



УДК 94(47).084.8

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ РОССИЙСКОЙ ДЕРЕВНИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 1940 – НАЧАЛЕ 1950-х ГОДОВ (на материалах Саратовской области)

Ю. В. Ищенко

Поволжский кооперативный институт (филиал) Российского
университета кооперации, Энгельс
E-mail: ishenko1978@yandex.ru

В настоящей статье на основе анализа литературы и архивных материалов исследуется состояние здравоохранительных учреждений российской деревни, выявляются проблемы, связанные с медицинским обслуживанием сельского населения в первое послевоенное десятилетие. Особое внимание обращается на выявление таких лечебно-профилактических мероприятий, которые оказывали влияние на состояние трудовых ресурсов села. Автор вводит в оборот новые данные, ранее остававшиеся за рамками научных исследований, излагает собственное оригинальное видение затронутых в публикации проблем.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинское обслуживание, сельская медицина, участок, больница, врач, медперсонал, амбулатория, родовспоможение, клинично-диагностическое оборудование, специализированное отделение, послевоенные годы.

Medical Care of the Russian Village Manpower Resources in the Second Half of the 1940s – the Beginning of the 1950s (based on the Materials of the Saratov Region)

Yu. V. Ishchenko

In the present article, on the basis of the analysis of literature and archival materials the condition of public health establishments of the Russian village is investigated, the problems connected with medical care of the rural population in the first post-war decade come to light. Special attention is paid to the identification of treatment-and-prophylactic actions which had impact on the condition of the village manpower resources. The author introduces new data which was earlier remaining beyond the scope of academic research, and comes up with his own original vision of the issues touched upon in the paper.

Key words: health care, medical care, rural medicine, site, hospital, doctor, medical staff, out-patient clinic, obstetrics, clinicodiagnostic equipment, specialized section, post-war years.

DOI: 10.18500/1819-4907-2017-17-1-140-146

В отмеченный хронологическими рамками период происходил противоречивый, но неуклонный процесс восстановления и дальнейшего поиска эффективных путей развития российского села, проблемы и противоречия которого в некоторой степени зависели от состояния медицинского обслуживания его трудовых ресурсов.

Некоторые аспекты, касающиеся обозначенной в заглавии темы, уже находили свое отражение в исторических исследованиях советского и постсоветского периодов как регионального, так и общероссийского (союзного) характера¹. В то же время вопросы медицинского обслуживания



российского села рассматривались в них, как правило, в рамках изучения его социальной сферы и затрагивали далеко не все его стороны. Отдельные данные были опубликованы в специальных сборниках, посвященных истории и практике медицинского обслуживания населения, а также в очерках по истории Саратовской области, приуроченных к очередной годовщине октябрьской революции². В отношении статистических сборников важно отметить то обстоятельство, что они практически не содержат данных, касающихся непосредственно сельского здравоохранения³. Таким образом, в целом вопросы медицинского обслуживания трудовых ресурсов российской деревни так и не стали предметом отдельных научных исследований, особенно в региональном аспекте. До сих пор в работах ученых остаются не затронутыми целые пласты архивных данных, введение которых в научный оборот будет способствовать обогащению научных знаний, изучению связанных с обозначенной темой проблем. Все это, на наш взгляд, актуализирует необходимость исследования заявленной темы. Не претендуя на отражение в рамках настоящей работы всех ее аспектов, представляется важным на основе анализа источников и литературы выявить связанные с ней тенденции, проблемы и противоречия, осветить их с использованием современных теоретических и методологических подходов, изложив при этом оригинальную авторскую точку зрения по поводу затронутых в публикации вопросов. Все это, несомненно, должно способствовать обобщению теоретического и практического опыта исторических исследований, более углубленному изучению вопросов, касающихся отечественной истории в целом и аграрной в частности.

Для нашей темы важным является то обстоятельство, что участие в аграрном производстве второй половины 40 – начала 50-х гг. XX века принимало практически все население российской деревни – начиная от трудоспособных мужчин и женщин и заканчивая подростками, престарелыми, инвалидами и даже детьми. Так, в 1952 г. в колхозном производстве Саратовской области принимали участие 78 263 трудоспособных мужчин, 140 634 женщины и 48 023 подростка от 12 до 16 лет⁴. В том же году из всех работников колхозов области 18,8% составляли престарелые колхозники, мужчины с частичной потерей трудоспособности (инвалиды) и другие нетрудоспособные⁵. Таким образом, вовлеченность в аграрное производство практически всего сельского населения



обусловливало тот факт, что от решения вопросов медицинского обслуживания российского села зависело качественное состояние не только его населения в целом, но и в значительной, если не в большей степени, его трудовых ресурсов. По этой причине для нашей темы представляется важным выяснить состояние общей сети медицинских учреждений российской деревни.

