

VIVĚRE EST MILITARE

**Sammelband zu Ehren von Professor
der Ukrainischen Freien Universität
Wolodymyr Kosyk (zum Gedenken
an den 100. Geburtstag)**



ВОЛОДИМИР КОСИК

**УКРАЇНА
ПІД ЧАС
ДРУГОЇ
СВІТОВОЇ ВІЙНИ
1938 — 1945**

УКРАЇНСЬКИЙ ВІЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Серія: Монографії ч. 32
БІБЛІОТЕКА ІМ. СИМОНА ПЕТЛЮРИ

Симон Петлюра
Збірник студійно-наукової
конференції в Парижі (травень 1976)
статті, замітки, матеріали
Редактор
Володимир Косик





Ukrainische Freie Universität
Lucien Febre
Internationales Wissenschafts-
und Bildungskonsortium



VIVĚRE EST MILITARE

Sammelband zu Ehren
von Professor der Ukrainischen Freien Universität
Wolodymyr Kosyk
(zum Gedenken an den 100. Geburtstag)

München-Paris 2025

Gutachter
Dr. Ioulia Holubnych-Shlenchak
Dr. habil. Viktor Gudz

Umschlaggestaltung
Ihor Sribnjak, Anastasija Zorja

Cover
Oben –
Altes Gebäude der Ukrainischen Freien Universität
(Stadtbezirk Bogenhausen, München, Bayern)

In der Mitte –
Foto von Prof. Wolodymyr Kosyk

Unten –
Titelseiten seiner Monografie und
des von ihm herausgegebenen Sammelwerks

Redaktion
Ihor Sribnjak, Dmytro Hryn

Satz
Anastasija Zorja

Herausgeber
Lucien Febre Internationales
Wissenschafts- und Bildungskonsortium



Das Buch wurde veröffentlicht mit Unterstützung durch
Ausschuss für wissenschaftliche Forschung
LFIWB

Druck
Omelian-Pritsak-Wissenschafts- und Verlagszentrum
pritsak-center.com

ISBN 978-3-462-19850-6

© Copyright by
Vitaliy Andreev, Svitlana Andreeva, Valeriy Babich,
Bohdan Bezpalko, Inna Horpynchenko, Dmytro Hryn, Inna Hubenko, Oksana Drach,
Dmytro Doletsky, Denis Miroschnyk, Ivan Monolatii, Hennadiy Nadtocha,
Maryna Paliienko, Roman Podat, Ihor Sribnjak,
Andriy Temchenko

© Copyright by
Lucien Febre Internationales
Wissenschafts- und Bildungskonsortium

München-Paris 2025

Роман Подать, Віталій Андрєєв, Світлана Андрєєва
Київський столичний університет
імені Бориса Грінченка

РОЗВИТОК УКРАЇНСЬКОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНДУСТРІЇ У 1950–1960-ті роки ХХ ст.

Традиції української медицини 17–18 ст. пов'язані перш за все із лікуванням народними методами, у тому числі і інфекційних хвороб²⁴⁰. З кінця 19 ст. на науковому ґрунті цей напрям розвивався завдяки зусиллям плеяди вітчизняних дослідників і практиків, серед яких треба відмітити Данила Кириловича Заболотного (1866–1829), президента ВУАН (1928–1929), засновника Інституту мікробіології та епідеміології у Києві.

Модель централізованої державної системи охорони здоров'я, що була розроблена в СРСР під керівництвом М. Семашка²⁴¹, передбачала фінансовану з бюджету медичну допомогу для всіх, доступність і уніфікацію надання послуг з акцентом на профілактику (відомо як «система Семашка»). Вона на десятиліття визначила розвиток радянської медицини та її організаційних засад.

Серед успіхів радянської системи медицини в повоєнний період особливе місце посідає розгортання інфраструктури. Населення СРСР поступово оговтувалося від страшною війни і врешті отримало повноцінно масову доступ до базової державної медичної підтримки. Це призвело до стрімкого зростання тривалості життя. Лише за 1950-ті роки середня тривалість життя в Союзі зросла на 13 років. У 1965 році цей показник відставав лише на 1–3 роки від провідних медичних систем світу — Японії, США чи Фінляндії. Головним чинником стали значні успіхи в подоланні інфекційних хвороб²⁴², що, зокрема, призвело до відчутного скорочення дитячої смертності.

Ключовими інструментами боротьби з інфекціями стали вакцинація та масове виробництво базових медикаментів, передусім антибіотиків. Саме повоєнний час став періодом

²⁴⁰ Tadeusz Srogosz Dzuma Ujarzmiona? Walka z czarna smiercia za Stanislaw Augusta. Wroclaw: Wydawnictwo Arboretum, 1997. Р. 14–16; Кавецкий Р.Е., Балицкий К. П. У истоков отечественной медицины. К.: Из-во АН УССР, 1954; Акты Южной и Западной России. К., 1878. Т.Х. 7. С. 44; Воссоединение Украины с Россией. Документы и материалы в 3-х т. М., 1953. Т.III. С. 53–531; Верхратський С.А., Заблудовський П.Ю. Історія медицини. К.: Вища школа, 1991; Андрєєва С. С. Впровадження карантинів на південних кордонах Вольностей в часи Нової Січі (1734–1775 рр.) *Україна крізь віки*: [зб. наук. праць на пошану академіка НАН України проф. В.Смоля / ред. О. Онищенко]. Інститут історії України НАН України. К., 2010. С. 608–623 та ін.

²⁴¹ Семашко Микола Олександрович (1874–1949), Академік Академії медичних наук РРФСР (з 1944 р.), нар-кома охорони здоров'я РРФСР (1918–1930).

²⁴² Shkolnikov V. M., Andreev E. M., Leon D. A., McKee M., Meslé F., Vallin J. *Mortality reversal in Russia: The story so far*, *Demographic Research*, vol. 29, art. 4 (2013), P. 30–33. DOI: 10.4054/DemRes.2013.29.4.

формування для СРСР повноцінної фармацевтичної індустрії. Тому успіхи в медичному забезпеченні населення у цей період, а також подальша стабілізація значною мірою пов'язані саме з розвитком фармацевтичної галузі.

На жаль, сучасна українська історична наука приділяє замало уваги проблематиці української фармацевтичної індустрії. Дослідження історії фармації переважно виконують фахівці з профільною освітою — насамперед це роботи Богатирьової Р. В.²⁴³ та Сятині М. Л.²⁴⁴. Вони активно використовують архівні матеріали українських хіміко-фармакологічних заводів (далі — ХФЗ) і МОЗ, фокусуючись на висвітленні ключових подій історії галузі та описі основних спеціалізацій виробництва. Такий підхід дає уявлення про вигляд індустрії УРСР, але йому бракує ширшого аналітичного та історичного контексту.

