

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

Островкин Денис Леонидович

**РАЗВИТИЕ СОВЕТСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРАЛЕ
В 1917–1941 ГГ.**

Специальность 07.00.02 – Отечественная история

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата исторических наук

Научный руководитель:
Доктор исторических наук,
профессор,
М. В. Попов

Екатеринбург, 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Становление и особенности системы учреждений здравоохранения и медицинского обслуживания на Урале.....	26
1. 1. Государственное управление медициной, структура и сеть лечебных заведений.....	26
1.2. Подготовка кадров и обеспечение учреждений здравоохранения квалифицированным медицинским персоналом	87
Глава 2. Деятельность государства и общественных организаций по улучшению санитарного состояния уральского региона и борьбе с эпидемиями	129
2.1. Мероприятия в области развития санитарной системы.....	129
2.2. Противоэпидемическая работа органов здравоохранения и её результаты ..	158
Заключение	192
Список источников и литературы	200
Приложения	223

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Развитие медицины и качество здоровья населения являются основополагающими принципами благоприятного формирования успешного государства и общества. В связи с этим изучение накопленного опыта, трансляция и преемственность в принимаемых решениях становятся залогом развития медицинской системы. Однако на современном этапе Россия переживает затянувшийся период реформ государственного здравоохранения, который негативным образом сказывается на процессах в оказании медицинских услуг населению.

Об особой значимости проводимых преобразований можно судить из принятой в 2012 г. «Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.»¹, в которой определены цели, задачи, основные направления развития здравоохранения и мероприятия, а также механизмы их реализации. Однако даже сегодня остается ряд проблем, которые были сформулированы в пять приоритетных направлений в здравоохранении на проходившем Совете при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам (август 2016 г.). Характерно, что среди них задачи, которые решала советская государственная система здравоохранения в довоенный период: снижение материнской и младенческой смертности, повышение доступности оказания медицинской помощи в труднодоступных регионах, ликвидация дефицита участковых терапевтов и педиатров в первичном звене здравоохранения по всей стране и повышение качества подготовки медработников, прежде всего врачей. В итоге реализации преобразований, по мнению Президента РФ В. В. Путина: «Предстоит со-

¹ Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации // Министерство здравоохранения Российской Федерации: [сайт]. URL: // <https://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/30/1686-gosudarstvennaya-programma-razvitiya-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 15.02.2017).

здать действительно современную систему здравоохранения, причем на всех уровнях»¹.

Таким образом, для понимания и проведения современных реформ в структуре государственной системы здравоохранения требуется изучение кардинальных изменений в управлении медициной, которые были связаны с установлением советской власти в стране и первыми послереволюционными преобразованиями. Особенно важно при проведении реформ в этой сфере учитывать опыт жесткой централизации врачебного дела в период становления и функционирования «сталинского» режима, в конечном итоге которой в 1920–1930-е гг. была создана государственная система советского здравоохранения, отличавшаяся от предшествующей земской тем, что это была подконтрольная, хорошо управляемая структура, послушная часть государственной социальной системы. В конце 1920–1930-х гг. советское здравоохранение уживалось с тоталитарной диктатурой, потому что жило в рамках, которые предписывались режимом личной власти вождя. В то же время подъем здравоохранения в 1920–1930-е гг. имел положительное общечеловеческое значение: увеличивалось количество врачей, больниц, была налажена эффективная борьба с «социальными болезнями». В связи с этим, исследование данного периода позволяет использовать негативный и позитивный опыт в реализации государственной политики в сфере здравоохранения.

В то же время уральские историки уделяли большое внимание изучению модернизационных процессов, происходивших в обществе в исследуемый период, поскольку Урал являлся одним из центров индустриального развития страны. Так, к началу Великой Отечественной войны в результате осуществления огромной строительной и реконструктивной программы Урал увеличил свою производительную мощность почти в десять раз по сравнению с 1914 г., стал самым крупным индустриальным регионом России. Таким образом, в условиях дальнейшего развития и перехода к «постиндустриальной цивилизации» неизбежно проведение

¹ Латухина К. Оздоровительные меры [Электронный ресурс] // Российская газета. № 7225 (59). 2017. URL: // <https://rg.ru/2017/03/21/vladimir-putin-potreboval-izbavit-pacientov-poliklinik-ot-ocheredej.html> (дата обращения 29.03.2017).

реформ во всех сферах общественной жизни. В результате, особую актуальность приобретает изучение системы здравоохранения в 1917–1941 гг., когда в условиях первых послереволюционных преобразований, голода, эпидемий, форсированной индустриализации и сплошной коллективизации, удалось создать новую систему медицинской помощи, которая не имела аналогов в мире на том этапе исторического развития вместе с ее достоинствами и недостатками.

Степень изученности темы. Исследования по истории здравоохранения в довоенный советский период можно условно разделить на несколько взаимосвязанных тематических групп, которые складывались под влиянием различных подходов и взглядов в зависимости от политики государства. В исторической литературе, в том числе по исследуемой проблеме, принято выделять два основных этапа: советский (1917–конец 1980-х гг.) и постсоветский (начало 1990-х–2000-е гг.). Для первого периода характерны идеологические догматы, единообразные методологические подходы и интерпретирование событий, происходивших в жизни советского государства. В постсоветской литературе появляются различные точки зрения, свободные от официальной идеологии на процессы, происходившие в жизни советского государства, в том числе в сфере здравоохранения.

Уже в начале 1920-х гг. были сделаны попытки осмысления проблемы реализации государственной политики советского государства в сфере здравоохранения. В трудах авторов 1920-х гг. большое место занимают публикации первых постановлений советского правительства, касающиеся разьяснения задач «строительства» советского здравоохранения. В связи с этим особый интерес представляют труды первых организаторов здравоохранения РСФСР, которые наметили векторы государственной политики в сфере здравоохранения в первые годы советской власти ¹. В данных работах констатируются, с их точки зрения, преимущества советской медицины по сравнению с другими странами – ее бесплатность и бессловность. Основные вопросы развития здравоохранения изучаются в кон-

¹ Семашко Н.А. Основы советской медицины. М., 1919; Его же. Советская власть и народное здоровье. М., 1920; Пять лет советской медицины. 1918-1923. М., 1923; Высшая школа в РСФСР и новое студенчество. Пг., 1923.

тексте истории всей страны, особенности региональной медицины, в том числе на Урале, в должной мере, исследователями не рассматриваются. Для данных авторов, в первую очередь, присущ публицистический стиль, без нацеленности подвести под основу своих публикаций научную базу.

Такие же подходы в изложении событий были выбраны сотрудниками Наркомздрава РСФСР во второй половине 1920-х–начале 1930-х гг.¹ В трудах данного периода явно выражено стремление авторов поддержать точку зрения советского руководства на развитие государственной системы здравоохранения в эти годы. В это же время, на основе конкретных материалов, авторы пытаются подвести итоги первых лет становления системы медицинского обслуживания населения в условиях советской власти.

Наряду с указанными работами в 1920-е гг. выходят специальные статьи и брошюры, в которых исследователи освещают отдельные направления реализации государственной политики в сфере здравоохранения. Прежде всего, такие как, проблемы улучшения санитарно-эпидемической ситуации в стране и подготовки медицинских кадров². Однако в этих работах статистический анализ ведется на общесоюзных материалах, либо РСФСР, что затрудняет возможность выявления региональных особенностей здравоохранения.

В тоже время в 1920-е гг. появляются труды посвященные здравоохранению в регионах, в том числе, на Урале. Здесь большое место занимают подготовленные публикации работников Облздрава³. Авторами отмечалось, что, несмотря на разорение народного хозяйства после Гражданской войны, советско-партийные

¹ Семашко Н. А. Основы советской медицины. М., 1926; Барсуков М. И. Начало советского здравоохранения // Вопр. здравоохранения. 1928. № 7; Соловьев З. П. Строительство советского здравоохранения. М., 1932; Каминский Г. Н. Задачи советского здравоохранения. М.; Л., 1934.

² Десять лет Октября и советская медицина (1917–1927 гг.). М., 1927; Волков К. О высшем медицинском образовании в плане ближайших десятилетий // Вопросы здравоохранения. 1928. № 11; Проппер Н. Подготовка медицинских кадров // Вопросы здравоохранения. 1929. № 23.

³ Белостоцкий И. С. Больничное строительство в Уральской области // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1928. № 1; Величкин В. И. К десятилетию советской медицины // Уральский медицинский журнал. Свердловск. 1928. № 1; Сафронович В. Контрольные цифры по здравоохранению на 1928–1929 гг. // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1928. № 2; Иванов Н. И. Сыпной тиф в Уральской области // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1928. № 2.

органы приложили много усилий в деле организации уральской медицины. Исследователи сделали выводы, что уже в 1920-е гг. на Урале было увеличено количество учреждений здравоохранения, больниц и коек в них, расширились штаты медицинского персонала, отмечается снижение эпидемических заболеваний, преодоление пандемий первых послевоенных лет, приводятся статистические материалы о развитии здравоохранения на Урале в первые годы советской власти¹.

В 1930-е гг. в стране формируется «культ личности», изменяется политическая ситуация, которая естественным образом сказывается на вышедших публикациях. Идеологическая направленность и единообразность суждений определили подходы авторов к оценкам развития государственной системы здравоохранения². В своих трудах исследователи большое внимание уделяют фактам, свидетельствующим о выполнении первых пятилетних планов в области здравоохранения, акцентируют внимание на, с их точки зрения, преимуществах советской медицины перед дореволюционной и западной. Особое внимание исследователями в 1930-е гг. было уделено организации медицинской помощи рабочим промышленных новостроек и крестьянам в районах сплошной коллективизации, деятельности государства по искоренению профессиональных заболеваний.

Такие же особенности присущи и трудам по рассматриваемой проблеме, опубликованным в 1930-е гг., на региональном уровне³. Однако в вышедших пуб-

¹ Серебренников В. С. Здравоохранение на Урале (итоги и очередные перспективы). Свердловск, 1929; Состояние дела здравоохранения в Уральской области за 1929 год. Свердловск, 1929.

² Владимирский М. Ф. О задачах здравоохранения в период реконструкции промышленности. // На фронте здравоохранения. 1931. № 13; Тарадин И. Классовая борьба в медицине. Воронеж, 1932; Цейтлин А. Справочник по охране здоровья детей и подростков. М., 1934; Каминский Г. Н. О работе и задачах в области народного здравоохранения в РСФСР. Л., 1935; Вольфсон И. Я. Поднять на большую высоту дело подготовки врачей // Советский врачебный журнал. 1936. № 9; Баткис Г. А. Социальная гигиена. Пособие для студентов и врачей. М. – Л., 1936.

³ Величкин В. И. К вопросу о пятилетнем плане Уральского здравоохранения // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1929. № 4; Жикин В. А. К вопросу о кадрах работников здравоохранения // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1930. № 2 – 3; Сербин Г. М. Здравоохранение в сельско-хозяйственном социалистическом секторе // Уральский медицинский журнал. Свердловск. 1930. № 1; Ростоцкий И. Т. Рост советского здравоохранения на Урале // Советская медицина. М., 1938; Левонтин М. Л. Практика здравпунктов на Урале // На фронте здравоохранения. М., 1932. № 3; Крупин Н. В. Несколько слов об оспопрививании. // Труды научно-исследовательских институтов / под. ред. К. А. Коновалова. Сб. 1. Свердловск – М., 1933; Наравцевич А. М. Опыт работы здравпункта Алапаевского металлургического завода //

ликациях не в полной степени объективно оценивается информация о размерах и причинах увеличения числа людей, страдающих эпидемическими болезнями в начале 1930-х гг. По нашему мнению, это объясняется и тем, что данные опубликованной статистики отличаются и зачастую не сходятся с материалами из архивов. Несмотря на идеологическую заданность работ, они внесли существенный вклад в рассмотрение исследуемой проблемы.

Существовавшая цензура и ограничение источниковой базы не помешали попыткам научного рассмотрения истории медицины, которые появляются во второй половине 1940-х–начале 1950-х гг.¹ Среди авторов этого периода выделяется Н. А. Виноградов, который выпустил серию аналитических трудов по различным этапам развития медицины в советский период². На общесоюзных материалах автор рассматривает вопросы кадрового обеспечения, преодоления эпидемических заболеваний, улучшения санитарной ситуации. С середины 1950-х гг. начинается новый этап процесса осмысления истории государственной политики в сфере здравоохранения. В это время выходит ряд работ, посвященных 40-летию советской медицины³. Главная задача этих публикаций – показать решающую роль партии и советского государства в деле организации медицинской помощи

Здравпункты Урала в борьбе за снижение заболеваемости рабочих / под ред. В. И. Величкина. Свердловск – М., 1933.

¹ Виноградов Н. А., Страшун И. Д. Охрана здоровья трудящихся в Советском Союзе. М., 1947; Баткис Г. А. Организация здравоохранения. М., 1948; Шабанов А.Н. 25 лет советской высшей медицинской школы // XXV лет Советского здравоохранения / Под ред. Г.А. Митерева. М., 1944. С. 203-230; Соловьев Л. Н. Забота партии и правительства о здоровье советских людей. М., 1950; Кафтанов С.В. Высшее образование в СССР. М., 1950; Морозов Н. Н. История здравоохранения СССР. М., 1953; Бородулин Ф. Р. Лекции по истории медицины. М., 1954; Каневский Л. О. Основные этапы развития санитарного просвещения в СССР. М., 1951; Заблудовский П. Е. История медицины. М., 1953.

² Виноградов Н. А. Здравоохранение в период подготовки и проведения Великой Октябрьской социалистической революции. М., 1954; Его же. Здравоохранение в годы иностранной военной интервенции и гражданской войны (1918–1920 гг.). М., 1954; Его же. Здравоохранение в период перехода на мирную работу по восстановлению народного хозяйства (1921–1925 гг.). М., 1954; Его же. Здравоохранение в период борьбы за коллективизацию сельского хозяйства (1930–1934 гг.). М., 1954; Его же. Здравоохранение в годы борьбы за социалистическую индустриализацию страны (1926–1929 гг.). М., 1955; Его же. Здравоохранение в предвоенный период (1935–1940 гг.). М., 1955.

³ Ашурков Е. Д., Барсуков М. И. 40 лет советского здравоохранения. М., 1957; Майстрах К. В. Советское здравоохранение за сорок лет / под ред. Л. С. Боголеповой. М., 1957; 40 лет советского здравоохранения / под ред. М. И. Ковригиной. М., 1957; Курашов С. В. 40 лет здравоохранения Российской Федерации. М., 1957.

населению. Вместе с тем, авторы подводили промежуточные итоги деятельности государства по формированию новой системы советского здравоохранения, отмечали положительные сдвиги в развитии медицины в СССР.

В конце 1950-х гг. некоторые из исследователей обратили внимание на отдельные отрасли общегосударственной стратегии здравоохранения: развитие кадрового потенциала, санитарно-эпидемические мероприятия советского государства, особенности сельской медицины ¹. В исследованиях содержится ценная информация о коэффициентах обеспеченности населения врачами высшей квалификации, показаны основные мероприятия советского государства по урегулированию санитарно-эпидемической ситуации. В результате это позволяет сравнить и сопоставить происходившие процессы на Урале с тем, что имело место в масштабе всей страны. В целом, для авторов публикаций второй половины 1950-х гг. характерно расширение круга используемых источников, фактических данных, проблематики исследований и рассматриваемых проблем. Однако историки стремились придерживаться в соответствии с советско-партийными установками, акцентируя внимание на «достижениях советского народа», в определенной степени, замалчивая о трудностях и недостатках системы здравоохранения.

Аналогичная ситуация в 1940–1950-е гг. наблюдается в трудах с региональной тематикой. Что касается Урала, то данная проблема освещается на материалах отдельных его областей ². Историки обозначают проблемы, касающиеся развития медицины, вводят в научный оборот ранее не использовавшиеся архивные данные. В тоже время исследователи 1940–1950-х гг. не всегда критически подходят к используемым источникам, необоснованно утверждая, что системная меди-

¹ Гращенко Н. И., Лисицын Ю. П. Здравоохранение в СССР и достижения советской медицины. М., 1958; Садомский А. М. Планирование развития народного здравоохранения. М., 1959; Овчаров В.К. К истории развития высшего медицинского образования в СССР. М., 1957; Белецкий Г. Н. Организация и методика работы органов здравоохранения. М., 1958; Барсуков М. И. Вопросы истории и теории медицины. М., 1959; Лисицын Ю. П. Вопросы периодизации медицины. М., 1958.

² Гуревич Г. Е. Здравоохранение Большого Урала. М., 1946; Гуревич Г. Е. Исторический съезд // Советское здравоохранение. 1947. № 6; Гудошников Ф. Ф., Новоселов Р. С. Из истории становления советского здравоохранения на Урале // Советское здравоохранение. 1968. № 1; Лаптев Н. А. Здравоохранения Челябинской области за годы советской власти // Советское здравоохранение. 1957. № 10.

цинская помощь населению Урала стала оказываться только после прихода к власти большевиков, что качественная медицина возможна только под контролем государства. Однако работы, посвященные здравоохранению целиком в уральском регионе, отсутствуют.

Особенностью исследований 1960–1980-е гг. является стремление авторов рассмотреть проблемы истории медицины комплексно¹. В них делаются выводы, что построение системы советского здравоохранения, развитие кадрового потенциала, ликвидация эпидемий – взаимосвязанные процессы, которые решались советско-партийным руководством в рамках единой государственной политики. При этом, используются не только общесоюзные материалы, но и региональные, в том числе по Уралу, что позволяет сопоставить данные, выявить закономерности в развитии медицины в различных частях нашей страны. В 1960–1980-е гг. выходят сборники и публикации, посвященные юбилейным датам советского здравоохранения². Здесь исследователи выделяют основные этапы становления советской медицинской системы, отмечая различия и особенности периода 1920-х и 1930-х гг.

Среди авторов послесталинского периода, которые расширили рассматриваемую тематику, необходимо отметить монографию А. И. Нестеренко³, который воссоздал в исторической ретроспективе ход появления первого высшего совет-

¹ Виноградов Н. А. Организация здравоохранения в СССР. М. 1962; Гомельская Г. Л., Коган Е. Я., Логинова Е. А. Очерки развития поликлинической помощи в городах СССР. М., 1971; Петров Б. Д. Очерки истории отечественной медицины. М., 1962; Сафонов А. Г. Медицинская помощь населению в РСФСР. М., 1961; Хрестоматия по истории медицины / под ред. П. Е. Заблудовского. М., 1966; Потулов Б.М. В.И. Ленин и охрана здоровья советского народа. 3-е изд. М., 1969; Багдасарьян С. М. Развитие здравоохранения в СССР. М, 1967; Трофимов В. В. Советское социалистическое здравоохранение – историческое завоевание Великого Октября. М., 1977; Мерман М. М. О пропаганде достижений советского здравоохранения (к 60-летию образования СССР). М., 1982.

² 50 лет советского здравоохранения. 1917–1967. М., 1967; Петровский Б. В. Советское здравоохранение за 50 лет СССР. М., 1973; 60 лет советского здравоохранения. М., 1977; 70 лет советского здравоохранения. М., 1987; Любарский Я. Ю. 50 лет советского здравоохранения и медицинской науки. М., 1967; Трофимов В.В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет. М., 1967; Щегин О. П. 70 лет советского здравоохранения. М., 1987; Головтеев В. В. Основные показатели развития здравоохранения за 60 лет советской власти. М., 1977.

³ Нестеренко А. И. Как был образован НКЗ РСФСР. Из истории советского здравоохранения (октябрь 1917–июль 1918 г.). М., 1965.

ского органа здравоохранения – Народного Комиссариата Здравоохранения. В коллективной монографии под редакцией В. П. Елютина¹, посвященной высшей медицинской школе, особое место уделяется деятельности учреждений здравоохранения и социальному составу будущих врачей.

Большой интерес представляют публикации посвященные проблеме преодоления санитарно-эпидемических кризисов в СССР². Здесь представлены ранее заниженные данные о количестве заболевших в годы Гражданской войны, в начале 1920-х гг., исследуется роль общественных организаций в преодолении пандемий, рассматриваются до этого не поднимавшиеся вопросы финансирования государственной системы здравоохранения³, анализируется становление сельской медицины⁴ и организация помощи материнству и младенчеству⁵.

В 1960-е–1980-е гг. было опубликовано большое количество подобных работ и на региональном уровне. Основная проблематика, над которой работали уральские исследователи, касалась развития различных направлений медицины в отдельных областях региона⁶. Ряд авторов рассмотрели те же важные для того времени направления государственной политики советского здравоохранения:

¹ Высшая школа СССР за 50 лет (1917–1967) / Под ред. В.П. Елютина. М., 1967.

² Горфин Д. В. Санитарное обслуживание населения СССР в 1917–1945 гг. // Современные вопросы теории, истории и организации здравоохранения. Вып. 2. М., 1965; Лотова Е. И., Идельчик Х. И. Основные задачи и пути борьбы с инфекционными болезнями в СССР (1917–1940 гг.) // Современные вопросы теории, истории и организации здравоохранения. Вып. 2. М., 1965; Тимаков В. Д. Пути ликвидации некоторых инфекционных заболеваний в СССР. М., 1961; Соколов И. С. Санитарное просвещение в профилактике инфекционных заболеваний. М., 1961.

³ Бабановский И. В. Вопросы финансирования здравоохранения в СССР. М., 1976.

⁴ Горфин Д. В. Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917–1957 гг.). М., 1961.

⁵ Мананникова Н. В. Охрана здоровья детей в СССР. М., 1973; Нечаева А. М. Охрана материнства и детства в СССР. М., 1988; Поляков И. В., Соколова Н. С. Охрана здоровья детей в СССР. Л., 1980.

⁶ Новоселов Р.С. Из истории становления советского здравоохранения на Урале // Советское здравоохранение. 1968. № 1; Соколов Д. К., Еремин, Г. Ф. Развитие здравоохранения Челябинской области за 50 лет советской власти // Советская медицина. 1967. № 11; Тertyшный А. Т. Забота советской власти о развитии здравоохранения и народного образования на Урале после разгрома колчаковщины (1919–1920 гг.) // Вопросы истории Урала. 1973. № 12; Тарасенков П. Н. Развитие здравоохранения на Урале в 1928–1937 гг. // Труды научной историко-медицинской конференции Урало-Сибирских областей 1962 г. Вып. 2. Пермь, 1963; Глубоков Д. А., Розенфельд Л. Г. Здравоохранение и развитие медицинского образования на Южном Урале // Здравоохранение РФ. 1989. №12.

ликвидацию эпидемий, улучшение санитарного состояния уральского региона¹. Однако рамки исследований ограничены отдельными уральскими областями.

В 1964 г. была защищена диссертация В. Т. Селезневой по истории здравоохранения, написанная на материалах Среднего Урала². В ней автор анализирует развитие уральской медицины с XVIII в. до середины XX в. В. Т. Селезнева основное внимание уделяет горнозаводской медицине в дореволюционный период и «заботе государства о рабочих и крестьянах», в советский период истории, стремится доказать решающую роль партийно-советского руководства в расширении и улучшении системы медицинского обслуживания. Несомненно, работа внесла вклад в изучении истории здравоохранения на Урале, однако обширность хронологических рамок диссертации, охватывающих больше, чем двести лет, «идеологические штампы», при освещении послереволюционных событий, ограниченность территориальных рамок (Средний Урал) не позволили В. Т. Селезневой в полной мере изучить общеуральскую региональную проблему.

Начало 1990-х гг. ознаменовано сменой политической ситуации в стране, а как следствие, изменившихся подходов в рассмотрении проблем социальной политики советского государства в целом и вопросов развития здравоохранения в Советской России и в СССР, в частности. Начинается отход от коммунистической парадигмы, меняется методология исследований, авторы получают доступ к ранее закрытым архивным данным, что позволяет расширить представленную тему.

Одним из первых историков здравоохранения в «постсоветский» период становится В. Т. Сорокина³, которая в своей монографии рассматривает советский этап развития медицины в России в контексте всемирной истории, при этом выделяет отдельную главу «Становление советского здравоохранения и медицины (первые годы советской власти)». Таким образом, это позволяет выделить осо-

¹ Попугайло В. М. К истории ликвидации натуральной оспы и холеры на территории Свердловской области // Здравоохранение Российской Федерации. М.: Медицина, 1984. № 1; Его же. Попугайло В. М. К истории санитарной организации на Среднем Урале // Гигиена и санитария. М., 1987. № 10; Ибрагимов Н. Г. Медицинская общественность и ее роль в охране здоровья населения. Уфа, 1984.

² Селезнева В. Т. Очерки по развитию медицины и здравоохранения на Среднем Урале. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Пермь, 1964.

³ Сорокина Т. С. История медицины. 2-е изд. М., 1994.

бенности и достижения медицины в данный период. К сожалению, последующие периоды советской истории медицины автором специально не выделяются. Вместе с тем, исследователь рассматривает процессы, происходившие в советском здравоохранении, в контексте всеобщей истории, оставляя без отдельного внимания проблемы регионального здравоохранения.

Лишь в конце 1990-х гг. история советского здравоохранения была рассмотрена с современных методологических позиций. Это касается, прежде всего, коллективной монографии «Министры здравоохранения»¹, в которой история медицины излагается через деятельность руководителей Наркомздрава РСФСР, а затем и СССР. Отход от идеологических стереотипов позволил исследователям обратить внимание на недостатки в программах ускоренного развития медицины в советском государстве.

Это касается и фундаментального труда М. Б. Мирского², в котором автор проанализировал цели, задачи и принципы советского здравоохранения исходя из новых методологических подходов, на конкретных материалах показал практику осуществления административно-командного давления на систему советского здравоохранения, обозначил не только достижения отечественной медицины, но и проблемы, с которыми пришлось столкнуться врачебной общественности.

Говоря о региональных авторах постсоветского периода, отметим коллективный очерк сотрудников музея истории медицины г. Екатеринбург³. В нем авторы разработали периодизацию истории системы советского здравоохранения на Урале, в сжатом варианте проанализировали фактический материал по организации государственной системы медицинской помощи населению Среднего Урала. Из других работ выделим исследование по истории Уральского медицинского

¹ Министры здравоохранения. Очерки истории здравоохранения России в XX веке / Под ред. акад. РАМН О.П. Щепина. М., 1999.

² Мирский М.Б. Медицина России X – XX веков: Очерки истории. М., 2005.

³ Соколов Б. В., Бальчугов А. Д., Сажина М. Г. Становление государственной системы здравоохранения на Урале. Екатеринбург. 2008.

университета, посвященное 70-летию вуза¹ и публикации исследователей рассмотревших особенности региональной медицины².

В последнее десятилетие интерес к рассматриваемой тематике увеличился. Так, В. Т. Клементьева проанализировала в кандидатской диссертации становление органов здравоохранения Южного Урала в 1917–1936 гг.³ Автор изучил структуру советских органов здравоохранения, обеспечение медицинских учреждений квалифицированными кадрами, охарактеризовал санитарно-эпидемические мероприятия на примере современных Оренбургской, Челябинской областей и Республики Башкортостан, оставив вне географических рамок исследования такие важные промышленные регионы, как Пермский край и Свердловскую область. При этом исследователь заканчивает диссертацию 1936 г. обосновывая данную границу принятием Конституции СССР (1936 г.) и образованием Народного Комиссариата Здравоохранения СССР, не рассматривая, на наш взгляд, важные процессы, которые происходили в государственной политике в сфере здравоохранения в конце 1930-х гг. и накануне Великой Отечественной войны.

Значительный вклад в разработку рассматриваемой нами проблемы внесла В. А. Журавлева⁴. В своей диссертации, посвященной изучению истории городского населения Урала в 1920–1930-е гг., в четвертой главе «Основные источники формирования городского населения Урала», автор проанализировала большой материал характеризующий деятельность государства по ликвидации эпидемий и улучшению санитарных норм в городах Урала, рассмотрела причины смертности и прироста народонаселения в соответствующий период. Издание снабжено обширным статистическим и справочным аппаратом по проблемам здравоохранения

¹ История Уральской государственной медицинской академии в биографиях (1930–2000 гг.). Екатеринбург: УГМА, 2000.

² Телков Б. Сохранить здоровье народа! Екатеринбург. 2012; Тюков Ю. А., Тарасова И. С. Исторические аспекты развития здравоохранения на Южном Урале // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 6.

³ Клементьева В. Т. Здравоохранение Южного Урала (1917–1936 гг.). Диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук. Оренбург, 2013.

⁴ Журавлева В. А. Городское население Урала в 1920–1930-е гг. Диссертация на соискание ученой степени доктора исторических наук. Екатеринбург, 2016.

уральского региона. Исследователь провел сравнения уральских показателей с аналогичными общесоюзными и республиканскими.

Таким образом, проведенный историографический обзор показывает, что несмотря на наличие целого ряда работ изучающих частные аспекты рассматриваемой тематики, отсутствует комплексное научное исследование по истории здравоохранения Урала в первые десятилетия советской власти. Имеющиеся на сегодня опубликованные данные не дают обобщающей картины по развитию лечебной инфраструктуры, кадрового потенциала и преодолению эпидемических заболеваний в условиях единого уральского региона. Недостаточная изученность темы сопряженная с современным реформированием системы здравоохранения в России подтверждает актуальность заявленной тематики.