Война оставила тяжелые последствия в области сельского здравоохранения. Значительно сократилась сеть и уменьшилась медицинская помощь сельскому населению в тыловых районах. В приказе Минздрава СССР от 29 мая 1947 г. «Об улучшении медицинского обслуживания сельского населения» отмечалось о том, что существующая медицинская помощь ни в качественном, ни в количественном отношении не удовлетворяет потребности в ней сельского населения. Хирургические отделения имелись лишь в 29% сельских больниц. Большинство из них не имели стационарных отделений. Более четверти коечного фонда городских больниц использовалось сельским населением. 57% родов проходило без наблюдения и помощи со стороны врачебного персонала. В 1946 г. более полутора тысяч сельских участков не имели врачей, а в сельской местности РСФСР работало всего 15% от их общей численности. Многие больничные здания требовали капитального ремонта⁶.

С первых послевоенных лет государством выделялись значительные средства для здравоохранения, которые шли на восстановление и капитальный ремонт старых больниц, строительство новых, оснащение их медицинским оборудованием, подготовку кадров, проведение по всей стране широких оздоровительных мероприятий. Всего за годы четвертой пятилетки только прямые государственные расходы на здравоохранение и физическую культуру составили 94,5 млрд руб.⁷

Постепенно восстанавливалась сеть медицинских учреждений на селе, вследствие чего уровень госпитализации в сельской местности в среднем по СССР вырос с 5,1 % в 1940 г. до 7,1 % в 1950 г.⁸

Восстанавливая и развивая сеть медицинских учреждений, органы здравоохранения с целью приближения медицинской помощи сельскому населению стремились развивать сеть районных и участковых больниц, амбулаторий, открывать фельдшерско-акушерские пункты. Только за 1951–1952 гг. в Саратовской области была открыта 31 больница, 25 из которых – в сельской местности. К концу 1952 г. непосредственно обслуживанием сельского населения Саратовской области были заняты 34 врачебных амбулатории (без стационара), 128 участковых и 40 районных больниц. За 1948–1952 гг. коечный фонд последних увеличился на четверть, и общее количество койко-мест в больницах обеих категорий составило 3 153 единицы.

Учитывая тот факт, что, согласно приведенным выше данным, в исследуемый период женщины представляли подавляющую часть трудовых ресурсов российской деревни, важное значение в решении вопросов их медицинского обслуживания имело наличие родовспомогательных учреждений. В том же году в области насчитывалось 47 женских консультаций, 5 районных роддомов на 37 коек и 49 колхозных роддомов на 138 койко-мест. 591 койко-место было развернуто при специальных отделениях в сельских районных и участковых больницах. Кроме того, в сельских районах области имелись 768 медпунктов, из которых 452 были фельдшерско-акушерскими, 285 только фельдшерскими и 31 только акушерским⁹.

Осуществляемый с 1947 г. комплекс мероприятий по организации медицинского обслуживания сельского населения давал о себе знать не только в развитии сети здравоохранительных учреждений, но и в ряде мер по её специализации. В том же году Минздрав СССР издает приказ, согласно которому центром специализированной медицинской помощи сельскому населению становится сельская районная больница, для которой впервые устанавливаются специальные нормативы коечной помощи и профилизации коек по определенным специальностям.

Наряду со специализацией коек в сельских районных больницах последние оснащались клинико-диагностическим оборудованием и медицинским инструментарием. В сентябре 1948 г. Минздрав СССР направил для сельских районных больниц медицинское оборудование на 50 млн рублей. В 1949 г. в регионах страны создаются специальные фонды для централизованного приобретения медицинской аппаратуры¹⁰.

