

У подальшому директорами “головної” гімназії після І. Кокорудза, були філолог М.Сабат (1928–1930 рр.); колишній військовий, професор С.Лещій, що спочатку управляв гімназією тимчасово, до 1931 р.; колишній директор української гімназії в Перемишлі Д.Лукиянович (до 1934 р.) і вдруге С. Лещій аж до вибуху Другої світової війни в 1939 р. [12, с. 65].

Під час війни, після першої більшовицької окупації Галичини (1939–1941 рр.) директором гімназії був філолог П.Мечник, а директором “філії” В.Радзикович [12, с. 69].

З другим приходом більшовиків на західноукраїнські землі обидві гімназії перестали існувати. Після того як їх включили в радянську систему комуністичної освіти. Так закінчила своє існування в різних формах періодичних організаційних перетворень ЛАГ, що випустила за час своєї діяльності понад 60 випускників, провідних діячів українського національного життя.

Отже, за весь період свого існування ЛАГ була зразком кращих освітньо-культурних традицій. Середнього навчального закладу її рівня у той час в Галичині не було, про це свідчить рівень кваліфікації викладачів гімназії. Сама структура навчального закладу була досконало відлагоджена, дбаючи про потреби, як викладачів так і студентів. Функціонування бібліотек, різноманітних гуртків сприяло покращенню знань гімназистів.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Курляк І. Є. Українська гімназійна освіта у Галичині (1864–1918 р.) / І. Є. Курляк. – Львів, 1997. – 222 с.
2. Курляк І. Є. Класична освіта на західноукраїнських землях (XIX – перша половина XX століття) / І. Є. Курляк. – Тернопіль, 2000. – 328 с.
3. Шах С. Реформа шкільництва. Погляд на її ціль, прояви й організацію / С.Шах. – Перемишль, 1967. – 155 с.
4. Баїк Л., Мітюров Б. Стан народної освіти, школи і педагогічної думки на західноукраїнських землях на період Австро-Угорської монархії / Л.Баїк, Б.Мітюров. – Дрогобич, 1965. – 59 с.
5. Рудницький С. З географічної шкільної практики / С.Рудницький // Наша школа 1939. – № 2–3. – С. 7–15.
6. Павлюк І. Боротьба за народну освіту в Західній Україні (1919–1939 рр.) / І.Павлюк. – Київ, 1957. – 127 с.
7. Романенко Я. С. Чужа мова й двомовність у школі / Я.С.Романенко. // Шлях виховання й навчання. Педагогічний тримісячник. – Львів, 1936. – 175с.
8. Звідомлення за рік шк. 1932/33. Державна гімназія українською мовою навчання у Львові. – Львів, 1933. – 67 с.
9. Звідомлення про життя і працю в державній гімназії з українською мовою навчання у Львові за шк. рік 1937/38. – Львів, 1968. – 84 с.
10. Звіт дирекції ц.к. академічної гімназії у Львові за рік шк. 1908/09. – Львів, 1909. – 55 с.
11. Звіт дирекції ц.к. академічної гімназії у Львові за рік шк. 1920/1921. – Львів, 1921. – 40 с.
12. Ювілейна книга Української академічної гімназії у Львові. На 100-річчя першого українського іспиту зрілості (1878-1978). Філадельфія – Мюнхен, 1978. – Ч.1. – 611 с.
13. Кордуба М. Утраквізм в гімназії / М.Кордуба. – Чернівці, 1939. – 44 с.

*Шиндлярський Т.*

*Науковий керівник – проф. Коріненко П. С.*

#### **РОЗВИТОК ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УРСР В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ В 1951–1958 РР.**

В умовах кардинальних змін в сучасному українському суспільстві, проблема охорони здоров'я посідає одне із важливих місць. Питання модернізації медичної галузі на сьогодні є необхідним. Для того щоб краще зрозуміти, як діяти у сучасному руслі, потрібно звернутися до витоків минулого, для того, щоб врахувати колишній досвід. Саме в радянський час система охорони здоров'я набуло зовсім іншого аспекту, оскільки соціальна сфера обслуговування тоді була однією із важливіших.

