у т. ч. терапевтів-бальнеологів—4, фізіотерапевтів—5, кардіологів—4, дієтиків—2, фтизіатрів—15); хірургів—45 з них: хірургів-ортопедів—22); психоневрологів—88 (у т. ч. невропатологів—65, невропатологів-фізіотерапевтів—2); фтизіатрів—61; педіатрів—60; гінекологів—28 (у т. ч. гінекологів-фізіотерапевтів—2); дермато-венерологів—7; оториноларингологів—23; окулістів—5; рентгенологів—23; фізіотерапевтів—28; стоматологів—28; лаборантів—23; санітарних лікарів—5; інших—14; зубних лікарів—23.

II. Лікарів, що подали відомості про лікарський стаж,—613; з них: із стажем до 3 років—10, до 5 років—13, до 10 років—112, понад 10 років—78 лікарів.

III. Лікарів, що подали відомості про стаж роботи в санаторіях і будинках відпочинку,—570; з них: із стажем до 3 років—140, до 5 років—138, до 10 років—181, понад 10 років—101 лікар.

Наведена статистична розробка матеріалів про кадрових лікарів у санаторно-курортній системі УРСР наочно демонструє той факт, що санаторно-курортна сітка забезпечена в значному числі лікарями з великим лікарським досвідом, які опанували специфічні умови роботи на курортах, вляють собою спеціалістів, що забезпечують висококваліфіковане спеціалізоване лікувально-профілактичне обслуговування трудящих.

У системі Курортного управління, яка має, як ми бачили вище, найбільш потужну диференційовану санаторно-курортну сітку,—у сезоні 1936 року працювало 6500 чол. персоналу (3131 кадровик). З них лікарів 615, 500 чол. середнього персоналу і 4800—інших (ванниць, санітарів, адміністративно-господарських працівників і т. ін.).

У санаторіях безпосередньо працювало лікарів—432 (крім того 112 консультантів). Загальний стаж лікарів до 3 років—4,8%, до 5 років—12,4%, до 10 років—36,4%, понад 10 років—46,4%. Лікарів з курортним стажем до 5 років було 62,2%, понад 5 років—30,7%.

Наприкінці зупинімося на деяких найтипівіших прикладах розвитку курортів.

У кращих природно-кліматичних куточках Одеси до революції були розміщені окремі дачі буржуазії і кілька лікарень. До 1922 року Куяльник, Хаджібей—Одеської групи вирости в грязьові курорти з значним санаторним фондом (550 ліжок). Поряд з технічним удосконаленням матеріальної бази Одеси, як лиманно-грязьового курорту, після революції утворена Одеса, як приморсько-кліматичний курорт, кардіологічний, шлунково-кишковий (Куяльницьке мінеральне джерело) і дитячий. До 1932 року Одеська група курортів мала санаторно-курортний фонд у 4760 ліжок (грязьових—2485, приморсько-кліматичних—1345, дитячих—930). 1936 року на курортах Одеської групи функціонувало 6020 санаторних ліжок (у т. ч. зимових—2745), що належать Курупру.

Крім санаторної сітки Курупру, на Одеській групі курортів функціонують санаторії різних відомств і організацій (понад 20 організацій). У 1936 році тут функціонувало 64 санаторії на 11600 ліжок (у т. ч. зимових—5200).

Одеська група курортів об'єднує 7 курортних місцевостей. У 9 санаторіях Одеської групи з загальною кількістю ліжок 2600 (у т. ч. зимових—910 ліжок) використовується, як основний лікувальний фактор, лікувальна грязь. У 7 санаторіях з загальною кількістю ліжок 1800 (у т. ч. зимових—1400) використовуються, як основний лікувальний фактор,—клімат. 4 санаторії на 1200 ліжок розраховано виключно на обслуговування дитячого населення (кістково-туберкульозних—125 ліжок, соматичних—1045 ліжок). Ліжок для лікування туберкульозних хворих в Одеській групі курортів—495 (у т. ч. зимових—440).