Оказание специализированной медицинской помощи в некотором объеме возлагалось и на участковые больницы. Это, в свою очередь, инициировало процесс реорганизации амбулаторных участковых учреждений в больничные, получить представление о ходе которого позволяют архивные материалы. Так, в течение 1952 г. в Саратовской области было открыто 4 сельских участковых больницы, однако их открытие происходило за счет реорганизации врачебных амбулаторий в стационары и сопровождалось недостаточным приростом коечного фонда. Лишь 14 больниц данной категории располагали отделениями для хирургических больных. В остальных 114 хирургическая помощь оказывалась только в пределах малой хирургии и выполнялась врачами общей специализации. В участковых больницах проводилось свыше 50 % операций, связанных с заболеваниями брюшной полости, а также лечение переломов, вправление вывихов. Больные же, нуждающиеся в квалифицированной помощи, направлялись в районные и городские больницы.

В сельских амбулаториях оказывалась первичная хирургическая помощь – вскрытие флег-



мон и абсцессов, вправление вывихов, лечение переломов, проводились мероприятия по профилактике и лечению малярии, болезней сердечно-сосудистой системы, гриппа, травм без повреждения кости и некоторых других заболеваний. В то же время некоторые амбулатории размещались в малочисленных населенных пунктах, характеризовались небольшим радиусом охвата населения, близким расположением стационаров и непригодностью помещений, что обуславливало необходимость их дальнейшей реорганизации в фельдшерско-акушерские пункты. В том же году в сельских районах Саратовской области было реорганизовано 10 амбулаторий в больницы, 5 амбулаторий были объединены с роддомами и реорганизованы в больницы, 13 амбулаторий были реорганизованы в фельдшерско-акушерские пункты. К концу 1952 г. в области остались 34 необъединенных амбулатории на 54 врачебных единицы¹¹.

Проводимая перестройка здравоохранения на селе и расширение строительства медицинских учреждений требовали увеличения финансирования. В целом по стране в 1948 г. на строительство сельских больниц было ассигновано 24,3 млн рублей, в 1949 г. 88 млн руб., а в 1950 – 132,5 млн рублей соответственно¹². За 1948–1952 гг. бюджет здравоохранения Саратовской области вырос почти в 4 раза. Вместе с тем, как отмечалось в отчете о работе медицинских учреждений Саратовской области за 1952 г., финансирование ремонтных работ и строительство новых лечебных учреждений, отпускаемое по линии Минздрава РСФСР, было «крайне недостаточным и не могло удовлетворить потребности области в данном направлении»¹³.

К началу 1950-х гг. среди основных проблем сельских лечебных учреждений оставались недостаток специального оборудования, материалов, приспособленных помещений, транспорта и т. д. На фоне остальных лечебно-профилактических учреждений российской деревни относительно благополучно выглядели сельские районные больницы, которые, как отмечено выше, имели централизованные источники снабжения. Так, хотя из 40 расположенных в 1952 г. в Саратовской области больниц указанной категории только 7 имели рентгеноаппараты, однако 35 из них располагали собственными клинико-диагностическими лабораториями, в 36 имелись свои операционные, а в 35 – автоклавы. Несмотря на то что в семи районных больницах не имелось даже электроосвещения, все они располагали собственным транспортом: 13 – автомобильным, а остальные – конным. И хотя случались перебои в снабжении этих больниц специальными реактивами, тем не менее они применяли такие новейшие по тем временам методы лечения, как пеницилино-, сантомицино-, стрептомицино- и вакцинотерапию, подсадку тканей, жидкость Гордеева, препарат ПАСИ и т. д.¹⁴

Гораздо хуже обстояло дело с оснащением сельских участковых больниц и амбулаторий. В

1952 г. количество электрифицированных участков больниц по Саратовской области увеличилось с 39 до 51, однако лишь 96 из 128 больниц имели конный транспорт, два – мотоконный и только одна больница имела автомобильный, а 23 не имели транспорта вообще. Более половины (74) указанной категории больниц не имели санпропускников и половина – дезинфекционных камер.

Лишь одна амбулатория располагала клинико-диагностической лабораторией, две имели физиотерапевтическую аппаратуру, восемь – автоклавы и три – дезинфекционные камеры. Только 8 амбулаторий были обеспечены конным транспортом и 19 электрифицированы.

Если летом функционировали почти все колхозные роддома, то зимой работала лишь небольшая их часть и то, как фельдшерско-акушерские пункты, поскольку они не были обеспечены достаточным количеством топлива из-за невыполнения колхозами договоров, заключенных с районными отделами здравоохранения. Все это ограничивало возможности колхозных роддомов – в 1952 г. в колхозах было госпитализировано лишь 58,2 % рожениц при 85,5-процентном охвате стационарным родовспоможением всех сельских тружениц. При этом, если в районных роддомах, а также при родовых отделениях сельских больниц питание находилось на должном уровне, то в колхозных роддомах организованное питание повсеместно отсутствовало, вследствие чего резко сокращался срок пребывания рожениц на стационарном лечении¹⁵.