Проблематика характеру радянської фармацевтичної індустрії привертає увагу й західних дослідників. Розвинена, альтернативна західній, фармацевтична індустрія є для них цінною точкою порівняння для кращого розуміння еволюції власних медичних систем. Відтак їхній погляд насамперед сфокусований на структурних особливостях радянської фармацевтики, здатних пояснити її повоєнні успіхи та причини стагнації з 1970-х років. Так, Конрой М. С.²⁴⁵ вказує, що зростання індустрії в перші повоєнні роки стримувалося сталінськими вимогами «раціоналізаторства», які гальмували інвестиції в розвиток, тож справжній поступ почався вже після його смерті. А Капоччі М.²⁴⁶ на прикладі розгортання виробництва пеніциліну в СРСР демонструє здатність Союзу мобілізувати ресурси для швидкого розв'язання нагальних медичних викликів. Але залежність СРСР від західних досліджень і технологій зрештою не дозволила побудувати самодостатню фармакологічну індустрію.

Україна займала особливе місце в системі радянської фармацевтики. В 1950–1960-ті роки УРСР розгорнула мережу з десятка провідних хіміко-фармацевтичних заводів, будучи, по суті, єдиною (після центральної РСФРР) республікою з потужною індустріальною базою.

Трансформація території України у модерний урбаністичний простір у повоєнний період тісно пов'язана зі становленням загальної медичної системи. Перемога над масовими епідеміями дозволила інтенсивну урбанізацію. Значною мірою це досягнення спиралося на потужності вітчизняних фармацевтичних підприємств. Відтак питання фармацевтичної промисловості є важливим для розуміння характеру соціально-економічних перетворень в Україні у 1950–1960-ті роки.

У цій роботі автори зосереджуються на структурних особливостях фармацевтичної індустрії УРСР у 1950–1960-ті роки, приділяючи більше уваги чинникам, що впливали на її формування. Такий підхід дозволяє повніше зрозуміти масштаби досягнень галузі в означений період, а також її вразливі місця, які перетворилися на хронічні проблеми в наступні десятиліття.

Історичний матеріал про ХФЗ, представлений у працях Богатирьової Р. В. та Сятині М. Л. та інших українських дослідників, є достатнім для аналізу особливостей української індустрії в контексті загально радянських тенденцій, відображених у працях західних авторів. Єдиним значним джерельним доповненням у цій публікації стали архівні матеріали Дарницького ХФЗ. Через типовість продуктової лінійки це підприємство зазвичай оминали увагою, однак воно починало як філія Інституту²⁴⁷ на початку 1950-х, а вже в середині 1970-х отримало в управління кілька інших виробництв, сформувавши концерн

²⁴³ Богатирьова Р. В. та ін. *Історія фармації України*. Харків: Прапор; Вид-во УкрФА, 1999.

²⁴⁴ Сятиня М. Л. *Історія фармації* відп. ред. О. П. Реєнт. Львів: [б. в.], 2002.

²⁴⁵ Conroy M. S. *The Soviet pharmaceutical industry and dispensing, 1945–1953, Europe-Asia Studies*, vol. 56, no. 7 (2004), pp. 963–991. DOI: 10.1080/1465342042000294329

²⁴⁶ Capocci M. *Cold drugs: circulation, production and intelligence of antibiotics in post-WWII years, Medicina nei secoli: Arte e Scienza*, vol. 26, no. 2 (2014). P. 401–422.

²⁴⁷ Науково-дослідного фізико-хімічного інституту (зараз — Науково-дослідний фізико-хімічний інститут мені Льва Карпова), Хрків.

«Дарниця» — один із найбільших в УРСР. Його розвиток, пов'язаний з загальними тенденціями еволюції фармацевтичної індустрії України.

Медицина займала особливе місце в радянській системі. Декларуючи соціалістичні ідеали, комуністична влада була відповідальна за забезпечення доступної медицини для всього населення держави. Однак радянська реальність — технологічна й інфраструктурна відсталість, ізолюваність від західних ринків і проблеми планової економіки — істотно обмежувала ці наміри.

Ключовою ознакою концепції «радянської соціалістичної медицини» була практичність: за умов обмежених ресурсів акцент робили на доступних заходах, що давали швидкий ефект (гігієна, спорт, вакцинація). Із розвитком економіки практичність трансформувалася у функціональність, спрямовану на масове базове медичне забезпечення, потрібне для підтримання продуктивності господарства²⁴⁸.

Медицина перебувала у повній компетенції держави, зокрема Міністерства охорони здоров'я. Плановий характер економіки давав доступ до промислової бази й бюрократичної інфраструктури, що дозволяло проводити уніфіковану політику на всій території республіки та швидко мобілізувати ресурси для розв'язання нагальних проблем. Водночас система залишалася заручником бюрократичного апарату, медичні чиновники часто лише формально були лікарями з мінімальним практичним медичним досвідом²⁴⁹. Економічні чи політичні чинники нерідко переважали у формуванні медичної політики, відсуваючи суспільне здоров'я на другий план.

Формально кожен громадянин мав право на безоплатну медичну допомогу, проте реальний обсяг цієї допомоги варіювався: держава забезпечувала основні послуги, тоді як значна частина медикаментів залишалася платною. СРСР робив ставку на превентивну медицину. Пропаганда здорового способу життя, масова вакцинація та регулярні медогляди сприяли зростанню тривалості життя й ліквідації масових епідемій до 1950-х років²⁵⁰.

Головною слабкістю системи була недостатньо розвинена технологічна та наукова бази. Через «холодну війну» СРСР був відрізаний від багатьох досягнень колективного Заходу, а власна наукова політика, орієнтована на швидкий практичний результат, залишала фундаментальні дослідження нефінансованими. Лікарі в СРСР були прикладними спеціалістами і в ієрархії радянської системи поважилися бюрократією менше ніж науковці²⁵¹. У підсумку СРСР не отримав жодної Нобелівської премії з фізіології чи медицини²⁵² й відставав у низці галузей на десятиліття.

Фармацевтична промисловість Радянського Союзу загалом виявляла ті самі риси, що й система охорони здоров'я, повністю відповідаючи принципів функціональності. Фармацевти посідали ще нижчий щабель у радянській бюрократичній ієрархії, ніж лікарі, і зазвичай мали мінімальний вплив на формування галузевої політики²⁵³.

Загально хімічна промисловість була одним із найслабших сегментів радянської індустріальної бази. Попри її критичне значення, обсяги виробництва залишалися далекими від потреб економіки. Ключова проблема полягала у технологічних викликах, передусім у дефіциті сучасного промислового обладнання, що робило СРСР залежним від доступу до західних ринків протягом усього його існування²⁵⁴.

²⁴⁸ Field Mark G. «Soviet Medicine» in *Medicine in the Twentieth Century* / ed. Roger Cooter and John Pickstone. Amsterdam, New York: Harwood Academic Publishers, 2000. P. 54.