Вивчення клімату Одеси підтвердило цілковиту можливість функціонування цілий рік ряду Одеських санаторій. У 1935 році понад 41% санаторних ліжок функціонувало цілий рік.

Поряд з дальшим відновленням й освоєнням наявного фонду в Одеській групі курортів засновані нові об'єкти: санаторії ім. Кагановича і ЦВК УРСР на Хаджібей, 3 санаторії в Аркадії, бальнео-фізіотерапевтичний відділ Лермонтовського курорту (заснований в 1925 році на базі колишньої приватної лікарні), їдальні, кухні, пропускники й інші підсобні споруди на більшості курортів Одеської групи. Зараз Лермонтовський курорт відомий на весь Союз. Він є базою Українського науково-дослідного інституту курортології і бальнеології, що має своїм завданням узагальнення практики санаторно-курортного обслуговування трудящих і розробку теоретичних проблем відповідно до свого профіля з метою дальшого розвитку цієї найважливішої ділянки оздоровлення трудящих.

Розвиток лікувальної бази на курортах УРСР забезпечив можливість застосувати в показаних випадках різних видів комбінованої терапії

при основному виді лікування бальнео-фізіотерапевтичному, кліматичному з широким проведенням геліотерапії й ін.

Велику увагу було віддано належному оснащенню одеських курортів для цілей діагностування. Так, у 1936 році на Одеській групі курортів функціонувало 16 клінічних і 5 бактеріологічних лабораторій (з 43—на всіх курортах УРСР). На 1 санаторного хворого припадає 2,7 лабораторних аналізів. Рентгенкабінетів на Одеській групі курортів функціонувало 15 (з 27 на всіх курортах УРСР). На 1 санаторного хворого припадає 0,9 рентгенпроцедури.

Другим типовим прикладом розвитку курортів УРСР є курорт Сосновка (в 3 км на північ від Черкас Київської області, на правому березі Дніпра).

Сосновка відома була до революції, як дачне селище, з 1924 ж року починає розвиватися, як один з кращих курортів УРСР. Маючи прекрасний сосновий бір, сухий піщаний ґрунт, помірний м'який клімат, величезний водний басейн, — Сосновка щороку все більше використовується для санаторного лікування туберкульозних хворих і організації у відповідних зонах масового відпочинку трудящих. В 1924 році Головоцстрах організував у Сосновці будинок відпочинку республіканського значення. 1925 року Головоцстрах розгорнув тут нове будівництво (5 двоповерхових корпусів, лазню, пральню, театр і ін.). Цей фонд використовується в 1926 році для відкриття профілакторія на 300 ліжок. 1934 року бюро Соцстраху (на базі окремих санаторій) засновує першу Українську туберкульозну санаторію ім. Г. І. Петровського на 1060 ліжок з діагностичними і лікувальними кабінетами, з потужним парковим господарством, спортивними спорудами і ін. До 1936 року обслужено Сосновською туберкульозною санаторією Соцстраху до 60 тис. трудящих.

Санаторна сітка курортів Сосновки швидко збільшилась за рахунок дальшого освоєння наявного житлового фонду й нового будівництва. У 1930 році Курортне управління УРСР заснувало в Сосновці в пристосованих колишніх приватновласницьких дачах 2 туберкульозних санаторії, а в 1936 році відкрило в новозбудованому корпусі 3-ю туберкульозну санаторію. У 1935 році розгорнув нове будівництво ЦК Червоного Хреста УРСР і 1936 року було відкрито нову санаторію на 350 ліжок.

Крім вказаних організацій у Сосновці функціонує будинок відпочинку Дніпропетровської Промстрахкази на 200 ліжок і будинок відпочинку ЦК водників на 250 ліжок.