В начале 1950-х гг. многие сельские медучреждения размещались в жилых домах, частных квартирах и других непригодных, нуждающихся в капитальном ремонте помещениях, не соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, отличавшихся малой площадью и плохой оснащенностью твердым (мебель, посуда, медицинские инструменты и т. д.) и мягким (постельные принадлежности) инвентарем. Нередко имели место перебои со специальными препаратами.

Недостаточное оснащение клинико-диагностической аппаратурой ставило врачей сельской медицинской сети в чрезвычайно сложное положение при диагностике заболеваний. Даже в районных больницах, находившихся в сравнительно благоприятных условиях, процент совпадений клинических и патологоанатомических диагнозов был ниже, чем в городских больницах. В 1953 г. этот показатель в целом по стране составил 63,1% и 76,7% соответственно¹⁶.

Недостаток или отсутствие транспорта в ряде больниц, а также бездорожье создавали большие трудности в оказании своевременной медпомощи при транспортировке больных в случае необходимости. Особенно это касалось сельских рожениц, своевременная госпитализация которых была затруднена и, как следствие, процент проведенных на дому родов продолжал оставаться весьма



высоким, что, в свою очередь, не способствовало снижению детской смертности.

Нехватка мебели и другого инвентаря сказывалась на культуре и уюте лечебных учреждений, а недостаток специальных помещений, клиничко-диагностической аппаратуры и специалистов приводил к тому, что даже функционирующие койко-места не всегда были загружены на полную мощность, при этом их в лечебных учреждениях не всегда хватало. В результате в тех больницах, где были более или менее подходящие условия для госпитализации и лечения, койко-места работали с большой перегрузкой, наблюдалась скученность пациентов, что, в свою очередь, нарушало существующие санитарно-гигиенические нормы и ухудшало качество медицинской помощи в целом.

Неудовлетворительное состояние материальной базы сельских медучреждений обуславливало недостатки в их лечебно-профилактической деятельности. Так, в 1952 г. рентгеновская помощь сельскому населению Саратовской области оказывалась только в пяти районах. Отсутствие рентгеновских аппаратов в 39 районах сельской местности создавало исключительные трудности по улучшению качества диагностики заболеваний и выявлению ранних форм туберкулеза и злокачественных новообразований. С целью уточнения диагноза врачами сельских районов направлялось большое количество больных в г. Саратов, однако это вело к перегрузке существующих рентгеновских аппаратов городов и лишало их возможности проводить профилактическую работу¹⁷.

Существующая сеть сельских лечебно-профилактических учреждений не могла удовлетворить потребности российской деревни, поэтому решение задач, связанных с медицинским обслуживанием её населения, возлагалось также и на центральные больницы городов и рабочих поселков. В 1952 г. в Саратовской области функционировало 15 таких больниц, расположенных в её районных центрах – городах и рабочих поселках (Аткарске, Базарном Карабулаке и т. д.) на 1 235 койко-мест. При удовлетворительном их оснащении клиничко-диагностическом оборудованием они имели нужду в биохимических лабораториях, электрокардиограммах, а некоторые нуждались в дооборудовании рентгеноаппаратами, физиотерапевтической аппаратурой, а также зубопротезными лабораториями. Часть больниц не были достаточно укомплектованы кроватями, тумбочками и другой мебелью, а некоторые требовали капитального ремонта¹⁸.

Если города почти полностью были укомплектованы квалифицированными врачебными кадрами, а рабочие поселки располагали хотя бы основными специалистами, то вопрос с обеспеченностью последними медицинских учреждений российской деревни оставался наиболее острым и открытым на всем протяжении обозначенного периода. Так, по состоянию на 1 января 1953 г. из 108 имевшихся в Саратовской области сельских

врачебных участков, каждый из которых являлся центром, координирующим работу всех учреждений, расположенных на территории сельского района, 30 не были укомплектованы врачами в силу их недостатка. Только 30 районных центров области были полностью укомплектованы четырьмя основными положенными по нормам Минздрава специалистами (без санитарных врачей), восемь райцентров имели по три, в одном райцентре – два и еще один располагал только одним специалистом соответственно. Санитарные врачи были представлены лишь в 21 районе области¹⁹.