Проблема розвитку охорони здоров'я УРСР в сільській місцевості в 1950-х рр. є мало дослідженою. Окремі питання розкрито в працях: Д. В. Гофріна [15], Г. Е. Процека [14], В. І. Маєвського [12], Л. С. Боголепова [11], І. Б. Ростоцького [3] та ін.

На початку 1950-х рр. з метою покращення медичного обслуговування передбачалося провести в п'ятій п'ятирічці подальше розширення ліжкової мережі лікарень і місць в дитячих яслах не менше, ніж на 20%, в дитячих садках – на 40%, збільшити кількість місць у санаторіях – на 15%, у будинках відпочинку – на 30%. Передбачалося також збільшення кількості лікарів

не менше ніж на 25% і розширення заходів з підвищення їх кваліфікації. Також, намічалось збільшити до 1955 р. не менш ніж в 2,5 рази в порівнянні з 1950 р. виробництво медикаментів, медичного обладнання та інструментів. Зокрема ці наміри знайшли своє відображення в директивах XIX з'їзду КПРС в 1952 р. [1, с. 511].

В цей період медичні працівники Радянської України були ініціаторами нових починань в області поліпшення медичного обслуговування населення і зокрема в галузі профілактики захворювань. Так значну роль в оздоровленні сільського населення відіграла диспансеризація, оскільки вона була ефективним методом попередження та раннього розпізнавання захворювань, а також раціонального працевлаштування, оснований на вивченні умов праці та побуту колгоспників, працівників МТС і радгоспів [2, с. 23].

12 квітня 1954 р. було опубліковано методичний лист про диспансеризацію сільського населення, затверджений Міністерством охорони здоров'я СРСР, який визначав суть диспансеризації, методику її проведення, об'єм роботи і охоплення контингентів населення, яке підлягало диспансеризації. Важливе значення мали додані до методичного листа рекомендації головного терапевта Міністерства охорони здоров'я СРСР П. Є. Лукомського про диспансеризацію хворих з окремими нозологічними формами. Згідно з цими рекомендаціями, органи охорони здоров'я внесли зміни в свої плани диспансеризації сільського населення [3, с. 13].

У роки п'ятої п'ятирічки багато уваги приділялося обміну передовим досвідом кращих районних та сільських лікарень в організації медико-санітарного обслуговування сільського населення та узагальнення цього досвіду, особливо щодо впровадження в діяльність сільських медичних установ методу обслуговування хворих, який базувався на фізіологічному вченні І. П. Павлова. Багато сільських лікарень підхопили ініціативу колективу Макарівської районної лікарні Київської області [4, с. 55] і стали здійснювати й вдосконалювати лікувально-охоронний режим. У багатьох сільських районних лікарнях стали широко застосовувати антибіотики, сульфаніламід, вітаміни, ендокринні препарати, тканинну терапію, терапію сном, фізіотерапію та лікувальну гімнастику [5, с. 936].

Слід відмітити, що протягом 1951–1955 рр. значно покращилася хірургічна допомога населенню. Близько 60% всіх хірургів УРСР були фахівцями I, II, і III категорій. Оперативні втручання успішно проводилися в багатьох дільничних лікарнях. У широких масштабах здійснювалося активне виявлення і лікування хірургічних хворих. В результаті летальність після операцій, наприклад, з приводу виразкової хвороби за цей час знизилася на 38%, складаючи в 1955 р. – 1,3 %. Летальність після операцій з приводу гострого апендициту знизилася в два рази і дорівнювала – 0,22%; ущемлених гриж – на 21% і становила 2,7%; кишкової непрохідності – на 32%. Значно покращилася травматологічна допомога [6, арк. 158].

За V п'ятирічку була значно покращена протитуберкульозна допомога населенню. Була збільшена лікарняна і санітарна мережа, підготовлені кадри лікарів-фтизіатрів. До кінця 1955 р. кількість лікарняних ліжок для туберкульозних хворих в сільській місцевості в порівнянні з 1950 р. збільшилася з 3838 до 6830 ліжок, тобто на 96%. В той же час не дивлячись на значний ріст ліжкового фонду слід усвідомлювати, що цей процес проходив значно повільніше ніж передбачалося. Так, на 1 січня 1951 року для госпіталізації туберкульозних хворих в республіці функціонувало в містах – 12,5 тис. ліжок і в сільській місцевості – більше ніж 4 тис. ліжок. По плану на 1951 рік кількість ліжок для туберкульозних хворих в сільській місцевості мала зрости ще на 386 ліжок, однак фактичний же приріст склав лише 286. Таким чином, план приросту туберкульозних ліжок на селі в 1951 році був виконаний не в повній мірі (лише на 57,9%) [7, арк. 137].