Источниковая база исследования была сформирована из опубликованных документов, архивных неопубликованных материалов, а также центральных и местных органов периодической печати.

Важную группу источников составляют законодательные акты по вопросам организации здравоохранения, государственные и партийные документы, которые регулировали правовое поле изучаемой проблемы¹. Среди специальных источников отметим ведомственные распоряжения и акты, которые нашли отражение в отраслевой литературе². В результате использования данных источников возможно определить направление в сфере государственного здравоохранения в изучаемый нами период, проследить правовое регулирование медицины в стране и, в том числе, на Урале.

¹ Собрание узаконений и распоряжений рабочего и крестьянского правительства РСФСР (СУ РСФСР). М., 1917–1938; Сборник важнейших официальных материалов по организации здравоохранения. М. – Л., 1940; Декреты Советской власти. М., 1957-2006. Т. 1-17; КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК. Изд. 9-е М., 1983-1985. Т.1-8; Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958; Здравоохранение в годы восстановления и реконструкции народного хозяйства. 1925–1940 гг.: сб. документов и материалов. М., 1973.

² Официальный сборник Наркомздрава СССР и Наркомздрава РСФСР. М., 1929–1937 гг.; Известия Народного комиссариата здравоохранения. М., 1918–1925 гг.; Бюллетень Народного комиссариата здравоохранения. М., 1922–1927 гг.; Вопросы здравоохранения. М., 1928–1930 гг.

Поскольку предметом нашего исследования является государственная политика в области здравоохранения и ее результаты, то важнейшими источниками для исследования становятся документы, характеризующие проведение этой политики и хранящиеся в архивах. В ходе подготовки диссертации было проанализировано 36 фондов (54 описи) 8 центральных и региональных архивов: Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ), Российский государственный архив экономики (РГАЭ), Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ), Государственный архив Свердловской области (ГАСО), Центр документации общественных организаций Свердловской области (ЦДООСО), Государственный архив Пермского края (ГАПК), Пермский государственный архив социально-политической истории (ПермГАСПИ), Объединенный государственный архив Челябинской области (ОГАЧО). Кроме того, привлечены материалы двух профильных музеев: Свердловского областного музея истории медицины (ДИПС СОМИМ) и Музея истории медицины г. Челябинск. Подавляющая часть материалов впервые вводится в научный оборот.

Большую ценность для исследователя представляют материалы ГАРФ, где хранятся фонды Министерства здравоохранения РСФСР (ф. А-482), а также вспомогательные фонды Совета Министров СССР (ф. Р-5446) и Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета советов рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (ф. Р-1235). В документах нормативно-директивного характера не только содержатся указания и установки, характеризующие партийно-государственную политику в сфере медицины, но и даются сведения о состоянии дел здравоохранения в стране и на Урале.

В документах РГАЭ (Ф. 1562) имеются статистические сведения НКЗ РСФСР о кадровом обеспечении здравоохранения, количестве основных лечебных заведений и численности болезней по всем областям и республикам СССР в период с 1913 по 1940 гг.

В фондах РГАСПИ (Ф. 17) хранятся протоколы заседаний Политбюро ЦК РКП (б) и ВКП (б) с 1919 г. В результате анализа стенограмм партийных конференций и пленумов, протоколов заседаний секретариатов можно проследить ме-

няющийся характер политики государственного здравоохранения на протяжении 1920 – 1930-х гг.

Многочисленную группу материалов составляют данные из региональных архивов. Основные сведения, касающиеся проведения государственной политики в сфере здравоохранения в советский период расположены в документах Екатеринбургского уездного комиссариата здравоохранения (Ф. Р-64), Отдела здравоохранения Исполнительного Комитета Екатеринбургского Губернского Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (Ф. Р-47), Окрздравотдела (Ф. Р-159), Министерства здравоохранения Свердловской области (Ф. Р-627) ГАСО; Пермского городского отдела здравоохранения при Пермском городском комитете Советов депутатов трудящихся (Ф. р-480), Отдела здравоохранения исполнительного комитета Пермского областного Совета народных депутатов (Ф. р-981), Пермского губернского отдела здравоохранения Пермского исполнительного комитета Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (Ф. р-15), Пермского окружного отдела здравоохранения при исполнительном комитете Советов рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (Ф. р-132) ГАПК; Челябинской уездной земской управы (Ф. Р-1542), Отдела здравоохранения исполкома Челябинского губернского Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (1919 – 1924 гг.) (Ф. Р-255), Отдела здравоохранения исполкома Челябинского окружного Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (1923 – 1930 гг.). (Ф. Р-112), Челябинского областного отдела здравоохранения и подведомственных ему больниц, поликлиник, диспансеров и других медицинских учреждения (Ф. Р-1595) ОГАЧО. Эти документы дают возможность почерпнуть информацию о сети больничных учреждений, состоянии врачебных кадров, уровне медицинской помощи населению, характеризуют санитарно-эпидемическую деятельность органов здравоохранения.

Особую группу материалов составляют фонды бывших партийных архивов, в которых отражены постановления, резолюции и решения областных, губернских, окружных, районных, уездных, волостных, а также первичных партийных организаций. Большая часть сведений хранится в документах партийных органов,

в отчетах, докладных записках, справках, инструкциях, планах, разрабатывавшихся партийно-советским аппаратом на всех уровнях (ЦДООСО. Ф. 4, 273, 483; ПермГАСПИ. Ф. 1, 105, 557, 580).

Среди источников, которые были использованы в процессе работы, отметим статистические сборники: материалы ЦСУ, ЦУНХУ и органов народно-хозяйственного учета Урала¹, а также официальные данные из Всесоюзных переписей населения². Единообразия в публикациях статистического материала позволяет сравнить данные по динамике развития здравоохранения в отдельных областях уральского региона с другими территориями советского государства. Репрезентативность данных из опубликованных сборников обеспечивалась путем сравнения их с архивных документами.

Для понимания политических и идеологических установок партийно-советского руководства, направленных на создание системы общедоступной государственной медицинской помощи населению большой интерес представляют труды лидеров советского государства – В. И. Ленина и И.В. Сталина³.

Большой интерес представляют материалы личного происхождения, прежде всего эпистолярные и мемуарные, опубликованные в виде сборников. Одно из главных их достоинств заключается в том, что они освещают повседневную

¹ 25 лет советского здравоохранения: стат. сб. М., 1925; Социалистическое строительство в СССР: стат. ежегодник. М., 1936; 50 лет советского здравоохранения (1917—1967): стат. сб. М., 1967; Народное хозяйство СССР за 60 лет: юбил. стат. ежегодник. М., 1977; Статистический сборник Челябинской губернии за 1920–1923 гг. Челябинск, 1923; Уральский статистический ежегодник. Свердловск, 1923–1924 гг.; Уральское хозяйство в цифрах. Краткий статистический справочник. 1926–1932 гг. Свердловск; Хозяйство Урала. Свердловск, 1933; Народное хозяйство Пермской области за годы Советской власти: стат. сб. Пермь, 1967.

² Всесоюзная перепись населения 17 декабря 1926 г.: краткие сводки. – М., 1927–1929. Вып. 3: Население СССР; Всесоюзная перепись населения 1937 г.: краткие итоги / сост. Н.А. Араловец, В.Б. Жиромская, И.Н. Киселев. М., 1991; Всесоюзная перепись населения 1937 года: общие итоги: сб. док. и мат. / сост. В. Б. Жиромская и Ю. А. Поляков. М., 2007; Всесоюзная перепись населения 1939 года: основные итоги / под ред. Ю. А. Полякова. М., 1992; Всесоюзная перепись населения 1939 года: основные итоги. Россия / сост. В. Б. Жиромская. СПб., 1999; Всесоюзная перепись населения 1939 года: Уральский регион: сб. мат. / сост. В. П. Мотрович. Екатеринбург, 2002.

³ Ленин В. И. Очередные задачи Советской власти / В. И. Ленин // Полн. собр. соч. Т. 36. 1962.; Ленин В. И. По делу о реорганизации Красного Креста, 4 (17) апреля 1918 г. // Полн. собр. соч. Т. 50.; Ленин В. И. Речь на II Всероссийском съезде работников медико-санитарного труда 1 марта 1920 г. (протокольная запись) // Полн. собр. соч. Т. 40.; Сталин И. В. Отчетный доклад XVII съезду партии о работе ЦК ВКП(б) // Сочинения. В 13 т. Т. 13.

жизнь городского и сельского населения различных территории советского государства, в том числе уральского региона в 1920 – 1930-х гг., с другой стороны раскрывают отношения простых граждан к происходившим переменам в социальной политике советского государства в целом и здравоохранении, в частности¹.

Ценную группу источников составили периодические издания центральных и местных газет: «Правда», «Известия Народного комиссариата здравоохранения», «На фронте здравоохранения», «Советское здравоохранение», «Уральский рабочий», «Звезда», «Округ», «Уральский коммунист». Однако материалы газетных публикаций, как правило, носили ярко выраженный пропагандистский характер, сведения о событиях представлены без аналитической информации.

Таким образом, источниковая база по изучению истории здравоохранения Урала в 1917–1941 гг. достаточно обширна и свидетельствует о ее репрезентативности. Изучение представленных источников позволяет достичь поставленной цели и решить задачи в диссертационном исследовании.

Цель диссертационного исследования заключается в выявлении основных направлений формирования, развития, функционирования органов здравоохранения и результатов их деятельности на различных этапах истории советского государства в исследуемый период.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие **задачи**:

- охарактеризовать становление и особенности советской системы учреждений здравоохранения на Урале;
- провести анализ подготовки медицинских кадров и обеспечение медико-санитарных учреждений квалифицированным медицинским персоналом в уральском регионе;

¹ Крестьянские истории: российская деревня 1920-х гг. в письмах и документах / под ред. С. С. Крюковой. М.: РОССПЭН, 2001. Советская деревня глазами ВЧК – ОГПУ – НКВД: документы и материалы / Под ред. Л. Береловича, В. Данилова. Т. 2. 1923 – 1929. М.: РОССПЭН, 2000; «Совершенно секретно»: Лубянка – Сталину о положении в стране (1922-1934 гг.) / Под. ред. А. Н. Сахарова, Г. Н. Севастьянова, В. С. Христофорова. Т. 3. М.: ИРИ РАН, 2002.

- выявить и оценить мероприятия в области развития санитарной системы на Урале;
- изучить и дать оценку реализации государственной политики в области ликвидации эпидемий и её результатам в уральском регионе;
- сопоставить особенности функционирования системы здравоохранения в условиях меняющейся политики советского государства в 1920-е и 1930-е гг.

Объектом исследования выступает история национального здравоохранения, как комплексной системы медико-санитарных и других мероприятий по охране здоровья населения страны, проведение которых осуществляется врачами под управлением и контролем компетентных государственных органов с привлечением иных общественных организаций

Предметом исследования является создание и развитие советского здравоохранения на Урале в период с 1917 по 1941 гг.

Хронологические рамки исследования включают целиком период между приходом к власти большевиков и Великой Отечественной войной. Однако поскольку предметом исследования является политика советской власти, то деятельность белогвардейских правительств автором не рассматривается. Столь значительный временной отрезок позволил проследить особенности государственной политики в сфере здравоохранения в условиях менявшейся политики советского государства: от образования советского государства к политике «военного коммунизма», затем к НЭПу, а также при формировании командно-административной системы в период индустриализации и становления колхозно-совхозной системы. Нижняя граница связана с Октябрьской революцией 1917 года, верхняя – обусловлена начавшейся Великой Отечественной войной.

Территориальные рамки исследования охватывают территорию в современных границах Свердловской, Челябинской, Курганской областей и Пермского края. Этот регион включал уральские территории наиболее экономически развитые, заселенные, преимущественно, русским населением. Территории Башкирии, Удмуртии, Оренбуржья представлены лишь фрагментарно – их изучение требует

специальных исследований, что обусловлено спецификой национального состава населения этих территорий.

Для этого периода характерны неоднократные административно-территориальные изменения уральского региона, что вызывало определенные сложности при проведении исследования. Первоначально после образования советского государства указанные местности входили в состав Уральской области, включающей дореволюционные Пермскую, Уфимскую, Вятскую и Оренбургскую губернии (марта 1918 г. – июль 1918 г.). После восстановления советской власти на Урале были образованы Екатеринбургская, Пермская и Челябинская губернии, которые просуществовали до образования Уральской области (ноябрь 1923 г.). В январе 1934 г. существовавшая территория была разделена на Свердловскую (сюда вошел современный Пермский край), Челябинскую (с современной Курганской областью) и Обско-Иртышскую область. Последние изменения произошли в 1938 г. в связи с образованием отдельной Пермской области.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые была предпринята попытка провести комплексный анализ становления и развития государственной системы здравоохранения в территориальных границах уральского региона (в современных границах Свердловской, Челябинской, Курганской областей, Пермского края). Автором в хронологическом порядке были проанализированы процессы, происходившие в государственной медицине Урала в обширный довоенный период (1917–1941 гг.), который до этого исследователями не рассматривался. Наряду с этим, диссертантом проведено изучение изменений в государственной политике в сфере здравоохранения уральского региона в контексте модернизационных преобразований.

Автором были введены в научный оборот неопубликованные источники федеральных и региональных архивов, которые не были освещены ранее. В результате это позволило судить о проводимых преобразованиях в сфере здравоохранения того времени. В диссертации были рассмотрены и выявлены основные количественные и качественные показатели здравоохранения, рассчитаны коэффициенты обеспеченности медицинской помощью населения, проанализированы

санитарные и эпидемические мероприятия органов здравоохранения, подведены итоги развития государственной медицины в довоенный советский период на Урале. В результате была представлена общая картина государственной политики в сфере здравоохранения Урала в 1917–1941 гг.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в выявлении закономерностей развития советской системы здравоохранения в период становления советского государства. Была представлена обобщающая характеристика системы медицинского обслуживания Урала в условиях меняющейся политики в СССР в 1920–1930-е гг. Материалы диссертации могут быть использованы при написании работ по истории России и Урала первой половины XX вв., при чтении общих и специальных курсов по Отечественной истории. Фактологический материал может быть использован при составлении региональных исторических справочников и энциклопедий.

Методологическую основу исследования составляет теория модернизации, предлагающая, на наш взгляд, наиболее обоснованный подход к исследованию особенностей развития России (в том числе ее здравоохранения)¹. Выбранная методологическая основа позволяет дать оценку изменений в различных сферах общественной жизни: экономической, социальной, правовой, политической, культурной². Региональная политика в сфере медицинского обслуживания населения, как комплекс решений по совершенствованию социальной структуры страны, относится к числу важнейших модернизационных задач. Процессы строительства новой системы здравоохранения, которые осуществляло советское государство в первой половине XX в., несомненно, носили модернизационный характер. В то же время, на становление и развитие системы здравоохранения, особенно в 1920–1930-е гг., большое влияние оказывали модернизационные процессы в России, в том числе в ее регионах, что подтверждают происходившие перемены в государственной поли-

¹ Побережников И. В. Фронтирная модернизация как российский цивилизационный феномен // Россия реформирующаяся: ежегодник. Вып. 12. М., 2013. С. 246–274.

² Алексеев В. В., Алексеева Е. В., Денисевич М. Н., Побережников И. В. Региональное развитие в контексте модернизации. Екатеринбург, 1997. Побережников И. В. Переход от традиционного к индустриальному обществу: теоретико-методологические проблемы модернизации. М., 2006.

тике в сфере медицинского обслуживания населения на Урале, что и показано в нашей работе.

При исследовании государственной политики в сфере здравоохранения и ее результатов были применены логический, структурно-функциональный, ретроспективный и культурологический подходы. В процессе написания работы автором использовались общенаучные методы. Принцип научности позволил непредвзято и всесторонне вести исследование. Принцип историзма и объективности был применен при оценке событий, явлений, источникового материала. Принцип историзма помог провести анализ изменений уральского здравоохранения с учетом особенностей исследуемого периода. Стремление к объективности дало возможность рассмотреть исторические события без идеологических догматов и шаблонов, исследовать заявленную тематику во взаимосвязи с другими процессами, происходившими в советском государстве на различных этапах его развития.

Из специальных исторических методов выделим историко-генетический, который позволил выявить причинно-следственные связи в развитии региональной системы здравоохранения; проблемно-хронологический метод был применен при изучении исторических событий; историко-сравнительный метод позволил сопоставить цели и задачи развития уральской медицины с аналогичной политикой в других регионах СССР; метод количественной обработки данных был задействован при анализе статистических материалов, установлении пропорций и динамики развития здравоохранения на Урале.

В результате использования указанных методик автору удалось изучить становление и развитие медицинских учреждений в исторической ретроспективе, дать объективную характеристику историческим процессам, происходившим в советском здравоохранении Урала в 1917–1941 гг.

На защиту выносятся следующие положения:

1. В рассматриваемый период была сформирована новая система здравоохранения, построенная на принципах жесткой централизации врачебного дела. Основные изменения в управлении здравоохранением были связаны с установлением советской власти в стране и первыми послереволюционными преобразова-

ниями, которые в дальнейшем видоизменялись под воздействием новых задач в политике партийных советских органов. Однако уже к середине 1930-х гг. советскому руководству удалось четко выстроить систему медицинского обеспечения населения, созданную на принципах бесплатности и доступности.

2. Советским руководящим органам удалось создать прочную инфраструктурную базу здравоохранения в уральском регионе, которая в значительной мере обеспечивала нужды населения. К 1940 г. на территории Свердловской и Челябинской областей работало более 400 больниц, что превышало показатели 1913 г. в пять раз. Коэффициент обеспеченности населения больничной помощью в Свердловской области в 1940 г. составил 5,7 коек на 1000 населения, тогда как в 1913 г. он составлял 0,96. В Челябинской области увеличение произошло с 0,66 (1913 г.) до 4,75 (1940 г.). В результате, на Урале перед началом Великой Отечественной войны не было ни одного административного района, не имеющего хотя бы одной больницы и врачебной амбулатории.

3. Качество медицинской системы определяется путем обеспечения квалифицированными врачебными кадрами и средним медицинским персоналом. На Урале органам здравоохранения за этот период удалось создать стабильную материально-техническую базу для подготовки медицинских кадров, организовать медицинские институты, НИИ и медицинские школы. В результате, на территории Свердловской, Челябинской и Пермской областей в 1940 г. работало около 4 000 врачей, что в десять раз превышало дореволюционные показатели. Однако при общем увеличении медработников, коэффициент обеспеченности врачами в западно-европейских странах был в 1,5–2 раза выше, чем в регионах Урала.

4. Органы здравоохранения совместно с советскими партийными и руководящими структурами Урала в рассматриваемый период провели большую работу по исправлению санитарно-эпидемической ситуации в регионе. После прихода к власти большевиков первоочередной задачей являлось борьба с тифами и другими социальными эпидемиями. В восстановительный период до середины 1920-х гг. необходимо было ликвидировать последствия войны – эпидемии сифилиса, оспы и холеры. В период широкой индустриализации Урала перед органами здра-

воохранения встала задача минимизации медицинских последствий промышленного строительства и как следствие повышенной заболеваемости. Результатом этой деятельности стало преодоление многих тяжелых эпидемических заболеваний (тифы различных форм, натуральная оспа).

Степень достоверности результатов проведенных исследований обусловлена тем, что материалы диссертационной работы основываются на обширном историографическом и источниковедческом материале, который подвергся критическому и многоуровневому системному анализу. Выводы и положения диссертации соответствуют целям и задачам, проведенного исследования. Достоверность и объективность работы обеспечивается, в первую очередь, за счет обращения к документам из региональных и федеральных архивов.

Апробация работы. Основные выводы диссертационной работы были представлены на международных и всероссийских научных конференциях в Екатеринбурге, Уфе, Стерлитамаке, Новосибирске и др. городах. Важнейшие заключения диссертации нашли свое отражение в 13 научных публикациях автора, в том числе в трех журналах из рецензируемого списка ВАК.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы и приложений.

Глава 1. СТАНОВЛЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА УРАЛЕ

1. 1. Государственное управление медициной, структура и сеть лечебных заведений

В настоящее время система здравоохранения в России находится в состоянии затянувшейся реформы, при этом развитие медицины и качество здоровья населения являются основополагающими принципами благоприятного формирования успешного государства и общества. Для осуществления правильной государственной политики в деле проведения реформ изучение накопленного опыта, анализ успехов и ошибок, имевших место в прошлом, трансляция и преемственность в принимаемых государственными органами решениях становятся залогом развития медицинской системы.

В дореволюционной России как такового Министерства здравоохранения не существовало, его функции по управлению земской медициной осуществляло Министерство внутренних дел, в состав которого входило Управление главного врачебного инспектора, Главное управление и совет по делам местного хозяйства, Ветеринарное управление, Ветеринарный комитет, Медицинский совет. Основным нормативно-правовым актом, регулировавшим организацию здравоохранения, в середине XIX–начале XX вв., был Врачебный устав. Первоначально, земства пользовались Уставом 1857 г., в нем было подробно прописана медико-лечебная организация на местах, которой заведовали губернская врачебная управа, а в городах – уездные и городские врачи. В главе «О губернской врачебной управе» детально описаны обязанности врачебных управ, особо указывалось на множественную подчиненность этой управленческой структуры. Врачебная управа была подотчетна Медицинскому департаменту, Департаменту казенных и

врачебных заготовлений и Медицинскому совету. Кроме того, она была обязана следовать предписаниям губернатора и распоряжениям губернского управления¹.

Великие реформы 1860-х–1870-х гг. открыли новый этап в организационном управлении медицинскими учреждениями: к этой деятельности были привлечены всеобщие выборные органы городского и земского самоуправления.

1 января 1864 года Александр II утвердил Положение о губернских и уездных земских учреждениях, предоставлявшее земствам «попечение, в пределах, законом определенных и преимущественно в хозяйственном отношении о народном здравии». Расходы на образование и здравоохранение именовались «необязательными». Закон о губернских и уездных земских учреждениях обязывал земства и уезды содержать переданные им учреждения бывших приказов общественного призрения, из которых главными были городские больницы и богадельни, а также принимать меры к организации оспопрививания. Никаких других указаний на способы осуществления забот о народном здравии Положение не содержало².

Изменения происходят лишь в 1890-х гг., в связи с утверждением нового «Положения о губернских и уездных земских учреждениях», «Городового положения», а также принятием новой редакции Врачебного Устава. В них предписывалось участие земских учреждений и городов в организации медицинской помощи населению, а проведении противоэпидемических мероприятий относилось к обязательным земским и городским повинностям³.

Таким образом, медицинская помощь населению в дореволюционной России почти полностью была распределена по «отраслевому» принципу. В равной мере действовала земская, городская, фабрично-заводская, страховая, военная и другая медицина, отделения Российского Красного Креста. Каждая из них имела свой штат, собственные больницы и амбулатории. Однако в медицинских учреждениях страны имелось всего 208 тыс. коек (1,3 на 1000 жителей), в 35% городов

¹ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1857. Т. 13. Тетр. 3. С. 10.

² Положение о губернских и уездных земских учреждениях. 1864 г. // ПСЗ–II. Т. 39. № 40457, 40458. СПб., 1867.

³ Пристанкова Н.И. Организация земской медицины в Российской империи в XIX веке // Известия РГПУ им. А.И.Герцена. 2006. № 23. С. 39.

больниц вообще не существовало¹. Специализированная медицинская помощь находилась только в стадии оформления. После Февральской революции попытки Временного правительства создать единый орган здравоохранения не принесли успеха и не внесли существенных изменений в управлении делом медицины.

После прихода к власти большевиков при Военно-революционном комитете Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов 26 октября 1917 г. был организован Медико-санитарный отдел, который возглавил М. И. Барсуков². Отделу поручалось организация медицинской помощи рабочим и солдатам, перестройка врачебно-санитарного дела на новых началах, привлечение к работе всех врачей, сочувствующих новой власти.

Советское руководство признавало необходимость иметь в стране высший государственный центр по организации здравоохранения, но считало, что не следует начинать дело с создания Комиссариата здравоохранения. В. И. Ленин предположил сначала организовать при местных Советах медико-санитарные отделы, вовлечь в их работу широкие массы рабочих и накопить опыт в организации советской медицины и затем решить вопрос об устройстве Народного комиссариата здравоохранения³.

5 декабря 1917 г. в связи с тем, что Военно-революционный комитет Петроградского Совета был упразднен, все его отделы были переданы в различные комиссариаты, а медико-санитарный отдел – в ведение Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов.

Однако вскоре, после роспуска Учредительного собрания и образования РСФСР, 24 января 1918 г. медико-санитарный отдел Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов был ликвидирован. Согласно декрету СНК образовывался Совет врачебных коллегий, под председательством А. Н. Винокурова⁴. Данный совет объединил Медицинские коллегии всех Народных комиссариатов,

¹ 50 лет советского здравоохранения. 1917–1967. М., 1967. С. 37.

² Министры здравоохранения. Очерки истории здравоохранения в России в XX веке. М, 1999. С. 20.

³ Ленин В. И. Очередные задачи Советской власти // Полн. собр. соч. Т. 36. С. 36; Соловьев З. П. Вопросы здравоохранения. М., 1940.

⁴ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 2. Л. 2.

тем самым став первым объединяющим медицинским органом в Республике. Совет врачебных коллегий являлся высшим медицинским органом Рабочего и Крестьянского Правительства того времени.

Коллегии для заведования медицинскими делами были образованы при различных ведомствах. Так, медицинские коллегии вели свою работу при главном военно-санитарном управлении, при главном врачебном управлении Комиссариата внутренних дел, были коллегии при Комиссариате народного просвещения, Путей и сообщений и, наконец, Призрения¹. Для согласования и объединения деятельности названных коллегий вскоре, как было указано выше, был образован Совет Медицинских коллегий. Вместе с тем, всегда был ряд общих медицинских вопросов, которые выходили за рамки отдельных комиссариатов и могли получать разрешение только при наличии особого государственного медицинского органа.

В постановлении I Всероссийского съезда медико-санитарных отделов Советов (июнь 1918 г.), по докладу З. П. Соловьева «О задачах и организации Народного Комиссариата здравоохранения», пункт первый гласил: «Исходя из положенного в основу строения Советской Республики единства государственной власти, следует признать необходимым создание единого центрального органа – Комиссариата здравоохранения, ведающего всем медико-санитарным делом»².

Отметим, что постановление Съезда представителей Медико-санитарных отделов Совдепов, вызвало неоднозначные мнения. На съезд из запланированных 700–800 членов явилось только 68, при этом съезд был признан правомочным. При решении вопроса о создании комиссариата положительно проголосовало всего 39 человек при 13 воздержавшихся. Членом Совета врачебных коллегий И. С. Вегером отмечается, что голосование проходило «хаотично и сумбурно», при этом вопрос о создании комиссариата не обсуждался предварительно на Совете врачебных коллегий³. Однако данные возражения не были приняты во внимание,

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 2. Л. 5.

² Хрестоматия по истории медицины / под ред. П. Е. Заблудовского. М.: Медицина, 1966. С. 17.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 2. Л. Л. 24, 24 Об.

постановление Съезда было передано в СНК. Уже 11 июля 1918 г. был издан декрет советского Правительства об образовании Народного комиссариата здравоохранения, подписанный В. И. Лениным¹.

Первые положения декрета «Об образовании НКЗ» гласили:

1. В целях объединения всего медицинского и санитарного дела РСФСР учреждается Комиссариат здравоохранения, которому поручается руководство всеми медико-санитарными учреждениями страны.

2. Народному комиссариату здравоохранения передаются все дела и средства Совета врачебных коллегий.

3. Народному комиссариату здравоохранения поручатся объединить деятельность всех медицинских управлений при всех комиссариатах и контролировать их работу впредь до полного объединения².

Народным комиссаром здравоохранения стал Н. А. Семашко, его первым заместителем стал З. П. Соловьев, который возглавлял отдел гражданской медицины, на котором лежали задачи по руководству и согласованию деятельности губернских, уездных и городских медицинских отделов с общими задачами Наркомздрава в Республике. З. П. Соловьев также редактировал Известия НКЗ – специальный орган советской медицины, издаваемый комиссариатом³.

В Положении о комиссариате первым пунктом было указано, что новый орган «ведает делом охраны здоровья населения РСФСР и всеми мероприятиями, имеющими целью поднятие уровня здоровья населения и устранение условий, нарушающих здоровье или вредно влияющих на него»⁴.

Таким образом, впервые был образован единый государственный орган руководства здравоохранением, объединивший все медицинское дело в стране. Это стало важным условием для унификации и консолидации медицинского обслуживания населения в РСФСР, т.к. возникавшие на местах органы здравоохранения в

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 2. Л. 4.

² Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-Крестьянского правительства. 15 февраля 1918 г. № 20.

³ ГАРФ. Ф. Р-1250. Оп. 1. Д. 39. Л. 3.

⁴ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 497. Л. 30.

первый период строительства советского государства принимали самые разнообразные формы по структуре, содержанию и даже наименованию. Так, в Москве возник Комиссариат здравоохранения при Совнаркомом Московской области. В Петрограде, после перенесения столицы в Москву, образовался Комиссариат здравоохранения при Союзе коммун Северной области. В Калуге был создан Народный комиссариат врачебно-санитарного дела при Совете Народных Комиссаров Калужской Федеративной Республики; в Костроме – отдел народного здоровья губернской муниципальной коллегии при Исполнительном комитете Совдепа. В некоторых местах наряду с созданными советскими органами здравоохранения продолжали существовать старые земские и городские врачебно-санитарные органы¹.