До 1930 року Сосновка була курортом переважно для відпочинку трудящих (з 1805 ліжок, що функціонували, 1160 ліжок було для відпочиваючих). З 1930 року розвиток лікувально-профілактичних закладів Сосновки відбувається відповідно до нового уточненого профіля, як курорту переважно для туберкульозних хворих. У 1936 році з 2485 ліжок, що функціонували в Сосновці, 2035 ліжок було санаторних (санаторна сітка, порівнюючи з 1930 роком, виросла в три рази). Пропускна спроможність ліжкової сітки Сосновки значно зросла теж за рахунок подовження строку функціонування. За час з 1926 року по 1930 рік пропускна спроможність Сосновки коливалась від 6350 до 6600 чол. З 1931 року до 1936 року

пропускна спроможність Сосновки значно зростає — з 7600 до 14300 чол. на рік (у т. ч. санаторні хворі — з 1900 до 8600 чол. при майже повній стабілізації кількості відпочиваючих).

Нарешті, як на третьому прикладі, що ілюструє особливості розвитку курортів УРСР і освоєння все нових місцевостей з метою використання їх для масового оздоровлення трудящих, спинімося в кількох словах на заснуванні курорту місцевого значення, — так званого курорту „Канатка“.

Виключні природно-кліматичні умови в околицях багатьох населених пунктів широко використовуються різними організаціями (громадськими, господарськими) для будівництва будинків відпочинку й санаторій близько виробництва. Дуже показовим у цьому відношенні прикладом є курорт „Канатка“, що міститься за станцією Карачівкою під Харковом у прекрасному лісовому масиві. Тут Харківський канатний завод ім. Петровського організував оздоровчий комбінат для робітників заводу, що складається з санаторії, будинку відпочинку (який у 1937 році реорганізовано в дитячу санаторію), піонерського табору на 350 дітей і 30 кімнат-дач для стажовців заводу. Лікувальні кабінети, соляріум, водна станція біля річки Уди, театр, звукове кіно, власні оранжереї, фруктовий сад на 250 гектарів і інші підсобні споруди забезпечують правильну організацію лікувально-профілактичного обслуговування, культурного, здорового відпочинку тисяч робітників заводу та їх сімей. За 1936 рік оздоровчий комбінат обслужив 1250 чол., тобто кожний шостий робітник заводу провів свою тарифну відпустку в санаторії або в будинку відпочинку оздоровчого комбінату.

Наведених прикладів розвитку санаторно-курортного обслуговування трудящих УРСР досить для виявлення принципіальних особливостей побудови однієї з найважливіших ділянок оздоровлення широких мас трудящих.

Найістотнішим, принципіально-відмінним у різноманітній побудові санаторно-курортного обслуговування трудящих СРСР є те, що безпосереднім завданням цієї ділянки соціалістичного будівництва являється — максимально ефективно оздоровлення широких мас трудящих, відновлення і підвищення їх працездатності й творчого ентузіазму для нових перемог будівництва соціалізму. Увесь могутній комплекс сил природи, кращі досягнення медичної науки й техніки широко використовуються в СРСР в інтересах оздоровлення трудящих.

Трудящі УРСР дістали в спадщину від капіталістичного ладу дуже примітивне курортне господарство. За роки імперіалістичної й громадянської війни курортна справа на території нинішньої України цілком занепала.

Великий Жовгень створив всі передумови для бурхливого розвитку й розквіту многогранних форм здорового й культурного відпочинку трудящих.

Перемога соціалізму в нашій країні — країні Сталінської Конституції — забезпечує будівникам соціалізму гідний, різноманітний, здоровий і культурний соціалістичний відпочинок.