Застосування нових лікувальних препаратів – стрептоміцину, фтивазиду в поєднанні з новими хірургічними методами лікування деструктивних форм легеневого туберкульозу забезпечило значне підвищення ефективності лікування туберкульозних хворих. Захворюваність на туберкульоз значно зменшилася. Якщо кількість знову виявлених хворих на активну форму туберкульозу в республіці в 1950 р. прийняти за 100, то до 1954 р. ця цифра знизилася до 80. Ще більш швидкими темпами йшло зменшення кількості вперше виявлених хворих з бацилярними формами туберкульозу. Все це сприяло значному поліпшенню середньої тривалості життя туберкульозних хворих.

Ще одним важливим напрямком поліпшення лікування хворих на туберкульоз стало різке розширення мережі спеціалізованих лікувальних закладів. Так якщо до війни в сільській

місцевості було всього три диспансери і 45 туберкульозних кабінетів, то у 1950 році – 315, у 1954 р. – 384, у 1955 р. – вже майже 500 диспансерів та кабінетів. Але одного розширення протитуберкульозної мережі для раннього виявлення туберкульозних захворювань і лікування хворих було недостатньо. Необхідно було залучити для участі в протитуберкульозній роботі основну масу медичних працівників і, у першу чергу, сільських дільничних лікарів. Це завдання вдалося вирішити. У пологових відділеннях та колгоспних пологових будинках стали вакцинувати новонароджених, сільські дільничні лікарі почали робити повторні інсуфляції хворих. Це в значній мірі дозволяло вирішити проблему наближення протитуберкульозної допомоги до сільського населення [8, с. 341].

Слід спеціально згадати, що були відкриті лікувально-профілактичні заклади і лікарняні відділення і для хворих туберкульозним менінгітом. Це забезпечувало 100-відсоткову госпіталізацію хворих на цю важку хворобу. Після лікування в стаціонарах реконвалесцентні переводилися в санаторії. Така система терапії цих в недалекому минулому приречених хворих дала хороші результати. Знизилася захворюваність на туберкульоз серед дитячого населення, причому в клінічній структурі захворювань відзначалася вельми позитивна тенденція. Різко зменшилася кількість осіб з ускладненими формами первинного ураження, особливо хворих туберкульозним менінгітом і гострим міліарним туберкульозом. В значній мірі це пояснюється проведеною вакцинацією та ревакцинацією, адже вчасна вакцинація новонароджених зменшує захворюваність в 6–8 разів. Ще кращі результати дало впровадження систематичної ревакцинації. У 1954 р. наказом Міністерства охорони здоров'я УРСР було поставлено завдання вакцинувати протягом 1955–1956 рр. всіх неінфікованих дітей шкільного віку в сільській місцевості. І вже в 1955 році кількість вакцинованих і ревакцинованих дітей старшого віку перевищувала показники 1954 року майже в двічі [8, с. 342].

Іntenсивно проводилося подальше об'єднання амбулаторій та поліклінік, особливо в сільській місцевості. До початку 1954 р. по УРСР було об'єднано 98% всіх міських і 100% усіх сільських лікарень. Міністр охорони здоров'я СРСР в наказі № 69-м від 17.04.1954 р. «Про заходи щодо подальшого поліпшення організаційних форм медичного обслуговування населення та виправлення помилок, допущених при об'єднанні лікарняних і поліклінічних установ» зазначав, що завдяки об'єднанню лікарень з поліклініками більшість лікарів отримало можливість удосконалювати свої знання. В результаті покращилася якість діагностики та лікування хворих і знизилася летальність у лікарнях. У цьому наказі говорилося про необхідність підняття на належний рівень якості роботи поліклінік, що є вирішальною ланкою у справі лікувально-профілактичного обслуговування населення [9, с. 7].