Осенью 1917 г. вслед за вооруженным переворотом в Петрограде власть Советов рабочих и солдатских депутатов начинает устанавливаться и на местах. Так, к примеру, в 26 – 27 октября 1917 г. Екатеринбургский и Челябинский Совет рабочих и солдатских депутатов объявил об установлении власти Советов². Однако большинство уральских медицинских работников считали созданное большевиками советское правительство «временным» и связывали будущее страны с созывом Всероссийского Учредительного собрания. Вплоть до III Всероссийского съезда Советов рабочих, солдатских и крестьянских депутатов 10 января 1918 г., «временным» своё правительство считало и большевистское руководство. Поэтому создание советских органов государственного управления, в том числе местных, в полном объеме началось лишь в начале 1918 г. Кроме того, до апреля 1918 г. продолжали функционировать выборные органы местного самоуправления – городского и земского, активно участвовавшие в работе больниц и медицинских учреждений.

В докладе о состоянии медицинской помощи в 1917 г. в Челябинском уезде, который был подготовлен в январе 1919 г. земскому собранию, в период, когда белогвардейцами были восстановлены все дореволюционные органы управления,

¹ Виноградов Н. А. Организация здравоохранения в СССР. М., 1962. С. 62.

² Уральский рабочий, 1917, 31 октября

отмечалось: «В 1917 г. крупных перемен в организации медицины Челябинского уезда не произошло. Медицинская помощь населению оказывалась теми же 12 врачебными и 20 фельдшерскими участками, что и в предыдущем году»¹. Можно предположить, что подобные факты были типичны и для других регионов Урала, т.к. земства, как органы управления были ликвидированы только весной 1918 г.

Формирование советской государственной системы здравоохранения на Урале начало осуществляться в феврале – марте 1918 г. В это время при местных исполкомах Советов стали создаваться новые органы здравоохранения. В числе отделов образованного в Екатеринбурге Уральского областного исполнительного комитета Совета рабочих, крестьянских и солдатских депутатов, который должен был осуществлять руководство Вятской, Пермской, Оренбургской и Уфимской губерниями, 1 марта 1918 г. был организован Уральский областной комиссариат здравоохранения. Комиссаром был назначен Н. А. Сакович, товарищем комиссара В. Д. Харин². Комиссариат объединил все виды медицинской помощи – земскую, городскую, военную (красноармейскую), железнодорожную, фабрично-заводскую и аптечную, создав соответствующие отделы³.

На Урале создавались губернские, уездные и местные отделы здравоохранения. Но только в некоторых уездах ими руководили врачи (например, в Осинском уезде – врач А. Д. Яхлаков)⁴. Приходилось выдвигать на руководящие посты фельдшеров и советских активистов, не имевших медицинского образования. Екатеринбургский уездный здравотдел, организованный 1 апреля 1918 г., возглавил фельдшер В. Л. Горохов⁵, Верхотурский – фельдшер М. И. Засецкий, Камышловский – учитель Полузадов⁶, Екатеринбургский городской отдел – бывший член Управы П. П. Краснов⁷.

¹ ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 1. Д. 131. Л. 2.

² Селезнева В. Т. Очерки по развитию медицины и здравоохранения на Среднем Урале. Дис. ... д. мед. наук. Т. 2. Пермь, 1964. С. 2, 17–18.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 2. Л. 8.

⁴ Селезнева В. Т. Очерки по развитию медицины и здравоохранения на Среднем Урале. С. 3.

⁵ ГАСО. Ф. 64. Оп. 1. Д. 7. Л. 1.

⁶ Гудошников Ф. Ф., Новоселов Р. С. Из истории становления советского здравоохранения на Урале // Советское здравоохранение. 1968. № 1. С. 67.

⁷ ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 28. Л. 3.

Проводить медицинские мероприятия на первых порах местным органам власти приходилось практически без директивного руководства Совета врачебных коллегий. В телеграмме от 29 марта 1918 г. направленной в СНК РСФСР комиссар областного здравоохранения Н. А. Сакович объясняет, что «Комиссариат до сих пор не имел связи с центром, ведет работу без какой-либо плановости» и просит в свою очередь телеграфировать адрес Народного комиссариата здравоохранения для установления контактов. Характерно, что ответ на запрос был только получен 21 июня 1918 г., через 3 месяца! ¹. В первую очередь, столь долгий отклик от СНК можно объяснить отсутствием коммуникаций центра с отдаленными регионами, а также начавшейся вскоре Гражданской войной.

Уральский областной комиссариат с первых шагов пошел по пути предоставления бесплатной медицинской помощи для населения. В марте–апреле 1918 г. областной комиссариат издает постановление об организации повсеместной общедоступной и бесплатной медицинской помощи рабочим, крестьянам и беднейшему населению. Местным органам здравоохранения были переданы все лечебные учреждения Красного Креста, Всероссийского земского союза, Всероссийского союза городов и других общественных организаций ². В это же время был разработан и распространен проект медико-санитарной организации Екатеринбургской губернии и инструкция по организации работы лечебных и санитарных учреждений. Руководство ими, в соответствии с этой инструкцией, должны были осуществлять больничные советы, а главной их целью являлась охрана здоровья трудящихся и городской бедноты.

В начале своей деятельности советские отделы здравоохранения испытывали огромные затруднения. Полученные в наследство от земства больницы и фельдшерские пункты не на что было содержать, так как земские кассы были пусты. Екатеринбургский уездный здравотдел, например, вынужден был в мае 1918 г. направить всем волостным советам рабочих и крестьянских депутатов уезда следующее распоряжение: «Комиссариат здравоохранения не имеет никаких средств

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 2. Л. 8 – 15.

² Гуревич Г. Е. Исторический съезд // Советское здравоохранение. 1947. № 6. С. 39.

на содержание лечебных заведений. Обращается к Волостным Советам с просьбой о принятии на местные средства содержания своих местных лечебных учреждений. Уездный отдел может только содержать персонал, амбулатории и оборудование. Деньги на покупку продовольствия комиссариат здравоохранения на июнь высылать не будет»¹.

Аналогичное положение было и в ряде других уездах Урала. Однако новая власть искала выход. В некоторых уездах удалось найти средства не только для содержания учреждений, принятых от земства, но и для расширения лечебной сети. К примеру, в Красноуфимском и Челябинском уезде в 1918 г. открыли по три новых врачебных участка². Местные здравотделы приступили также к организации специальных видов медицинской помощи населению. Так, Камышловский здравотдел пригласил врача-окулиста, а Осинский – построил при больнице два «заразных барака»³.

В целом опыт совместной работы местных Советов с врачами на Урале в 1918 году показал, что такая работа может быть плодотворной, несмотря на политические разногласия с органами власти. С первых шагов руководителям отделов здравоохранения пришлось проявить много энергии и настойчивости для привлечения врачебной общественности к совместной работе.

На первом губернском съезде Советов рабочих, крестьянских и солдатских депутатов, состоявшемся в Перми 7 апреля 1918 г., была определена программа деятельности органов здравоохранения. По докладу медико-санитарной комиссии на этом съезде был утвержден единообразный для всей губернии план организации медико-санитарного дела. В то время Екатеринбург и большая часть современной территории Свердловской области входили в состав Пермской губернии. Съезд принял решение о её разъединении на две части – Пермскую и Екатеринбургскую губернии. Однако реальное разделение произошло лишь в июле 1919 г. постановлением НКВД РСФСР.

¹ ГАСО. Ф. 64. Оп.1. Д. 7. Л. 5.

² ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 1. Д. 131. Л. 12.

³ ГАСО. Ф. 62. Оп. 2. Д. 18. Л. 16.

Отделы здравоохранения местных Советов, по утвержденному съездом плану, должны были осуществлять санитарно-гигиенический надзор, обеспечивать организацию доступной медицинской помощи всем слоям населения, заботиться о рациональном устройстве городских и сельских поселений. Съезд утвердил план расширения санитарной организации на Урале, рассмотрел вопросы, связанные с охраной материнства и детства, физическим воспитанием трудящихся¹. Однако все эти документы давали лишь общее направление в развитии здравоохранения. Для организации работы на местах этого было недостаточно.

Для обобщения кратковременного, но значительного опыта и выработки путей строительства нового советского здравоохранения был созван Первый Уральский областной съезд по здравоохранению. Он проходил с 15 по 24 мая 1918 года в Екатеринбурге в здании Окружного суда. Отметим, что съезд удалось собрать только со второй попытки. На первую конференцию, запланированную в марте 1918 г. явился лишь один врач из Ирбита.

На съезде присутствовал 131 делегат, из них 86 с решающим и 45 с совещательным голосом. Характерен состав делегатов: коммунистов было 33, левых социал-революционеров – 19, беспартийных – 52, неопределенных – 16, социал-революционеров (центр) – 5, кадет – 1. По профессиям состав делегатов был следующим: врачей – 49, фельдшеров – 29, фармацевтов – 11, рабочих – 13, сестра милосердия – 1, учителей – 2, неопределенных – 18, зубных врачей – 7. Из числа лиц с решающим голосом 52 человека были делегированы Советами рабочих, крестьянских и солдатских депутатов (из них 21 человек – комиссары здравоохранения), 16 человек – больничными кассами и 18 – разными организациями².

Съезд открыл областной комиссар народного здравоохранения доктор Н. А. Сакович. Председателем президиума съезда был избран представитель фракции коммунистов и левых социал-революционеров врач И. И. Горшечников – делегат от Оханского Совета рабочих, крестьянских и солдатских депутатов. С докладом

¹ Известия Пермского губернского Совета. 1918. 24 апр.

² Гудошников Ф. Ф., Новоселов Р. С. Из истории становления советского здравоохранения на Урале // Советское здравоохранение. 1968. № 1. С. 66.

«Здравоохранение в условиях текущего политического момента» выступил товарищ областного комиссара В. Д. Хирин.

На пленарных заседаниях были сделаны доклады о состоянии здравоохранения и мерах по его улучшению, принимаемых советской властью на местах. На секциях были заслушаны доклады по организации сельской и фабрично-заводской медицины, лечебной помощи, по борьбе с алкоголизмом, сифилисом, туберкулезом и проституцией.

Съезд разработал общие принципы организационного построения волостных, уездных, губернских и областного отделов здравоохранения и принял несколько основополагающих положений:

1. Удовлетворять в первую очередь нужды по здравоохранению рабочих и крестьян;
2. Объединить все социальные виды медицинской помощи в одно целое под именем «здравоохранение»;
3. Создать прочные организации здравоохранения на местах, как отделы Совдепов¹.

Участники обсудили проект устава профессионального Союза медицинских советских работников и избрали комиссию по его доработке. Съезд избрал врача А. В. Протасова (комиссар здравоохранения Челябинского уезда) делегатом на I Всероссийский съезд медико-санитарных отделов, проведение которого было назначено на 15–18 июня 1918 г. в Москве.

В итоге, в течение 10 дней областной съезд проделал работу огромной важности: он заложил организационные основы советского здравоохранения на Урале, разработал конкретные меры по борьбе с эпидемиями.

Сложившаяся военная обстановка отодвинула реализацию решений съезда. Буквально на другой день после окончания его работы, 25 мая 1918 года, начался мятеж чехословацкого корпуса. Разгоралась Гражданская война. 25 июля Екате-

¹ Гудошников Ф. Ф., Новоселов Р. С. Из истории становления советского здравоохранения на Урале. С. 69.

ринбург заняли белые. Облисполком, а вместе с ним и отдел здравоохранения, были эвакуированы в Пермь.

Таким образом, первые шаги в построении советского здравоохранения на Урале местными органами власти предпринимались на принципах, характерных для дореволюционного этапа. Врачебная общественность путем созывов съездов самостоятельно разрабатывала пути развития здравоохранения, определяла цели, задачи построения медицинской помощи в регионе, отсутствовала централизация со стороны советско-партийных органов.

Восстановление советской власти на Урале произошло в результате побед Красной Армии летом 1919 года. Главой Екатеринбургского губернского (а с 1923 г. – Уральского областного) отдела здравоохранения был назначен И. С. Белостокский¹. Именно ему и его товарищам на основе марксистских установок и при руководящей роли партийного руководства пришлось воплощать в жизнь организационную основу общедоступного государственного здравоохранения в уральском регионе.

Первые мероприятия советской власти на Урале были связаны с проведением административных мер касающихся здравоохранения. Необходимо было наладить работу больниц, заново развернуть сеть врачебных участков и фельдшерских пунктов в уездах, которые были разорены в результате боевых действий, а персонал мобилизован или разбежался. Ввиду длительного военного разорения, разрушения привычного образа жизни всех слоёв населения здравоохранение уральских губерний находилось в упадке, свирепствовали инфекционные заболевания.

Для организации медицинской помощи гражданскому населению и создания материальной базы здравоохранения Екатеринбургский революционный комитет (Ревком) выпускает приказ №11 от 25 июля 1919 г. Согласно документу все частные, земские, общественные лечебные учреждения, частные аптеки были национализированы (еще ранее вышел декрет СНК РСФСР «О национализации аптек» в декабре 1918 г.). Аптекарским магазинам воспрещалась торговля медикаментами и перевязочными средствами. Фирмы, торговавшие медикаментами,

¹ Карташов Н., Константиновский Л. Большая жизнь. 1963. С. 216.

владельцы аптекарских магазинов, а также частные лица, имевшие у себя медикаменты и перевязочные средства, обязывались в трехдневный срок предоставить списки в Отдел Здравоохранения Ревкома¹. Подобные решения были приняты и в других уральских губерниях. Так, Челябинским ревкомом муниципализация аптек произошла согласно приказу от 31 августа 1919 г.² Право торговли медикаментами предоставлялось государственным объединениям и учреждениям в порядке установленном НКЗ. Кооперативным и частным лицам продажа медицинских препаратов разрешалась только на основании инструкции издаваемой Наркомздравом³. Вся работа аптек, а также штат и категории аптек регламентировалась, специальным Положением «О нормальных аптечных штатах», утвержденным 29 июля 1920 г. Комиссариатом здравоохранения⁴.

Самый крупный аптечный склад на Урале, принадлежавший «Русскому обществу торговли аптекарскими товарами», в 1919 г. стал губернским, снабжая лекарственными средствами и перевязочными материалами 29 аптек Екатеринбургской губернии. С созданием Уральской области (1923 г.) он был реорганизован в АО «Уралмедторг», что позволило объединить все больничные аптечные организации и предприятия в единое целое.

Вместе с государственными учреждениями было национализировано имущество общественных организаций. К примеру, приказом № 29 от 13 октября 1919 г. Народного Комиссариата Здравоохранения все учреждения Красного креста переходили в ведение Здраводелов местных Советов⁵. Позже всех были национализировали зубные кабинеты – 21 января 1921 г. постановлением СНК РСФСР⁶.

Проведение административных мер по организации медицинского обслуживания населения во второй половине 1919 г., в отличие от предыдущего периода, проходило вследствие директивных поступлений из НКЗ по устройству отде-

¹ ГАСО. Ф. Р-737. Оп. 2. Д. 7. Л. 1.

² ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 1. Д. 111. Л. 40, 42.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 335. Л. 118.

⁴ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 2. Д. 40а. Л. 5.

⁵ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 15. Л. 5.

⁶ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 17. Л. 1.

лов здравоохранения. Согласно документам, на Урале создавались органы Губернского и уездного здравоохранения, которые объявлялись «органами объединяющими, направляющими и руководящими всеми медико-санитарными делами в уезде, и все руководящие указания для направления своей деятельности должны были получать непосредственно от Губздравотдела. Никто из правительственных, общественных управлений и организаций не могли издавать каких-либо циркуляров или распоряжений, касающиеся врачебно-санитарного дела в уезде, открывать или организовывать лечебные учреждения, больницы и аптеки»¹.

Все врачебно-санитарное дело в уездах, а также все больницы, аптеки, аптечные склады, приемные покои, фельдшерские и аптекарские пункты, как бывшие земские, так и заводские, фабричные, приисковые переходили в ведение уездного отдела здравоохранения, образуя особый лечебный подотдел, с принадлежавшим ему имуществом, инвентарем, наличными денежными средствами и персоналом.

Однако действия советского правительства не всегда находили поддержку среди врачей. Одни из тех, кто высказал позицию «отсидеться» от советской власти и не подчиняться ей, было авторитетное, в то время, Пироговское общество. Чтобы заручиться поддержкой врачебной общественности советско-партийные органы власти созывают Всероссийский съезд представителей отделов здравоохранения и Комиссаров здравоохранения федеративных республик по организации отделов здравоохранения. В результате, съезд поддержал действия Наркомздрава, а в постановлении было отмечено, что основное начало советской медицины – полное объединение всего врачебно-санитарного дела. Отделы здравоохранения признавались организующими звеньями всего медицинского дела в регионе. Штат и структура здравоотделов устанавливалась НКЗ. В губернских городах с населением до 200 тыс. жителей Горздравотделы присоединялись к штатам уездных отделов, если же выше 200 тыс., то к штатам губернских отделов здравоохранения. При исполкомах мелких административных единиц (районных и волостных) отделы здравоохранения не образовывались.

1 ГАСО. Ф. Р-737. Оп. 2. Д. 4. Л. 23.

Народный комиссариат предоставлял право Здравоотделам видоизменять штаты в зависимости от местных условий и потребностей, не выходя, однако, за пределы отпускаемых НКЗ финансовых лимитов. Во главе здравоотдела стоял заведующий, избираемый Исполкомом. Заведующий отвечал за всю работу Отдела перед Исполкомом и соответствующим отделом вышестоящего Исполкома и Наркомздрава. Народному комиссариату принадлежало право отвода намеченных или назначенных лиц. Во главе подотделов стояли заведующие, кандидатуры которых выдвигались заведующими здравоотделов и утверждаемые партийными органами. Отделы здравоохранения руководствовались в своей деятельности только постановлениями, инструкциями и циркулярами НКЗ. Губернские отделы здравоохранения руководили и контролировали деятельность уездздравотделов, инструктировали их по различным вопросам, заведовали снабжением и финансированием. Последние руководствовались указаниями Губздравотделов и обязаны были выполнять их предписания¹.

С организацией советских органов здравоохранения на Урале медицинская помощь во всех подведомственных Губздравотделу и Уездздравотделу лечебных заведениях начала оказываться бесплатно, в том числе сельскому населению. Производился бесплатный отпуск лекарств и других аптечных припасов. Однако лекарственных средств катастрофически не хватало, советским органам на первых порах приходилось прибегать к нетрадиционной медицине. Например, согласно циркуляру Камышловского уездно-городского отдела здравоохранения, предлагалось привлекать население к сбору корней, семян и ягод лекарственного значения, «особое внимание уделять при сборе вересковым ягодам, мать мачехе, льняным и конопляным семенам, перечной мяте, горицвету», а все собранное отсылать в Камышловскую центральную Советскую аптеку². Схожие методы применялись в Пермской губернии, где в 1920 г. был устроен «субботник сбора трав»³.

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 2. Д. 40. Л. 7 – 8.

² ГАСО. Ф. Р-737. Оп. 2. Д. 4. Л. 15.

³ Звезда. 1920. 30 июля.

Характерно, что подобные директивные меры применялись не только на территории Урала, но и РСФСР. Так, Нарком здравоохранения Н. А. Семашко в 1920 г. отмечал, что «для улучшения лечебной помощи необходимо установить тесное участие местных жителей в жизнедеятельности лечебных учреждений. Всеми силами содействовать правильному функционированию лечебных учреждений со стороны населения в отношении продовольственной и топливной помощи, помогать в ремонте, шитье и починке белья»¹.

В связи с нехваткой медикаментов, в различных частях страны, в том числе на Урале, неоднократно возникали недоразумения, связанные с бесплатной выдачей лекарств из национализированных аптек. Фармацевтический отдел НКЗ даже выпустил специальный Циркуляр № 11 (1920 г.) в котором пояснял данную деятельность. Так, бесплатному отпуску подлежали все лекарства, прописываемые врачами, состоявшими на советской службе и оказывающие бесплатную медицинскую помощь, как в лечебных заведениях, так и на дому. Все остальные лекарства, изготовленные в аптеках по рецептам вольнопрактикующих врачей, отпускались за плату по ценам аптекарской таксы. Список врачей, оказывающих бесплатную помощь населению, должен был быть доведен до сведения всех аптек соответствующего города или уезда. Расчет за отпущенные из аптек бесплатных лекарства производился отделом здравоохранения путем перечисления соответствующих сумм на основании циркуляра НКЗ от 5 апреля 1919 г.². Кроме того, со страниц публицистических газет население призывалось «к бережному отношению к лекарствам, которых так мало, которых почти нет и которые надо беречь, не тратя попусту»³.

Организационные изменения коснулись и управления советскими больницами. Если раньше организовывали деятельность больничные или врачебные советы при медицинских учреждениях, то теперь они стали осуществлять только совещательную функцию. Контроль над деятельностью медицинских учреждений

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 2. Д. 40. Л. 1 – 3.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 2. Д. 40а. Л. Л. 16.

³ Звезда. 1920. 7 июля.

начала осуществлять администрация в составе двух лиц: врача-заведующего и заведующего хозяйством. Администрация больницы самостоятельно устанавливала правила внутреннего распорядка в учреждении, нанимала и увольняла медицинских работников, вырабатывала нормы больничного обеспечения, как для больных, так и для всех служащих¹. Типовые правила внутренней работы в лечебно-санитарных учреждениях, разработанные Народным комиссариатом, появляются только в 1922 г.², которые по своему содержанию не сильно отличались от существующих. Что касается Урала, то согласно решению Президиума Коллегии Екатеринбургского Губернского отдела здравоохранения, от 31 марта 1920 г. ни одно учреждение, находящиеся в ведении Губздрава не могло выдвигать самостоятельные требования на материалы, продукты, предметы оборудования, одежду, обувь и другие необходимые вещи. Обязанность проводить хозяйственную деятельность медицинских учреждений легла на хозяйственный подотдел Екатеринбургского Губздрава, который самостоятельно решал, что необходимо лечебной организации в данный момент³.

В условиях завершавшейся Гражданской войны необходимо было регламентировать работу в учреждениях здравоохранения уральского региона. Распоряжением заведующего Екатеринбургским Губздравотделом все сотрудники больниц обязаны были являться на работу к 9.00 часам и расписываться в контрольной книге, которая после 9 часов 15 мин. убиралась в стол личного состава. Уходить со службы раньше 15.00 часов запрещалось. Служащие, которые не исполняли данное предписание, лишались пайка на весь день⁴. Данная система была не нова и уже применялась в целях устранения прогулов и поднятия трудовой дисциплины в НКЗ. Там была введена марочная (заводская) система контроля своевременности прихода и ухода со службы сотрудников. Все без исключения сотрудники при явке на службу получали у табельщика при входе свою контроль-

¹ ГАСО. Ф. Р-737. Оп. 2. Д. 4. Л. 23.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 335. Л. 151.

³ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 3. Л. 5.

⁴ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 18. Л. 36.

ную марку, которая на время работы сдавалась на хранение заведующему канцелярией, а по окончании возвращалась обратно табельщику при выходе из здания¹.

Дополнительным средством контроля, в том числе за антисоветскими настроениями, и поднятием дисциплины явилось решение об учреждении института политических комиссаров в больницах. Так, 20 января 1920 г. такая должность была введена в учреждениях здравоохранения Челябинской губернии. Политкомиссар занимался наблюдением за персоналом, трудовой дисциплиной, расследованием краж, случившихся в больницах².

Таким образом, уже с 1919 г. советская медицина начинает строиться путем централизации и регламентации деятельности органов здравоохранения. Ликвидируются, либо переходят в разряд совещательных, существовавшие до этого врачебные советы при медицинских учреждениях. Заведующие и руководители отделов здравоохранения стали назначаться непосредственно советско-партийными органами. Работа медицинского персонала стала регламентироваться и контролироваться со стороны создававшихся политических институтов.

С организацией управления делом здравоохранения советские органы приступили к налаживанию работы медицинских учреждений. На проходившем пленарном заседании Екатеринбургского Губисполкома от 26 августа 1920 г. было принято решение «проводить ремонт лечебных заведений все всякой очереди, организовать строительный отряд специально для ремонта лечебных учреждений»³. Партийное руководство считало, что при недостатке медицинского персонала улучшение лечебного дела должно идти, главным образом, за счет повышения качества работы лечебных учреждений. Органам здравоохранения была поставлена задача придать амбулаториям характер поликлиник-диспансеров.

Однако административные меры, которые применялись Губздравотдели уральских губерний, оказывались недостаточными. Причина была в последствиях разрушительной Гражданской войны и общего нестабильного положения в

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 4. Д. 96. Л. 105.

² ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 2. Д. 54. Л. 118.

³ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 3. Л. 16.

стране. К примеру, такие данные находим по характеристике лечебного дела в Екатеринбургской губернии в начале 1921 г. «Количество пайков не соответствует количеству коек, их даже не достаточно для заразных больных. В уезде количество госпитализированных заразных больных значительно превышает любые нормы. Лечебное дело в губернии принимает самую печальную картину. Не лучше обстояло дело и с лечебным персоналом. Его абсолютно не хватает и при значительных сверхурочных часах. Если такое положение продлится, то безусловно все, что было создано Губздравотделом в губернии в течение трехлетнего упорного труда, будет разрушено и едва ли скоро возобновлено»¹. Схожие данные были опубликованы в газете Уральский рабочий того времени. Так, положение в Екатеринбургском гинекологическом институте описывается как «безобразное». Отмечается, что «ветер гуляет по палатам, у пациентов масса паразитов, белье нательное и постельное отсутствует. Рожениц кормят так, что они и их дети вынуждены голодать целыми сутками. После родов женщинам дают тухлую соленую рыбу, загнивших гусей и черный жесткий хлеб»².

При этом отметим, что количество коек, которые находились на балансе Екатеринбургской губернии на 1 февраля 1921 г. составляло – 8309 больничных коек. Больше больничных мест в РСФСР, среди приславших отчет в статистический отдел НКЗ 44 губерний, было только у Вятской губернии – 11182 кровати и Московской – 18622. К примеру, в соседней Пермской губернии было 7348 коек³, Оренбургской – 2462⁴.

Организация здравоохранения на Урале в начале 1920-х гг. проходила при больших финансовых недостатках. Например, Екатеринбургскому Губернскому отделу здравоохранения согласно утвержденной смете на первое полугодие 1920 г. требовался 161 млн. руб. Однако медицинскими учреждениями было недополучено кредитов на 60 млн. руб., т.е. удовлетворенность в денежных средствах составила только 60%. Из-за отсутствия ассигнований Отдел вынужден был зани-

¹ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 8. Л. 30.

² Уральский рабочий. 1920. 24 августа.

³ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 257. Л. 12.

⁴ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 50. Л. 5.

мать большие суммы у разных советских учреждений. К примеру, задолженность Губздрава местным продовольственным органам за 5 месяцев 1920 г. составила более 10 млн. руб.¹ В Пермской губернии в 1920 г. из 7 млрд. руб. сметных расходов затраты на здравоохранение составили лишь 3,8%².

Схожие данные находим в докладной записке уполномоченного ревизора Совета Труда и Оборона Республики Н. А. Реске. Он был послан инспектировать дело организации здравоохранения в Екатеринбургской губернии в июне 1920 г. В ней констатируется, что для уплаты жалования и на хозяйственные расходы в августе 1920 г. в губернии не было ни копейки³. Наряду с этим в докладе были отмечены положительные стороны развития здравоохранения на Урале. В числе мероприятий по организованной и планомерной работе важное место заняло открытие ряда специальных больниц. Так, в Нижнем Тагиле была оборудована хирургическая больница, при Городской больнице в Екатеринбурге открыт рентгеновский кабинет. Для стационарной помощи в Екатеринбурге начала работу специальная больница для нервных больных и неизлечимых хроников. В Рязановской больнице (г. Екатеринбург) организовано специальное лечение для беременных женщин и открыта детская больница⁴.

Таким образом, советские органы здравоохранения Урала в начале своей деятельности испытывали острую нехватку финансирования, приходилось рационализировать все имеющиеся ресурсы. Однако даже в этих непростых условиях советскому руководству удалось организовать медицинскую помощь населению, открыть новые виды врачебно-амбулаторной помощи.

С первых же дней формирования новой системы здравоохранения советскими органами уделялось большое внимание организации медицинской помощи женщинам и детям. В результате, с проведением организационных мероприятий советское руководство приступило к созданию государственной системы охраны материнства и младенчества. В «Правительственном сообщении о социальном

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 2. Д. 85. Л. 4.

² ПермГАСПИ. Ф. 557. Оп. 2. Д. 280. Л. 47.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 2. Д. 142. Л. 1 - 2 об.

⁴ Там же. Л. 25.

страховании», опубликованном 1 ноября 1917 г., предусматривалось предоставление женщинам, занимающимся «умственным или конторским трудом», отпуск по беременности и родам с сохранением содержания на 12 недель, а занятым тяжелым физическим трудом – 16 недель. Кормящим матерям предоставлялось право отлучаться каждые 3 часа на полчаса за счет рабочего времени для кормления ребенка¹. Развитие данное направление нашло в Циркуляре Наркомтруда № 69 (1921 г.), который запрещал всем беременным и кормящим грудью женщин привлекать к работам в ночное время. Запрещались все командировки, связанные с необходимостью оставления постоянного места жительства. Для работниц физического труда, начиная с 5-го месяца беременности, воспрещались сверхурочные работы. Все лица, виновные в нарушении данного постановления привлекались к судебной ответственности².