²⁴⁹ Conroy M. *The Soviet pharmaceutical industry and dispensing, 1945–1953*. P. 964.

²⁵⁰ Field Mark G. «Soviet Medicine». P. 56.

²⁵¹ Conroy M. *The Soviet pharmaceutical industry and dispensing, 1945–1953*. P. 964–965.

²⁵² «All Nobel Laureates in Physiology or Medicine» *NobelPrize.org* (Nobel Prize Outreach), 2025. доступ: <https://www.nobelprize.org/prizes/lists/all-nobel-laureates-in-physiology-or-medicine/>

²⁵³ Conroy M. *The Soviet pharmaceutical industry and dispensing, 1945–1953*. P. 965.

²⁵⁴ Office of Technology Assessment (U.S.), *Western Technology in the Soviet Union*, in *Technology and East-West Trade*, Part 12 of 14. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1979. P. 227.

Обмежений доступ до сучасних технологій зумовив одну з ключових особливостей радянської фармакології, на яку звертає увагу більшість дослідників²⁵⁵ — домінування ботанічного напрямку. Лікарські засоби рослинного, а також тваринного походження мали для СРСР низку переваг. По-перше, ці препарати були відомі людству впродовж тисячоліть, тож радянські фахівці володіли значним досвідом їх розроблення та застосування. По-друге, на відміну від синтетичних медикаментів, більшість рослинних і тваринних продуктів не потребувала глибоких технологічних досліджень і складного обладнання. Додатковою перевагою базових органічних препаратів була ресурсна автономність і простота логістики: сировину часто можна було отримати безпосередньо поруч із підприємством, наприклад на місцевому м'ясокомбінаті. Це мало особливе значення в умовах радянської системи з хронічними дефіцитами й бюрократичними бар'єрами в постачанні. Так, у 1945 році 35% радянських фармакологічних досліджень були зосереджені на рослинній сировині, тоді як у США — менше 10%. Хоча з часом ця орієнтація послабшала, вона повністю не зникла аж до розпаду СРСР.

Ці особливості загально радянської системи проявлялися в розвитку української її частини. Українська фармацевтика, що лише починала формуватися, практично зійшла нанівець після приходу до влади більшовиків, які націоналізували аптечну мережу. За умов тотального дефіциту ресурсів у ранні радянські роки республіканська медична система була фактично покинута напризволяще. Катастрофічним став брак навіть найпростіших медикаментів; складніші препарати для лікування туберкульозу чи онкології взагалі були відсутні. Особливо гостро проблема проявилася у 1932–1933 рр., коли штучний голод спричинив спалахи інфекційних та шлунково-кишкових захворювань²⁵⁶. Пусті аптеки лише підсилювали смертність, спричинену голодом, і поглиблювали колапс медичної системи.

Без підтримки з центру перші елементи повноцінної медичної промисловості почали виникати органічно як невеликі місцеві підприємства. З кінця 1920-х до початку 1940-х років у різних регіонах УРСР з'явилися спеціалізовані хіміко-фармацевтичні виробництва (Рис. 1). Станом на 1940 р. їх налічувалося 25²⁵⁷, не рахуючи десятків суміжних підприємств і філій, що випускали дотичну продукцію. Усі ці заводи були невеликими (по кілька десятків працівників) і зосереджувалися на найпростішому асортименті.

Загальна виробнича спроможність української фармацевтичної промисловості залишалася далекою від потреб населення. На 1939 р. частка місцевої продукції становила лише 21% товарообігу УРСР²⁵⁸, тоді як загальний дефіцит медикаментів залишався значним навіть з урахуванням поставок з інших республік (переважно з РСФРР).

З початком німецько-радянської війни та нацистською окупацією України більшу частину українських фармацевтичних підприємств евакуювали за Урал і до Середньої Азії. Так, Харківський хіміко-фармацевтичний завод «Здоров'я трудящих» перевезли до Кара-Балти (Киргизька РСР), а Київський хіміко-фармацевтичний завод ім. Свердлова — до Чимкента (Казахська РСР). Менш важливі заводи й обладнання знищили.

Нацистська окупаційна влада намагалася відновити виробництво хлоралгідрату на Київському хіміко-фармацевтичному заводі ім. Ломоносова, однак безуспішно²⁵⁹. У результаті в роки окупації українська фармацевтична промисловість фактично припинила існування.

²⁵⁵ Conroy M. *The Soviet pharmaceutical industry and dispensing, 1945–1953*, P. 978; Сапосці М. *Cold drugs*, P. 415; Барковська О. Я. *Науково-практичні підходи до удосконалення організації практичної підготовки магістрів фармації*: дис. ... канд. фарм. наук, спец. 15.00.01 — технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація. Харків: Національний фармацевтичний університет, 2021. С. 38.

²⁵⁶ Голяченко О., Ганіткевич Я. *Історія медицини*. Тернопіль: Лілея, 2004. С. 214–215.

²⁵⁷ Богатирьова Р. В. та ін. *Історія фармації України*. С. 624.

²⁵⁸ Сятиня М. Л. *Історія фармації*. С. 152.

²⁵⁹ Богатирьова Р. В. та ін. *Історія фармації України*. С. 626.



Рис. 1 Київський хіміко-фармацевтичний завод ім. М. Ломоносова
(нині — Farmak), 1925 рік²⁶⁰

Після Другої світової війни радянська фармацевтична індустрія зіткнулася зі складним викликом: і без того малорозвинена, вона зазнала значних руйнувань і виснаження ресурсної бази. Відчувався дефіцит навіть найпростіших продуктів — аспірину, йоду, мила. Крім того, зміна пріоритетів із військових потреб на загально соціальне забезпечення виявилася для системи непростою.

Особливо тяжкою була ситуація в Україні. Після повернення території під радянський контроль влада зіткнулася зі складним завданням відновлення повністю зруйнованої місцевої фармацевтичної індустрії. У перші повоєнні роки УРСР цілком залежала від поставок медикаментів із РСФРР, які покривали лише 15–30% потреб²⁶¹. Через гострий дефіцит ліків розбудова аптечної мережі втратила сенс: станом на 1946 р. у республіці працювало лише 1 876 аптек²⁶² — незначне зростання порівняно з 1 067 аптеками у 1913 р. і приблизно вдесятеро менше від актуальної потреби.

Сталінський режим в повоєнний період залишився в межах командно-адміністративної моделі з екстенсивним зростанням та масовою мобілізацією ресурсів. Усе стратегічне управління здійснював центр, який надсилав заводам численні плани й накази, лишаючи їм самостійно шукати способи реалізації.