У сільській місцевості, в зв'язку з розвитком спеціалізованої медичної допомоги на селі, зросла відвідуваність спеціалізованих кабінетів при сільських райлікарнях. Так, число відвідувань у отоларингології за роки п'ятої п'ятирічки збільшилася з 48,1 тис. у 1950 р. до 355,3 тис. у 1955 р. або в 7,4 рази, число відвідувань у окулістів збільшилося в 3 рази, у педіатрів – на 49,4%, у хірургів – на 76,3%, у терапевтів – на 30,6% і акушерів-гінекологів на 22,8%. Основною причиною швидкого зростання відвідуваності, поряд зі збільшенням чисельності населення, було, перш за все, зростання числа лікарів. З іншого боку, на зростанні відвідуваності відбилася поліпшення якості медичного обслуговування, зростання мережі медичних установ і широке застосування диспансерного методу обслуговування, а також зрослий рівень культури населення [10, с. 36].

Число фельдшерських, фельдшерсько-акушерських та акушерських пунктів збільшилося з 8,8 тис. у 1940 р. до 13,8 тис. в 1955 р., тобто на 56,0%, а в порівнянні з 1950 р. (11,9 тис.) – на 16,1%. У 1955 р. в них було зроблено 28105,2 тис. відвідувань проти 21998,0 тис. в 1950 р. (збільшення на 27,8%); зроблено відвідувань до хворих вдома – 13728,7 тис. в 1955 р. проти 13063 тис. у 1950 р. (збільшення на 5,1%). У п'ятій п'ятирічці відбулося перетворення самостійних фельдшерських і акушерських пунктів у фельдшерсько-акушерські. Реорганізація цих пунктів по УРСР, в основному, була завершена до 1955 р. [10, с. 37]

Поряд зі зростанням ліжкового фонду в УРСР, збільшилася чисельність лікувально-профілактичних установ. Так протягом п'ятої п'ятирічки у сільській місцевості було відкрито 765 нових дільничних лікарень. При цьому темпи зростання кількості дільничних лікарень випереджали темпи зростання їх ліжкового фонду. Це відставання темпів зростання ліжкового

фонду пояснюється в першу чергу відкриттям великого числа невеликих лікарень на 10 ліжок і менше, які в більшості випадків були перетворені з сільські дільничні амбулаторії. Одночасно йшов процес укрупнення лікарень у сільській місцевості.

Систематично зменшувалося число позакатегорійних районних лікарень сільських районів. Число позакатегорійних районних лікарень, розташованих у селах, зменшилося з 66 до 8, внаслідок чого питома вага категорійних лікарень досягла 98,1%. Поряд з цим за п'ятиріччя відбулися істотні зрушення в бік збільшення потужності районних лікарень за рахунок скорочення малопотужних райлікарень [10, с. 45].

Розвиваючи успіхи попередніх років в сфері медичного обслуговування населення в другій половині 1950-х рр. в галузі охорони здоров'я планувалося підняти рівень профілактичної діяльності, підвищити культуру медичного обслуговування населення, збільшити за п'ятиріччя на 28% число лікарняних ліжок, число місць в дитячих яслах – на 44%, число місць у дитячих садках – на 40%, число місць в санаторіях – на 10% і в будинках відпочинку – на 13%. Намічалось також збільшити виробництво виробів медичної промисловості в 1960 р. не менше ніж у 2 рази в порівнянні з 1955 р., звернувши особливу увагу на розширення виробництва нових, більш ефективних лікувально-профілактичних засобів, а також сучасного хірургічного інструментарію, діагностичного, лікувального і медичного обладнання та апаратури. Було запропоновано забезпечити подальший розвиток фізичної культури і спорту, особливо серед учнів і молоді [11, с. 192].

У плані охорони здоров'я було передбачено подальше розширення і поліпшення лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню – збільшення числа лікарняних ліжок в сільських місцевостях на 32% в 1960 р. з доведенням цього числа по СРСР до 391 тис. Намічено було збільшити число сільських лікарень з рентгенівськими установками, запроєктовано укрупнення районних лікарень до потужності не менше 75–100 ліжок, збільшення потужності дрібних сільських дільничних лікарень, які вміють менше 25 ліжок, до 25 ліжок і більше. Передбачався розвиток мережі міжрайонних лікарень, використання міських ліжок для госпіталізації приблизно до 20% сільських жителів, які потребують госпіталізації, і зміцнення обласних лікарень [12, с. 69].