Однако до начала 1920-х гг. делом материнства и младенчества занимались различные комиссии и ведомства советского правительства. Слияние всех учреждений, работающих с матерью и ребенком, в одну государственную организацию происходит после выхода Постановления СНК от 9 марта 1920 г. «О передаче дела охраны материнства и младенчества в ведение Наркомздрава РСФСР»³. В соответствии с образованным в Наркомате отделом материнства и младенчества в Губздравицах Урала создавались идентичные структуры. Только после создания отдела началась планомерная работа. Первоначально, в условиях финансовых дефицитов, она была направлена на просветительскую деятельность. Так, в марте 1923 г. в Пермской губернии повсеместно прошла «неделя по охране материнства и младенчества». В это время были распространены различные плакаты, листовки, статьи в газетах, лекции. К примеру, советские власти передавали органам здравоохранения в безвозмездное пользование для проведения пропагандистской работы городской театр Перми, кинотеатры. Вторым важным направлением проводимой «недели» становился сбор дополнительных финансовых средств в пользу ор-

¹ Виноградов Н. А. Организация здравоохранения в СССР. М. 1962. С. 40

² ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 19. Л. 73.

³ ГАСО. Ф. Р-159. Оп. 1. Д. 15. Л. 26.

ганов здравоохранения. Достигать этого удавалось путем сбора подписных листов, отчислений с организации спектаклей, концертов и процента с заработной платы рабочих. Собранные средства являлись добавочными сметными ассигнованиями на дело охраны материнства и младенчества в регионе¹. Таким образом, советское руководство с первых дней своей работы продемонстрировало важность работы по охране здоровья материи и ребенка, заложило основы для организационного единства гуманистических принципов здравоохранения.

Введение НЭПа (новой экономической политики) вызвало значительные трудности с финансированием медицинских учреждений. Так, на 1922–1923 г. Челябинский губздрав получил только 54,5% от общей сметы, запрашиваемой в начале года². На государственном бюджете осталось менее трети коек в медицинских учреждениях. В результате, происходило сокращение количества мест в больницах. К примеру, на 1 апреля 1923 г. в Пермской губернии числилось 2525 коек, тогда как 1 января того же года – 3884 на, т.е. уменьшение произошло на 1359 мест всего за несколько месяцев³. В Челябинской губернии за 1922 г. вынуждены были сократить коечный фонд в 2,5 раза. Необходимо было менять организацию системы здравоохранения. Выход был найден в практике передачи больниц на содержание промышленным предприятиям⁴. Органам здравоохранения стало разрешаться передача больниц в частные руки. Согласно положению НКЗ «Об открытии частных лечебных учреждений» сдача в аренду производилась Губздравотделами по постановлению Коллегии с участием представителя Губпрофсовета. Однако в аренду могли сдаваться лишь те лечебные заведения, которые были закрыты или подлежали закрытию вследствие отсутствия или недостатка государственных ассигнований и местных средств, необходимых для их содержания. Право арендовать лечебное заведение представлялось любому физическому и юридическому лицу при условии возложения заведованием медицинской часть на врача, назначаемого по согласованию с Губздравом, со стажем не

¹ ПермГАСПИ. Ф. 557. Оп. 4. Д. 442. Л. 1 – 2.

² ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 59. Л. 375.

³ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 2. Д. 81. Л. 27.

⁴ Бабановский И. В. Вопросы финансирования здравоохранения в СССР. М., 1976. С. 23.

менее 3-х лет. Ответственность за правильное функционирование больницы возлагалась на арендатора. Еще одним требованием было наличие не менее 10 коек для оказания общей медицинской помощи, 6 коек при родовспомогательном типе учреждения и для зубных больниц – не менее 3-х кресел¹.

Вместе с практикой создания частных лечебных учреждений органами здравоохранения вводится разрешение на свободную торговлю медикаментами. Так, согласно постановлению Челябинского Губисполкома от 7 февраля 1923 г. «О порядке открытия оптовой и розничной торговли медикаментами», право продажи лекарств предоставлялось общественным и кооперативным организациям и частным лицам, получившим разрешение Губздравотдела². Схожие постановления были опубликованы и в других уральских губерниях. В то время это оказало существенное влияние на преодоление фармацевтического кризиса и снабжении региона лекарственными средствами.

В условиях НЭПа в аппарате Комиссариата здравоохранения и в Губернских органах здравоохранения разгорелась дискуссия об отказе от принципов бесплатности медицинских услуг, предоставляя такое право только застрахованным гражданам. Здравоохранение для остальной части населения предполагалось перевести на хозяйственный расчет. В Пермской губернии даже успели разработать и начать внедрять новые правила «О платности лечения в больницах и платности отпуска лекарств в Пермской губернии». Согласно документу платное лечение было введено не только в губернской больнице, но и уездных и даже детских учреждениях. Бесплатный отпуск лекарств допускался только для социально не обеспеченных групп населения, красноармейцев, но не более 20 рецептов ежедневно в г. Перми³. Однако на проходившем III Всероссийском съезде здравотделов Н. А. Семашко публично осудил сторонников данного подхода, высказался за сохранение единства советского здравоохранения, бесплатности и общедоступности медицины для всех слоев населения. Съезд также высказался против уничто-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 173. Л. 89, 96.

² ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 3. Л. 1.

³ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 2. Д. 81. Л. 21.

жения губернских отделов здравоохранения, как системообразующих медицинских органов в регионе¹. В целом, как показала практика, ликвидация всех элементов страховой медицины и частной практики стала возможна только к началу 1930-х гг., что произошло в условиях жесткой централизации государственного аппарата, при которой система здравоохранения была полностью подчинена советско-партийному руководству.

После съезда, 5 декабря 1921 г. НКЗ РСФСР разослал местным органам здравоохранения тезисы об организации медицинского дела при НЭПе. Документ состоял из 12 пунктов. Первым из них значился «в строгом проведении принципа классовости медицины, сосредоточить исключительное внимание на медицинском обслуживании пролетарской части населения»².

В них также содержалось указание, что средства на содержание сельских медико-санитарных учреждений получались путем обязательного денежного и натурального обложения крестьян через Комитеты взаимопомощи, достаточного для обеспечения минимума медицинской помощи, установленного органами здравоохранения³. При этом советским руководством соблюдался принцип социального равенства. Более богатые крестьяне отчисляли большее количество средств на содержание медицинских учреждений. Таким образом, многие участковые больницы и амбулатории в сельской местности фактически были спасены от закрытия благодаря самообложению.

Подводя итог периода организации советской медицины на Урале с 1917–1923 гг. можно отметить несколько характерных особенностей в деле становления советского государственного здравоохранения. В первую очередь, в это время происходит принятие основополагающих декретов, предписаний, касающихся зарождения советского здравоохранения. В основе системы здравоохранения были

¹ Грибанов Э. Д. Всероссийские съезды здравоохранения // Вопросы истории медицины. Труды Института организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко Вып. 5. М., 1959. С. 67.

² Бычков И. Я., Приданников П. Т. Сборник важнейших официальных материалов по организации здравоохранения. М. – Л., 1940. С. 122.

³ Горфин Д. В. Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917–1957 гг.). М., 1961. С. 22.

заложены принципы бесплатности, бессловности и доступности для нужд всего населения. Происходит незначительное расширение медицинской сети за счет приспособления и рационализации имеющихся возможностей. Однако строительство новых больничных учреждений, расширение медицинской сети не было возможным в виду отсутствия достаточных материально-технических ресурсов.

В становлении медицинского обслуживания населения Урала большое влияние оказало Постановлением ВЦИК от 3 ноября 1923 года «Об образовании Уральской области» (состоявшей из современных Свердловской, Челябинской, Тюменской, Курганской областей, Пермского края, частично Башкирской и Удмуртской республик). На момент образования площадь области равнялась 1659 тысяч км², с населением 6380 тысяч человек, со столицей в Екатеринбурге (с 1924 года Свердловск). Вследствие образования Уральской области в декабре 1923 г. были ликвидированы губернские отделы здравоохранения и учрежден Уральский Областной отдел здравоохранения¹.

С созданием Облздравотдела в его ведение перешли все медицинские учреждения четырех бывших губерний, состоявших из 226 больниц и 459 фельдшерских пунктов². Штатное количество больничных мест в Уральской области на 1 января 1924 г. составляло 9367 коек, 745 из них которых находилось в Свердловске. На одно больничное место в Уралобласти в среднем приходилось 669 жителей. Эти цифры были сравнимы со средними показателями по РСФСР. В 1924 г. в Республике на одну койку приходилось 698 жителей. Исключениями составляли две области: Московская и Ленинградская, где в 1924 г. на одну койку приходилось 195 и 178 человек соответственно³.

На первом этапе организации медицинской помощи в рамках большой Уральской области органы здравоохранения своей первоочередной задачей ставили сохранение материально-технической базы, доставшегося наследства. Облздрав даже вынужден был принимать на финансирование из местного бюдже-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 146. Л. 6.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 293. Л. 226.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 290. Л. 50.

та больницы, на которые ассигнования должны были идти из государственной сметы. Так, в ноябре 1924 г. заведующий окружным общим отделом Окрисполкома Челябинского округа в докладной записке указывал, что леченые учреждения Исправительных домов округа не были включены в госфинасирование и ходатайствовал о принятии их на средства уральского здравоохранения¹. При этом некоторые из больниц, сохранившиеся после окончания Гражданской войны, пришли в сильное запустение. Такие данные находим из выписки акта осмотра Ново-Пышминской Советской больницы (1923 г.). «Баракы, относящиеся к палатам, чрезвычайно загрязнены, стены и потолки не белены с 1918 г. Воздух в палатах сырой и невыносимо сгущенный. Посуда, в которой подается пища больным, найдена грязной и ржавой, ложки в большинстве случаев не пригодны к использованию, кружки ржавые, постельные принадлежности плохие, одеяла негодные. Двор и больничные постройки, подлежащие очистке, не убираются, мусор накопился большими кучами и успел прорости травой. Вблизи палат не исправная выгребная яма от которой зловоние проникает через окна в палаты. Помои выливаются прямо из окон, из-за чего под ними всегда сырость»².

В первую очередь это происходило потому, что до 1923 г. основные усилия органов здравоохранения были направлены на формирование системы здравоохранения на уездном уровне, отсутствовало достаточное финансирование. При этом часть больниц переехала в здания, оставшиеся после установления советской власти без хозяев, впоследствии, за которыми перестали следить.

С организацией Уральской области Облздравотдел занялся перспективным планированием больничного строительства. В 1924 г. органами здравоохранения был составлен большой план развития медицинских учреждений и их больничного строительства, включивший около 38 объектов. Важно, что обсуждение векторов развития уральской медицины происходило и на местном уровне. Так, в период с 12 декабря 1923 г. по 15 мая 1924 г. секция Челябинского Горсовета по здравоохранению провела 13 собраний, где основное внимание при обсуждении

¹ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 99. Л. 103.

² ГАСО. Ф. Р-737. Оп. 1. Д. 3. Л. 50, 50 об.

было уделено состоянию медицинских учреждений¹. Пользуясь этими данными, в первый строительный план вошли такие крупные учреждения, как Златоустовская больница, Надеждинский тубдиспансер². В 1925 г. в НКЗ вновь был представлен план больничного строительства. В результате его выполнения в период с 1925 по 1928 гг. в Уральской области велось строительство 77 новых лечебных учреждений, среди которых наиболее значимыми являлись детский костный тубсанаторий, физиотерапевтический институт и институт профзаболеваний. Наряду с лечебной сетью появился 31 пункт первичной помощи на предприятиях и 11 станций скорой помощи. Таким образом, на 1 января 1927 г. в Уральской области насчитывалось 270 больниц и 923 медицинских учреждения³. Однако показатели обеспеченности населения лечебной помощью оставались достаточно низкими. Так, в 1927 г. на одну больницу в Уральской области приходилось в среднем 16025 жителей. Наиболее низкие результаты обеспеченности показывали районы Южного Урала. В Челябинском округе на одну больницу приходилось 29601 человек, в Курганском – 28076, Троицком – 29795. Лучше обстояли дела на территории Среднего Урала. Здесь все районы показывали результаты обеспеченности выше средних по Уральской области. В Свердловском округе на одну больницу приходилось 13649 жителей, в Талильском – 12942, в Ирбитском – 11709⁴.

Вместе с тем, чиновники, в ряде случаев, расходовали средства, выделяемые на здравоохранение, для других целей. Так, в 1927 г. Бардымский район Сарапульского округа получил из областного бюджета ассигнования на оборудование женской консультации. На эти деньги было построено новое здание и приобретен необходимый инвентарь для поликлиники. Однако уже в начале мая 1929 г. здание консультации было занято Районным Комитетом Партии, а консультацию переселили на окраину села, в совершенно для этого не пригодное место⁵.

¹ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Л. 108.

² Белостоцкий И. С. Больничное строительство в Уральской области // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1928. № 1. С. 19.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 783. Л. 5.

⁴ Уральское хозяйство в цифрах 1928 г. Краткий статистический справочник. Свердловск. 1928. С. 52.

⁵ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1. Л. 49.

Развитие системы здравоохранения в деревне было важным фактором для улучшения условий жизни уральского крестьянина. Однако восстановление сети сельской медицины сопровождалось большими трудностями. Бюджет здравоохранения 1920-х гг. был минимальный и не обеспечивал нужды сельской системы медицинского обслуживания. Советским руководством были лишь приняты директивные меры по организации сельских больниц и пунктов первой медицинской помощи. Так, одна больница была рассчитана на 8–10 тыс. населения при радиусе 8–10 верст. Амбулатория по норме: 1 пункт на 3–5 тыс. жителей при максимальном расстоянии 4–5 верст¹. Фактически, за основу был взят опыт земской медицины. Однако эти решения советских органов власти не могли быть осуществлены. В сельской местности отсутствовала материальная база, не хватало врачей, фельдшеров. Данные предписания расценивались, скорее, как направления дальнейшего развития сельской медицины. В докладной записке заведующего окружным отделом здравоохранения Челябинского округа от 8 января 1924 г. указывалось, что «медицинская помощь в деревне, вследствие скудности местных средств, отпускаемых к тому же весьма не регулярно, идет с большими перебоями. В сравнении с довоенным временем значительно понизилась квалификация персонала и на этой почве процветает шарлатанство, знахарство, калечащее больных и ведущее население к вымиранию»².

Для решения этого вопроса в 1924 г. почти все расходы по содержанию сети медицинских учреждений были переданы на государственный счет³. Напомним, ранее, с 1921 г. средства на организацию сельской медицины получались за счет обязательного самообложения крестьян через Комитеты взаимопомощи. В ряде волостей Челябинского округа даже вынуждены были вводить так называемый «Мирской сбор», который должен был покрывать и расходы по содержанию медицинских пунктов⁴. Однако в условиях бедности деревни и сельских жителей

¹ 10 лет Октября и советская медицина. М., 1927. С. 101.

² ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 59. Л. 186.

³ Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР: Сб. материалов и документов. М., 1973. С. 20.

⁴ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 59. Л. 190.

было сложно обеспечить даже необходимый минимум для организации медицинской помощи.

В результате передачи сельской медицины на государственный счет у органов здравоохранения появляется возможность построения более качественной медицинской системы. В целях построения районной системы здравоохранения ВЦИК РСФСР был принят декрет от 14 декабря 1925 г. «Об основах построения нормальной волостной (районной) организации здравоохранения»¹. Согласно документу в каждом районе должна была быть больница, которая осуществляла работу не только в виде амбулатории, но терапевтического, хирургического, родильного и др. отделений. Предусматривалась организация консультации для женщин и детей, оспопрививательный пункт, аптека и кабинет стоматологии.

Стремление к централизации советского здравоохранения и построение системы общедоступной медицины подталкивало советское руководство к решительным мерам. Однако исполнение решений советско-партийных органов сталкивались с организационными трудностями непосредственно на местах. Так, в мае 1927 г. НКЗ РСФСР издал приказ «О регулировании мероприятий по ликвидации фельдшеризма». Под понятием «фельдшеризм» в то время понимали медицинский персонал, который обладал низкой профессиональной подготовкой и недостаточной квалификацией для самостоятельной деятельности. Документом предусматривалось «проведение реорганизации самостоятельных фельдшерских пунктов во врачебные участки в плановом порядке»². Сама идея устранения фельдшеризма не нова, об этом задумывались еще организаторы земской медицины. Но как показала практика, она оказалась нереальной по причине недостатка кадров, отсутствия желания врачей ехать в «сельскую глубинку». В результате, такая система была востребована даже во второй половине XX в. в СССР. Отметим, что в более развитых странах (США, Германия, Англия) «фельдшеризм», как явление, был ликвидирован уже в начале XX в.

¹ Известия ЦИК СССР от 18 декабря 1925 г.

² Бюллетень НКЗ РСФСР. 1927. №10. С. 46.

Развитие учреждений охраны материнства и младенчества, особенно детских садов, в середине 1920-х становится одним из приоритетных направлений органов здравоохранения на Урале. Однако в 1924 г. по всей Уральской области работало всего 20 постоянных яслей. Такая ситуация была характерна и для других регионов. Так, в промышленных районах – Сибирском крае, Северо-Кавказском крае, Ярославской области их количество не превышало 15, а в соседней Вятской области яслей было всего 5 учреждений. Среди всех областей РСФСР Уральская область находилась на 5 месте по их количеству¹. В результате задач советского руководства становилось создание при всех больших фабрично-заводских предприятиях, на которых были заняты женщины, яслей для детей в возрасте до 4–5 лет².

В сельской местности развитие дошкольных учреждений должно было проходить, в первую очередь, за счет самообложения крестьянства, которые должны были вложить не менее половины стоимости планируемого строительства. Однако из-за бедности проживавшего населения в деревне в 1920-х гг. детские сады не получают распространения. Так, даже в 1928 г. в сельской местности Челябинском округе за год смогли открыть только шесть таких учреждений. При этом создаваемые ясли были небольшие, охват детей составлял не более 130 чел., а воспитывались в них, в основном, дети бедняков и батраков³.

С организацией ясельной сети в городах Урала распространение получают детские консультации, которые должны были полностью охватить всех детей с рождения и до 4-х лет. О важности этой работы было отмечено в генеральном плане развития здравоохранения в Уральской области на 10 лет, принятом в 1926 г. Так, отмечалось, что ребенок в возрасте до 6-ти месяцев обязательно должен был посещать консультацию два раза в месяц, в возрасте от 6 месяцев до года – раз в месяц и раз в два месяца – дети до 4-летнего возраста. Развитие данных учреждений было характерно для середины 1920-х гг. в РСФСР. Если в 1917 г. на

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 290. Л. 74.

² ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 32. Л. 1.

³ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 335. Л. 12.

всю Российскую империю приходилось 7 детских консультаций, то уже в 1926 г. их насчитывалось 390 по РСФСР¹. Быстрое развитие консультаций происходит и на территории Урала. Например, если в 1926 г. было 44 таких учреждения, то уже в 1928 г. – 86 консультаций, т. е. за 2 года их число возросло почти в 2 раза². Однако отметим, что первоначально такие учреждения располагались, в основном, в крупных городах. Так, вплоть до конца 1927 г. в районах Челябинской области, за исключением Копейского медицинского участка, где имелась постоянная детская консультация, консультация для беременных и одни детские ясли постоянного типа, учреждений охраны материнства и младенчества в районах округа не имелось. Оказание возможной помощи осуществлялось только в летнее время путем открытия сезонных сельских яслей для воспитания в них грудных детей и детей дошкольного возраста³.

Важным элементом охраны здоровья материнства стало создание системы женских консультаций. Органами здравоохранения предполагалось, что женщина должна посетить консультацию не менее 3-х раз в период беременности и 2-х раз в послеродовом периоде. Такие учреждения в городах советскими органами создавались с расчетом одна консультация на 25 тыс. жителей. В сельских местностях обслуживание беременных проводилось в сельских консультациях для детей и через прикрепленных к ним разъездных акушерок. Кроме того, решением Политбюро от 12 января 1928 г. был принят указ о недопущении к ночным работам беременных и кормящих женщин⁴.

Такая забота об охране здоровья женщин и детей отразилась на статистических показателях смертности детского населения. Так, в Пермской губернии в 1910 г. на 100 родившихся детей умирало 29,3 человека. В первую очередь это было следствием низкого культурно-санитарного состояния страны, тяжелого труда женщин во время беременности, отсутствия элементарных норм гигиены.

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 26. Д. 2. Л. 24.

² Сафронович В. Контрольные цифры по здравоохранению на 1928–1929 гг. // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1928. № 2. С. 10.

³ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 244. Л. 2.

⁴ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 3. Д. 723. Л. 3.

Однако уже в середине 1920-х гг. обозначилась тенденция к снижению детской смертности, составив в 1926 г. 24,6 случаев смерти младенцев на территории Уральской области. Еще более отчетливо уменьшение смертности можно заметить среди детей до 1 года. Если в 1925 г. данный процент равнялся 35,8 на 100 родившихся, то в 1928 г. – 25%. Таким образом, всего за четыре года детская смертность до года снизилась на 29,8%¹.

Организация государственной системы советского здравоохранения, появление специализированных видов медицинской помощи требовали увеличение финансирования. Восстановление народного хозяйства, поднятие экономики в годы НЭПа – благоприятный период капиталовложений в дело здравоохранения на Урале. В связи с этим на протяжении второй половины 1920-х гг. происходит ежегодное увеличение финансирования на здравоохранение в Уральской области. Рост государственного финансирования в 1924 – 1929 гг. наглядно продемонстрирован в таблице 1.

Таблица 1

Ассигнование на здравоохранения в Уральской области
в 1924–1929 гг. (в тыс. руб.)

Источники	1924–25 гг.	1928–29 гг.	% увеличения
Госбюджет	352,8	1444,3	409
Местный бюджет	9337,5	23506,2	252
Всего	9690,3	24950,5	257

Составлено по: ГАСО. Ф. Р-159. Оп. 1. Д. 5. Л. 16.

Всего за четыре года рост финансирования здравоохранения по госбюджету вырос в 4 раза, местный бюджет стал отчислять в 2,5 раза больше, стали выделяться ассигнования на спецсредства, а общее финансирование здравоохранения в Уральской области выросло в 2,5 раза! Характерно, что почти 94% расходов на нужды здравоохранения легло на областной бюджет, дотации из госбюджета были минимальными.

¹ Гаврилов К. П. Детская смертность на Урале // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1930. № 4. С. 62–63.

С общим подъемом финансирования медицины происходит увеличение средних медицинских расходов на одного жителя Уральской области. В 1924–25 гг. они составляли 1 руб. 49 коп., из всех источников финансирования, а в 1928–29 гг. – 3 руб. 48 коп. Если сравнить расходы на одного жителя с досоветским периодом, то разница еще очевиднее. В 1911 г. расходы на здравоохранение на территории бывшей Пермской губернии составляли 72 коп. на человека¹. Но затраты по Уралу были ниже, чем в других промышленных районах. Так, по данным за 1925–26 гг. средний медицинский денежный расход на одного человека по Уралу равнялся 2 руб. 23 коп, при среднем показателе по РСФСР в 3 руб. 01 коп. Еще выше были ассигнования в отдельных территориях: во Владимирской губернии – 4 руб. 70 коп., на Северном Кавказе – 2 руб. 85 коп.²

Больничная сеть в РСФСР в 1920-х гг. распределялась между городом и деревней крайне неравномерно. Так, количество больничных коек на каждую тысячу населения в 1928 г. составляло 5, 1 коек (при норме в 6, 8), в сельских местностях 0, 6 койки на одну тысячу жителей (при норме 2)³. При этом средние показатели РСФСР также не дотягивали до нормы. В городах на 1000 жителей приходилось 5,96 коек, в сельских местностях – 0,51. Лучшие показатели были в городах Северо-Восточной области, где на 1000 населения приходилось 9,7 коек, Ленинградской области – 7,5. Однако в соседнем с Уралом Сибирском крае было 3,9 койки, Центрально-Черноземной области – 4,6. Обеспечение городов автономных республик РСФСР коечной сетью было даже ниже средних показателей Урала – 4,6 койки на 1000 населения. В отношении сельской сети, Уральская область даже немного превышала средние показатели по РСФСР, имея 0,6 койки на 1000 населения, а по РСФСР – 0,51. Наиболее обеспеченными считалось сельское население Нижне-Волжской области с показателем 0,86 коек и Центрально-Промышленной области, где показатель достигал 0,74⁴.

¹ Серебренников В. С. Здравоохранение на Урале (итоги и очередные перспективы). Свердловск, 1929. С. 14.

² ГАСО. Ф. Р-159. Оп. 1. Д. 5. Л. 16.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1. Л. 145.

⁴ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 26. Д. 8. Л. 14.

Таким образом, период с 1923 по 1929 гг. на Урале связан с приоритетным развитием здравоохранения со стороны советских органов власти. Началось перспективное планирование медицинского дела, происходит ежегодное увеличение финансирования работы Уральского Облздрави. Вводятся в эксплуатацию новые больничные здания, расширяется количество медицинских пунктов. Только в 1929 г. на территории Уральской области велось строительство 34 новых больниц, в 7 был проведен крупный ремонт, на все строительство было затрачено более 12 млн. руб.¹ Сеть больничных учреждений Уральской области в период с 1925 по 1929 гг. возросла с 250 до 325 зданий, амбулаторий – с 904 до 1051². Среди отдельных территорий Урала выделялся Свердловский округ. Здесь в период с 1914 по 1928 г. количество больниц возросло с 4 до 28, а число коек в них с 420 до 961³. Распространение получают специальные виды медицинской помощи. В 1928 г. в Уральской области имелось 29 рентгеновских установок, был открыт раковый корпус, люпозорий, началось зубопротезирование⁴. Но этого было недостаточно. Необходим был новый, более качественный «скачек» в развитии здравоохранения, который был связан с начинавшейся индустриализацией СССР.

Переход к форсированной индустриализации страны в конце 1920-х гг. потребовал громадных материальных затрат для развития промышленности. Индустриализация во многом осуществлялась за счет ограбления деревни и сокращения финансирования социальных программ. Форсированная индустриализация экономики, массовая насильственная коллективизация в сельском хозяйстве создали новую экономическую базу для здравоохранения, а усиление бюрократических механизмов привело к изменениям в политике охраны здоровья. Самым существенным образом были пересмотрены формы медицинской помощи и разработаны новые методы работы лечебных учреждений. Их выражением стал дифференцированный подход к здравоохранению для различных групп населения.

¹ ЦДООСО. Ф. 273. Оп. 1 а. Д. 7. Л. 54.

² Уральское хозяйство в цифрах 1930 г. Свердловск. 1930. Вып. 1. С. 57.

³ Округ. 1928. № 36–37. С. 26.

⁴ Величкин В. И. К десятилетию советской медицины // Уральский медицинский журнал. Свердловск. 1928. № 1. С. 9.

Приоритеты в медицинском обслуживании были отданы обслуживанию промышленных рабочих и работников колхозов и совхозов.

Формирование новых установок произошло в результате опубликования постановления ЦК ВКП (б) от 18 декабря 1929 г. «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян»¹, где было указано, что темпы развития здравоохранения в стране значительно отстают от общих темпов развития народного хозяйства и должны быть ускорены. Это в особенности касалось районов крупных новостроек: Донбасса, Кузбасса и Урала. Постановление обязывало органы здравоохранения улучшить лечебно-профилактическую работу в промышленных центрах, выделил в особую группу горную и металлургическую промышленность. Начался процесс дифференциации медицинской помощи различным группам населения в зависимости от их роли в «социалистическом строительстве»².

Руководство Уральской области отреагировало на решение партийного руководства незамедлительно. Вскоре был опубликован доклад руководителя Областного отдела здравоохранения «О состоянии здравоохранения на Урале», в котором обращалось внимание на «усиление в деле медицинского обслуживания населения, а также развитие сети медицинских учреждений». Исходя из положений доклада Уральский областной комитет ВКП (б) постановил переход с 1930 г. на непрерывную неделю, на трех сменную работу больничных учреждений, расширение лечебно-профилактической сети, особенно вечернего приема, а также пунктов первой помощи³. Эти мероприятия, по мнению советско-партийного руководства должны были способствовать ликвидации частной врачебной практики.

Официально платная медицинская помощь была запрещена на основании предписания Уральского Облздравотдела от 17 марта 1930 г. Так, частная практика воспрещалась врачам-администраторам, руководителям лечебных учреждений, санитарным и школьно-санитарным врачам, судебно-медицинским экспертам, врачам мест заключения, врачам сельских участков, врачам, работающим на вы-

¹ РГАСПИ. Ф. 357. Оп. 1. Д. 127. Л. 5.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 649. Л. 9, 14; См.: Материалы к пятилетнему плану здравоохранения РСФСР. М., 1930.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 287.

борных должностях, врачам, имеющие собственные лаборатории, физиотерапевтические и подобные кабинеты. Кроме того, был разработан специальный план на 1930–1931 гг. по ликвидации частной врачебной практики¹.