Недостаток медицинских кадров обуславливал трудности развертывания сельской медицинской сети, а также то обстоятельство, что в ряде случаев её учреждения вынужденно возглавлялись средним медперсоналом. Так, например, в 1952 г. из 128 сельских участковых больниц Саратовской области 15 возглавлялись фельдшерами. Сельские клиничко-диагностические лаборатории возглавляли среднемедицинские работники, в лучшем случае окончившие школу лаборантов²⁰. Данное обстоятельство, конечно же, отрицательно сказывалось на организации и качестве их деятельности.

В некоторых случаях врачи отсутствовали в силу того, что им приходилось совершать выезды в радиусе 15–20 км от своей больницы для посещения больных на дому, а также для проведения лечебно-профилактических мероприятий в бригадах и полевых станциях в период сельскохозяйственных работ.

Недостаток врачебных кадров в сельских медучреждениях обуславливал относительно большой первичный прием больных средним медицинским персоналом. Так, если в районных больницах городов и рабочих поселков Саратовской области в 1952 г. практически весь первичный прием больных осуществлялся врачами, то в сельских районных больницах ими было принято 90% указанной категории больных, а в участковых больницах и амбулаториях сельской местности почти треть первичного приема больных осуществлялась средним медперсоналом. Однако даже притом, что часть приема пациентов в сельских больницах осуществлялась средним медперсоналом, врачи за рабочий день в среднем принимали по 20 человек. Такая высокая нагрузка, конечно же, не могла способствовать квалифицированному лечению и сказывалась на качестве медицинской помощи сельскому населению в целом.

Нехватка квалифицированных врачебных кадров, с одной стороны, и неудовлетворительная оснащенность сельских больниц оборудованием, с другой, приводили к тому, что врачи в ряде случаев не могли определить заболевание либо ставили неправильный диагноз. В первую очередь это касалось таких болезней, как острый ревматизм, порок сердца, гипертония, аппендицит²¹.

Важно отметить, что к началу 1950-х гг. в медицинском обслуживании трудовых ресур-



сов российской деревни была задействована не только лечебно-профилактическая сеть сельской местности, но и различные городские, а также областные поликлиники, больницы, диспансер и прочие медицинские учреждения. Особенно это касалось специализированной медицинской помощи, которую сельские медучреждения из-за отсутствия специальных отделений, нехватки коек, кадров, оборудования и т. д. полностью либо частично не могли её оказать. Так, например, больные кожно-венерологическими заболеваниями, нуждающиеся в стационарном лечении, направлялись из районов сельской местности в Областную кожно-венерологический диспансер и другие городские вендиспансеры.

В 1952 г. в области было зарегистрировано 4 988 больных трахомой, из которых 96% были жителями сельской местности. Для оказания специализированной помощи населению в неблагополучных по трахоме районах систематически выезжали специалисты Областного трахоматозного диспансера и клиники глазных болезней Саратовского мединститута. Были составлены планы по ликвидации трахомы в таких районах, проводились массовые профилактические осмотры населения, выявленные больные брались на учет и лечение. Выявлялись источники заражения, проводилось изучение труда и быта населения и принимались меры к его оздоровлению. Путем лекций и бесед проводилась санитарно-просветительская работа среди населения. Для лечебно-профилактической деятельности привлекалась местная общественность, а также медицинские работники сельских здравоохранительных учреждений. В некоторых неблагополучных по трахоме районах имелись сестринские трахоматозные пункты, в которых сестры работали под руководством окулистов из районных больниц, диспансеров и глазной клиники. В сложных случаях населению оказывалась хирургическая помощь. Проводилась она как в Областном трахоматозном диспансере, так и при выезде диспансерных врачей в районы, в местных сельских больницах.

В 1952 г. областными и городскими онкологическими диспансерами, а также онкологическими кабинетами некоторых городов области было принято 33,4% жителей из сельской местности против 30% в 1951 г.²² Такая же тенденция наблюдалась и в целом по стране – в 1950 г. посещения городских медучреждений составили 19,5%, а в 1955 г. – 26,3% всех амбулаторно-поликлинических посещений, сделанных сельским населением за указанный период²³.