Слід зазначити, що незважаючи на цілий ряд негативних моментів та дутих рапортів можна говорити, що в цілому за роки 6-ї п'ятирічки план розвитку охорони здоров'я успішно виконувався. Число лікарсько-лікарняних установ в сільських місцевостях УРСР склало в 1958 р. – 26 тис. У 1955 р. їх було 28, тис. Кількість ліжок у них в 1958 р. склало 61,6 тис. проти 61,3 у 1955 р. Зменшення числа лікарсько-лікарняних установ та незначне зростання числа лікарняних ліжок пояснюється тим, що за цей відрізок часу ряд нових сільських населених пунктів був переведений в селища міського типу та тим, що число сільських райлікарень з райцентром в селі зменшилося з 417 у 1955 р. до 230 в 1958 р., а число сільських райлікарень з райцентром у міських поселеннях збільшилося з 343 в 1955 р. до 606 у 1958 р. Як наслідок питома вага райлікарень з центром у місті почала складати майже 70 %. У зв'язку з цим використання сільським населенням стаціонарів в містах УРСР зросло з 27,8% у 1955 р. до майже 30 % в 1958 р., до 32,1% у 1960 р. Число дільничних лікарень збільшилося з 2213 в 1955 р. до 2305 в 1958 р., а число необ'єднаних амбулаторій зменшилося з 311 у 1955 р. до 245 в 1958 р. [13, с. 78].

Практично всі сільські населені пункти були забезпечені були тим або іншим медичним закладом. У зв'язку з поліпшенням якості обслуговування хворих покращилося використання ліжок. Так, наприклад, лікарняне ліжко на селі у 1950 р. функціонувало 282 дні, а в 1958 р. – 323 дні. Це дало можливість у 1958 р. госпіталізувати додатково понад 1,5 млн. хворих. Число відвідувань у лікарів на 1 сільського жителя збільшилося з 1,2 в 1950 р. до 1,9 в 1959 р. Значно збільшилися витрати на утримання лікарень у сільських місцевостях за основними видами витрат в державних бюджетах усіх союзних республік. У 1950 р. в УРСР було витрачено на ці цілі 553,3 млн. карбованців, в 1955 р. – 785,0 млн. карбованців, а в 1957 р. – 846,2 млн. карбованців [14, с. 73].

Виконання шостого п'ятирічного плану розвитку охорони народного здоров'я характеризувалося в 1956–1958 рр. подальшим розвитком сільської охорони здоров'я в напрямку наближення спеціалізованої медичної допомоги до сільського населення – укрупненням сільських дільничних лікарень, районних та обласних лікарень, поліпшенням диспансеризації трудівників села, розширенням санітарно-оздоровчих заходів. У цей період була проведена велика реформа в управлінні сільською охороною здоров'я, реорганізація його

районної ланки і отримала великий розвиток ініціатива колгоспів у будівництві сільських медико-санітарних установ.

Саме життя висунуло питання про організаційну перебудову районної ланки сільської охорони здоров'я, підказувало необхідність поліпшення системи керівництва сільською охороною здоров'я в районі та створення авторитетного і кваліфікованого керівництва медичними установами на селі. До цієї перебудови керівництво охороною здоров'я в сільському районі здійснювалося трьома центрами: районним відділом охорони здоров'я, лікарнею та санітарно-епідеміологічною станцією. А це породжувало, з одного боку, відрив адміністративного та організаційного керівництва від медичного, з іншого боку, відомий паралелізм у діяльності цих трьох центрів, що не могло не позначитися негативно на роботі медичних установ [15, с. 197].

Рух за перебудову районної ланки сільської охорони здоров'я розпочався в 1955 р. у зв'язку з вказівкою директивних органів про здійснення заходів щодо подальшого здешевлення апарату органів управління та щодо ліквідації паралелізму в керівництві. З ініціативи низових медичних працівників у ряді місць в порядку досвіду почали перебудову районної ланки [15, с. 201].