Составленный пятилетний план развития здравоохранения Урала предусматривал обеспечение медицинской помощью основные группы промышленного производства (металлисты, горняки, химики, текстильщики), создание системы больничной сети по принципу единого диспансера, который должен был обеспечить диспансеризацию к концу первой пятилетки всех рабочих металлургической, химической и текстильной промышленности².

План здравоохранения Уральской области предполагал организацию пунктов первой помощи на всех предприятиях, где количество рабочих составляло более 200 человек, заводы химической промышленности обеспечивались медицинской помощью уже при 100 рабочих. На производствах с числом рабочих более 1000 человек и 500 в химпромышленности соответственно в обязательном порядке создавались врачебные пункты³.

Такие пункты первой помощи должны были работать во время всех смен производства, в том числе ночью. В обязанности здравпункта, который являлся филиалом поликлиники или амбулатории, входило оказание первой и неотложной помощи при внезапных заболеваниях и травмах, изучение статистики заболеваемости, травматизма на предприятии, осуществление мер санитарного контроля, проведение просветительской работы среди рабочих.

После выхода плановых задач по организации здравпунктов на Урале их результативность работы заметно увеличивается. К примеру, пункт первой медицинской помощи Алапаевского металлургического завода, который был открыт в 1925 г., находился в маленькой комнатухе и обслуживался тремя фельдшерами. Однако после принятия планового решения с 1929 г. на нем стал работать врач, а с 1932 г. было построено специальное помещение для здравпункта, при котором

¹ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 340. Л. 1.

² Величкин В. И. К вопросу о пятилетнем плане Уральского здравоохранения // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1929. № 4. С. 3–10.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 1358. Л. 2.

имелся даже музей по гигиене труда и технике безопасности. В здравпункте работал травматологический кабинет и кабинет частичной диспансеризации, а также библиотека из 300 книг. Штат стал состоять из врача, трех фельдшеров, медсестры, санитарного наблюдателя-дезинфектора, двух санитарок. Такое внимание к делу здравоохранения отразилось на количестве случаев травматизме Алапаевского завода. Если в 1930 г. было зафиксировано 467,8 таких ситуаций на 1000 населения, то в 1931 г. – 244,6, т. е. снижение произошло на 47,7%¹. Такие данные были характерны и для ряда других мест – Надеждинска, Чусового, Лысьвы, Кушвы, Челябинска².

Переход к форсированной индустриализации и создание колхозной системы обусловили необходимость вовлечения в общественное производство значительного числа новых работников. Именно поэтому одним из приоритетных направлений органов здравоохранения в начале 1930-х гг., в области сельской медицины Урала, становится организация детских учреждений. Советско-партийными органами была поставлена задача обеспечить каждый крупный колхоз, каждый район сплошной коллективизации постоянными яслями, детскими и женскими консультациями, родильными койками и акушерскими пунктами. Органам здравоохранения вменялось в обязанность присутствовать на посевных и уборочных работах колхозов. Так, весной 1931 г. советскими органами для обслуживания посевной компании было направлено 80 медицинских бригад на срок 1–1,5 месяца, каждая бригада состояла из врача, 2–3 человек среднего персонала, 10 тыс. аптечек и литературы. При этом предъявлялись высокие требования к врачам, которые едут в сельскую местность. Например, Нарком здравоохранения М. Ф. Владимирский заявил, что «лечащий врач должен не только читать лекции колхозникам, но и ле-

¹ Наравцевич А. М. Опыт работы здравпункта Алапаевского металлургического завода // Здравпункты Урала в борьбе за снижение заболеваемости рабочих / под ред. В. И. Величина. Свердловск – М., 1933. С. 31–35.

² Левонтин М. Л. Практика здравпунктов на Урале // На фронте здравоохранения. М., 1932. № 3. С. 22.

чить, притом лечить умело»¹. В это же время в сельской местности Урала было открыто 1600 ясельных коек с охватом 48 тыс. детей².

Отметим, что в основном организованная медицинская помощь касалась государственного сектора, в первую очередь МТС, совхозы и колхозы почти не обслуживались ввиду отсутствия финансовых средств. В связи с чем, первоначально, на сельхозартели легло бремя как содержания, так и строительства больницы сети в объеме не менее 30%. При этом крестьяне, из-за отсутствия денежных средств, обязаны были возмещать финансовые издержки продуктами питания, оборудованием, строительными материалами и технической рабочей силой для нового строительства³.

Дальнейшее развитие вопроса обслуживания сельского населения получило вследствие выхода Постановления СНК РСФСР от 31 января 1930 г. «О порядке обслуживания сельского населения медицинской помощью»⁴. Согласно документу первоочередное право на медицину было предоставлено работникам совхозов и колхозов, а также пастухам, батракам, лесорубам и другим застрахованным лицам. Во вторую очередь обслуживались члены их семей и лишь потом остальное сельское население. Таким образом, был внедрен дифференцированный подход в медицинском обслуживании сельского населения.

В 1929 г. на Урале происходит смена руководящего аппарата органов здравоохранения. Заведующим Уральским облздравотделом был назначен член коллегии Наркомздрава СССР К. А. Коновалов. Первым заместителем заведующего Облздравотдела назначили К. Н. Котельникова. Характерно, что Козьма Николаевич в свои 35 лет отношения к делу здравоохранения никакого до этого не имел. С 1918 г. он был членом ВКП (б), крестьянин. До 1918 г. работал на водном транспорте и заводах. С 1918 г. работал на выборных должностях (член судового

¹ Баткис Г. А., Сломинская И. А. Владимирский М. Ф. – врач-большевик, выдающийся организатор советского здравоохранения // Труды института организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко под ред. Е. Н. Якубова. Вып. 1. М., 1958. С. 36.

² ЦДООСО. Ф. 273. Оп. 1. Д. 3. Л. 25.

³ Сербин Г. М. Здравоохранение в сельско-хозяйственном социалистическом секторе // Уральский медицинский журнал. Свердловск. 1930. № 1. С. 10.

⁴ Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-Крестьянского правительства. 1930. № 5. С. 66.

совета, затонкома, райкомвода) и в качестве заведующего РКИ водного транспорта, на последней должности – председатель Кушвинского РИК¹. Данная ситуация была типичная для советской административно-командной системы начала 1930-х гг., когда в органы власти назначались так называемые «выдвиженцы» – передовые рабочие, выдвинутые на руководящие должности. Однако не всегда данная деятельность шла на пользу. Столкнувшись с новыми для себя условиями, они не справлялись с возложенной на себя ответственностью и необходимой работой.

Отметим, что предыдущего руководителя областного здравоохранения фактически оклеветали и сняли с должности. 1 ноября 1929 г. в газете «Правда» была напечатана статья под заглавием «Почему?», в которой обличался заведующий И. С. Белостоцкий. В частности, было написано, что за счет средств Здраводела Иван Степанович «построил себе в с. Шпаньковское удобную дачу – летнюю резиденцию, на которой содержал конюшню из породистых лошадей. В 1921–1923 гг. он покровительствовал белогвардейцам, а также «темным лицам» без согласования с партийной ячейкой». После выхода статьи в составе Облздравотдела прошли массовые проверки, было принято решение о пересмотре личного состава всех работников, часть служащих, как И. С. Белостоцкий, лишились своих рабочих мест². В дальнейшем, Иван Степанович с 1930 г. работал на строительстве Челябинского тракторного завода, а с 1934 г. руководил благоустройством Челябинска и цехами ЧТЗ, сумев избежать политических репрессий.

Одним из основных направлений советско-партийных органов Урала в конце 1920-х гг. – начале 1930-х гг. стало развитие сети больниц и инфраструктуры. В условиях индустриального развития, упор был сделан на промышленные районы. Однако ситуация усложнялась тем, что будущие промышленные центры создавались фактически «с нуля»: Красноуральск, Магнитогорск, Березники и др. города. Лечебные учреждения вынуждены были перестроить свою работу таким образом, чтобы минимально обеспечить амбулаторной и коечной помощью хотя бы одних рабочих (80–90% всех посещений и коечных больных). Остальному же

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 5. Л. 99.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1. Л. 266.

населению, в том числе членам семей рабочих, медпомощь почти не оказывалась, несмотря на изменение режима работы поликлиник¹. Так, в Лысьвенском заводе прием больных по терапевтическим и хирургическим заболеваниям производился в 3 смены – с 7 часов утра до 20 часов. В Кушве, на Гороблагодатском руднике (3 км от города), амбулаторная помощь почти отсутствовала. В Полевском заводе амбулатория имелась только в основном поселке, поселок же при химическом заводе (4 км от амбулатории) не был ничем оснащен.

Повсеместно в Уральской области отсутствовали медикаменты: кодеины, дионин, героин, морфий, опий, йод, препараты висмута, касторовое масло, танин, салициловый натрий, бромистый калий. Имели место перебои в снабжении с солями кофеина, аспирина, растительными маслами, назелина, валерьянки и т.д.²

В конце 1920-х – начале 1930-х гг. на Урале вводятся в эксплуатацию новые больничные здания. Однако, не смотря на значительное увеличение медицинских учреждений, К. А. Коновалов, руководитель Облздравотдела отмечал, что больничное строительство в 1930–1931 гг. не было выполнено. Основная проблема состояла в обеспечении строительными материалами, которых просто не было. Фонды необходимых материалов для строительства намечались советскими чиновниками в объеме не больше 30% от требуемого заказа, а реализовывались в размере около 3–4% в среднем по Уральской области! Так, 2 декабря 1931 г. был дан наряд УОСНХ на отпуск 12 вагонов цемента для строительства больницы, а уже 27 декабря был аннулирован. 12 декабря 1931 г. был выписан наряд на 6 тонн гвоздей, но 19 числа был отменен³.

Из запроектированных на 5 лет 194,2 млн. руб. на развитие здравоохранения фактически было ассигновано только 75 млн. руб. Из них в 1928–1929 гг. – 3,7 млн. руб., в 1930 г. – 9,5 млн. руб. В 1931 г. и 1932 г. было выделено 20,5 млн. руб. и 38 млн. руб., соответственно, но освоено было всего 9,5 млн. руб. и 13 млн. руб. в каждом из годов⁴. Невыполнение программ строительства медицинских

¹ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3418. Л. 12.

² Там же. Л. 14–19.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 9. Л. 83.

⁴ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3420. Л. 79.

учреждений в годы первой пятилетки советскими органами объяснялось отсутствием вниманием со стороны хозяйственных организаций к медицинскому строительству. Однако в условиях широкого индустриального строительства все основные финансовые средства шли, в первую очередь, на строительство новых промышленных предприятий. Затраты на развитие сети здравоохранения проходило по «остаточному» принципу. Дополнялись проблемы тем, что все хозяйственные расчеты органов здравоохранения строились из цифр 1928 г. Так, стоимость рецепта на одного больного составляла 10 коп. (по ценам 1928 г.), тогда как в 1932 г. фактическое удорожание медикаментов произошло на 70%, а перевязочного материала на 240%.¹

Руководство Уральской области предпринимало активные меры по налаживанию медицинской сети. В 1932 г. вышло постановление Уралобкома ВКП (б) о медобслуживании рабочих промышленных районов. В рамках его реализации количество больничных коек к октябрю 1932 г. по основным 20 промышленным центрам предполагалось довести до 3655 штук, здравпунктов до 54, изоляционных пропускных пунктов до 19, санитарно-бактериологических лабораторий до 14. Местные партийные органы обязывались предоставлять в первоочередном порядке жилую площадь для медицинского персонала, кроме того, предусматривалось повышение зарплаты всем медицинским работникам новостроек на 50% от существовавшей нормы зарплаты медработников².

Уралоблисполкомом в течение 1931 г. вынес три постановления: «О состоянии снабжения лечебных учреждений Области», «О мероприятиях по приведению лечебных учреждений в надлежащее состояние, упорядочение снабжения их и укрепление материального положения медперсонала», «О снабжении лечебных и детских учреждений», которые должны были улучшить состояние системы здравоохранения Урала. Однако выполнение этих постановлений Обснабом, Облсоюзом, Уралснаббытом, Уралторгом не было реализовано в полном объеме. Фонды продовольствия, выделенные Обснабом, не соответствовали нормам, утвержден-

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 9. Л. 101.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 341.

ных Наркомснабом (1932 г.). В место нормы масла на больного в 330 г., отпускали не более 200, маргарина – 200, при норме – 600, мяса полагалось – 2,25 кг, отпущено было 1,8 кг, рыбы – 3,75 кг, получено – 1,2 кг, крупы – 2,5 кг, выдано – 2,35 кг¹. Но, самое главное, даже эти, урезанные нормы продуктов, не выдавались полностью. Первоочередная причина этого заключалась в начавшемся голоде начала 1930-х гг., который не позволял усилить финансирование учреждений здравоохранения. Однако в отличие от начала 1920-х гг. информация о продовольственных затруднениях 1930–1934 гг. замалчивалась, в печати того времени сведения о них отсутствуют. Более того, наличие голода сталинским руководством отрицалось, следовательно, в качестве причины невыполнения планов хозяйственного и продовольственного обеспечения голод официально не мог служить оправданием руководителям на местах.

В Перми было зафиксировано отсутствие в больницах 68% крупы, 78% масла, 52% мяса, 87% растительного масла, 62% рыбы. В Кургане масло не отпускалось вообще, а больницы сообщали, что «продуктов по разнарядке не получают, а снабжаются за счет случайных поступлений». Такие же данные поступали из Ирбита, Коми-Пермяцкого округа, Тагила, Макушино, Троицка, Карабаша, Кушвы, Березников и ряда других районов.

Договора, заключенные больницами с Гортопом, не исполнялись. Температура в лечебных учреждениях понижалась до 7–6 и даже 3 градусов по Цельсию (Златоуст, Пермь, Свердловск, Полевской, Кушвинский и Троицкий район). Обеспечение спецодеждой было еще хуже, на всю Уральскую область в 1932 г. было выдано всего 30 пар сапог, 50 пар ботинок, 29 полушубков, 10 телогреек, что не хватило бы даже на одну крупную больницу².

В таких сложных условиях приходилось вести планомерную работу органам здравоохранения. Но, не смотря на различные трудности и упущения в работе со стороны местных органов власти, в годы первой пятилетки был сделан значительный рывок в деле расширения медицинской помощи. Наблюдается развитие и

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 9. Л. 100.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 9. Л. 101. Об.

укрепление медицинской инфраструктуры. Происходят количественные (см. табл. 2) сдвиги в деле здравоохранения Урала, увеличивается число введенных в эксплуатацию больничных учреждений. Однако как отмечается в архивных документах того времени, организация новой сети больничных учреждений Уральской области происходила в первую пятилетку не за счет нового строительства, а за счет приспособления барачных, жилых домов и других помещений, под медицинские нужды. Фонд лечебных учреждений состоял, в основном, из «деревянных рубленых переоборудованных жилых домов, которые требовали капитального ремонта или замены новыми»¹. Объяснение этому можно найти в материальных возможностях государства в начале 1930-х гг. Как было отмечено выше, основные ассигнования советско-партийных органов были направлены на промышленное производство, проведение индустриализации. При этом, в условиях финансовых дефицитов, органам здравоохранения необходимо было максимально обеспечить доступной медицинской помощью местное население. Поэтому Облздрав Урала предпринимал срочные и чрезвычайные меры по налаживанию сети в индустриальных районах, однако, зачастую, в ущерб качеству строящихся зданий.

Таблица 2

Развитие сети медицинских учреждений в Уральской области
в годы первой пятилетки.

Наименование учреждения	Количество		% увеличения
	1928 г.	1932 г.	
Амбулатории	1029	1436	39,5
Больницы (кол-во коек)	314 (12393)	394 (25736)	25,5 (207)
Тубдиспансеры	21	32	52,3
Вендиспансеры	36	50	38,9
Аптеки	84	284	338
Научно-исследовательские учреждения	2	24	1200

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 285. Л. 2 – 4.

Составлено по: ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3414. Л. 12.

Таким образом, в годы первой пятилетки на Урале в эксплуатацию было введено 407 новых амбулаторий, 80 больниц, более 13 тыс. больничных коек. Расширились учреждения специальной медицинской помощи – 11 тубдиспансеров, 14 вендиспансеров. Больше внимание было уделено развертыванию сети НИИ. За несколько лет, за место существовавших двух, было открыто 22 института, которые были ориентированы не только на медицинскую помощь, но и на подготовку кадров, развитие науки. Вместе с открытием медицинских учреждений увеличивалась и пропускная их способность. На 1 января 1933 г. число коек на 1000 населения по Уральской области составляло 7,9 штук, при средних показателях по РСФСР в 7,7. К примеру, в соседнем с Уралом Сибирском крае было 6,4 койки, а в Чувашской и Башкирской АССР по 8 коек на 1000 населения¹.

Среди введенных в строй амбулаторий не редко стали возникать учреждения диспансерного типа. Они объединяли врачей по самым широким специальностям: педиатров, терапевтов, физиологов, акушеров, хирургов и др. Ставилась задача все внимание в области обслуживания рабочих промышленных центров сконцентрировать на создании и развитии «единого диспансера». Это форма характеризовалась тем, что она носила участковый характер, при этом объединяя в единое целое и лечебную работу и работу по оздоровлению труда и быта². Однако качество медицинской помощи как больничной, так и внебольничной требовало значительного улучшения. В погоне за плановыми показателями по охвату врачебной помощью, которые директивно диктовались советско-партийным руководством и в условиях недостатка врачей, приходилось жертвовать качеством медицинских услуг. В документах того времени отмечается, что амбулаторная помощь даже в городах оказывалась больному в течение 3–4 минут в среднем, из которых не менее 50% времени уделяется канцелярским записям³.

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 1376. Л. 4.

² РГАСПИ. Ф. 357. Оп. 1. Д. 122. Л. 13.

³ Хозяйство Урала. Свердловск. 1933. № 1–2. С. 81.

Однако заметим, что рост медицинской сети наблюдался, в основном, в крупных городах и на промышленных стройках Урала. Финансирование и развитие здравоохранения на селе происходило по остаточному принципу, упор был сделан на промышленные районы Уральской области. Имеющиеся больничные здания в сельской местности были ветхи, не приспособлены и в ряде мест скорее дискредитировали идею медико-санитарного обслуживания, чем ее пропагандировали. Кроме того, в ряде мест медицинских учреждений не было вообще. К примеру, в 1931 г. в 11 сельскохозяйственных районах Уральской области отсутствовали больницы¹. В итоге, большинство колхозного населения в начале 1930-х гг. было лишено возможности воспользоваться качественной медицинской помощью.

Сплошная коллективизация и индустриализация производства обусловили необходимость привлечения значительного числа новых работников. Одним из направлений расширения трудовых ресурсов советские власти считали использование труда женщин. Нищенское вознаграждение за труд основного кормильца в семье – мужчины – заставляло женщин в ущерб семейному быту и воспитанию детей зарабатывать средства к существованию в общественном производстве. Это соответствовало интересам экстенсивно развивавшейся экономики, требующей значительного увеличения количества рабочей силы. В связи с этим, с каждым годом все большее количество женщин было вовлечено в производство и сельское хозяйство. Перед органами здравоохранения возникала новая задача – освобождение «женских рук». Бурный рост ясельных сетей на селе начинается в конце 1920-х – начале 1930-х гг. В резолюции Всероссийского совещания по охране материнства и младенчества, которое состоялось в апреле 1931 г., было указано, что основным органам охраны материнства и младенчества должны были стать ясли удлиненного дня и в том числе, круглосуточные².

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 4.

² Владимирский М. Ф. О задачах здравоохранения в период реконструкции промышленности. // На фронте здравоохранения. 1931. № 13. С. 1–11.

Советское руководство Уральской области отреагировала на новые задачи постановлением Обкома ВКП (б) от 6 апреля 1931 г. «О внедрении женского труда в производство». Согласно документу была поставлена задача широкого развертывания ясельной сети. В связи с этим, уже в 1931 г. было дополнительно выделено 33000 ясельных мест. Всего для осуществления развития сети детских учреждений предполагалось израсходовать 11819,6 тыс. руб., из них 5019,3 тыс. руб. на строительство, 2401,3 тыс. руб. на оборудование и 4399 тыс. руб. на содержание их до конца года¹. Таким образом, если в 1929 г. яслями было охвачено всего 44520 человек (10% охвата), то в весенне-посевную кампанию 1930 г. уже 143273 человека. Под ясли освобождались, в основном, «кулацкие дома», а воспитателями были женщины прошедшие краткосрочные курсы². Всего за период с 1930 по 1933 г. число детских яслей в сельской местности увеличилось со 132 до 3347 учреждений³. При этом, такое внимание к ясельному делу позиционировалось государством как забота, в первую очередь, о женщинах. В городах, на заводах, работницы, благодаря наличию детских яслей должны были стать «участницами социалистического строительства, в деревне, в колхозах, женщина должна была стать строительницей социалистического хозяйства, социалистического земледелия». Как заявил Нарком здравоохранения М. Ф. Владимирский: «Если мы яслей в колхозах не построим, то женщина будет осуждена остаться с ухватами, с детьми, с горшками, быть домашней хозяйкой»⁴.

Дальнейшее развитие сеть дошкольных учреждений получила в связи с выходом постановления ВЦИК и СНК РСФСР от 20 сентября 1932 г. «О ясельном обслуживании детей в городах, промышленных центрах, совхозах, МТС и колхозах»⁵. В рамках закона курирование детских садов и консультаций было возложено на управление яслями, созданное при Наркомздраве и в Облздраве соответственно. Руководство родильными домами и женскими консультациями вверя-

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 323.

² Там же. Л. 214.

³ ЦДОСО. Ф. 4. Оп. 11. Д. 1315. Л. 110

⁴ РГАСПИ. Ф. 357. Оп. 1. Д. 122. Л. 9.

⁵ Собрание узаконений РСФСР. 1932. № 78. С. 345.

лось управлению родовспоможения, которое было создано во всех отделах здравоохранения. Такое внимание советско-партийных органов к обеспечению яслями населения не преминуло сказаться. Число коек только в постоянных яслях в Уральской области в период с 1928 по 1932 гг. возросло с 2122 до 11600 штук, т.е. увеличилось в 5 раз!¹.

Результаты уральского региона в деле обеспечения дошкольными учреждениями были отмечены на всероссийском уровне. Так, Урал в 1932 г. занял первое место в социалистическом соревновании в РСФСР по строительству детских садов и площадок, получив красное знамя. Лучших результатов в Уральской области добился Магнитогорск, здесь в короткий срок построили 65 детских дошкольных учреждений и 91% детей рабочих был охвачен детскими садами. Второе место занял Каменский район в котором 94% детей колхозников посещали детские сады. Первыми об 100% обеспеченности детей рабочих на Урале заявили в г. Кизиле, где в 1934 г. посещали дошкольные учреждения 2700 человек².

На III пленуме Уралобкома ВКП (б) отмечалось, что если в 1928 г. дошкольными учреждениями в Уральской области было охвачено 7 тыс. человек, то в 1932 г. уже 268 тыс.³ Однако вызывает сомнение, являлись ли данные цифры реальностью, тем более, что позднее количество детей, посещающих ясли и детские сады и площадки, было значительно меньшим. Советские власти учитывали временные детские учреждения, организованные, главным образом, колхозами на непродолжительное время, например, полевых работ. Если дети посещали их всего несколько недель, они считались «охваченными», и это давало основание органам здравоохранения составлять отчеты о выполнении планов, спущенных сверху. Что касается условий содержания и воспитания детей, то они для чиновников не имели значения. Поэтому, зачастую, сельские ясли организовывались в плохо приспособленных, даже не отапливаемых зданиях, которые не использовались для колхозных нужд. В архиве даже сохранилось высказывание председателя

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 1376. Л. 36.

² ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 12. Д. 414. Л. 8.

³ ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 11. Д. 4. Л. 33.

колхоза в Шумихинском районе (Челябинский округ) который на замечания санитарной комиссии ввиду недостатков ясельного строительства заявил, что «мне на детях не пахать и заботиться о яслях некогда»¹.

В 1932 г. советское руководство сформулировало основные задачи в сфере здравоохранения на вторую пятилетку. Основной упор в этот период был сделан на развитие лечебной сети «соответственно масштабам проводимой индустриализации». Предусматривалось «дальнейшее значительное усиление работы по здравоохранению трудящихся и в первую очередь широкое проведение санитарно-профилактических мероприятий»². Достичь этого были должны путем расширения медико-санитарной сети, строительства и перестройки медико-санитарных зданий. Было выбрано основное направление капиталовложений – строительство здравпунктов, санитарно-эпидемических учреждений, ясельной сети, учреждений ОЗД и единых диспансеров³.

Однако решение этих задач пришлось осуществлять в сложных условиях. В первую очередь, не хватало финансирования. В 1933 г. на приобретение инвентаря и оборудования для лечебных учреждений г. Свердловска было израсходовано только 9,4 тыс. руб., из запланированных 190 тыс. руб. По охране материнства и здоровья детей из назначенных 80 тыс. руб. было выдано 15 тыс., на санитарно-эпидемиологические нужды освоено только 13 тыс. из 84 тыс. руб.⁴.

Состояние и снабжения медико-санитарных учреждений Уральской области в 1932–1934 гг. требовало самых радикальных мер по улучшению всего дела снабжения учреждений. Такие воспоминания мы находим в источниках: «Больные, даже тяжело больные, питались черным «глиноподобным, кислым хлебом» (1-я городская больница, Институт охраны материнства и детства). Манной крупы для детей не отпускали (Институт охматдет). Ряд больниц области снабжались кислым молоком, яйцами на 50% непригодными к употреблению и овощами в недостаточном количестве. Больные не получали сухофруктов, мяса, сахара, чая и

¹ ОГАЧО. Ф. Р-1595. Оп. 1. Д. 12. Л. 3.

² Вопросы истории и теории медицины / под ред. М. И. Барсукова. М., 1959. С. 90.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 26. Д. 26. Л. 14.

⁴ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 101.

ряда других продуктов (данные по Шатровской больнице, Тюменской, Шумихинской, Полевской, Губахинской, Кизеловской, Звенигородской, Мехонской, Юринской). Калорийность питания доходила до самых низких норм (на обед в Свердловской больнице давали не более 400 калорий)»¹.

Также плохо, как с продовольствием, обстояли дела и со снабжением больниц инвентарем. В медицинских учреждениях был острый недостаток, а не редко и отсутствие белья. В Областной хирургической больнице в г. Свердловск больные лежали без постельных принадлежностей, из-за отсутствия мыла были приостановленные операции в хирургической больнице, не мылись дети в инфекционном отделении. Были значительные недостатки со снабжением спецодеждой, медицинским имуществом, перебои в снабжении медикаментами, перевязочными материалами.

Дополнительные трудности создавали так называемые «спецпереселенцы». Урал был главным районом ссылки крестьян. Сюда везли «кулаков» со всей страны: с Украины, из Белоруссии, Поволжья, Северного Кавказа, Татарии и других регионов страны. В 1930–1931 гг., по данным ОГПУ, в Уральскую область было ввезено 123 547 семей (571 355 человек)².

Однако инфраструктура, медицинская и санитарная составляющая для них была абсолютно не подготовлена. К примеру, медицинская помощь населению Ново-Лялинского района, в котором было шесть поселков спецпереселенцев, находились в неудовлетворительном состоянии. При наличии больницы не имелось врача, обслуживалось население только одним фельдшером. Зубная помощь населению совсем не оказывалась, при необходимости больного приходилось посылать в Надежнинск, Тагил и др. города³. Такие ситуации были характерны для Урала в 1930–1934-х гг. Органы здравоохранения просто не были подготовлены к такому массовому переселению людей. Однако нормативно был установлен порядок в отношении медицинского обслуживания, при котором переселенцы, рабо-

¹ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3414. Л. 31.

² Плотников И. Е. Как ликвидировали кулачество на Урале // Отечественная история. 1993. № 4. С. 162.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 128.

тающие в промышленности и сельском хозяйстве, приравнивались к рабочим и начисления на их зарплату должны были передаваться Соцстраху, поэтому Облздрав должен был оказывать медицинскую помощь «спецпереселенцам» в общем порядке¹.

Кроме отсутствия элементарных санитарных условий распоряжением Наркомлеса и Наркомснаба от 1 января 1932 г. были снижены нормы питания работающих в лесу из числа спецпереселенцев с 9 до 5 кг муки. Это никаким образом не могло обеспечить нормальным питанием рабочих. Из различных районов в Облздраотдел поступали сведения о крупных голоданиях. В Чердыне 800 рабочих не могли выйти на работу, т.к. лежали с температурой 34–35 градусов, на почве чего развивалась массовая смертность. В Красновишерском Леспромхозе взрослые поедали паек детей. В поселке Дресвянка за февраль 1932 г. умерло от истощения 30 чел. из 500 чел. жившего населения. Нередки были случаи, когда спецпереселенцы возвращались с работы, падали и тут же умирали².

В Верхотурье в больнице ежедневно лежало не менее 20 чел. тяжелобольных с голодными отеками, а т.к. такого рода больных была масса, то в больницу они уже поступали в состоянии, когда помочь удавалось в исключительных случаях и большинство умирало через несколько дней. Резкий недостаток питания заставлял искать рабочих суррогаты: опилки, березовую кору, болотный мох. Наблюдались случаи поедания кошек, собак, крыс, поедание трупов павших животных. Не редки были случаи самоубийства на почве голода. В Чусовском районе, среди колхозников, приехавших из Бердюжского и Лебяжского районов уже в истощенном виде, начались голодные отеки, «люди представляли собой мешки, налитые водой»³.