Курортні місцевості УРСР

Назва курорту	Де міститься	Характеристика лікувальних багатств	Стан експлуатації
1 Куяльницький	Одеса	Грязьовий лиман Мінеральне джерело	Функціонує цілий рік
2 Хаджібеєвський	"	Грязьовий лиман	"
3 Аркадія	"	Приморська станція	"
4 Лермонтовський	"	"	"
5 Люстдорф	"	Приморська дитяча станція	Функціонує влітку
6 ім. Жовтневої Революції	"	Грязьовий лиман Діагностичний курорт	"
7 Кляйн-Лібенталь	"	Кліматична дитяча станція	"
8 Лузанівка	"	Приморська дитяча станція	"
9 Олександрівка	Одеса—район	Приморська станція	Не експлуату- ється
10 Дофнівка	"	"	"
Слов'янський	Слов'янськ	Грязьовий лиман Кліматична станція	Функціонує цілий рік
Бердянський	Бердянськ	Грязьовий лиман Кліматична станція	Функціонує влітку
Скадовський	Скадовськ (Одеського району)	Приморська дитяча станція	"
Кирилівський	Якимівський район	Грязьовий лиман Кліматична станція	"
Миргород	Миргород	Хлористо-натрійне джерело	Функціонує цілий рік
Гопри (Гола пристань)	Херсон	Грязьовий лиман	Функціонує влітку
Березівські міне- ральні води	Харків	Залізоносне вапняне джерело	"
Солоний Ставок	Сахновіцанський район. Харк. області	Лужно-глауберове джерело	Не експлуату- ється
Шепетівка	Вінницької області	Залізоносні-вапняні джерела	Функціонує влітку
Пуша-Водниця	Київ	Лісова кліматична станція	Функціонує цілий рік
Ворзель	"	"	Функціонує влітку
Сосновка	Черкаський район	"	Функціонує цілий рік

	Назва курорту	Де міститься	Характеристика лікувальних багатств	Стан експлуатації
23	Качанівка	Чернігівська область	Лісова кліматична станція.	Функціонує влітку
24	Новоград-Волинськ	Волинь	Радіоактивне джерело	Не експлуатується
25	Джарингачський Острів	Скадовськ	Приморська станція	„
26	Іванівка	Херсонський район	„ „	„
27	Олексіївка	„	„ „	„
28	Алешки	„	Грязьовий лиман	„
29	Георгіївка	Мелітопольський район	Лікувальне джерело	„
30	Юр'ївка	Маріуполь	Приморська станція	„
31	Самсонівка	„	„ „	„
32	Будьоновка	„	„ „	„
33	Міжигір'я	Київський район	Лісова станція. Лікувальне джерело	„
34	Конча-Заспа	„ „	Лісова станція	„
35	Хмільники	Вінниця	Лікувальне джерело	„

Показники	Області										Всього по УРСР
	Вінницька	Дніпропетровська	Донецька	Київська	Одеська	Харківська	Чернігівська	МАРСР			
Всього закладів	46	33	42	81	83	49	9	2			345
У т. ч. для дітей і підлітків	23	18	20	40	32	21	4	1			159
Влітку	46	33	42	18	83	49	9	2			345
У них ліжок	1915	2617	3465	1329	13,156	5581	765	175			34,946
Число закладів	41	24	34	54	48	44	6	2			253
У них ліжок	1590	1436	2561	3816	6,203	4,486	285	175			20,551
„ взимку	1400	974	1015	2965	5601	2566	215	175			14,911
Число закладів	5	9	8	27	35	5	3	—			92
У них ліжок	325	1181	905	3514	6955	1095	420	—			14,395
Влітку	23	18	20	40	32	21	4	1			159
У них ліжок	1195	1385	1232	3482	4656	3090	375	160			15,575
Число закладів	19	14	15	28	16	17	2	1			112
У них ліжок	1050	975	977	1825	1141	2195	105	160			8,428
„ взимку	1010	686	757	1725	904	802	85	160			6,129
Число закладів	4	4	5	12	15	4	2	—			46
У них ліжок	145	410	255	1657	3515	895	270	—			7,147

1) Відомості є тільки по 345 закладах.

К. Ф. Дупленко

**Санаторно-курортная сеть УССР по данным переписи
на 1.1. 1937 г.**

РЕЗЮМЕ

1. Великий Октябрь создал все предпосылки для развития советских курортов и расцвета многогранных форм здорового и культурного отдыха трудящихся СССР.

2. Широко развившаяся после Октября на базе гигантских успехов социалистического строительства, особенно за годы сталинских пятилеток, сеть курортов, санаторий и домов отдыха в настоящее время представляет мощную базу массового оздоровления трудящихся.