²⁶⁰ «100 років Farmak: як колишнє радянське підприємство на Подолі трансформується у глобального гравця фармацевтичного ринку». *Farmak.ua*, 27 серпня 2025 р., доступ: <https://farmak.ua/publication/100-rokiv-farmak-yak-kolishne-radyanske-pidpriemstvo-na-podoli-transformuetsya-u-globalnogo-gravczya-farmaczevtichnogo-rinku/>

²⁶¹ Сятиня М. Л. *Історія фармації*. С. 196.

²⁶² Голяченко О., Ганіткевич Я. *Історія медицини*. С. 212–218.

Підприємства опинилися в ситуації, коли отримували надмір розпоряджень від центру, що у «ручному» режимі намагався керувати їхньою діяльністю без належної інформації з місць. Їхні можливості виконувати ці вимоги були вкрай обмежені через дисбаланс логістичних ланцюгів. Оскільки центр монополізував управлінські функції, між заводами виникла своєрідна «велика стіна», що унеможливлювала кооперацію; директорам доводилося звертатися до Москви навіть із дрібних постачальних питань.

Особливо проблемною була ситуація з базовими ресурсами та матеріалами. Фармакологічний департамент (його назва й структура змінювалися майже щороку) управляв понад сорока медичними виробництвами, але не контролював немедичні підприємства, потрібні для профільного виробництва. Через слабку координацію між відомствами не вдавалося досягти синергії у налаштуванні комплексних виробничих ланцюжків. Показовим є дефіцит скла у другій половині 1940-х — першій половині 1950-х років, що спричинив зрив виробництва низки важливих лікарських препаратів²⁶³.

Також повній централізації підлягали фармакологічні дослідження. 1923 року було створено Фармакологічну комісію²⁶⁴, яка отримала монопольне право на проведення медичних досліджень і впровадження нових лікарських засобів на всій території СРСР. Місцеві дослідницькі центри не могли застосовувати жодних нових фармацевтичних рішень без схвалення комісії. Сама комісія визначала майданчики для клінічних випробувань, тож переважна їх частина відбувалася у Москві та Ленінграді. Варто зазначити, що комісія залишалася одним із небагатьох осередків у радянській фармацевтичній ієрархії, де до початку 1970-х років засідали саме фахівці з науковим досвідом; із часом експертів поступово витіснила бюрократія.

Ще однією суперечливою ініціативою сталінської фармацевтичної стратегії були премії за «раціоналізаторські пропозиції»²⁶⁵. Центральна влада стимулювала підприємства шукати способів оптимізації ресурсів, однак це нерідко мало небажані наслідки. Попри значні державні інвестиції в будівництво й модернізацію виробництв, директори заводів часто уникали повного освоєння коштів, адже між мінімізацією витрат (задня «раціоналізації») та потребою у капітальних вкладеннях існував конфлікт інтересів. У підсумку державні інвестиції давали лише частковий позитивний ефект на збільшення обсягів випуску лікарських засобів. Особливо через раціоналізацію погіршувалися умови праці, бо вкладення в безпеку та поліпшення побуту робітників підвищували витрати й не забезпечували помітного приросту продукції.

Попри те, що сталінська модель фармакологічної індустрії передбачала ультра централізацію управління, у самому центрі панувала майже хаотична ситуація. За 1945–1953 роки систему фармакологічного управління реформували чотири рази²⁶⁶. У 1946 році Головхімфармпром було виведено з військового підпорядкування й перетворено на Міністерство медичної промисловості СРСР. Через два роки міністерство розформували, а замість нього створили Головне управління медичної промисловості (Главмедпром) у складі Міністерства охорони здоров'я. До 1952 року Главмедпром також ліквідували, натомість при МОЗ утворили десять департаментів, які в наступні роки знову об'єднували, посиляючись на боротьбу з «паралелізмом».

Водночас сталінська політика щодо фармацевтичної індустрії у 1945–1954 роках мали й позитивні наслідки. Попри незадовільні результати за низкою напрямів, мобілізація значних ресурсів дала змогу вже у 1950-ті роки забезпечити аптеки більшістю базових медикаментів. Додатковим успіхом було зростання кількості медичних фахівців на 6% у 1950 році порівняно з довоєнним періодом, тоді як чисельність населення водночас скоротилася на 8%²⁶⁷.

²⁶³ Conroy M. *The Soviet pharmaceutical industry and dispensing, 1945–1953*. P. 972.

²⁶⁴ Vasilyev P. A., Petrenko V. Tayukina, *Soviet pharmaceutical regulation (1918–1990.)* P. E1894.

²⁶⁵ Conroy M. *The Soviet pharmaceutical industry and dispensing, 1945–1953*. P. 967.

²⁶⁶ Conroy M. *The Soviet pharmaceutical industry and dispensing, 1945–1953*. P. 969–970.

²⁶⁷ Ibid. P. 985.

Одним із головних здобутків радянської фармацевтики цього періоду стало розгортання власного виробництва пеніциліну. Один із перших синтезованих антибіотиків здійснив революцію в лікуванні інфекцій у міжвоєнний час, що надало йому величезного стратегічного значення. Під час Другої світової війни СРСР міг виготовляти пеніцилін лише в лабораторних умовах і в незначних кількостях, повністю залежачи від поставок союзників.

Після війни, на тлі швидкого погіршення відносин із Заходом, США запровадили ембарго на постачання технологій для промислового виробництва пеніциліну в СРСР²⁶⁸. Усвідомлюючи критичну важливість антибіотика, радянська влада мобілізувала значні ресурси, щоб налагодити його масовий випуск. Наприкінці 1940-х років у кількох містах, зокрема в Києві, було створено дослідницькі центри, які незалежно один від одного шляхом зворотного проектування розробляли методи промислового виробництва пеніциліну. До роботи залучили навіть розвідку: за 35 000 фунтів стерлінгів був завербований британський біохімік німецького походження Ернст Чейн, лауреат Нобелівської премії за дослідження пеніциліну, який підготував 100-сторінковий меморандум із детальною інструкцією щодо технології виробництва²⁶⁹.



Рис. 2. Іван Михайлович Танченко

УРСР прийняла активну участь в розробці радянського пеніциліну. В республіці існувало кілька майданчиків, де пеніцилін виготовляли лише лабораторно, тож залишався виклик промислового виробництва антибіотика. Київський пеніциліновий завод, утворений у жовтні 1947 року, став одним із небагатьох центрів у СРСР, де паралельно намагалися налагодити його промисловий випуск²⁷⁰. Ключову роль у проекті відіграв головний інженер Іван Танченко (Рис. 2), який стажувався у США та Канаді. Завод одним із перших досяг стабільної промислової технології у 1949 році, яка в наступні роки поширилася на інші фармацевтичні підприємства Києва — ХФЗ ім. М. Ломоносова та Дарницький ХФЗ.