Ослабленные от недоедания спецпереселенцы давали лишь 28 – 50% нормы выработки. Рабочий, попавший по случаю того или иного заболевания из-за нетрудоспособности на больничный, начинал получать иждивенческий паек, кото-

¹ РГАСПИ. Ф. 18. Оп. 3. Д. 840. Л. 10.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 341.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 342.

рый был еще меньше и это в то время, когда ему необходимо было наоборот улучшенное питание для скорейшего выздоровления ¹.

Естественно, такое положение дел не могло сказаться благоприятно на санитарном положении Уральской области. Именно в начале 1930-х гг. в уральском регионе происходят вспышки эпидемиологических болезней и в большинстве своем в местах расположения спецпереселенцев.

17 января 1934 г. постановлением Президиума Всероссийского Центрального исполнительного комитета подписанного М. Калининым, Уральская область была разделена на три отдельных субъекта – Свердловскую область с центром в г. Свердловск, Челябинскую со столицей в г. Челябинск и Обско-Иртышскую с центром в г. Тюмень. Таким образом, в состав Свердловской области вошел один национальный округ, 9 городов и рабочих поселков подчиненных непосредственно ОБЛИКу, 51 район, в Челябинску один нацокруг, 5 городов и 55 районов. Обско-Иртышская область была сформирована из 2 национальных округов, 1 города и 6 районов².

Таким образом, период с 1929 по 1934 г. стал самым сложным в организационном плане для органов здравоохранения в советскую довоенную эпоху. Интересы медицины были подчинены, главным образом, коллективизации и промышленному строительству региона. Выделяемых финансовых средств не хватало на развитие здравоохранения. В результате план строительства больничных учреждений и их материально-бытовое снабжение в первую половину 1930-х не был выполнен. При этом отметим, что несмотря на отсутствие достаточных материальных средств, голод 1930–1934 гг. к середине 1930-х гг. на Урале, как и по всей стране, была создана широкая сеть медицинских учреждений и амбулаторий. Если на территории Свердловской области (в границах 1934 г.) в 1929 г. работало 227 амбулаторий, то в 1934 г. их количество было уже 360. Число больниц, за тот же период увеличилось с 187 до 266³. Этого удалось достичь за счет приспособ-

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 342.

² ГАРФ. Ф. 1235. Оп. 76. Д. 77. Л. 69.

³ Селезнева В. Т. Здравоохранение Урала «лицом к производству» (1930–1934) // Советское здравоохранение. М., № 4. С. 26.

ления не профильных медицинских зданий, а также построения «временных», на первых порах, деревянных зданий в промышленных центрах региона. Органам здравоохранения, зачастую путем дифференциации врачебной помощи, удалось решить первоочередную задачу данного периода – обеспечить минимальной медицинской сетью работников индустриального сектора, в том числе, за счет организации медпунктов на предприятиях. Так, в 1934 г. в городах Свердловской области было уже 157 здравпунктов, из них 102 врачебных – учреждения, которые были непосредственно приближены к промышленным предприятиям и медицинскому обслуживанию рабочих¹.

Важное событие происходит в 1936 г. – создание наркомат здравоохранения союзного значения. Данное решение на порядок усилило централизацию прямого государственного руководства. Была установлена единая система здравоохранения по всему СССР. Первым наркомом здравоохранения общесоюзного значения стал Г. Н. Каминский. Под руководство Наркомздрава перешли все высшие медицинские организации и институты, фармацевтическая промышленность, курорты, санитарные учреждения².

Существенные изменения в организации медицинской помощи населению происходят по второй половине 1930-х гг. Большую роль в этом сыграл приказ Наркомздрава СССР «Об улучшении работы учреждений внебольничной помощи и мерах по снижению заболеваемости» (1937 г.). В основу работы учреждений был положен участково-территориальный принцип. Были определены структура и функции каждого типа внебольничного учреждения – здравпунктов и поликлиник на предприятиях, амбулаторий, детских и женских консультаций, специальных диспансеров и т.д., а также конкретизированы обязанности всех категорий медицинских работников. На амбулаторного ординатора возлагалось ведение амбулаторного приема, лечение больных на дому. Помимо этого, он должен был вести профилактическую, противоэпидемическую и санитарно-просветительскую рабо-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 2690. Л. 35; Свердловская область в цифрах. Краткий статистический справочник. Свердловск. 1936. С. 165.

² История медицины СССР / под ред. Б. Д. Петрова. М., 1964. С. 203.

ту на своем участке. Для улучшения стационарной помощи каждый ординатор прикреплялся к больнице, и в его распоряжении было определенное количество коек.¹

Охрана здоровья жителей села является частью всего здравоохранения. Поэтому основные принципы, присущие здравоохранению в целом, характерны и для сельского здравоохранения. Однако в сельских условиях понятие доступности медицинской помощи не следует отождествлять с территориальным приближением, поскольку осуществить это не всегда представляется возможным. В связи с этим речь идет о такой системе, при которой было бы возможным оказание или организация оказания своевременной, адекватной и в полном объеме медицинской помощи.

Коренное изменение системы сельского медицинского обслуживания населения связано с постановлением СНК СССР от 27 июня 1936 г., в результате которого началось значительное увеличение в сельских местностях акушерских пунктов, родильных домов. Колхозный родильный дом представлял собой родовспомогательное учреждение с постоянными койками, организованное в основном за счет средств колхозов, в целях максимального приближения стационарной родильной помощи к сельскому населению. Организацией колхозного родильного дома руководили местные органы здравоохранения, но 75% средств стоимости их организации вносили колхозы и только 25% строительства шло за счет государственного бюджета. Для непосредственного руководства учреждением каждый родильный дом прикреплялся к врачу ближайшего медицинского участка или больницы, который контролировал его работу, приезжая в него не реже одного раза в месяц, а также по вызову акушерки².

Создание «родильных домов» было очень важно как с точки зрения оказания медицинской помощи, так и с точки зрения санитарии. Распространение таких домов фактически ознаменовал полный переход от повивальной службы к специализированной помощи в сельской местности. Интересно, что до 1933 г. в

¹ Виноградов Н. А. Здравоохранение в предвоенный период (1935–1940 гг.). М., 1955. С. 109.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 15. Л. 193 – 194.

Уральской области не существовало ни одного самостоятельного родильного дома на селе, а общий охват по родовспоможению до 1937 г. женщинам сельской местности не превышал 40%, тогда как в городах обращались за помощью гораздо чаще – 92%.

Сразу после выхода распоряжения советско-партийные органы приступают к его выполнению. В результате на Урале начинается бурный рост количества самостоятельных и колхозных роддомов (табл. 1 приложений). Если в 1933 г. во всей Уральской области не существовало родильных домов в сельскохозяйственных местностях, то уже в первый же год после постановления СНК органы здравоохранения, для выполнения директивы, мобилизовали все имеющиеся ресурсы, построив более 30 отдельных колхозных роддомов. Однако первоначально такие дома представляли собой редко специализированные помещения, зачастую с одной – двумя койками. В дальнейшем, в конце 1930-х–начале 1940-х гг., после становления колхозной родильной системы, советские органы власти пошли по пути увеличения оборудования имевшихся роддомов. Параллельно, с 1937 г. идет бурный рост родильных домов в городе. Важным фактором в этом сыграло постановление Правительства о запрещении абортов и улучшении материально-бытового обслуживания матери и ребенка¹, что определило большой рост родильных коек. Данное постановление также послужило росту новой сети детских яслей, женских и детских консультаций в городах и селах.

Реформирование советской сельской медицины завершилось Постановлением СНК СССР «Об укреплении сельского врачебного участка» (23 апреля 1938 г.). Согласно документу было запрещено районным исполнительным комитетам отзывать или переводить сельских участковых врачей с участковой работы на районную или другую деятельность. Переводы врачей, направленных для службы в участке, в течение первых трех лет их работы могли производиться только с разрешения Наркомздрава, направившего врача на данную работу, а по истечении этого срока – с разрешения Облздравотдела. Этим документом была утверждена сеть врачебных участков, произошло перераспределение содержания этих участ-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 26. Д. 39. Л. 33.

ков с сельских бюджетов на районные, обеспечив при этом медицинские пункты различными учреждениями. В зависимости от характера основной организации, обслуживающего прикрепленный к нему участок района, это устройство именовалось «сельский больничный врачебный участок» или «сельский амбулаторный врачебный участок»¹.

Участок объединял в работе все фельдшерские, фельдшерско-акушерские, акушерские пункты, самостоятельные и колхозные родильные дома, постоянные и сезонные сельские ясли, специальные пункты и станции на закрепленной за врачебным участком территории. За сельским врачебным участком закреплялась определенная территория – участок района со всеми расположенными на нем населенными и промышленными пунктами².

Для оказания помощи в организации работы и консультации по медицинским вопросам к сельским врачебным участкам прикреплялись врачи районной больницы и специализированных больниц района. Участковая работа проводилась путем организации плановых выездов на участок врачебного и среднего медицинского персонала учреждений участка на основе общеучасткового производственного плана и графика этих выездов. Внеплановые выезды делались для оказания родильной помощи на дому, по эпидемическим случаям, по вызову лечпрофучреждений участка, для оказания неотложной помощи и по другим экстренным случаям.

Сельский врачебный участок обязан был оказывать бесплатную амбулаторную помощь и населению с других медучастков и районов, а амбулаторную помощь обязаны были нести все врачи участка. Кроме того, врачи проводили медицинский осмотр школьников (не реже 2-х раз в год), обеспечивали проведение необходимых для школьников прививок, осуществляли санитарный надзор за помещениями школ, общежитий и ФЗУ³. О формировании данной системы свиде-

¹ Трофимов В. В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет. М., 1967. С. 193.

² Сафонов А. Г. Медицинская помощь населению в РСФСР. М., 1961. С. 261.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 16. Л. 167 – 170.

тельствует отчет руководителя Свердловского облздравотдела составленный в 1939 г. по организации медицинской помощи населению Урала.

Таким образом, была создана единая система сельского обслуживания населения, схожая с городской. Теперь житель села мог воспользоваться практически любой медицинской помощью, с обязательным прикреплением к больнице и врачам. Была заложена основа сети районных больниц и учреждений. Одним из базовых принципов здравоохранения становится участково-территориальный принцип оказания медицинской помощи. Упорядочились структура и функции каждого типа учреждений внебольничной помощи, были уточнены обязанности всех медицинских работников.

Участково-территориальный принцип лег в основу направления деятельности органов здравоохранения в этот и последующий период. Его применение расширило содержание и методы амбулаторно-поликлинической сети. Его смысл заключался в делении территории на несколько участков. Работа на нем поручалась врачу-терапевту (участковому ординатору), который был организатором дела здравоохранения на вверенной ему территории ¹. К примеру, на Урале к концу 1930-х гг. почти каждый район был обеспечен хотя одной больницей и амбулаторией с врачами высшей категории, в которую могли обратиться жители соответствующего участка. Такая связь между больным и лечебно-профилактическим учреждением не только повышала качество медицинского обслуживания, но и бесперебойную госпитализацию больных, требующих стационарного лечения.

Во второй половине 1930-х гг. на Урале в сеть здравоохранения начинает вовлекаться широкая общественность. Распространение получают занятия в кружках «Первой помощи». Характерно, что актуальность данных занятий обосновывалась возможностью обучения при оказании первой медицинской помощи при несчастных случаях на производстве и в быту, а также «необходимостью знать основные медицинские приемы по уходу за больными, на случай вооруженного нападения капиталистических странах на Советское государство». В рамках

¹ Гомельская Г. Л., Коган Е. Я., Логинова Е. А. Очерки развития поликлинической помощи в городах СССР. М., 1971. С. 180.

курса рассказывалось про характер будущих войн, неизбежность вовлечения в нее мирного населения, опасности воздушно-химического нападения для тыла, необходимости участия широких масс населения в обороне СССР.

Курс был рассчитан на 16 тематических занятий, в процессе обучения рассматривались различные темы. Уделялось внимание первой помощи при переломах, вывихах и ушибах, первой помощи при кровотечениях и уход за раной, давались общие сведения о заразных болезнях и борьба с ними, правильное проведение искусственного дыхания и первая помощь при отравлении, первая помощь при несчастных случаях и переноска, транспортировка пострадавшего. В течение курса обучающиеся три раза посещали лечебные заведения, знакомились с комнатой и постелью больного, в конце сдавали экзамен по усвоению пройденного материала¹.

Подводя итог развитию здравоохранения во второй половине 1930-х гг. необходимо отметить, что масштабность проводимых в отрасли здравоохранения преобразований сопровождалась высокой исполнительской дисциплиной, обусловленной жестким контролем со стороны органов ВКП (б). Однако общее повышение материального благосостояния общества и изменение принципов оказания медицинской помощи по участково-территориальному принципу положительным образом сказалось на показателях сети уральского здравоохранения. Рассмотрим некоторые основные показатели обеспеченности населения Свердловской области лечебными учреждениями за период с 1933 по 1938 гг.

Таблица 3

Динамика сети учреждений внебольничной помощи
по промышленным и сельским местностям Свердловской области
в 1933–1938 гг.

Показатели	Число учреждений			
	На 1/1 1933 г		На 1/1 1938 г	
	Город	Село	Город	Село

¹ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3417. Л. 115–116.

Сеть врачебных учреждений вне-больничной помощи (амбулатории, поликлиники, диспансеры и пр.)	296	123	367	215
Фельдшерских амбулаторий и пунктов	96	393	73	691
Общее количество коек в них	11280	1996	17081	3609

Составлено по: ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1303. Л. 2. (В территориальных границах 1936 г. вместе с Пермской областью)

Таким образом, рост числа учреждений внебольничной помощи наблюдался как в промышленных районах, так и сельских местностях. В городах за 5 лет рост сети врачебных учреждений составил 23%, еще более значительное увеличение произошло в сельскохозяйственных территориях – 74%. Вместе с тем, для приближения медицинской помощи на селе начали открываться новые фельдшерские пункты – их рост составил 87%. В городе, наоборот, начинается постепенная замена фельдшерских амбулаторий на полноценные больницы. С увеличением больничных учреждений различного типа идет рост больничных коек – на 51% и 80% соответственно.

На Урале проходил постепенный рост медицинского технического оборудования. Так, число физио-терапевтических кабинетов по Свердловской области возросло с 23 до 89 (из них 4 на селе), т.е. увеличилось на 286%. Возросло количество рентгеновских аппаратов с 44 до 106. Не многим меньше рентгеновских аппаратов было в Пермской области, где к 1940 г. их число достигло 72 установок¹. Увеличилось количество специализированной медицинской помощи. К примеру, диагностических лабораторий в Свердловской области было 79 кабинетов. Вновь было организовано зубо врачебное обслуживание, которое до революции осуществлялось частновладельческими кабинетами. К началу 1938 г. в Свердлов-

¹ ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 5. Д. 200. Л. 65

ской области насчитывалось 150 зубо­врачебных кабинетов в городах и 45 на селе¹.

Итого, за годы второй пятилетки были мобилизованы все имевшиеся и потенциальные возможности. К проблемам здравоохранения удалось привлечь внимание партийных и советских органов, обеспечить участие промышленных новостроек и колхозов в расширении лечебной сети. В целом, предвоенные годы для уральского здравоохранения – созидательный период, время повсеместного строительства, радикального расширения материальной базы. В уральском регионе происходило развитие первичной и специализированной помощи, создание мощного конгломерата научных и учебных заведений.

В течение 1930-х гг. активное развитие на Урале получила сеть родильных домов, женских и детских консультаций, разрослась система ясельного обслуживания населения. Так, в городах Свердловской области к 1940 г. было организовано 354 постоянных яслей для 18000 детей, в селах и колхозах – 713, но при этом мест в них насчитывалось 14500. Общее количество коек в постоянных яслях составило более 32000 кроватей. Такая разница в количестве мест между городом и деревней объясняется необходимостью обеспечить каждое сельское поселение, даже с небольшим количеством детей, отдельным учреждением, в городах же, в основном, создавались большие ясельные центры. При этом в селах разворачивались так называемые сезонные ясли, где зачастую, были дети до трех лет. Таких яслей в 1940 г. было организовано Свердловской области 1016 учреждений, в которых побывало более 20000 детей. В соседней Челябинской области общее количество мест в постоянных яслях к 1940 г. составляло около 31500 единиц. Однако отставала Молотовская область, там к этому же году было всего чуть более 15500 мест². Число родильных коек на территории Свердловской области увеличилось с 841 (1932 г.) до 3177 (1940 г.) постоянных больничных коек. В Челябинской области этот же показатель увеличился с 901 (1932 г.) до 2905 (1940 г.), а в Молотов-

¹ Ростоцкий И. Т. Рост советского здравоохранения на Урале // Советская медицина. М., 1938. С. 39.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 3325. Л. 44.

ской области с 599 до 2058 соответственно. Широкое распространение на Урале получили учреждения по охране здоровья детей и женщин – консультации. В Свердловской области их количество возросло с 35 (1932 г.) до 92 (1940 г.). За тот же период в Челябинской области рост составил с 39 до 111, а в Молотовской с 35 до 92 учреждений¹.

За рассматриваемый период на Урале увеличилось в разы количество больничных учреждений и коек в них. Так, до прихода к власти большевиков, в 1913 г., на территории Свердловской области насчитывалось 44 больничных здания, в 1932 г. их число увеличилось до 132, а перед Великой Отечественной войной, в 1940 г. – 218, т.е. увеличилось в 5 раз! В Челябинской области количество больниц увеличилось с 44 (1913 г.) до 201 (1940 г.)² (см. приложение 7). В Пермской области к 1940 г. функционировало 187 больниц (в 1913 г. – 73)³. При этом модернизировались существовавшие до этого медицинские учреждения и увеличивалось количество коек в них (см. приложение 8). К примеру, в Березниковской больнице Пермской области число мест в начале 1930-х гг. составляло всего 75 коек, а к 1940 г. ее вместимость возросла до 505 кроватей⁴.

К концу рассмотренного этапа были решены актуальные для начала 1930-х гг. проблемы: содержание медицинских учреждений, их текущий ремонт, обеспечение необходимым продовольствием. В архивных документах отмечается, что к 1939–1940 гг. большинство больниц, даже небольших районов Пермской области были отремонтированы и обеспечены бесперебойной подачей топливными и заготовительными материалами⁵. Вместе с тем, было нормализовано питание больных, которое стало соответствовать общесоюзным нормативам⁶.

Однако количество больниц не дает общего представления о возможности воспользоваться медицинской помощью. Для этого рассмотрим коэффициент обеспеченности населения больничной помощью – количество коек на 1000 насе-

¹ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 192. Л. 34.

² РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 192. Л. 5.

³ ГАРФ. Ф. 4372. Оп. 38. Д. 60. Л. 192.

⁴ ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 6. Д. 232. Л. 82

⁵ ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 6. Д. 218. Л. 58.

⁶ ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 5. Д. 200. Л. 39; ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 6. Д. 217. Л. 15.

ления. В Свердловской области в 1913 г. он составлял 0,96, а в 1940 г. – 5,7. В Челябинской области увеличение произошло с 0,66 (1913 г.) до 4,75 (1940 г.), а в Молотовской области с 1,86 до 5,38 соответственно. При этом советско-партийные органы совместно с местными отделами здравоохранения к концу заявленного периода даже смогли превзойти средние показатели по РСФСР, где в 1940 г. на 1000 населения было 4,67 койки (см. приложение 9)¹.

Наряду с колоссальным ростом здравоохранения на Урале в городах, много было сделано и по организации медицины на селе. Так, в сельской местности Свердловской области в 1913 г. было 1792 больничные койки, а в 1938 г. их количество возросло до более 3500 кроватей. Вновь было создано 115 врачебных амбулаторий, 282 фельдшерских пункта. Организовано 12 физио-терапевтических и 14 рентгеновских кабинетов².

Однако, несмотря на ощутимый рост качественных и количественных показателей системы здравоохранения СССР в целом, так и Урала, в частности, по некоторым аспектам советская медицина существенно отставала от западных стран. К примеру, к концу исследованного периода младенческая смертность в Свердловской области составляла 271 чел. на 1000 родившихся³, что было сопоставимо с общесоюзными данными. Тогда как в Италии, Франции она не превышала 100 детей, а в США и Канаде – 65⁴. При этом стоит учитывать, что сравнить системы медицинского обслуживания в целом не представляется возможным, так как советское здравоохранение было бесплатным, а западное – основанное на страховой медицине.

Подводя итог, отметим, что на Урале перед началом Великой Отечественной войны не было ни одного административного района, не имеющего ни одной больницы, не обладающих хотя бы одной врачебной амбулаторией, не распола-

¹ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 192. Л. 14.

² Уральский рабочий. 1938. 20 июля.

³ Корнилов Г. Е. Эволюция младенческой смертности на Урале в первой половине XX в. // Уральский исторический вестник. Екатеринбург, 2014. № 3. С. 81.

⁴ Калабеков И. Г. СССР и страны мира в цифрах. Справочное издание. М., 2017. С. 220.

гающего врачами высшей квалификации¹. Органам здравоохранения за этот период удалось создать стабильную материально-техническую базу обеспечивающую нужды населения. За период 1920–1930-х гг. складывается советская государственная централизованная система здравоохранения, которая претерпевает неоднократное видоизменение за прошедший период. Однако главное достижение советской власти связаны с организацией общедоступной, бесплатной медицинской помощи населению. Была достигнута цель, заявленная при строительстве советского здравоохранения, не смотря на различные трудности.

1.2. Подготовка кадров и обеспечение учреждений здравоохранения квалифицированным медицинским персоналом

Обеспечение здравоохранения качественными медицинскими кадрами – залог успеха для любой системы оказания медицинской помощи населению. Именно от кадрового потенциала в большой мере зависит результативность и качество здравоохранения. В дореволюционной России проблема врачебных кадров являлась острой и актуальной. На всю страну, населению которой составляло в 1913 г. 159 млн. человек, имелось лишь 28 000 врачей, большинство которых практиковали в крупных городах европейской части страны, и 46000 средних медицинских работников².

С ликвидацией земств все врачи и средний медицинский персонал продолжали работать на своих местах. Автор «Очерков по развитию медицины и здравоохранения на Среднем Урале» В. Т. Селезнева утверждает, что ей не удалось выявить ни одного случая, когда бы врачи по политическим мотивам отказались от работы. Для большинства врачей важнейшим принципом было бережное отношение к достигнутым успехам земско-медицинского прошлого³. К примеру, в Челябинске продолжили работу городской врач С. Е. Мазин, уездный врач А.М. Кир-

¹ Уральский рабочий. 1940. 26 декабря.

² 60 лет советского здравоохранения. М., 1977. С. 37.

³ Селезнева В. Т. Очерки по развитию медицины и здравоохранения на Среднем Урале. С. 9–10.

кель. В результате, после прихода к власти большевиков, врачебный персонал продолжил работу и был занят в аппарате управления медициной. Так, в состав медицинской коллегии Пермского губернского врачебно-санитарного отдела вошли ведущие деятели земской медицины. Председателем коллегии был избран И. К. Курдов – видный организатор, начинавший свою деятельность участковым врачом в Красноуфимском уезде, а позднее возглавлявший санитарное бюро Пермского губернского земства. Коллегия развернула энергичную деятельность. С 6 марта по 11 октября 1918 года состоялось 20 заседаний медицинской коллегии, на которых был рассмотрен 141 вопрос. Наибольшее внимание уделялось вопросам, связанным с организацией противоэпидемических мероприятий.

Тем не менее, были и не согласные с советской властью. В Чердыни был арестован заведующий больницей Ю. В. Витман за то, что призывал к вооруженному выступлению против Красной гвардии¹. Вероятно, такие случаи имели место на Урале, но они были единичными. Однако среди врачей были и те, кто пострадал от действия советских властей. После покушения Ф. Каплан на жизнь В. И. Ленина большевики объявляют о политике «красного террора». По стране проходят аресты с целью выявления оппозиционно настроенного населения к советскому правительству. По этой причине в 1918 г. был задержан, как заложник, уважаемый на Урале врач, А. И. Смородинцев, проработавший в Багаряке около 30 лет, который в скором времени был расстрелян без применения к нему судебного обвинения².

После освобождения Урала в июле–августе 1919 г. от войск Колчака, с отступавшими войсками уходили и медицинские работники, в регионе остро встала проблема нехватки врачебных кадров в системе здравоохранения. После окончания Гражданской войны в Екатеринбургской губернии общая нехватка врачей составляла около 100 специалистов. Остался всего 21 врач из 120 имеющих в довоенное время³. Однако для этого времени сложно найти достоверные данные по

¹ Коллекция документов фонда Документографической информационно-поисковой системы Свердловского областного музея истории медицины (ДИПС СОМИМ) (инв. № 1781)

² ГАСО. Ф. 829. Оп.1. Д. 22. Л. 170.

³ Новоселов Р.С. Истории становления советского здравоохранения на Урале // Советское здра-

количеству работающего персонала. В интервью И. С. Белостоцкого газете «Уральский рабочий» в 1920 г. указывается, что после отступления белых в Екатеринбургской губернии осталось «около тридцати человек»¹. Однако среди них остались врачи с многолетним стажем, известные среди населения – С. П. Шишов, Л. В. Лепешинский, В. А. Падучев, В. М. Онуфриев, А. М. Новиков, С. А. Миславский². Схожая ситуация была и в других районах Урала. Так, в Челябинской губернии в 1919 г. насчитывалось 10 врачей³. Их не хватало даже для работы в больницах, например, в Челябинской городской больнице, работал лишь один фельдшер. Затруднялось положение тем, что имевшиеся средние медицинские работники не обладали должной квалификацией. Так, при осмотре больницы в Челябинске в 1920 г. комиссией здравоотдела отмечается «абсолютная неумелость медицинского персонала разбираться в том, кто подлежит стационарному лечению, а кто амбулаторному»⁴. При этом основная часть врачей Урала работала в городах – 78% имевшегося высшего медицинского персонала и только 22% были трудоустроены в сельской местности⁵. Советские власти прилагали огромные усилия для привлечения сотрудников. Так, заведующий Екатеринбургским Губздравотделом И. С. Белостоцкий в 1919–1920 гг., даже встал на незаконный путь предоставления прибавок «за вредность» и выдавал работающим в губернии врачам дополнительный красноармейский паек. Однако это не решило проблему недостатка врачебного персонала, специализированные сотрудники практически отсутствовали.

Первоначально не мог помочь с решением кадрового вопроса и Наркоздрав РСФСР, который не мог направить врачей из центра на Урал, ввиду того, что врачей не хватало повсеместно. Красноречиво охарактеризовал обстановку с положением дефицита медицинских работников на Урале заведующий Екатеринбургским Губздравотделом И. С. Белостоцкий в письме заведующему организацион-

воохранение. 1968. № 1. С. 69.

¹ Уральский рабочий. 1920. 1 августа.

² Уральский рабочий. 1987. 29 сентября.

³ ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 1. Д. 33. Л. 1–4.

⁴ ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 1. Д. 134. Л. 70.

⁵ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 253. Л. 18.

ным отделом Наркомздрава Березину в октябре 1920 г.: «Врачей у нас страшно мало, но их я у Вас уже не прошу, – видно это безнадежно. Но очень скверно, что даже единственный в губернии рентгеновский кабинет у нас бездействует за отсутствием рентгенолога. Вот о присылке его я продолжаю просить»¹.

Затруднял процесс привлечения квалифицированного медицинского персонала отбор «по классовой линии». Каждый поступающий на врачебную службу должен был заполнить подробную анкету, где присутствовали такие графы, как сословие, национальность, семейное положение, имущественное положение, образование, служба в старой армии, в Красной армии, Белой армии, состояние на особом учете, какие должности занимал на государственной службе, в каком профсоюзе состоял, принадлежность к политическим партиям (или причины не вступления в партию), ваш взгляд на революцию вообще и на революцию в России частности². Таким образом, часть работников автоматически не могла устроиться на врачебную службу имея «классово неверные взгляды на социалистическую революцию в России».

Для сохранения имеющихся медицинских кадров советским властям в первые годы пришлось пойти на прикрепления врачей к соответствующим больницам. Екатеринбургский губернский исполком издал постановление №27 (1919 г.), который воспрещал перемещение, перевод и освобождение медицинских работников без согласия соответствующих губернских отделов³, а так же были отменены всякие командировки, без ведома Губздрава⁴. Соответствующее распоряжение партийных органов было издано в Пермской губернии, где органам здравоохранения предписывалось «сократить до минимума командирование врачебного персонала»⁵.

Вместе с тем, для учета всего врачебного персонала происходила перерегистрация медицинских работников. Так, в ноябре 1920 г. в Челябинской губернии

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 2. Д. 85. Л. 7. Об.

² ГАСО. Ф. Р-737. Оп. 1. Д. 1. Л. 108.

³ ГАСО. Ф. Р-737. Оп. 2 Д. 4. Л. 1.

⁴ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 3. Л. 11.

⁵ ПермГАСПИ. Ф. 557. Оп. 3. Д. 322. Л. 25.