Говоря о медицинском обслуживании сельского населения, нельзя не упомянуть о деятельности санитарной авиации, направленной на систематические выезды специалистов по первому же требованию районных или сельских стационаров для оказания экстренной помощи. В 1953 г. Саратовской областной станцией санитарной авиации для осуществления неотложной и кон-

сультативной медпомощи на вылеты в сельские районы было затрачено 1 246 часов, из которых для клинического обследования и лечения в г. Саратов было эвакуировано 92, проконсультировано 840 и прооперировано 29 больных²⁴.

Непосредственное отношение к медицинскому обслуживанию трудовых ресурсов российской деревни имел диспансерный метод, инициаторами которого выступили медицинские работники Чудновского района Житомирской области Украинской ССР. После изучения данного опыта и соответствующих указаний Минздрава СССР этот метод с 1951 г. стал применяться на территории Саратовской области, а в 1952 г. он был развернут в более широком объеме.

Для врачей был установлен график выезда в колхозы, полевые станы и бригады, обслуживание которых закреплялось за районными и участковыми больницами. До начала полевых работ трактористам, комбайнерам, прицепщикам, бригадирам и другим ведущим группам сельскохозяйственных работников проводились профилактические прививки против бруцеллеза и дизентерии, план которых был выполнен на 130 и 104 % соответственно.

За всеми питьевыми источниками водоснабжения устанавливался повседневный санитарный контроль, особое внимание обращалось на гигиену питания в полевых условиях и на санитарно-гигиеническое содержание полевых станов, в каждой бригаде был организован санитарный пост, проводились регулярные массовые обследования населенных пунктов в целях своевременного выявления больных.

Создавались районные медкомиссии по определению трудоспособности колхозников и утверждались планы их работы. Комиссии включали в себя терапевта, хирурга, акушера, гинеколога, эпидемиолога, лаборанта, зубного врача и двух средних медработников. Выезжая в какой-либо колхоз, члены комиссии в промежутках между заседаниями читали лекции, изучали условия труда и быта колхозников, а средний медперсонал проводил подворные обходы, осмотр источников водоснабжения, общежитий, бань и т. п.

При диспансеризации измерялось кровяное давление, проверялась острота зрения, исследовались кровь, а также кал на яйца глист, проводились прививки. Нуждающиеся в коечном лечении госпитализировались, а амбулаторные больные направлялись в поликлиническое отделение больницы.

В ряде районов диспансеризация носила довольно обширный характер. Так, в Дергачевском районе перед началом сева были осмотрены 9 724 колхозника, рабочих МТС и совхозов.

Выявленные в процессе диспансерного обследования больные направлялись на лечение, после которого большинство, как правило, возвращалось к работе, а некоторая их часть переводилась на более легкий труд. Последнее обстоятельство имело важное значение при забо-



леваниях сердечно-сосудистой системы, а именно они были одними из наиболее распространенных среди сельскохозяйственных работников²⁵. Таким образом, диспансерный метод обслуживания позволял выявлять заболевания на ранней стадии их развития у ведущих групп сельскохозяйственных работников и, что не менее важно, делать это до начала основных полевых работ, контролируя тем самым наличие и качество трудовых ресурсов российской деревни.

Важное значение в деятельности здравоохранительных организаций имели мероприятия по борьбе с инфекционными заболеваниями, в частности, по профилактике и лечению бруцеллеза, поскольку от их успешного претворения в жизнь зависело не только состояние непосредственно трудовых ресурсов села, но и животноводческой отрасли. Непосредственно в районах руководства лечением бруцеллезных больных осуществлялось специально ответственными врачами. Все хозяйства, неблагополучные по бруцеллезу животных, стояли на учете в Областной противобруцеллезной станции. Было проведено диспансерное обследование работников, занятых в неблагополучных по заболеванию бруцеллезом хозяйствах, и сделаны соответствующие прививки. Госпитализация и лечение выявленных больных осуществлялись как местными больницами, так и клиникой инфекционных болезней Саратовского медицинского института. Кроме того, в целях профилактики бруцеллеза местными медработниками проводилась санитарно-просветительская работа, в ходе которой населению читались лекции, транслировались специальные радиопередачи, а в местной печати публиковались статьи на соответствующие темы²⁶.

Большое участие в профилактической работе принимало население, оказывая существенную помощь органам здравоохранения. Миллионы тружеников состояли членами общества Красного Креста и Красного Полумесяца, в колхозах действовали специально созданные санитарные посты²⁷.