У вересні 1956 р. колегія Міністерства охорони здоров'я СРСР, вивчивши і схваливши досвід передових районів, рекомендувала Міністерствам охорони здоров'я союзних і автономних республік «за погодженням з Радою Міністрів приступити до перебудови районної ланки охорони здоров'я сільських районів». Якщо ліквідація районних відділів охорони здоров'я та передача їх функцій головлікарям районних лікарень не викликала заперечень, то включення районних санітарно-епідеміологічних станцій до складу районних лікарень зустріло велику протидію з боку санітарних працівників, які виступили в переважній частині проти ліквідації санітарно-епідеміологічних станцій з побоювання нанесення цією реорганізацією істотного збитку санітарній справі. Це відбилося в резолюції XIII Всесоюзного з'їзду гігієністів, епідеміологів, мікробіологів та інфекціоністів, який відбувся 20–26 червня 1956. З'їзд висловився проти об'єднання санітарно-епідеміологічних станцій з районними лікарнями [1, с. 43]. Цієї ж точки зору дотримувалися і всі місцеві гігієнічні суспільства. Незважаючи на це, реорганізація районної ланки охорони здоров'я все більш і більш поширювалася.

На всесоюзному активі працівників охорони здоров'я, проведеному 24–27 жовтня 1956 р., керівники органів охорони здоров'я та багато практичних працівників виступили як гарячі прихильники повсюдного розповсюдження цієї реформи. З цього питання на активі розгорнулася гостра дискусія. Увагу активу привернув виступ проти ліквідації районних санітарно-епідеміологічних станцій проф. В. А. Рязанова. Були і прихильники проміжної позиції, що виразилися в пропозиції зберегти санітарно-епідеміологічну станцію як самостійну установу з підпорядкуванням її головному лікарю району (він же головний лікар лікарні) при скасуванні функцій завідуючого райвідділу охорони здоров'я. Міністр охорони здоров'я СРСР М. Д. Ковригіна привела в якості доказів на користь реорганізації районної ланки сільської охорони здоров'я те, що це питання було поставлено самими низовими практичними працівниками, підтримане місцевими партійними та радянськими органами. Вона зазначила, що існування сільського райвідділу охорони здоров'я себе не виправдовує [15, с. 203].

У 1959 р. було завершено повне об'єднання райлікарень та райсанепідстанцій. У постанові ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 14 січня 1960 р. було доручено Радам Міністрів союзних республік «розглянути питання про реорганізацію з урахуванням місцевих умов органів охорони здоров'я в сільській місцевості з тим, щоб передати функції відділів охорони здоров'я райвиконкомів районним лікарням» [16, с. 17].

Значний інтерес представляли дані, що показують найменший рівень травматизму серед трактористів, комбайнерів та інших висококваліфікованих робітників і порівняно більш високий рівень його серед причіплювачів, тваринників, робітників МТС і будівельних робітників. Вказавши на головні причини сільськогосподарського травматизму та на заходи щодо його запобігання, доповідачі відмітили важливість комплексної роботи по профілактиці та боротьбі з травматизмом гігієністів, хірургів, дерматологів і інших медичних працівників, а також працівників охорони праці, конструкторів господарських машин, інженерно-технічних працівників МТС, радгоспів і керівників колгоспів, а також на велике значення навчання трудящих села, в першу чергу механізаторів, самопомоги та взаємодопомоги при травмах [17, с. 47].

В 1954–1958 рр. відмічається певний ріст добробуту сільського населення. І в тому числі значно покращився і його раціон [18, с. 682]. Це підтверджується даними про динаміку споживання продуктів харчування, отриманих при обстеженні центральним статистичним управлінням бюджетів 25,9 тис. сімей колгоспників з різних районів країни [18, с. 681].

Отже, в 1951–1958 рр. продовжувалося кількісне та якісне зростання рівня медичного обслуговування сільського населення. П'ята п'ятирічка відзначилася масовим впровадженням у практику новачій в сфері проведення профілактичних заходів, направлених на оздоровлення сільського населення. В цей час значну роль стала відігравати диспансеризація, оскільки вона була ефективним методом попередження та раннього розпізнавання захворювань, а також раціонального працевлаштування, яке базувалося на вивченні умов праці та побуту колгоспників, працівників МТС і радгоспів. Значних успіхів система охорони здоров'я за 1951–1959 рр. досягла в протитуберкульозній допомозі населенню. Як наслідок – захворюваність на туберкульоз серед сільського населення значно зменшилася. Покращилася хірургічна та травматологічна допомога сільському населенню. 60% всіх хірургів та травматологів УРСР були фахівцями I, II, і III категорій. В означений період вдалося досягти значних успіхів в сфері поліпшення санітарного стану і комунального благоустрою міст і сіл. Це, зокрема, позначилося на зниженні кишкових інфекцій в республіці. А вивчення санітарного стану сіл України дало можливість вирішити багато теоретичних та практичних питань комунальної гігієни. На основі проведених досліджень були розроблені гігієнічні обґрунтування щодо планування і реконструкції колгоспного села, благоустрою районних центрів, водопостачання та будівництву громадських будівель на селі. Саме в 50-ті роки було закладено основи сучасної комунальної гігієни.