учету подлежали все врачи, лекарские помощники, акушерки, зубные врачи, фармацевты, сестры милосердия, которые как состояли на службе, так и были безработными¹. Проведение таких мероприятий объяснялось, в первую очередь, необходимость задействования всего медицинского персонала для оказания лечебной помощи, привлечению к борьбе с эпидемиями. Отменим, что в это же время выходит Постановление СНК регулирующее совместительство медицинских работников (1920 г.). В нем указывалось, что «совместительство во всех отношениях явление крайне нежелательное, терпимое только при остром недостатке врачей»². Однако как показала практика, вплоть до конца 1930-х гг. на Урале часть врачей вынуждена были работать на нескольких службах ввиду дефицита медицинских работников и низкой заработной платы.

Одним из основных каналов формирования медицинских работников после прихода к власти большевиков на Урале стало привлечение к работе в гражданских больницах военных медиков. Демобилизованные врачи, санитары, направлялись на фельдшерские участки в уездах. Частично проблема решалась даже за счет работы военнопленных и беженцев. Так, в списке Челябинской инфекционной больницы от 3 декабря 1919 г. кроме врача и фельдшера числилось 3 польских подданных, 5 бывших военнопленных, 13 австрийцев. Они замещали должности фельдшеров, санитаров, поваров, кучеров³. Однако они не могли полностью решить проблему недостаточности персонала. Важным направлением решения кадрового дефицита становится переобучение имеющегося младшего и низшего медицинского персонала в фельдшерско-акушерских школах Урала. Так, с 1920 г. в Екатеринбургском уезде должности «учениц» при родильных отделениях или в родильных домах были упразднены. Они обязаны были занимать должности сиделок или помощниц сестер милосердия, перед этим пройдя теоретический курс и получив диплом в медицинских школах. Подобные курсы были открыты и в других соседних губерниях Урала. Так, еще раньше, в октябре 1919 г. курсы по под-

¹ ОГАЧО. Ф. Р-255. Оп. 1. Д. 68. Л. 102.

² ОГАЧО. Ф. Р-225. Оп. 1. Д. Д. 20. Л. 5.

³ Алексеев Н.А. От земской управы до гоздравотдела (1917–1927). Челябинск, 2016. С. 62.

готовке медсестер были открыты в Челябинской губернии. Там, всего за один год состоялось три выпуска медицинских сестер¹. В конце 1919 – начале 1920-го гг. в Перми были открыты курсы сестер по уходу за грудными детьми². Кроме медицинских работников в Челябинской губернии в конце 1919 г. начали готовить на краткосрочных курсах аптекарских помощников³.

Однако положение учащихся в медицинских школах было неудовлетворительным. Такие сведения находим в письме заведующей фельдшерско-акушерской школой Екатеринбурга Ф. Кленовой о материальном положении учебного заведения от 25 августа 1920 г.: «Учащиеся Екатеринбургской фельдшерской школы в смысле социального обеспечения находятся в очень плохих условиях – им выдается 1414 руб. в месяц, из которых вычитается за продовольствие в столовой городской потребительской коммуны 28 руб. 70 коп. ежедневно, т. е. на руки им приходятся сущие гроши, между тем питание в городских столовых крайне недостаточное. Ни обуви, ни мануфактуры не выдается, большинство буквально босы»⁴.

Отметим, что в 1919 г. подготовка средних медицинских кадров перешла из ведения Народного комиссариата просвещения в Народный комиссариат здравоохранения. Фельдшерские школы были реорганизованы в фельдшерско-акушерские. Начали создаваться фармацевтические и зуботехнические школы, которых в дореволюционной России не существовало.

Планомерная организационная работа органов здравоохранения Урала по привлечению врачебного персонала в первые годы советской власти дала свои результаты. Уже в 1920 г. в Екатеринбургской губернии насчитывалось 76 врачей и 676 фельдшеров. В соседней Челябинской губернии за этот же период количество высшего врачебного персонала достигло 35 человек и 295 представителей среднего медицинского персонала⁵. В Пермской губернии к концу 1921 г. работало 77

¹ ГАСО. Ф. Р-737. Оп. 2. Д. 7. Л. 34.

² ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 329. Л. 10.

³ ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 1. Д. 112. Л. 3.

⁴ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 125. Л. 35.

⁵ ГАРФ. Ф. А-482. Д. 23. Оп. 10. Л. 79.

врачей, но это было меньше, чем в досоветский период. Так, в 1914 г. на территории уездов губернии работало 136 высококвалифицированных специалистов¹. В итоге, процент обеспеченности во врачебных кадрах Урала оставался достаточно низким. Так, в разных губерниях Уральского региона, недостаток врачей варьировался от 50 до 80%. Для решения вопроса дефицита медицинских работников советское руководство выпустило постановление Совета Труда и Оборона РСФСР от 29 июня 1921 г. «О государственной трудовой обязанности медработников и об их обязательной работе по профессии». В результате на медицинскую деятельность в обязательном порядке привлекались все имевшиеся в губерниях сотрудники, кто имел даже малейшую медицинскую подготовку. Лица, располагавшие медицинским образованием, не могли привлекаться на другую работу, кроме органов здравоохранения².

Голод, который разразился в начале 1920-х гг. в Поволжье и на Урале, заставил пересмотреть кадровую политику органов здравоохранения в отношении командирования сотрудников. Наркомат здравоохранения РСФСР, чтобы предотвратить развитие эпидемических заболеваний, вынужден был экстренно перебросить врачебный и средний медицинский персонал в районы охваченные голодом. Так, в 1921–1922 гг. НКЗ командировал 277 врачей, 554 фельдшера и 554 сестры милосердия в различные районы РСФСР. Часть врачей, были направлена на Урал. К примеру, в Екатеринбургскую губернию прибыло 30 врачей, 60 фельдшеров и медсестер. Пермская губерния пополнилась 20 врачами и 40 средними медицинскими работниками, Челябинская – 22 врачами и 44 средними медработниками. Неоценимый вклад в улучшении медицинской обстановки оказания иностранные организации. Так, международный комитет помощи России (миссия Нансена) взяла на себя обязательства по содержанию врачей, работающих в голодающих местах³. Таким образом, командированные врачи оказали большую поддержку в

¹ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 156. Л. 124.

² ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 80. Л. 55.

³ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 8. Л. 29.

ликвидации разразившихся эпидемий, решении вопроса нехватки медицинского персонала.

Советские власти, осознавая важность проблемы кадрового дефицита медицинских работников, в первые же годы после создания советского государства начинают плановую подготовку врачей высшей квалификации. В период с 1918 по 1920 гг. в РСФСР было открыто 17 новых медицинских факультетов, в дополнение к 13 существовавшим в дореволюционный период¹. В их число вошел образованный в Свердловске в 1920 г. медицинский факультет в составе учрежденного Уральского государственного университета. Деканом учебного подразделения был назначен Новиков Александр Митрофанович. Это стало вторым важнейшим источником формирования медицинских кадров на Урале.

Для учебных занятий медфак получил здание бывшей 2-й женской гимназии (ныне – корпус Уральского государственного горного университета). Учебные корпуса находились в аварийном состоянии, профессора в основном читали свои «конденсированные курсы» на протяжении месяца, а затем возвращались в столицы, поскольку в Екатеринбурге не было подходящих квартир для их проживания. Для чтения таких конденсированных курсов на медфак УрГУ приезжали: из Казани – выдающийся физиолог Н. А. Миславский, гистолог А. Н. Миславский, из Перми – профессор физиологической химии Луньяк и др.² В то же время из Петрограда в Екатеринбург были отправлены электроприборы, микроскопы, медицинский инструментарий.

На факультет были приняты студенты почти всех курсов – с первого по четвертый (532 человека). Старшие курсы были укомплектованы студентами из других университетов (Перми, Томска) и фельдшерами с большим стажем работы. Принятые в 1920 г. на 4-й курс студенты занимались без перерыва на каникулы. В связи с острой нуждой во врачебных кадрах их готовили к досрочному выпуску. Он состоялся в январе 1922 г. На медфаке УрГУ это был первый выпуск

¹ Прохоров Б. Б. Организация здравоохранения в России в XX веке // Россия в окружающем мире: 2001 (Аналитический ежегодник) / под ред.: В. И. Данилова-Данильяна, С. А. Степанова. М., 2001. С. 17.

² ДИПС СОМИМ. (Инд. № 1103).

врачей. Дипломы получили 10 человек. Второй выпуск (1923 г.) состоял из 43 человек, в третий (1924 г.) из 25 ¹. В то время это стало серьёзной помощью для практического здравоохранения города, губернии, а затем и Уральской области.

1922 год стал самым тяжелым в истории университета. Из-за страшного голода и отвлечения всех средств на восстановление народного хозяйства вуз оказался на грани закрытия. Ряд институтов фактически не приступили к занятиям, факультеты объединялись. Заработная плата сотрудников надолго задерживалась.

Служебный персонал получал по 16 фунтов в месяц овсяной муки на одного работника и на всю семью, жалование не выдавалось в течение 5 месяцев 1922 г.² Встал вопрос о закрытии медицинского факультета. Спасая факультет, профессора и студенты отказывались от стипендий, пайков, гонораров, организовывали в Екатеринбурге благотворительные акции в пользу университета ³. Большую помощь Уральскому и Пермскому университетам оказывали рабочие и крестьяне Урала. Только в январе 1924 г. во время «двухнедельника помощи пролетарскому студенчеству» в фонд Уральского университета было внесено свыше 20 тыс. рублей золотом ⁴.

Острый недостаток финансирования, стипендиального фонда, зарплаты профессорско-преподавательскому составу, крайне тяжелые бытовые условия студентов, – все это сделало невозможным существование медицинского факультета. В 1924 г. медицинский факультет закрывают «из-за нехватки финансирования», всю имевшуюся материальную базу передают на медфак Пермского университета. Однако, по нашему мнению, решение вопроса о закрытии медицинского факультета в Екатеринбурге не было столь легким и очевидным. Об этом свидетельствуют данные периодической печати и специального сборника статей, посвященного вопросу о едином Уральском медфаке⁵.

¹ История Уральской государственной медицинской академии в биографиях (1930–2000 гг.). Екатеринбург: УГМА, 2000. С. 6.

² ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 36. Л. 37.

³ Кутепов С.М. Уральская государственная медицинская академия: 80 лет во благо здоровья уральцев // Медицина и здоровье. М., 2010. №7 (51). С. 20–24.

⁴ ДИПС СОМИМ (инв. № 1103)

⁵ См.: Сборник статей, посвященных вопросу о едином уральском медфаке. Пермь, 1924.

Мы считаем, что, в первую очередь, советское власти руководствовалось в этом вопросе проблемой нехватки материальной базы (не было создано лабораторий, клиник) в Екатеринбурге, жилищные условия для профессоров не были обеспечены, не хватало квартир. Тогда как в Перми этих проблем не существовало. В целом, это решение затормозило подготовку медицинского персонала непосредственно на Урале, а также отсрочило решение проблемы кадрового обеспечения. Однако решение советского руководства можно было понять. В условиях послевоенной финансовой нестабильности, голода начала 1920-х гг. и уже имевшегося университета на Западном Урале, где также готовили медиков, советско-партийные органы сосредоточили усилия на одном, более крупном, учреждении. В Перми уже в 1920 году были открыты кафедры факультетской терапии и хирургии, болезней уха, горла, носа, а контингент обучающихся на факультете составлял около 43% от общего числа студентов. Чтобы оправдать действия советских чиновников Нарком здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко, в это же время, высказывает тезис о «внедрении рабочих в строительство советской медицины»¹. Партийными органами предполагалось, что все управленческие посты должны занять выходцы из пролетарских слоев, которые могли не иметь профильного образования, а лечением непосредственно должны были заниматься врачи и фельдшера. В результате число подготовленного врачебного персонала, по мнению партийных чиновников, могло быть уменьшено.

Таким образом, всего за 4 года в Уральском государственном университете медицинские дипломы получили всего 78 врачей, на медфаке работало 13 профессоров и 57 других научных сотрудников². Среди студентов-медиков, которые успели получить образование в начале 1920-х годов, были А. М. Аминев* и П. С. Катаев**, ставшие в последующем заслуженными медиками и основателями уральских научных школ.

¹ Семашко Н. А. Основы советской медицины. М., 1926. С. 20–21.

² Уральское медицинское обозрение. 1924. № 4–5. С. 155.

*Заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат премии имени Н. И. Пирогова, один из основоположников лапароскопии в России, директор Пермского стоматологического института и заведующий кафедрой Куйбышевского мединститута.

** Первый директор Свердловского медицинского института.

После закрытия медфака УрГУ подготовка медицинского персонала проходила в различных местах Уральской области. Врачей и дезинфекторов готовили в Перми, оспопрививателей в Свердловске. Курсы по подготовке сестер по уходу за больными были организованы в Свердловске, Златоусте, Челябинске и Перми, подготовка сестер для фабрично-заводских яслей осуществлялась в Свердловске. Переквалификация работников проводилась в основном в Казани и Ленинграде, а также путем курсовых мероприятий Российского общества Красного Креста непосредственно на местах¹.

Таким образом, для периода становления кадровой системы здравоохранения на Урале в 1917–начале 1920-х гг. характерен поиск решения вопросов связанных с дефицитом высшего и среднего медицинского персонала. Первоначально органы здравоохранения привлекали к работе демобилизованный персонал, проводили переобучение имевшихся работников. В начале 1920-х гг. была сделана первая попытка начать подготовку высших врачебных кадров непосредственно на Среднем Урале. Однако в условиях отсутствия необходимых денежных ассигнований и необходимой материальной базы реализация намеченных планов была отложена на более поздний срок. На момент образования Уральской области медицинский персонал состоял из 399 врачей и 1348 фельдшерско-акушерских работников². Характерно, что в этот период основная масса врачей была сосредоточена в городах. Так, в 1922 г. 80% высококвалифицированных специалистов было трудоустроено в городе. Наоборот была ситуация с фельдшерами – 60% их них обслуживали сельскохозяйственное население³. При этом большая часть населения страны, и Урала в частности, проживала в сельской местности, что лишало их возможности воспользоваться качественной медицинской помощью.

Разрешение основных задач, стоявших перед здравоохранением в период НЭПа, требовало преобразований высшей медицинской школы. Реформа высшего медицинского образования являлась необходимым продолжением строительства

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1. Л. 88.

² Уральский статистический ежегодник на 1923 г. Свердловск, 1923. С. 41

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 253. Л. 5.

здравоохранения. Опираясь на программу развития здравоохранения в РСФСР, Н. А. Семашко и З. П. Соловьев сформулировали основные требования к врачу и целевую установку высшего медицинского образования. Декларативно эти требования были высказаны на Всероссийском совещании по реформе высшего медицинского образования (10–12 июня 1924 г.), где с докладом «Каких врачей должна готовить высшая медицинская школа» выступил З. Н. Соловьев. Он отметил, что организация медицинского образования в СССР находится в тесной связи от того, какого врача требует «социальный строй». Советским чиновником был выдвинут тезис о первоочередности социально-профилактических мероприятий, в связи с чем в основу преподавания всех дисциплин должно быть положено представление о болезни как явлении не только биологическом, но и социальном. Будущий врач должен был понять причинную связь между болезнью и условиями труда и быта. З. Н. Соловьев указывал, что здравоохранение на тот момент нуждалось во враче-профилактике, который окажет не только воздействие на больного, но и на окружающую среду. Совещание полностью одобрило основные положения доклада¹.

В учебных планах медицинских вузов, принятых Всероссийским методическим совещанием в 1925 г., было уделено большее внимание санитарно-гигиеническим дисциплинам. В качестве обязательных предметов, кроме социальной гигиены, была введена гигиена труда, гигиена воспитания (школьная гигиена). Кроме этого, в учебных планах не предусматривалась производственная практика. Данное положение пагубно отразилось на уровне подготовки молодых специалистов. Врачи, направлявшиеся по окончании вуза в сельскую местность, не были знакомы с условиями работы сельского врачебного участка, что негативно отражалось на оказании медицинской помощи и ее организации. Ликвидировать ошибку советских чиновников пришлось постановлением СНК РСФСР от 26 августа 1926 г.². Согласно документу, для всех студентов-медиков V курса была введена обязательная двухмесячная летняя производственная практика в сельско-

¹ Здравоохранение России. XX век. М., 2001. С. 239.

² Вопросы здравоохранения. 1926. № 7.

хозяйственных и промышленных районах. Чуть позднее, в 1928 г., такая же практика была установлена и для студентов IV курса.

Развитие системы советского медицинского образования требовало внедрения правового регулирования деятельности врачей. Первым документом общегосударственного значения в советское время, который был посвящен регулированию медицинской деятельности, стал декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медперсонала». Так, согласно документу, правом медицинской и фармацевтической деятельности обладали только врачи, зубные врачи, фельдшера, акушерки, фармацевты, зубные техники и сестры милосердия. Право на врачебную деятельность предоставлялось только лицам, окончившим университеты и другие высшие медицинские школы в России, а также врачи, с иностранным дипломом. Осуществлять зубоврачебную деятельность могли врачи, окончившие зубоврачебные школы и имеющие свидетельства на такое звание от медицинского факультета. Звание фельдшера получали лица, окончившие курс фельдшерской школы и получившие свидетельство об ее окончании. Акушерское звание присваивалось после успешного окончания акушерской школы с выдачей соответствующего документа. Фармацевтами могли стать лица, получившие образования магистра фармации, провизора и аптекарского помощника в одном из университетов. Правом занимать пост сестры милосердия обладали люди с окончившим одноименным курсом, а также после прослушивания специального долгосрочного курса продолжительностью не менее 6 месяцев¹. Таким образом, первый юридический документ советского периода, касающийся врачебной деятельности, представлял собой нормативно-правовой акт, регулирующий права и обязанности медицинских работников, правый статут фармацевтов и средних медицинских работников.

Характерно, что врачи, имевшие право практики, вносились в ежегодно составляемые и публикуемые НКЗ списки. Это позволяло осуществлять двойную систему контроля за легитимностью оказания медицинской помощи: государственную, реализуемую за счет соответствующих компетентных органов и долж-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 335. Л. 169–182.

ностных лиц системы управления здравоохранением, а также общественную, внедряемую за счет контроля со стороны самих пациентов и представителей широкой общественности¹.

В середине 1920-х гг. проблема медицинских кадров на Урале оставалась острой, особенно не хватало врачей. На 1 января 1925 г. в Уральской области работало 708 врачей, 1009 фельдшеров и 527 акушерок². На одного врача в среднем в 1925 г. приходилось 9957 человек, на каждого фельдшера – 6213 человек³. В ряде районов, особенно сельскохозяйственных, нехватка врачей достигала 80%. Советское правительство предпринимало попытки решения кадрового дефицита. Так, в декабре 1925 г. был принят декрет СНК РСФСР «Об обеспечении сельских местностей медицинской помощью и об улучшении материально-бытового положения участкового медицинского персонала»⁴. Он обязывал органы здравоохранения и местные власти укомплектовать все сельские медицинские участки врачами. При этом специалисты получали ряд льгот. Так, каждые три года работы они должны были получать двадцати процентную надбавку к окладу, обеспечиваться квартирой, отоплением, освещением, транспортом. Дети врачей принимались во все учебные заведения на льготных условиях. Через три года каждый из них мог претендовать на приоритетное место в городе, а также совершать раз в 5 лет повышение квалификации.

Однако на Урале данный декрет не давал положительного эффекта, многие положения документа не выполнялись. В первую очередь советские чиновники Уральской области объясняли это отсутствием материальных средств в Областном отделе здравоохранения. В результате, процент обеспеченности врачами Уральской области в 1929–1930 гг. составлял 19,3% (работало 1735 чел.), на весь Урал вели свою деятельность 174 зубных врача (обеспеченность 27,7%). Здесь и далее под понятием «обеспеченность врачебным персоналом» мы имеем ввиду

¹ Пищета А. Н., Гончаров Н. Г. Эволюция правового регулирования здравоохранения в России. Историко-правовые аспекты. М., 2007. С. 25.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 293. Л. 228.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 333. Л. 30.

⁴ Извещения ЦИК СССР от 13 декабря 1925 г.

процент имевшихся медицинских работников в регионе от необходимых норм НКЗ РСФСР при вакантных ставках. Вместе с тем в регионе повсеместно не хватало даже среднего медицинского персонала. Дефицит акушерок составлял 1247 человек (обеспеченность 42,2%), медсестер – 6664 чел. (обеспеченность 23,9%). Хуже всего ситуация была со специализированным кадрами. Так, нехватка медицинских сестер охраны материнства и младенчества, составляла 30634 специалиста (обеспеченность 13,1%)¹. Приведенные цифры с достаточной яркостью характеризуют ту резкую диспропорцию, которая существовала на тот момент между действительной потребностью в медицинском персонале и фактической возможностью их удовлетворения.

Дефицит во врачебных кадрах, который сформировался не только на Урале, но и в РСФСР, был обусловлен, в первую очередь, снижением на протяжении 1920-х гг. количества обучающихся на медицинских специальностях. Так, в 1924–1925 гг. в медицинских вузах и факультетах училось 31500 учащихся, что было самым высоким показателем в 1920-е гг. После закрытия ряда медицинских факультетов, в том числе в УрГУ, в 1929 г. студентов-медиков осталось 14500 человек. Таким образом, вплоть до 1931 г. проходил минимальный выпуск врачей, специалистов не хватало повсеместно. Так, в Западной Сибири работало 1544 врача, а 988 ставок оставалось вакантными, на Северном Кавказе при 2311 специалистах недостаток был в 242 врача, даже в г. Ленинград на период 1931 г. не доставало 199 высших медицинских работников². Изменение ситуации с подготовкой медицинских специалистов происходит в начале 1930-х гг. В это время было опубликовано распоряжению СНК РСФСР «О медицинских кадрах» (1931 г.). Согласно директиве начался ускоренный выпуск врачей, увеличен план приема и количество медицинских университетов³.

Переход к форсированной индустриализации страны в конце 1920-х гг. потребовал громадных материальных затрат для развития промышленности. На

¹ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3416. Л. 46.

² РГАСПИ. Ф. 357. Оп. 1. Д. 136. Л. 2.

³ РГАСПИ. Ф. 357. Оп. 1. Д. 135. Л. 3.

Урале, как одной из «главных строек страны», было задействовано большое число населения. Обострилась потребность в организованной квалифицированной медицинской помощи. Однако бурные темпы индустриализации страны значительно опережали медицинские возможности органов здравоохранения. На Урале имеющаяся сеть учреждений и медицинского персонала не отвечала потребностей в ней. К примеру, как указывается в отчете по медико-санитарному обследованию г. Магнитогорска, работавшие в 1928 г. 99 врачей были перегружены работой, имея по два или по три совместительства¹.

Врачей не хватало, и на некоторых стройках их было всего 60% от необходимой потребности удовлетворения медицинских нужд населения (Магнитогорск, Уралмедьстрой), а на других всего 8–10% (Стальмост, Синарстрой)². Особенно неудовлетворительно была организована врачебная помощь на дому и скорая помощь. Почти на всех новостройках отдельный персонал для этих видов помощи не был выделен, отсутствовал транспорт.

Советское руководство, осознавая, что вопрос о врачебных кадрах, и его дефиците, был первоочередной задачей по построению системы медицинского обслуживания населения, неоднократно обсуждало его на заседаниях СНК. Его результатом стал выработанный подход, который предполагал увеличение сети медицинских вузов и нормы приема в существующих медицинских образовательных учреждениях. Это стало возможно благодаря введению двухсменных занятий и двух приемов в год, сокращения сроков обучения на медицинских факультетах, а также введения советскими органами специализации по окончании университета³. Так, был установлен срок обучения во всех медицинских вузах 4 года, узкоспециализированных врачей – санитарных и зубоврачебных – 3,5 года. Все учебные планы предусматривали практику студентов. На I курсе обучающиеся работали в качестве младшего медицинского персонала, на II курсе – помощниками санитарных врачей, среднего медицинского персонала, техниками и лаборанта.

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 31.

² ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3418. Л. 12.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 649. Л. 30.

На III курсе практиканты занимали должности среднего медицинского персонала, а на IV курсе работали в качестве полноценных практикующих врачей в лечебных учреждениях. В учебном плане студентов производственная практика занимала около 50% учебного времени. Всего за 1930–1931 гг. было открыто семь новых медицинских вузов, а контингент учащихся в РСФСР достиг 17000 чел.¹

Характерно, что в 1930 г. все медицинские учебные заведения были переданы из ведения органов просвещения в подчинение НКЗ. Это стало важным решением в рамках централизации всей системы здравоохранения и обеспечило непосредственное управление институтами. В соответствии с этим решением все медицинские факультеты ВУЗов были реорганизованы в самостоятельные медицинские институты, происходит переход от системы университетского образования (медицинских факультетов) к отраслевой системе медицинских институтов. Таким образом, комиссариат здравоохранения РСФСР получил право снимать и нанимать директоров медицинских учреждений, влиять на качество подготовки будущих специалистов.

Дополнило решение советского правительства постановление VII Всероссийского съезда Здраводелов (март 1930 г.), где была принята резолюция, которая признавала крайний недостаток санитарного персонала, а также была одобрена реформа медицинского образования связанная с созданием специальных санитарно-профилактических факультетов. По решению съезда во всех областных и краевых медтехникумах открывались отделения по подготовке санитарных помощников, в том числе работников по дезинфекции².

Уральское руководство отреагировало на новые подходы в политике здравоохранения с характерным этому периоду исполнением. Среди семи новых медицинских высших учреждений, открытых в начале 1930-х гг., был Свердловский государственный медицинский институт. Решение об его учреждении было принято 10 июля 1930 г. специальным постановлением Совнаркома РСФСР. В составе института начал работу один лечебно-профилактический факультет, с двумя

¹ РГАСПИ. Ф. 357. Д. 136. Оп. 1. Л. 1.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 649. Л. 21.

отделениями – терапии и хирургии¹. В октябре 1930 г. по рекомендации Облздра-вотдела приказом НКЗ директором Института был назначен врач Катаев Петр Спиридонович (выпускник медицинского факультета УрГУ 1922 г.)².

Благодаря большой подготовительной работе руководства вуза по созданию инфраструктуры и приглашения преподавательского состава мединститут был официально открыт в марте 1931 г., чему в местной прессе было уделено большое внимание³. Институт начал функционировать в составе 182 студентов и 14 преподавателей (3 профессора, 2 доцента и 14 без ученой степени). Организаторами кафедр были профессора: В. М. Здравомыслов (кафедра микробиологии), А. Т. Лидский (госпитальной хирургии), Л. М. Ратнер (факультетской хирургии), А. Ю. Лурье (акушерства и гинекологии), Е. С. Кливанская-Кроль (детских болезней), С. Я. Голосовкер (кожно-венерологических болезней), В. Д. Чаклин (травматологии и ортопедии), В. И. Величкин (социальной гигиены), Г. И. Замуравкин (глазных болезней)⁴. В институт пришли профессора, ранее преподававшие на медицинском факультете УрГУ, – гистолог В. О. Клер*, хирург Л. М. Ратнер **. Все они вошли в «золотой фонд» врачей Урала, стали основателями медицинских школ.

Сразу после открытия Мединститута, для обеспечения персоналом медработников Уральской области, местными органами здравоохранения было принято решение о приеме на первый курс не менее 150 человек ежегодно. Для повышения качества образования партийными чиновниками предполагалось поднять уровень преподавания путем «выработки материалистического миропонимания у студентов». В рамках реализации данного подхода советским руководством намечалось привлечение большего внимания общественных организаций к вопросу комплектования научными работниками Мединститута, прекращение бесконтрольного подбора ординаторов профессурой, усиление влияния профсоюзной

¹ ДИПС СОМИМ (инв.1103)

² История Уральской государственной медицинской академии в биографиях (1930–2000 гг.). Екатеринбург, 2000. С. 6.

³ Уральский рабочий. 1931. 8 марта.

⁴ Соколов Б. В., Бальчугов А. Д., Сажина М. Г. Становление государственной системы здравоохранения на Урале. Екатеринбург. 2008. С. 25.

организации на преподавательский состав, на всех предметных комиссиях Института предоставлялось право решающего голоса Союзу Медсантруда¹.

Для вуза было выделено два этажа в строившемся терапевтическом корпусе городской клиники (позже институт занял его весь), на площади Коммунаров (сейчас улица Репина). Оценив необходимость создания клинических баз для мединститута, партийные власти приняли решение об открытии в Свердловске областной клинической больницы на 650 коек (будущая Свердловская городская клиническая больница скорой помощи). В 1935 г. неподалеку от городского парка «Зеленая роща» началось ее строительство по проекту И. А. Югова. В год открытия больницы (1939) там начали работать кафедры факультетской и госпитальной хирургии и терапии. Их возглавили выдающиеся врачи, профессора, основатели уральских научных школ хирургов – А. Т. Лидский* и терапевтов-кардиологов – Б. П. Кушелевский**. В течение многих десятилетий эта больница оставалась одной из лучших в Свердловске².

К 1935–1936 гг. были сформированы и укомплектованы все кафедры Института. Число преподавателей составило 135 человек, из них 25 профессоров, докторов наук. В эти годы состоялся 1-й выпуск врачей вечернего (1935 г.) и дневного отделения (1936 г.). Дипломы врача получили 300 молодых специалистов. Одновременно с открытием медицинского института в Свердловске был расширен прием абитуриентов в Пермский медицинский институт. Там на 1 января 1934 г. обучалось 1326 студентов на дневном отделении и 174 на вечернем. В это же в Свердловской институте – 506 на дневном и 147 на заочных формах обучения³.