На 1 января 1937 года в УССР функционировало (кроме временной санаторной сети для обслуживания детей в период летней оздоровительной работы) 359 санаторий и 173 дома отдыха; освоено 25 курортных местностей; выявлено свыше 200 местностей, природно-климатические условия, которых все более широко используются в целях массового оздоровления трудящихся.

3. Серьезное внимание уделено на всех курортах УССР организации санаторий, созданию мощной, хорошо оснащенной технически лечебно-диагностической базы их (электро-свето-водо-грязелечебницы, поликлиники с рентгенкабинетом и лабораториями и т. п.) и широкому использованию на научных основах курортных факторов каждой лечебной местности. Санаторий, являющийся в курортном деле в УССР основным типом оздоровительных учреждений, обеспечивает все возможности для комплексного обслуживания санаторных больных и отдыхающих.

4. Большое внимание с первых же дней создания курортов УССР уделено вопросам санитарного состояния и благоустройства их. Особенно крупные реконструктивные мероприятия и санитарно-техническое оснащение курортов и санаторно-курортных учреждений проведено Курортным управлением УССР. (За время с 1929 года по 1937 на эти мероприятия израсходовано свыше 37,0 млн. рублей).

5. В процессе развития курортного дела в УССР росли и воспитывались кадры научно-практических работников — курортологов. (В 122 санаториях, давших о себе сведения, в 1936 году работало 658 врачей-специалистов).

6. Достигнутые к XX-летию Великого Октября крупные успехи в области развития организационно-материальной базы санаторно-курортного дела и массового отдыха трудящихся УССР — только первые итоги

C. Douplenko

Le réseau des sanatoriums et des stations de cure de la RSS d'Ukraine au 1 janvier 1937 d'après les données du recensement

RÉSUMÉ

1. La grande Révolution d'Octobre a créé toutes les conditions nécessaires au développement des stations de cure soviétiques, ainsi qu'à l'organisation d'un repos sain et culturel aux formes très variées pour les travailleurs de l'URSS.

2. Le réseau des stations de cure, sanatoriums et maisons de repos, lequel après octobre 1917, par suite des progrès immenses de l'édification socialiste, et pendant les années des plans quinquennaux de Staline surtout, s'était largement développé, présente à l'heure qu'il est une base puissante pour les différentes mesures qui ont pour but de fortifier la santé des masses travailleuses.

Au 1 janvier 1937, dans la RSS d'Ukraine fonctionnaient 359 sanatoriums et 172 maisons de repos, outre les sanatoriums provisoires pour enfants, ouverts pendant l'été; 25 localités pour stations de cure étaient parfaitement aménagées et plus de 200 localités, dont les conditions naturelles et climatiques ont été reconnues comme favorables, sont toujours plus largement utilisées pour améliorer la santé de nos travailleurs.

3. Dans toutes les stations de cure de la RSS d'Ukraine on a prêté une grande attention à l'organisation des sanatoriums, à la création d'une puissante base curative et diagnostique pour ces derniers, bien installée au point de vue technique (établissement d'électrothérapie, de photothérapie, d'hydrothérapie, bains de boue, polycliniques avec cabinets de radiothérapie et laboratoires etc.), ainsi qu'à une large utilisation des facteurs curatifs de chaque localité, établis scientifiquement. Les sanatoriums, qui sont le type principal de l'établissement de cure dans la RSS d'Ukraine, permettent de prêter tous les secours que nécessitent les malades et les personnes qui sont en traitement ou se reposent dans ceux-ci.

4. Dès les débuts de l'organisation des stations de cure dans la RSS d'Ukraine on avait accordé aussi beaucoup d'attention à l'état sanitaire et l'aménagement de celles-ci. Des mesures particulièrement vastes de reconstruction et d'installation sanitaire et technique des stations de cure et des établissements sanatoriaux ont été adoptées par l'Administration des stations thermales et climatiques de la RSS d'Ukraine (on a dépensé dans ce but, de 1929 à 1937, plus de 37,0 millions de roubles).