Таким чином, на середину 1950-х рр. перед органами охорони здоров'я УРСР постала необхідність поліпшення системи керівництва сільською охороною здоров'я в районі та створення авторитетного і кваліфікованого керівництва медичними установами на селі. Це потребувало серйозної перебудови районної ланки сільської охорони здоров'я. Внаслідок експериментів та колективного обговорення шляхів покращення управління районною ланкою охорони здоров'я в 1957 році було вирішено провести об'єднання районної лікарні та районної санітарно-епідемічної станції. Об'єднання санітарно-епідеміологічної станції з лікарнею, а отже і об'єднання лікувально-профілактичного та санітарно-епідеміологічного обслуговування в одному медичному центрі району – в районній лікарні – забезпечило комплексність всієї роботи, дало можливість об'єднати зусилля колективу медичних працівників на вирішення завдань щодо подальшого оздоровлення умов праці та побуту обслуговуваного населення, на організацію здорового відпочинку, боротьбу з захворюваністю, зробило всю роботу медичного колективу району більш цілеспрямованою, збагатило і тих і інших працівників новими знаннями, новими методами, творчим підходом до поставлених перед ними завдань.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. КПСС в резолюциях и решениях съездов и Пленумов ЦК. – М.: Госполитиздат, 1960. – . – Ч. 4.:1954–1960 гг.: 7–е изд. – 637 с.
2. Буховец В. И. Опыт изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности Рабочих МТС / Буховец В. И., Вальчук Н. К., Габович Р. Д. // Советское здравоохранение. – 1956. – № 4. – С. 22–31.
3. Ростоцкий И. Б. Основы диспансеризации сельского населения / И. Б. Ростоцкий. – М.: Медгиз, 1954. – 28 с.
4. Опыт организации работы больницы на основе учения И.П. Павлова // Советское здравоохранение. – 1952. – № 1. – С. 52–58.
5. Белоглазов А. М. Предварительные итоги работы в условиях врачебно-охранительного режима / А. М. Белоглазов // Врачебное дело. – 1952. – № 11. – С. 928–937.
6. ЦДАВОУ України. – Ф. 342 Министерство здравоохранения УССР. – Оп. 15. – Спр. 7056 Справки облздравотделов о выполнении постановления ЦК КПУ и СМ УССР от 30.03.1960 года №454 «О мероприятиях по дальнейшему улучшению медобслуживания населения УССР» за 1960 г. – 1960. – 109 арк.
7. ЦДАГО України. – Ф. 1. Центральний комітет Комуністичної партії України. – Оп. 24. – Спр. 2105 Информации обкомов КП(б) Украины о выполнении постановления ЦК КП(б)У от 12 июля 1952 года «Об улучшении противотуберкулёзной помощи населению УССР». – 08.09 – 29.12.1952. – 42 арк.
8. Мамолат А. С. Борьба с туберкулёзом в УССР / А. С. Мамолат // Врачебное дело. – 1956. – № 4. – С. 339–346.
9. О мерах по дальнейшему улучшению организационных форм медицинского обслуживания населения и исправления ошибок, допущенных при объединении больничных и поликлинических учреждений. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 69 от 17 апреля 1954 г. // Советское