Завдяки цим координаційним і фінансовим зусиллям уже до середини 1950-х років СРСР повністю забезпечив себе пеніциліном, що стало однією з найпомітніших історій успіху сталінської фармацевтики.

Крім розгортання виробництва пеніциліну, загальна фармацевтична індустрія демонструвала і інші успіхи в повоєнні роки. Завдяки мобілізаційному досвіду радянської бюрократії евакуйовані підприємства швидко повернули до УРСР і відновили їхню роботу. Ба більше, було інвестовано значні ресурси у розширення потужностей та запуск виробництва 170 нових препаратів. Унаслідок цього фармацевтична промисловість республіки до 1950 року не лише досягла довоєнного рівня, а й збільшила випуск у 2,2 рази порівняно з 1940 р.²⁷¹

Розвиток фармацевтичної промисловості у другій половині 1940-х — 1950-х років відбувався шляхом розбудови вже існуючих підприємств, зокрема їхніх філій, які поступово

²⁶⁸ Capocci M. *Cold drugs*. P. 413-415.

²⁶⁹ Ibid. P. 401-422.

²⁷⁰ Сур С. Т. Три ювілеї пеніциліну: бізнес-кейс світового впровадження. *Щотижневик «Аптека»*, № 37 (1208), 30 вересня 2019 р., доступ: <https://www.apteka.ua/article/516244>

²⁷¹ Богатирьова Р. В. та ін *Історія фармації України*. С. 632.

набували автономії. Так, Дарницький хіміко-фармацевтичний завод став повноцінним самостійним підприємством у 1954 р.²⁷². Основними напрямками роботи в цей період стало освоєння виробництва вітамінів і антибіотиків. Стратегія їхнього запровадження передбачала модернізацію цехів інших спеціалізацій.

Хоча фармакологічна інфраструктура охоплювала всю територію УРСР, особливо вирізнялися два міста. Перший — Харків, де містилася навчальна та наукова база республіки. Тут розташовувався Харківський фармацевтичний інститут (тепер Національний фармацевтичний університет) — на той час один із трьох профільних інститутів у всьому СРСР (інші два були в Москві та Ленінграді)²⁷³. У місті також діяв Український інститут експериментальної ендокринології — загальносоюзний центр досліджень препаратів тваринного походження. Саме він у 1930-х роках почав відкривати філії в Донецьку, Одесі, Чернівцях і Києві²⁷⁴ (остання згодом перетворилася на Дарницький хіміко-фармацевтичний завод). У 1930-х — 1950-х роках Харків був одним із головних центрів медичних досліджень СРСР, зокрема у виробництві вітаміну D₂ та в дослідженнях фарфорових зубних протезів.

Не менш важливим містом для фармацевтичної індустрії УРСР став Київ. Якщо Харків виконував функції наукового центру, то Київ — промислового. У 1920–1950-х роках у столиці заснували низку стратегічно важливих підприємств: хіміко-фармацевтичний завод ім. М. В. Ломоносова (Рис. 3), хіміко-фармацевтичний завод ім. Я. М. Свердлова, вітамінний завод, пеніциліновий завод, Борщагівський завод і Дарницький хіміко-фармацевтичний завод. Завдяки такій концентрації виробництв місто поступово стало забезпечувати більшу частину загального випуску лікарських препаратів в Україні²⁷⁵.



Рис. 3 Цех Київського хіміко-фармацевтичного заводу ім. М. Ломоносова у 1950-ті роки²⁷⁶

²⁷² Державний архів міста Києва (далі — ДАК). ф. Р-1125, оп. 1, спр. 93, арк. 1–73.

²⁷³ Conroy M. *The Soviet pharmaceutical industry and dispensing, 1945–1953*. Р. 969.

²⁷⁴ Богатирьова Р. В. та ін. *Історія фармації України*. С. 620–621.

²⁷⁵ Ілляшенко І. О. Історія розвитку та сучасний стан медичної промисловості Києва. *Глобальні та національні проблеми економіки*. Вип. 10 (2016). С. 591.

²⁷⁶ Історія довжиною в життя. «Фармак» відзначає 90-річчя. *Щотижневик «Аптека»*, № 50 (1021), 28 грудня 2015 р., доступ: <https://www.apteka.ua/article/355322>

Попри помітні успіхи у нарощуванні випуску медикаментів і окремі координаційні проекти з позитивним ефектом, післявоєнна фармацевтична політика СРСР залишалася переважно екстенсивною. У більшості випадків удалося налагодити виробництво лише базових препаратів. Технологічна база відставала від західних країн на десятиліття, панував ручний труд з мінімальною автоматизацією. Оскільки випуск формували за планом, а не за реальним попитом, до аптек надходили надмірні партії одних медикаментів, які нерідко псувалися на складах, тоді як інших, критично важливих, хронічно бракувало. Зосереджуючись на виконанні планових показників, директори часто ігнорували питання якості, що зумовлювало високий рівень браку. Крім того, через «раціоналізаторство» та загальну недбалість умови праці на фармпідприємствах були незадовільними: постійні проблеми з вентиляцією, санітарією, зберіганням небезпечних хімікатів і дотриманням техніки безпеки²⁷⁷.

Так, на Дарницькому ХФЗ упродовж майже всіх 1950-х років у більшості цехів не було вентиляції. Міністерство відмовлялося фінансувати поліпшення, безпосередньо не пов'язані з продуктивністю. Проблема вдалося розв'язати лише на початку 1960-х із переїздом на новий, більший майданчик, збудований з нуля. Санвузли для робочих на заводі з'явилися лише 1957 року²⁷⁸.

Після смерті Й. Сталіна й приходу до влади М. Хрущова з 1954 року підходи до політики у сфері фармацевтичної промисловості істотно змінилися. Офіційно програму розвитку галузі було зафіксовано в постанові ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 14 січня 1960 року «Про заходи щодо подальшого поліпшення медичного обслуговування та охорони здоров'я населення СРСР»²⁷⁹. Проте практичні зрушення почали впроваджуватися ще раніше, паралельно із загальноекономічною стратегією хрущовського періоду. Головною метою реформ стало підвищення якості життя шляхом розвитку медичної інфраструктури, що передбачало істотне розширення мережі лікувальних закладів, радикальне збільшення обсягів фармацевтичного виробництва й зміцнення наукової бази.

Важливою новацією були структурні зміни у вертикалі управління. Значну частину планових функцій передали регіонам, які отримали контроль над власними медичними підприємствами, а також, на нетривалий час, над медичними дослідженнями²⁸⁰. Підприємства, що раніше підпорядковувалися єдиній центральній структурі, було розподілено між численними місцевими органами за галузевою належністю. Хоча цей поділ проходив досить хаотично й окремі заводи потрапляли до відомств без медичного досвіду, реформи надали виробництвам більшої автономії. Це дозволило місцевому керівництву самостійно розв'язувати хронічні проблеми радянської системи та поліпшило логістичні ланцюжки завдяки налагодженню горизонтальної комунікації.