5. Au cours de l'organisation des services dans les stations de cure de la RSS d'Ukraine, un personnel qualifié de travailleurs scientifiques et pratiques s'est formé — spécialistes de ce mode de traitement (en 1936, dans 122 sanatoriums qui ont fourni des renseignements, il y avait 658 médecins-spécialistes en fonction).

6. Les grands progrès réalisés au XXème anniversaire de la Révolution d'Octobre dans le domaine du développement de la base matérielle et de l'organisation des sanatoriums et stations de cure, de même que dans celui de l'organisation du repos des travailleurs de la RSS d'Ukraine n'en sont que les premiers résultats.

ЗМІСТ

С. С. Каган, Двадцятирічний шлях радянської охорони народного здоров'я на Україні	5
Л. Д. Ульянов, Епідемії на Україні під час імпералістичної війни і інтервенції	43
Л. Д. Ульянов, Боротьба за знищення інфекцій в Українській Радянській Соціалістичній Республіці	79
М. С. Горомосов, Санітарна впорядкованість міст УРСР до ХХ-річчя Великої Пролетарської революції	97
М. Л. Товстоліт, Здоров'я колгоспників УРСР за даними спеціальних кон'юнктурних спостережень	123
С. Каган, Г. Кривченко, М. Яновський, А. Цвет, Лікувальна сіть УРСР в за ХХ років Великої Пролетарської революції	155
К. Ф. Дупленко, Санаторно-курортна сітка УРСР за даними перепису на 1.І. 1937	279

СОДЕРЖАНИЕ

С. С. Каган, Двадцатилетний путь советского здравоохранения на Украине	35
Л. Д. Ульянов, Эпидемии на Украине за время империалистической войны и интервенции	76
Л. Д. Ульянов, Борьба за искоренение инфекций в Украинской Советской Социалистической Республике	93
М. С. Горомосов, Санитарное благоустройство городов УССР к XX-летию Великой Пролетарской революции	114
М. Л. Товстолит, Здоровье колхозников УССР по данным специальных конъюнктурных наблюдений	145
С. Каган, Г. Кривченко, М. Яновский, А. Цвет, Лечебная сеть УССР за XX лет Великой Пролетарской революции	155
К. Ф. Дупленко, Санаторно-курортная сеть УССР по данным переписи на 1.І. 1937 г.	324

SOMMAIRE

Kagan, Vingt ans de la santé publique soviétique en Ukraine	38
Oulianov, Les épidémies en Ukraine pendant la guerre impérialiste et l'intervention	77
Oulianov, La lutte pour la liquidation des infections dans la République Soviétique Socialiste d'Ukraine	94
Goromossov, L'état sanitaire des villes de la République Soviétique Socialiste d'Ukraine au XXème anniversaire de la Grande Révolution Proletarienne	118
Tovstolite, De la santé des kolkhoziens en Ukraine socialiste	152
Kagan, M. Janowski, G. Krivtchenko, A. Tsvette, Les services médicaux dans la RSS d'Ukraine pendant les vingt années de la Grande Révolution Proletarienne	155
Douplenko, Le réseau des sanatoriums et des stations de cure de la RSS d'Ukraine au 1 janvier 1937 d'après les données du recensement	325

Уповнов. Головліту № 6725. Вид. № 132. Зам. № 1298. Тир. 1000. Ф. пап. 82 × 110 см.
Вага 56 кг. Друк. знак. в 1 пап. арк. 112 т. Пап. арк. 10¹/₄. Здано до друкарні 20/XI 1937 р.
Підписано до друку 28/I 1938 р.

ПРИЙМАННЯ ЗАМОВЛЕНЬ І ПЕРЕДПЛАТИ
на всі видання Академії Наук УРСР провадиться в секторі
поширення Видавництва Академії Наук УРСР
Київ, вул. Чудновського, 2

ПРОДАЖ ВИДАНЬ
у науковій книгарні Академії Наук УРСР — Київ, вул. Леніна, 12—
і по всіх книгарнях Книгокультторгу, Книгоцентра ОГІЗ-а
та Книгозбуту ОНТИ

Друкарня-літографія Академії Наук УРСР у Києві