Несмотря на трудности и проблемы, с которыми сталкивались в своей деятельности органы здравоохранения, к началу 1950-х гг. в целом несколько улучшились качественные и количественные показатели медицинского обслуживания сельского населения в районных и областных учреждениях. Так, например, результатом улучшения качества экстренной хирургической помощи, чему в определенной степени способствовали меры по повышению квалификации сельских хирургов, являлось снижение летальности болезней. С 1951 по 1952 г. летальность по крупозной пневмонии в сельских районных больницах Саратовской области снизилась с 3,8 до 1,4%, гипертонии – с 3,9 до 1,4%, язвенные болезни – с 1,8 до 0,6%, от ущемления грыжи – с 4 до 1,8% соответственно. Смертность в ходе хирургических операций снизилась до 0,8%. С 9 до 12 возросло

число районных больниц, где применялась лечебная физкультура. Увеличились и количественные показатели охвата больных лечебной физкультурой: хирургических – с 2 285 в 1951 г. до 4 477 в 1952 г., нервных – с 412 до 1 524 соответственно. Шире стал применяться метод лечебной физкультуры в клинике внутренних болезней, легочного и костно-составного туберкулеза. В результате проведения лечебно-профилактических мероприятий по ликвидации трахомы удалось снизить число больных 1-й стадии²⁸.

Что же касается здравоохранительных учреждений, расположенных в сельской глубинке, то качество медицинского обслуживания в них оставляло желать лучшего. Так, при проведении родов в колхозных роддомах в основном пользовались лишь акушерской сумкой. Однако трудно переоценить их значение в оказании первичной медицинской помощи, ведь именно благодаря им она становилась более доступной для тружеников российской деревни.

Таким образом, как показывает исторический анализ, в обозначенный хронологическими рамками период происходил рост здравоохранительной сети российской деревни и укрепление ее материальной базы, что, в свою очередь, обуславливало доступность медицинского обслуживания для сельского населения. Вместе с тем выделяемых по линии здравоохранения финансовых, материальных и кадровых ресурсов было явно недостаточно, чтобы удовлетворить потребности российского села в качественном медицинском обслуживании. Все это обуславливало необходимость вовлечения в решение вопросов, связанных с медицинским обслуживанием трудовых ресурсов российской деревни, областных и городских здравоохранительных учреждений, которые при этом расширяли свою деятельность в отношении сельского населения, внедряли новый по тем временам диспансерный метод обслуживания.

Трудности госпитализации больных в сельских лечебно-профилактических учреждениях были вызваны не только недостаточным количеством развернутого в них коечного фонда, но и неудовлетворительным их оснащением клиничко-диагностическим оборудованием, транспортом, отсутствием специальных помещений, а также неудовлетворительной организацией питания в целом ряде этих учреждений.

Одной из важнейших черт медицинского обслуживания российской деревни в указанный период являлся синтез профилактики и лечения. Он заключался в том, что здравоохранительные учреждения занимались не только лечением больных, но и с привлечением местной общест-венности проводили специальные мероприятия, связанные с санитарно-просветительской работой (чтение лекций, трансляция специальных радиопередач, публикация статей на соответствующие темы), обследованием источников водоснабжения и заражения, соблюдением гигиены питания, изу-



чением труда и быта в населенных пунктах, полевых станах и других производственных участках сельской местности.

Как свидетельствует анализ представленных в публикации материалов, само по себе администрирование по отношению к имеющимся в наличии ресурсам общемедицинской сети не могло компенсировать нехватку врачей, коечного фонда, клинично-диагностического оборудования и другие недостатки материальной и кадровой базы здравоохранительных учреждений. Данное обстоятельство позволяет сделать вывод о том, что эффективное решение вопросов медицинского обслуживания населения зависит от комплексного решения проблем, связанных с материальной базой, кадрами и финансированием здравоохранительных учреждений, решение которых, в свою очередь, возможно лишь при наличии целенаправленной государственной политики.