Після приходу до влади Микити Хрущова український фармацевтичний сектор пережив новий етап розвитку, зумовлений загальнорадянською економічною трансформацією. Поступово було налагоджено механізми імпорту медикаментів для покриття критичних потреб із дружніх республік — насамперед Китаю, Чехословаччини та Угорщини — хоча сама процедура залишалася складною й бюрократизованою. Не менш важливим став розвиток механізмів залучення іноземного обладнання. Наприкінці 1950-х у Києві почали регулярно проводити міжнародні виставки медичного устаткування. Провідну роль у цьому відіграла угорська сторона: 1959 року представники Угорщини організували

²⁷⁷ Conroy M. *The Soviet pharmaceutical industry and dispensing, 1945–1953*. P. 978.

²⁷⁸ ДАК. ф. Р-1125, оп. 1, спр. 125, арк. 1–88.

²⁷⁹ Богатирьова Р. В. та ін. *Історія фармації України*. С. 634.

²⁸⁰ Vasilyev P. A., Petrenko V. *Soviet pharmaceutical regulation (1918–1990)*. P. E1894.

виставку власного медичного обладнання та приладобудування, яку відкрив в. о. міністра охорони здоров'я УРСР С. С. Лаврик²⁸¹.

Децентралізаційна політика М. Хрущова проявилася й у реформі вертикалі управління фармацевтичною промисловістю. Компетенцію керівництва підприємствами передали на місця, насамперед територіальним органам — раднаргоспам. Це спричинило проблеми, адже профільні заводи іноді потрапляли під контроль непрофільних структур: так, Львівський хіміко-фармацевтичний завод опинився в управлінні комбінату «Укрзахіддугілля»²⁸². Попри ці обмеження, децентралізація позитивно вплинула на розвиток українських фармацевтичних підприємств, забезпечивши їм певний рівень автономії.

Попри докладені зусилля, до кінця 1950-х років республіці вдалося лише забезпечити себе стратегічними препаратами; про самодостатність іще не йшлося. У постанові Ради Міністрів УРСР № 910 від 16 червня 1959 року зазначалося, що медична промисловість не задовольняла зростаючі потреби республіки²⁸³. Хоча після війни фармацевтичні підприємства стали самостійними профільними виробництвами, здатними випускати сотні нових препаратів, вони залишалися невеликими (декілька сотень працівників) і спиралися здебільшого на ручну працю. Центральна, ще сталінська, модель управління зберігала високу залежність від нестабільних поставок сировини, тому заводи обмежувалися тією продукцією, для якої могли знайти ресурси покладаючись на місцевих постачальників.

Отже, республіка залежала від зовнішніх поставок медикаментів, насамперед із РСФРР. Потенційно ситуацію міг би поліпшити імпорту з інших країн, поки внутрішнє виробництво нарощувало потужності, але закупівлі здійснювалися виключно через Москву, тож їхні обсяги залишалися мізерними й далекими від реальних потреб.

Прикладом слабкості фармацевтичної індустрії УРСР був дефіцит стрептоміцину. Антибіотик набув великої популярності в повоєнні роки²⁸⁴ завдяки своїм антибактеріальним властивостям, особливо проти палички Коха — збудника туберкульозу. Препарат був украй важливим для зниження дитячої смертності, але єдиним його джерелом для республіки залишався МОЗ СРСР, який постачав його нерегулярно. Власний випуск стрептоміцину на Київському заводі медичних препаратів налагодили лише 1957 року, та це не вирішило проблему дефіциту. Так, у тому ж році туберкульозні санаторії Криму тимчасово втратили можливість лікувати хворих через нестачу цього препарату²⁸⁵. Дефіцит вдалося подолати лише на початку 1960-х років.

Попри очевидні стратегічні проблеми, успіхи розвитку медичної промисловості наприкінці 1950-х — 1960-х років були помітними. У цей період більшість заводів пройшла масову модернізацію та розширення. Так, Львівський ХФЗ 1961 року відкрив ампульний цех, завдяки чому обсяги виробництва ін'єкційних розчинів зросли у п'ять разів між 1958 і 1962 рр. — до 120 млн ампул. Уманський вітамінний завод до 1962 р. запустив цех нікотинової кислоти й першим у СРСР наладив випуск нікотинамідів. Харківський завод «Червона Зірка» освоїв виробництво анальгін-потужністю 200 т на рік (1962 р.). Львівський раднаргосп 1961 р. завершив будівництво цеху гормональних препаратів. ХФЗ ім. М. Ломоносова автоматизував виробничу лінію на початку десятиліття (Рис. 4), а після реконструкції 1968 р. збільшив випуск у 2,5 разів та розпочав виробництво низки важливих препаратів, зокрема корвалолу. Того самого року розпочала роботу Тернопільська фармацевтична фабрика, що спеціалізувалася на галенових засобах²⁸⁶.

²⁸¹ Сятиня М. Л. *Історія фармації*. С. 229.

²⁸² Там само. С. 232.

²⁸³ Там само. С. 228.

²⁸⁴ Барковська О. Я. *Науково-практичні підходи*. С. 218.

²⁸⁵ Сятиня М. Л. *Історія фармації*. С. 228.

²⁸⁶ Богатирьова Р. В. та ін. *Історія фармації України*. С. 635-637.



Рис. 4. Автоматизований розлив лікарського засобу «Корвалол»
на Київському хіміко-фармацевтичному заводі ім. М. Ломоносова у 1960 році²⁸⁷

Лише за перші три роки семирічки освоєно виробництво 287 нових найменувань; до кінця десятиліття їхня кількість сягнула майже п'ятисот. Серед них були й українські розробки — стимулін Д, мелісин, спленін, нікоцептин, галаскорбін та ін.²⁸⁸ Найуспішніші підприємства навіть почали експортувати продукцію на міжнародні ринки. Так, ХФЗ ім. М. Ломоносова наприкінці 1960-х років постачав на експорт п'яту частину своєї продукції — до понад 20 країн, зокрема Анголи, Німеччини, Франції, Італії, Єгипту, Греції тощо²⁸⁹.

Активна участь СРСР у міжнародних фармацевтичних ринках дозволило залучити західне обладнання, важливе для трансформації виробництва медпрепаратів в УРСР. Хоча станом на 1960 рік республіка мала 13 повноцінних хіміко-фармацевтичних заводів (п'ять із них — у Києві), вони залишалися невеликими та слабко модернізованими²⁹⁰. У 1959–1961-х роках було здійснено масштабне розширення багатьох із них із використанням імпортного устаткування. Так, Дарницький ХФЗ переїхав на нове, збудоване з нуля, виробництво і став одним з найбільших фармакологічних виробництв УРСР. Загальний випуск продукції заводу в 1962 році склав 6,1 мільйони рублів²⁹¹, потроївшись в порівнянні з 1957 роком. З модернізацією виробництва завод почав поставляти продукцію на експорт, включаючи таблетки антимікробного засобу «фталазол» для гуманітарних місій дитячого фонду ООН²⁹².