- здоровоохранение. – С. 4–12.
10. Васютинский Н. А. Сеть и кадры медицинских учреждений Украинской ССР в пятой пятилетке / Н. А. Васютинский, В. А. Стахович. – К.: Медгиз, 1957. – 124 с.
  11. Боголепова Л. С. О гигиеническом воспитании населения на современном этапе / Л. С. Боголепова // Советское здравоохранение. – 1964. – № 8. – С. 8–9.
  12. Маевский В. И. Развитие больниц и сельских яслей в шестой пятилетке / В. И. Маевский // Советское здравоохранение. – 1957. – № 8. – С. 65–70.
  13. Здравоохранение в СССР. Статистический справочник. – М.: Госстатиздат, 1960. – 272 с.
  14. Процек Е. Г. Врачебные свидетельства о смерти / Е. Г. Процек // Врачебное дело. – 1956. – № 6. – С. 105–114.
  15. Гофрин Д. В. Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917–1959 гг.) / Д. В. Гофрин. – М.: Медгиз, 1961. – 236 с.
  16. Народное хозяйство СССР в 1960 г. – М.: Госстатиздат, 1961. – 900 с.
  17. Моисеев Н. Коренные преобразования материальной и культурной жизни советского крестьянства / Н. Моисеев // Вопросы экономики. – 1957. – № 10. – С. 44–50.
  18. История КПСС. – М.: Госполитиздат, 1959. – 744 с.

*Абдурашитова Е.*

*Науковий керівник – проф. Алексієвець Л. М.*

### **УКРАЇНА І ПОЛЬЩА: НАУКОВО-ОСВІТНЯ СПІВПРАЦЯ В ЄВРОАТЛАНТИЧНОМУ КОНТЕКСТІ (1991–2014)**

На початку 1990-х років ХХ століття, із розпадом СРСР, процеси політичних, економічних та суспільних змін, що відбулися у постсоціалістичних країнах, призвели до необхідності налагодження нових форм міждержавних взаємин. Не стали виключенням і україно-польські відносини, розвиток яких за період з 1991 по 2014 роки визначається активізацією співпраці на міжнародному рівні у різних галузях. При цьому, варто зазначити, що важливу роль у розбудові партнерської співпраці між державами відіграє гуманітарний напрямок, адже такі чинники взаємин як сфера міграції, українська та польська національні меншини, туристичне та транскордонне співробітництво, спільні науково-освітні проекти, тощо здійснюють безпосередній вплив на економічну й політичну стабільність міждержавних відносин між Україною і Республікою Польща.

Особливого значення україно-польське співробітництво набуває у контексті євроатлантичних інтеграційних тенденцій: Польща активно ініціювала допомогу Україні в реалізації євроінтеграційної політики, підтримала її членство в Раді Європи, сприяла у вступі до Світової організації торгівлі, консультувала у питаннях зближення із Європейським Союзом та трансатлантичними структурами. Наслідком зазначених процесів є розширення співпраці у всіх сферах політичного, економічного, науково-технічного, культурного і гуманітарного співробітництва.

Враховуючи той факт, що на сучасному етапі для України є надзвичайно важливою практична реалізація європейського вибору, можна зазначити, що актуальність досліджуваної теми визначається необхідністю підвищення рівня розвитку науки та освіти як одного з пріоритетних напрямів у контексті євроатлантичних процесів, оскільки саме від розвитку зазначених галузей залежить успішне функціонування держави у сьогоденні і майбутньому. Як відомо, саме наукова еліта формує певні стереотипи у свідомості суспільства (щодо історії, культури, політичних традицій, побуту сусідніх народів). Через впровадження спільних науково-освітніх проектів, зустрічей, конференцій, подання повної об'єктивної інформації про сусідню державу формується її імідж, сприйняття суспільством. Саме тому, на нашу думку, роль науково-освітніх контактів є невід'ємною і важливою складовою україно-польських відносин.

Історіографічна та джерельна база представлена численними дослідженнями різних аспектів україно-польських міждержавних взаємин у гуманітарній сфері, у яких, зокрема, висвітлюються аспекти співпраці у галузі науки і освіти, серед яких публікації А. Киридон [4], Н. Чорної [7], М. Янків [8], В. Балука [9], О. Морозової [6] тощо; а також нормативно-правова база, що регулює відносини між Україною та Республікою Польща у відповідних галузях [2; 5].

Метою даної статті є дослідження та аналіз основних аспектів україно-польських міждержавних стосунків за період 1991 – 2014 рр. крізь призму співпраці у науково-освітній галузі, а також розгляд їх трансформації під впливом активізації та інтенсифікації