Примечания

- 1 См.: Крестьянство в годы упрочения и развития социалистического общества, 1945 – конец 50-х годов / отв. ред. и авт. предисл. И. М. Волков. М. : Наука, 1988. 499 с. (Серия «История советского крестьянства», Т. 4) ; *Чайка Е. А.* Социальная политика советского государства на селе с 1945 по 1965 гг. : На материалах Краснодарского, Ставропольского краев и Ростовской области : дис. ... канд. ист. наук. М. : РГБ, 2005 и др.
- 2 См.: *Гехтман М. Я., Дискаленко А. П., Ильин В. А.* Районная больница в новых условиях : структура, содержание, формы и методы работы. Кишинев : Госиздат Молдавии, 1957 ; Саратовская область за 70 лет. Саратов : Приволж. кн. изд-во, 1987 и др.
- 3 См.: Здравоохранение в СССР : стат. сб. / ЦСУ СССР. М. : «Госстатиздат», 1960 ; Народное хозяйство РСФСР в 1980 г. : стат. ежегодник / ЦСУ РСФСР. М. : Финансы и статистика, 1981 ; Народное хозяйство Саратовской области (Краткий стат. сб.). Саратов : Приволж. кн. изд-во, 1987 и др.
- 4 См.: Областное государственное учреждение «Государственный архив новейшей истории Саратовской области» (ОГУ ГАНИСО). Ф. 594. Оп. 2. Д. 2936. Л. 274–277.
- 5 См.: *Ищенко Ю. В.* Развитие производительных сил

села в послевоенный период : середина 1940-х – начало 1950-х гг. (На материалах Саратовской и Сталинградской областей) : дис. ...канд. ист. наук / Саратов. гос. соц.-эконом. ун-т. Саратов, 2011. С. 102.

- 6 См.: Крестьянство в годы упрочения и развития социалистического общества... С. 190.
- 7 См.: Народное хозяйство СССР в 1963 г. : стат. ежегодник. М. : Госстатиздат, 1965. С. 656–657.
- 8 См.: Крестьянство в годы упрочения и развития социалистического общества... С. 191.
- 9 См.: Областное государственное учреждение «Государственный архив Саратовской области» (ОГУ ГАСО). Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 19. Л. 16 а, 29, 70, 75.
- 10 См.: Сорок лет советского здравоохранения. К 40-летию Великой Октябрьской социалистической революции. 1917–1957 / главн. ред. М. Д. Ковригина. М. : Гос. изд-во мед. лит., 1957. С. 208.
- 11 См.: ОГУ ГАСО. Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 19. Л. 19–73.
- 12 См.: Сорок лет советского здравоохранения... С. 208–209.
- 13 ОГУ ГАСО. Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 19. Л. 33, 241.
- 14 Там же. Л. 31–32, 38.
- 15 Там же. Л. 59–72, 119–120.
- 16 См.: Сорок лет советского здравоохранения... С. 131.
- 17 См.: ОГУ ГАСО. Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 19. Л. 60, 76–77, 85.
- 18 Там же. Л. 39, 41
- 19 Там же. Л. 8.
- 20 Там же. Л. 88.
- 21 Там же. Л. 35, 45, 60.
- 22 Там же. Л. 172, 178–181, 183.
- 23 См.: Сорок лет советского здравоохранения... С. 214.
- 24 См.: ОГУ ГАСО. Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 19. Л. 94, 96.
- 25 См.: Саратовская область за 50 лет : сб. / ред. В. И. Пырков. Саратов : Приволж. кн. изд., 1967. С. 419 ; ОГУ ГАСО. Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 19. Л. 110–111.
- 26 См.: ОГУ ГАСО. Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 19. Л. 219, 223–226.
- 27 См.: *Селиванов В. И.* Советское Общество Красного Креста и Красного Полумесяца в годы Великой Отечественной войны // Советское здравоохранение. 1965. № 5. С. 20–26.
- 28 См.: ОГУ ГАСО. Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 19. Л. 37, 183–188, 193–194.

Образец для цитирования:

Ищенко Ю. В. Медицинское обслуживание трудовых ресурсов российской деревни во второй половине 1940 – начале 1950-х годов (на материалах Саратовской области) // Изв. Сарат. ун-та. Нов. сер. Сер. История. Международные отношения. 2017. Т. 17, вып. 1. С. 140–146. DOI: 10.18500/1819-4907-2017-17-1-140-146.

Cite this article as:

Ishchenko Yu. V. Medical Care of the Russian Village Manpower Resources in the Second Half of the 1940s – the Beginning of the 1950s (based on the Materials of the Saratov Region). *Izv. Saratov Univ. (N. S.), Ser. History. International Relations*, 2017, vol. 17, iss. 1, pp. 140–146 (in Russian). DOI: 10.18500/1819-4907-2017-17-1-140-146.