²⁸⁷ Історія довжиною в життя. доступ: <https://www.apteka.ua/article/355322>

²⁸⁸ Богатирьова Р. В. та ін., *Історія фармації України*. С. 636-646.

²⁸⁹ «Історія». *Farmak*, 2025. доступ: <https://farmak.ua/history/>.

²⁹⁰ Богатирьова Р. В. а та ін. *Історія фармації України*. С. 642.

²⁹¹ ДАК, ф. Р-1125, оп. 1, спр. 195, арк. 1–89.

²⁹² ДАК, ф. Р-1125, оп. 1, спр. 230, арк. 1–15.

Загалом, ранні 1960-ті роки стали піком успіхів радянської медицини, коли витрати на охорону здоров'я сягнули 6% ВВП²⁹³. Масове медичне покриття, перемога над епідеміями та різке зростання виробництва базових препаратів забезпечили тривалий підйом якості життя. У наступні десятиліття процес старіння населення спричинив поширення хронічних захворювань, із якими система не справлялася через технологічну відсталість і загострення економічних проблем.

На 1960-ті роки основним завданням української фармакологічної промисловості було забезпечення республіки лікарськими засобами місцевого виробництва. Навіть слаборозвинена вітчизняна індустрія лишалася єдиною альтернативою медичній промисловості РСФРР: на 1960 рік на центральну республіку припадало 73,2% загальносоюзного випуску медикаментів, на УРСР — 14,3%, а на всі інші республіки разом — лише 12,5%²⁹⁴. Отже, модернізація української фармацевтики була пов'язана з хрущовським курсом на більш збалансований економічний розвиток союзних республік.

Але через децентралізацію радянська влада зіткнулася з проблемами контролю над індустрією. Тому центр покладався на декрети й накази, які регулярно видавав, аби синхронізувати роботу підприємств. Їм так і не надали права самостійно розпоряджатися заробленими коштами чи здійснювати капітальні будівництва, тож усі такі рішення доводилося погоджувати з чиновниками як МОЗ УРСР, так і МОЗ СРСР. Поеднання децентралізації управлінської структури з небажанням Центру відпускати контроль знижувало ефективність розвитку системи. Так, у 1960 р. план капітальних інвестицій УРСР у цій галузі виконали на 81%, а у 1961 р. — лише на 63%²⁹⁵; це особливо позначилося на фактичній відсутності нових ХФЗ.

Децентралізаційна реформа проіснувала недовго: після приходу Л. І. Брежнєва на посаду секретаря ЦК КПРС 1965 р. її скасували. Раднаргоспи ліквідували, а контроль над усіма ХФЗ передали МОЗ СРСР. Втративши навіть ту незначну автономію підприємств, радянська медична система втратила динамізм, накопичений за попереднє десятиліття, що призвело до поступової стагнації.

Політика Брежнєва фокусувалася на притриманні курсу Хрущова, з розширенням медичної інфраструктури без фундаментальних змін в філософії розвитку. Частково був перевернутий курс на децентралізацію з частиною влади повернутою до центру, включаючи монопольне право на медичні дослідження²⁹⁶.

Не дивлячись на згортання реформ, українська фармацевтика зберігала позитивну динаміку протягом десятиліття. Вона була особливо відчутною на початку семиріччя: у 1961 р. загальний обсяг продукції досяг 128 млн карбованців (зростання на 42% за три роки, у 20 разів більше, ніж у 1940 р.). До 1970 р. цей показник зріс до 252 млн карбованців, а чисельність працівників профільних підприємств — до 16 тис. осіб²⁹⁷. Загалом галузь зазнала кількісного та якісного розвитку: підприємства розширилися й модернізувалися (Рис. 5), що дозволило систематично перевиконувати план і нарощувати вітчизняну пропозицію медикаментів.

Але наявних успіхів було недостатньо, щоб задовольнити зростаючі потреби населення УРСР. Обсяг продажів медикаментів в аптеках республіки зріс із 207,5 млн карбованців у 1961 році до 376,3 млн карбованців у 1970 році (зростання на 81%). Дефіцити низки препаратів не зникли. Перевірка 1966 року засвідчила, що третина пацієнтів Києва та інших населених пунктів, які зверталися по ліки до аптек, не отримали їх через відсутність²⁹⁸.

²⁹³ Field Mark G. «Soviet Medicine». Р. 61.

²⁹⁴ Сятиня М. Л. *Історія фармації*. С. 230.

²⁹⁵ Там само. С. 233.

²⁹⁶ Vasilyev P. A., Petrenko V. *Soviet pharmaceutical regulation (1918–1990)*. Р. Е1894.

²⁹⁷ Богатирьова Р. В. та ін.. *Історія фармації України*. С. 635–644.

²⁹⁸ Сятиня М. Л. *Історія фармації*. С. 237.



Рис. 5 Цех Уманського вітамінного заводу, 1972 рік²⁹⁹.

Попри проведені модернізаційні роботи, загальна технологічна база залишалася слабкою: вітчизняним підприємствам було далеко до західних. Компенсувати відставання намагалися мобілізацією людських ресурсів, проте через перевантаження часто виникали брак і зупинки виробництва. Так, на харківському заводі «Здоров'я трудящих» регулярно порушувалася технологія, і в розчини для ін'єкцій потрапляли механічні домішки. Львівський ХФЗ постійно отримував рекламації щодо якості своїх антибіотиків, а до вітамінів Одеського заводу нерідко потрапляли сторонні частинки. Найяскравішим став випадок на харківському ХФЗ «Червона Зірка», де стрептоцид перемішували просто на підлозі³⁰⁰.

Особливо проблемною була ситуація не на профільних підприємствах, а на суміжних виробництвах, що відігравали ключову роль у ланцюгах постачання. Зокрема м'ясокомбінати не встигали за темпами модернізації: Львівський м'ясокомбінат регулярно порушував стерильність розчину інсуліну і роками не міг освоїти виробництво адренокортикотропного гормону, зірвавши план на чотири роки³⁰¹. Подібні проблеми спостерігалися й на заводах медичного устаткування, які систематично не виконували планові завдання.

Через відставання технічної бази республіка не зменшувала свій фокус на лікарських рослинах і органопрепаратах. На початок 1970-х частка рослинних препаратів у фармацевтичному випуску УРСР становила 30–40%³⁰². Це було логічно, адже республіка мала сприятливі природні умови для вирощування сировини. Станом на 1970 р. земельний фонд орної землі для медичних рослин становив 4,8 тис. га, а заготівля сировини зросла на 36% порівняно з 1965 р.³⁰³. Однак такий фокус не міг компенсувати потреби в комплексних синтетичних препаратах. У 1970-ті роки СРСР зіткнувся з проблемою старіння населення та стрімким

²⁹⁹ Умань історична. *На виробництві. Уманський вітамінний завод, 1972 р.* публ. Олега Біляogi, 21 лютого 2024 р. доступ: <https://surl.lu/rwucyv>

³⁰⁰ Там само. С. 232.

³⁰¹ Богатирьова Р. В. та ін. *Історія фармації України*. С. 639–640.

³⁰² Голяченко О., Ганіткевич Я. *Історія медицини*. С. 219.

³⁰³ Богатирьова Р. В. та ін., *Історія фармації України*. С. 647.

зростанням пов'язаних із цим захворювань, зокрема онкології. Чинна технологічна база, орієнтована на органічну сировину, не могла повною мірою відповісти на ці виклики.

Одним із чинників довгострокових проблем радянської фармацевтики стала діяльність Постійної комісії з хімічних речовин Ради економічної взаємодопомоги (РЕВ). Задля раціонального розвитку хімічної промисловості країн соціалістичного табору комісія координувала національні індустрії й запровадила стратегію спеціалізації, у межах якої кожна держава отримувала «зону» відповідальності в загальному ланцюгу створення вартості. Випуск фармацевтичної продукції був закріплений за Польщею та Угорщиною; остання в 1970 р. експортувала 72% власного фармацевтичного виробництва й додатково відповідала за виготовлення профільного обладнання³⁰⁴. Натомість СРСР тільки забезпечував союзників сировиною для їхніх хімічних підприємств.

Запроваджена стратегія робила Радянський Союз неконкурентним на глобальних фармацевтичних ринках і обмежувала перспективи розвитку галузі. У 1970 р. СРСР імпортував фармацевтичної продукції на 166 млн руб., із яких 94% припадало на країни Східної Європи, тоді як експорт становив лише 32 млн руб. — понад у п'ять разів менше³⁰⁵. У наступні роки розрив лише зростав, сягнувши 12-кратного рівня у 1986 р.

В 1970-ті роки радянська влада намагалася й далі нарощувати виробництво й посилювати централізоване управління. 1976 р. Рада Міністрів СРСР видала наказ про укрупнення підприємств шляхом їх об'єднання за галузевим принципом. В УРСР це призвело до появи кількох регіональних гігантів: підприємство «Біостимулятор» взяло під контроль фармацевтичні виробництва Одеси, «Здоров'я» — заводи Харкова, а три київські підприємства об'єднали в концерн «Дарниця»³⁰⁶. Такі заходи дозволяли й далі нарощувати обсяги випуску, але без якісного вдосконалення технічної бази вони не забезпечували потреб населення. Тож залежність від імпорту медикаментів лише зростала аж до розпаду СРСР³⁰⁷.

Отже, період 1950–1960-х років позначився швидким зростанням і становленням фармацевтичної індустрії УРСР як самостійної галузі. Саме тоді сформовано базу вітчизняної фармакологічної промисловості, що залишається її осердям до сьогодні. Розгортання місцевих «гігантів», як ХФЗ ім. М. В. Ломоносова та Дарницький ХФЗ, забезпечило населення базовими медикаментами й сприяло подоланню масових епідемій цього періоду. Водночас зростання переважно спиралося на екстенсивні підходи: розширення виробничих площ, фокус на органічній сировині та залучення іноземного обладнання й технологій для освоєння нових препаратів. Через це республіка так і не подолала залежності від імпорту медикаментів із РСФРР та міжнародних ринків, що згодом лише загострилося у 1970-х роках на тлі зростання поширеності хронічних захворювань.

³⁰⁴ *Communist Chemical Industries: Integration and Trade*, Intelligence Report ER IR 71-22. Washington, D.C.: Central Intelligence Agency, Office of Economic Research, August 1971. P. 17–21.

³⁰⁵ Central Intelligence Agency. *USSR: Upgrading the Pharmaceutical Industry*. Washington, D.C.: Central Intelligence Agency, 1989. P. 9.

³⁰⁶ Богатирьова Л. В. та ін. *Історія фармації України*. С. 656–657.

³⁰⁷ Сятиня М. Л. *Історія фармації*. С. 240.

ЗМІСТ

Скромний, енергійний, професійний (з нагоди 100-річчя видатного історика України Володимира Косика) (Іван Монолатій)	3
---	----------

ІСТОРІЯ УКРАЇНИ

<i>Андрій Темченко</i> Традиційне весілля: «вінчання навколо діжі» (на матеріалі етнографічних записів В. М. Доманицького)	6
<i>Оксана Драч, Інна Губенко</i> «Освіта народу залежить від учителів»: становлення інституцій підвищення кваліфікації педагогів в Україні (друга половина XIX — початок XX ст.) на матеріалах Київського навчального округу	11
<i>Богдан Безпалько</i> Відображення просторової візії українських земель у радянських підручниках суспільно-гуманітарного блоку 1920–1930 рр.	49
<i>Роман Подать, Віталій Андрєєв, Світлана Андрєєва</i> Розвиток української фармацевтичної індустрії у 1950–1960-ті роки XX ст.	57

ВСЕСВІТНЯ ІСТОРІЯ

<i>Іван Монолатій</i> Євген Побігуций на тлі доби: дорослішання в родинному оточенні	71
<i>Дмитро Долецький, Інна Горпинченко</i> Роль лідерів афро-американського руху за громадянські права у США (1950–1960-ті рр.)	93
<i>Денис Мірошник, Геннадій Надтока</i> Аугусто Піночет: генерал, політик, президент	102
<i>Дмитро Гринь, Ігор Срібняк</i> Таборова преса полонених українців у Німеччині в часі Першої світової війни (з історії заснування та функціонування)	126
<i>Валерій Бабіч, Інна Горпинченко</i> Польсько-литовське співробітництво: етнокультурний аспект (1989-2025)	142
<i>Марина Палієнко, Ігор Срібняк</i> Генерал-хорунжий Армії УНР Олександр Пилькевич та його заходи зі зміцнення дисципліни у таборі інтернованих вояків-українців Ланцут (Польща), 1921 р.	150
<i>Аліса Лукашенко</i> Від ересей до ісихазм: осмислення дуалізму у візантійсько-українській духовній традиції (IV — початок XVII ст.)	156

Vivere est militare
Sammelband zu Ehren von Professor
der Ukrainischen Freien Universität Wolodymyr Kosyk
(zum Gedenken an den 100. Geburtstag)

ISBN 978-3-462-19850-6

© Herausgeber
Lucien Febre Internationales
Wissenschafts- und Bildungskonsortium, 2025