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1. Л. 204.

* Сын краеведа, педагога и президента Уральского общества любителей естествознания О. Е. Клера.

** Основатель уральской онкологической школы, крупный ученый, хирург широкого профиля, отец Г. Л. Ратнера, основателя Куйбышевской школы сосудистой хирургии.

² Кутепов С.М. Указ. соч. С. 20–24.

* Заслуженный деятель науки РСФСР, член-корреспондент АМН СССР.

** Заслуженный деятель науки, лауреат Государственной премии.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 24. Д. 128. Л. 65.

Однако даже при ускоренном выпуске врачей из Мединститута их дефицит на Урале оставался высокий. Недостающее количество медиков в 1930 – 1931 гг. органами здравоохранения намечалось закрыть путем распределения на Урал 1500 врачей из числа оканчивающих медвузы по РСФСР, а также за счет уплотнения рабочего времени 950 врачей. Наконец 1000 врачебных должностей предполагалось замещать совместителями¹. Такая вынужденная кадровая политика органов здравоохранения неминуемо влияла на уровень оказания медицинской помощи. Врачи, посланные на Урал, не знали местной специфики, не владели достаточным уровнем практической подготовки. Местным же специалистам приходилось осуществлять работу в две, нередко в три смены, вследствие чего неоднократно фиксировались обморочные состояния врачей, а как результат – «выход из строя переутомленных работников»².

Для научного обеспечения и кадрового усиления органов здравоохранения советским руководством стали создаваться медицинские исследовательские институты. Открытие данных НИИ проходило в различных городах Урала, однако большинство из них было учреждено в г. Свердловске. В апреле 1930 г. здесь было организовано первое научно-исследовательское учреждение в годы первой пятилетки – Уральский государственный Институт патологии, гигиены и научной организации труда. Задачей института являлось подведение научной базы под оздоровление и организацию труда при социалистической реконструкции уральской промышленности³.

Советскими органами была сформулирована основная задача научно-исследовательских институтов Наркомздрава – быть научной базой для всей плано-регулирующей и оперативной работы органов здравоохранения. В экспериментально-теоретической работе институтов первоочередным направлением должна была стать проработка основных проблем плана здравоохранения в первую пятилетку и главное значение должны были приобретать те работы, кото-

¹ Гуревич Г. Е. Здравоохранение Большого Урала. М., 5.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 31.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 5. Л. 9.

рые «связаны с задачами борьбы за марксистко-ленинское философское обоснование оздоровительных и здравоохранительных мероприятий». Объектом научно-исследовательских работ Институты должны были стать коллектив трудящихся и человек, как компонент этого коллектива, а также изучение внешней среды, как комплекса физико-химических, биологических и специальных компонентов¹.

Корректировка задач НИИ произошла в 1936 г., когда советскими властями было принято стандартное для РСФСР положение о государственных научно-исследовательских институтах. Согласно документу основной целью НИИ стало создание научно-практической базы органов здравоохранения, проведение плановых научно-исследовательских работ, подготовка кадров научных и научно-педагогических работников².

В годы первой пятилетки на Урале советские органы власти большое внимание уделяют созданию научных институтов. Всего за 1930–1934 гг. число научных институтов Облздравотдела выросло с двух – повивально-гинекологического и химико-бактериологического до 14 (Институт травматологии и ортопедии; санитарно-эпидемиологический; физиотерапии; гигиены труда и профзаболеваний; переливания крови; охраны материнства и младенчества; венерологии и дерматологии; туберкулеза; гигиены питания; социальной гигиены; рентгенологии; охраны здоровья детей и подростков; курортологии; патологической анатомии).

НИИ Уральской области развернули свою работу по нескольким направлениям: техническое обеспечение (организация лабораторий, библиотек), переподготовка кадров и разработка научных исследований. Кратко остановимся на деятельности некоторых институтов и тематике проводимых работ. Санбакинститут изучал источники глистных инвазий, проводил большую работу по методам лечения глистов, по изучению «простейших» кишечника, занимался обследованием вод. Институт патологии вел работу по линии борьбы с профессиональными отравлениями. Институтом ОММ занимался развитием акушерства, гинекологии

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 26. Д. 22. Л. 160.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 28. Д. 41. Л. 49.

и педиатрии. Институт питания проводил анализ местных пищевых продуктов, изучение витаминов и состояния общественного питания в г. Свердловск. Институт охраны здоровья детей и подростков занимался изучением расчета времени обучения рабочих подростков и школьников, следил за соблюдением санитарно-гигиенического состояния мест мастерских ФЗУ и школ¹.

Каждый из институтов работал не только над научными вопросами и исследованиями, но и занимался подготовкой и переподготовкой кадров для здравоохранения. Так, в течении 1932 г. Институтом ОММ было проведено повышение квалификации 30 специалистов, подготовлены 155 врачей и акушерок, а также проведены курсы инструкторов на 25 человек. Институт травматологии развернул работу по обучению врачей травматологов и среднего медицинского персонала. Институт охраны здоровья детей и подростков провел курсы по подготовке техников².

Большую роль в развитии медицинской науки и образования сыграли врачебные съезды. Ежегодно проходили съезды бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей как на союзном уровне, так в Уральской области, совещания по борьбе с туберкулезом, венерическими болезнями, по охране материнства и младенчества. Созывались съезды терапевтов, хирургов, физиологов и т.д. Особенно постоянный характер данные мероприятия получили в годы первых пятилеток. Тем самым, научные съезды врачей способствовали объединению позитивного накопленного опыта, их мнение учитывалось при составлении перспективного планирования здравоохранения и при консультативной работе.

В связи с начавшейся коллективизацией сельского хозяйства и реализацией первого пятилетнего плана перед органами здравоохранения была поставлена задача обеспечить нужны рабочих совхозов и колхозников. Только в 1930 г. Облздравотдел направил в сельские районы 41 бригаду в составе 82 врачей и 123 медицинских сестер из запаса РОКК, из них 6 врачей направили из Свердловска,

¹ Ярмолинская М. Б. Некоторые итоги работы научно-исследовательских институтов Уралоблздрава за 1932 год. // Труды научно-исследовательских институтов / под. ред. К. А. Коновалова. Сб. 1. Свердловск – М., 1933. С. 4–7.

² Там же. С. 6.

12 – из Перми и остальные 64 человека были определены Комиссариатом РСФСР из различных городов страны. Каждая бригада состояла из 2 врачей и 3 медицинских сестер. Бригады работали в северных и средних районах Уральской области с 28 июня по 28 сентября, а в южных с 15 июня по 15 сентября 1930 г¹.

Однако в условиях неосуществимости полного обеспечения врачебной помощью жителей села, советскими органами власти была сделана ставка на средний медицинский персонал. Но в то же время до начала 1930-х гг. в Уральской области подготовка и переподготовка среднего и технического персонала не удовлетворяла требованиям системы здравоохранения. Квалификация среднего персонала, работающего в лечебно-профилактических учреждениях, была неудовлетворительная. Из-за отсутствия необходимого персонала, широко использовались сестры запаса Российского общества Красного Креста, сестры военного времени, а порой лица без всякой теоретической медицинской подготовки. Организуемые курсы переквалификации сестер, акушерок, на протяжении второй половины 1920-х гг. непосредственно на Урале, носили не системный характер и отличались неупорядоченностью, как в отношении сроков, так и учебных планов².

Партийными органами в постановлении ЦК ВКП (б) «О медицинских кадрах» от 1 июня 1931 г. было отмечено, что «имеющиеся темпы подготовки медицинских работников резко отстают от темпов роста требований на них в связи с происходящими коренными изменениями в экономике страны и растущими культурными потребностями широких масс». Органы здравоохранения отреагировали на данное постановление начавшейся реформой медицинского образования. Так, средние медицинские школы были преобразованы в медицинские техникумы. Была установлена единая продолжительность обучения в средних медицинских учреждениях, которая составила 2,5 года. Техникумы вынуждены были открывать незапланированные изначально профильные медицинские направления. В резуль-

¹ ГАПК. Ф. Р-132. Оп. 1. Д. 142. Л. 74.

² Жикин В. А. К вопросу о кадрах работников здравоохранения // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1930. № 2 – 3. С. 27–29.

тате, в них готовили кадры по 13 видам медицинских специальностей: впервые начали обучать помощников санитарных врачей, рентгенотехников, лаборантов.

В Уральской области первые медицинские техникумы были открыты еще в октябре 1930 г., а в 1931–1932 гг. распространение получают фельдшерско-акушерские школы, преобразованные позднее в медицинские училища. Однако материальное положение, создававшихся новых учебных учреждений, было недостаточным. Заведующая Свердловским медицинским техникумом Кочеткова в 1931 г. отмечала, что техникум был открыт быстро и первоначально его предполагали открыть на 3 отделения, но фактически он стал работать в составе 6 отделений и помещался в бывшей Некрасовской школе. В документах указывается, что кабинетов для учебы не хватало, приходилось заниматься в учительской, под лестницей, специализированное медицинское оборудование для обучения было минимальным. Все преподаватели работали по совместительству. Общежития для обучающихся были переполнены¹. Стипендия для студентов полагалась маленькая – 30–60 руб. Для примера, в промышленных техникумах стипендия достигала 175 руб. Однако даже эта сумма в медтехникумах в начале 1930-х гг. на Урале не выплачивалась. Студенты зачастую получали всего 13–15 руб². Из-за малых размеров стипендий ежегодно в течение 1930–1934 гг. из медицинских техникумов Уральской области происходило 10–15% отчислений³. В других случаях студентам приходилось кроме основной учебы искать дополнительный заработок, что мешало в освоении дисциплин и возможности продолжения обучения в техникуме.

Для повышения уровня профессионализма работников органами здравоохранения была организована курсовая подготовка и переподготовка медицинских кадров на Урале. Так, в конце 1920-х гг., началось специализированное обучение медицинских специалистов по воспитанию детей дошкольного возраста. Обучаемые проходили основные вопросы питания ребенка, физиологию и анато-

¹ ЦДООСО. Ф. 273. Оп. 1. Д. 3. Л. 16.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 88.

³ ЦДООСО. Ф. 273. Оп. 1. Д. 3. Л. 117.

мию, вскармливание детей до года, грудное вскармливание и искусственное. Врачи получали знания об основных инфекционных и социальных болезнях (оспа, корь, грипп, скарлатина, дифтерия, коклюш, туберкулез, сифилис, гонорея). По итогам курсов каждый из слушателей должен был сдать экзамен¹. В 1931 г. в Уральской области различные курсы повышения квалификации прошли 981 медсестра, 4500 ясельных сестер, 60 заведующих яслями. В 1932 г. эти цифры были еще внушительнее. Обучение прошло более 2000 медсестер, 200 акушерок, 83 помощника санитарных врачей и 160 дезинфекторов, 6930 ясельных работников². Всего в течение трех лет (1931–1933 гг.) органы здравоохранения подготовили на курсах 5041 медицинскую сестру, 23830 ясельных сестер и заведующих яслями, 305 акушерок, 218 дезинфекторов, 140 помощников санитарных врачей³. Вместе с этим органы здравоохранения занимались организацией курсов по подготовке к поступлению в медицинские техникумы Урала. Так, в 1930 г. специалистами Облздрава были организованы в различных местах Уральской области 11 подготовительных курсов на 540 человек, а также шестимесячные курсы для медицинских сестер на 500 человек⁴.

Кроме того, руководство Наркомздрава для устранения дефицита во врачебных кадрах на промышленных стройках Урала направляло специалистов по разнарядке. Так, в мае 1931 г. из других регионов поступило на службу 230 врачей, из них 142 специалиста были направлены в Магнитогорск, 34 на Уралмашстрой и 22 в Челябинск. Вместе с этим, из выпуска 1931 г. по распределению в города Уральской области было послано 428 молодых специалистов⁵.

В конце 1920-х–начале 1930-х гг. отсталым участком в работе органов здравоохранения Урала являлась зубоврачебная помощь. Положение с зубными врачами на этот момент было крайне тяжелым. Их подготовка была прекращена еще в 1919 г., обучали врачей стоматологов в мединститутах в небольшом количестве

¹ ГАСО. Ф. Р-159. Оп. 1. Д. 15. Л. 10–13.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 74.

³ ГАСО. Ф. Р-327. Оп. 1. Д. 19. Л. 73.

⁴ ЦДОСО. Ф. 273. Оп. 1. Д. 1. Л. 9.

⁵ РГАСПИ. Ф. 357. Оп. 1. Д. 140. Л. 12.

и на протяжении 1930–1933 гг. на Урал прибыло только 5 человек. На всей территории Уральской области в начале 1930-х гг. имелось всего 69 профильных врачей, что в среднем не соответствовало даже по одному человеку на район¹. Для устранения этого недостатка в 1929 г. в Пермском университете была открыта новая кафедра стоматологии. Несколько позднее была организована стоматологическая клиника в Перми, реорганизованная в дальнейшем в областной научно-практический институт стоматологии. Дополнительно, в начале 1930-х гг. на Урале были открыты отделения стоматологии в Свердловском и Пермском медицинских техникумах. В 1935 г. в стране были открыты первые четыре стоматологических института, в том числе в Перми². Открытие профильных отделений и стоматологического института позволило значительно улучшить зубоврачебную помощь населению Урала.

В целом, такое внимание органов здравоохранения к вопросу подготовки медицинских кадров, принесло свои плоды уже в годы первой пятилетки. Если в 1928 г. на Урале на одного врача приходилось 4,9 тыс. человека, то уже в 1932 г. – 2,6 тыс. жителей. Количественный рост врачей составил 87%, увеличившись с 1505 (в 1929 г.) до 2821 (в 1933 г.) специалиста³. Однако даже при возросшем числе врачей в нескольких десятках районов Уральской области имелось только по 1–2 врача, а в некоторых, временами, вовсе ни одного. Резкий недостаток врачей был на новостройках. В Магнитогорске, в 1932 г. за место полагающихся по штату 301 врача, имелось лишь 174⁴. По Уралу повсеместно был дефицит в санитарных врачах, врачах ОЗД, материнства и младенчества, во врачах венерологах, туберкулезниках.

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 210.

² Тарасенков П. Н. Развитие здравоохранения на Урале в 1928 – 1937 гг. // Труды научной историко-медицинской конференции Урало-Сибирских областей 1962 г. Вып. 2. Пермь, 1963. С. 356.

³ Соколов Б. В., Бальчугов А. Д., Сажина М. Г. Становление государственной системы здравоохранения на Урале. С. 25.

⁴ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3420. Л. 78. Об.

Вместе с этим, за годы первой пятилетки изменилось и количество образовательных медицинских учреждений, которые готовили будущих врачей и средний медицинский персонал в Уральской области.

Таблица 4

Сеть медицинских учреждений по подготовке кадров в Уральской области
в 1928–1932 гг.

годы	Медвузы	Учащиеся в них	Медтехн.	Учащиеся в них	Медрабфак	Учащиеся в них
1928	1	1034	3	466	0	0
1932	2	1881	12	2367	2	901

Составлено по: Величкин В. И. Сдвиги здравоохранения на Урале за первую пятилетку// Труды научно-исследовательских институтов / Под ред. К. А. Коновалова. – Сб. № 1. – Свердловск – Москва: Уральское обл. гос. изд-во. – 1933. – С. 11 – 20.

Таким образом, количество студентов в медицинских вузах Уральской области в годы первой пятилетки возросло на 55%, появилось 9 новых медтехникумов, число обучающихся в них выросло в 5 раз, а также появились до этого не существовавшие медрабфаки.

Ситуация с подготовкой медицинских кадров резко осложнилась в 1932 – 1933 гг., в условиях разразившегося голода. Контингент приема для подготовки квалифицированного среднего персонала в Уральской области на 1933 г. Наркомздравом был установлен в количестве 1700 чел. Однако, финансирование было выделено только на 440 студентов, при дефиците в Уральской области 880 акушерок и 344 фельдшеров¹. Во многом это объяснялось отсутствием приемлемых материально-бытовых условий для медицинского персонала.

Не лучше обстояли дела в начале 1930-х гг. и с бытовыми условиями врачей. К. А. Коноваловов, заведующий Облздравотделом, писал, что в Магнитогорске часть врачей размещена была в непригодном бараке, протекающем во время дождя и при этом не отапливаемом. Проживающие врачи отмечали: «Бук-

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 447.

вально ежедневно и даже по несколько раз в день всевозможные лица целыми толпами врываются в наши комнаты, допрашивают нас, кто мы, сколько нас в комнате, на каком основании мы проживаем в бараке, угрожают всех нас выселить. Огромное большинство из нас работает по 12–16 часов в сутки, по возвращению после работы домой мы вынуждены толпиться в темноте из угла в угол, лишены возможности что-либо делать»¹.

Такие ситуации для начала 1930-х гг. были типичными. Так, в Лысьве неблагоприятно обстояли дела с квартирными условиями, с питанием медицинского персонала. Врачи в течение 3 месяцев не получали мыла. В Челябинске акушерка с пятью детьми до ноября жила на сеновале. В Невьянске два врача в течение долгого времени жили в чуланах². Врач Чернушинского района В. Г. Пахомов оставил такие воспоминания о том времени: «Снабжения почти никого нет, кроме 12 кг муки в августе и 16 кг в сентябре. Квартиры нет, живу с 6 членами семьи в комнатухе у директора Льнозавода, дров как для приготовления питания, так для отопления комнаты и освещения тоже нет»³.

Одной из главных причин, повлиявшей на кадровый дефицит, являлась низкая заработная плата. Так, средняя зарплата врача на Урале в 1930–1931 гг. составляла 130 руб. в месяц, медсестры – 45 руб., акушерки – 60 руб., няни – 23 руб., при этом она выдавалась с задержкой от 2 до 3 месяцев. К примеру, задолженность по зарплате медработникам Воткинской больницы в 1932 г. составляла 6000 руб.⁴ Вследствие этого, многие уезжали в другие области и поступали работать счетоводами, десятниками, там, где можно было выжить. Из-за чего текучесть медицинских работников районах составляла до 50%. Облздравотдел применял административные меры – лишал звания врача, отбирал дипломы, но и это не удерживало их на службе⁵.

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 153.

² Там же.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 143.

⁴ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 409.

⁵ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 146.

При огромном количестве свободных мест врачи и средний медицинский персонал легко находили себе работу в местностях с более благоприятными условиями или большими возможностями заработка. Вспомогательный и технический персонал, нередко имеющий десятки лет стажа, уходил в промышленные предприятия на работу сторожей, уборщиц, чернорабочих, где оклад на 40 – 50% был выше и где продовольственный паек выдавали по нормам рабочего снабжения. Заметим, что для периода первой половины 1930-х гг. был очень важен, так называемый «паек», который выдавался в зависимости от характера работы. Как таковой зарплаты рабочим не выдавалось, либо она не обладала достаточной покупательной способностью.

В результате, в докладной записке, заведующего больницей в Шадринске, отмечается, что «прослуживши некоторое время и узнавши о пайке они (медицинский персонал – прим. автора) оставляют службу без всякого ведома... некоторые сотрудники уже страдают отечностью на почве плохого питания»¹. Как пример переквалификации сотрудников в начале 1930-х гг. можно привести врача Камылова, который стал преподавать уроки математики, врач Красноуфимска – устроился сапожником, многие медицинские сестры ушли в делопроизводство. Подобные данные поступали и из других мест Урала. В итоге, младший медицинский персонал Надежденской больницы за 2 месяца был обновлен на 80%, Кизельской на 40%, в Березниковской больницы на 30%, в Чусовой на 50%, в Областной хирургической больнице на 30%². За пять месяцев по трем крупным учреждениям Свердловска (Физинститут, 1-я и 2-я горбольницы) поступило 827 человек, а уволилось 839³. Как результат, такая ротация медицинских работников резко влияла на качество медицинского обслуживания населения.

Облздравотдел Уральской области со своей стороны предпринимал срочные меры для решения проблемы медицинских кадров. В 1933 г. в районы Урала из других областей РСФСР органами здравоохранения было направлено 450 врачей,

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 351.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 5. Л. 69.

³ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3414. Л. 31.

однако условия, с которыми сталкивались молодые специалисты, были неудовлетворительные. Для улучшения продовольственного положения медработников было принято Постановлением Уральского Облисполкома от 7 июля 1931 г. По нему были повышены нормы пайков для медиков с третьей группы в первую, а в сельских местностях их приравнивали к работникам просвещения. Однако в большинстве районов Урала это постановление в жизнь не проводилось из-за отсутствия товарных фондов¹.

Однако, несмотря на материально-бытовые трудности, недостаточную заработную плату медицинским работникам органам здравоохранения удалось привлечь на работу дополнительные врачебные кадры на Урале. В первую очередь это был результат выпуска более 500 молодых специалистов из нескольких специализированных вузов Уральской области и медицинских техникумов. Именно студенты, поступившие в начале 1930-х гг. по ускоренной программе подготовки, стали организационной основой уральского здравоохранения в середине 1930-х гг. Увеличение врачебного персонала Урала проиллюстрировано в таблице на примере Свердловской области (сюда входил и современный Пермский край).

Таблица 5

Количество врачебного персонала в Свердловской области
в 1933 – 1935 гг.

Год	Всего врачей	Всего среднего медицинского персонала	% увеличения к предыдущему году Врачи / средний персонал
1933	1874	5927	
1934	2162	7025	15,4 / 18,5
1935	2194	7455	1,1 / 6,1

Составлено по: ГАСО. Ф. Р-1813. Д. 102. Оп. 1. Л. 146; Свердловская область в цифрах. Краткий статистический справочник. Свердловск. 1936. С. 168.

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 146.

Таким образом, в период с 1933 – 1935 гг. количество врачей, состоявших на службе в органах здравоохранения Свердловской области, увеличилось на 15% (320 человек), возросло число среднего медицинского персонала на 21% (1528 работников). Тенденция к увеличению врачебного персонала прослеживалась и в других областях Урала. Так, в Челябинской области (сюда входила и современная Курганская область) за тот же период преумножение врачей составило 35% (с 550 до 746 врачей)¹.

В середине 1930-х гг. органами здравоохранения были поставлены новые задачи по улучшению кадрового положения медицинских работников. Так, приоритетное внимание советских властей было уделено реформированию медицинского образования и улучшению материального обеспечения медицинского персонала.

В рамках выполнения поставленных задач советскими органами наметилась модернизация высшего медицинского образования. Большую роль в этом сыграло постановление Центрального Исполнительного Комитета СССР от 3 сентября 1934 г. «О подготовке врачей»². Согласно документу предусматривалось увеличение приема студентов в медицинские вузы СССР в 1935–1936 гг. почти в 7 раз. Устанавливался единый срок обучения на всех факультетах медицинских институтов в 5 лет. Вводилось распределение приема абитуриентов по направлениям: 75% принимались на лечебные факультеты, 15% – на педиатрические, 10% – на санитарно-гигиенические. Были увеличены стипендии студентам, а также отчисления на научную работу в институтах. Заочная подготовка врачей была отменена. Дополнена была реформа советской системы подготовки медицинских кадров постановлением СНК СССР и ЦК ВКП (б) «О работе высших учебных заведений и о руководстве высшей школой» (июль 1936 г.). Согласно документу изменения коснулись формы отчетности студентов. Были введены единые категории по успеваемости – экзамен после окончания лекционного курса и зачет по практическому заданию. Все абитуриенты должны были сдавать при поступлении аттестат

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 26. Д. 22. Л. 162.

² Известия ЦИК СССР. 4 сентября 1934.

об окончании средней медицинской школы, а также сдать вступительные экзамены по нескольким предметам.

Для подготовки качественного среднего медицинского персонала советскими органами создается система средних медицинских школ. Согласно постановлению СНК СССР от 8 сентября 1936 г. №1649 «О подготовке средних медицинских, зубоврачебных и фармацевтических кадров», такие школы являлись государственными учебными заведениями, готовящие средних медицинских работников: фельдшеров, санитарных фельдшеров, акушерок, фармацевтов, зубных врачей, зубных техников, медицинских лаборантов, медицинских сестер.

Срок обучения в медицинских школах составлял два – три года. В них принимались лица в возрасте от 15 до 35 лет, имеющие общеобразовательную подготовку не ниже семи классов средней общеобразовательной школы. Исключение составляли зубоврачебные школы, куда принимались абитуриенты с образованием не ниже 9 классов. Данные требования были едины для всей страны. Создание этой системы выразилось в полной реорганизации медицинских техникумов в фельдшерские, акушерские и сестринские школы.

С организацией медицинских школ резко возросло их количество на территории РСФСР. Так, в 1934 г. их насчитывалось 154, а в 1936 г. число школ, принявших обучающихся, возросло до 404. В 1936 г. в средние медшколы было принято 38 тыс. чел., в то время как в 1934 г. – 18 тыс. чел.

За каждой медицинской школой для проведения практических занятий закреплялись соответствующие базы: больницы, родильные дома, поликлиники и т.д. По окончании обучения происходило персональное распределение окончивших школы в соответствии со ст. 26-й Постановления Совнаркома СССР от 8 сентября 1936 г.¹

Особенно важную роль создание медицинских школ сыграло на территории уральских областей. Даже к середине 1930-х гг. на Урале большинство медицинских сестер закончили только курсы РОКК, а младший медицинский персонал, зачастую, был без специальной подготовки. Кроме того, повсеместно не хватало

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 21. Л. 25.

фельдшеров и акушеров. Так, в 1935 г. в Челябинской области средними медработниками больницы были обеспечены только на 40%¹. Начиная середине 1930-х гг. на территории Урала также проходит резкое увеличение количество медицинских школ. Так, в Свердловской области в 1936 г. существовало только 15 учреждений, подготавливающих средний медицинский персонал. В период с 1936–1939 гг. их число увеличивается вдвое, начало работу 32 медицинские школы. Их название и специализация приведена в таблице 2 приложений.

Помимо профессиональной подготовки в медицинских школах велась широкая политико-воспитательная работа. Например, в Свердловской фельдшерской акушерской школе работало 8 школ политической грамоты, 11 кружков по истории ВКП (б). Кроме того, было создано 17 кружков по изучению программы и устава ВЛКСМ, где занималось 65 чел. В школе была организована оборонно-физкультурная работа. Большинство учащихся имели значки ГСО первой степени. В добровольно-спортивном обществе состояло 105 учащихся. Всего в школе училось порядка 600 чел.

Однако преследуя выполнение партийной директивы и в «погоне» за увеличением медицинских школ, органы здравоохранения, не редко, не заботились об оснащении их инфраструктурой, что сказывалась на материальном обеспечении школ. Из Объяснительной записки директора Свердловской медицинской школы Крестьянинова: «С 1-го сентября 1938 г. в учебном здании работает 16 учебных групп, при общей рабочей площади в три аудитории, три кабинета и две лаборатории. Из-за этого школа вынуждена работать в две смены с 9 ч. до 22 ч., не успевая проветрить и почистить аудитории между сменами. Отсутствие другой какой-либо дополнительной площади и зала не позволяет надлежащим образом развернуть культурно-массовую работу. Также чрезвычайно тяжело обстоят дела с общежитиями <...> они переполнены до отказа. На каждого живущего приходится не более 2-х кв. м. Кроме того, 20 чел. вынуждены устраиваться на частных квар-

¹ ОГАЧО. Ф. Р-1595. Оп. 1. Д. 12. Л. 1.

тиражах». Другой пример, студенты Молотовской фельдшерско-акушерской школы вынуждены были проживать в вестибюле цирка, ввиду отсутствия помещений¹.

Аналогичное положение со школами наблюдалось и в других областях Урала. Так, директор Молотовской медицинской школы Середкина отмечала, что в 1940 г. при учебном учреждении имелось только общежитие на 115 чел., а нуждалось в жилой площади 300 студентов. Школа медицинских сестер в г. Кизеле вообще не располагала ни одним общежитием и ни одним учебным зданием. Учебную деятельность приходилось вести в общеобразовательной школе в вечернее время. Дирекция медицинской школы помещалась в школьной библиотеке, где ей был выделен один стол. Учащиеся вынуждены были арендовать комнаты для проживания, где «зачастую даже не могли поставить кровати, или спали по два человека»².

В итоге из 19 средних медицинских школ (2843 учащихся), которые располагались на территории Пермской области в 1940 г., собственные учебные корпуса для занятий имелось лишь у 6 заведений и 8 школ обладали общежитиями для студентов. Советские чиновники, которым первостепенным было выполнение плановых показателей по организации медицинских школ, не обращали внимания на территориальное размещение учебных заведений, их оснащение и преподавательский состав. Таким образом, в Пермской области появилось много «карликовых» школ. К примеру, Краснокамская медицинская школа с 18 учащимися, Березниковская школа медицинских сестер с 27 обучающимися³.

Ухудшалось положение тем, что назначение директоров и завучей медицинских школ со стороны партийных чиновников проводилось без согласования с органами здравоохранения. В результате, во главе школ, зачастую, были директора, не имеющие медицинского образования. Были случаи, когда медшколами руководили люди даже без общего среднего образования. Так, в Кудымкаре заведующим учебной частью был мальчик 14 лет. В Усольской школе директор был с

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 2108. Л. 4, 33.

² ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 6. Д. 242. Л. 2, 6.

³ ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 6. Д. 242. Л. 14.

образованием ликбеза. Это негативным образом влияло на деятельность учебных учреждений. Так, в Кудымкарской школе на 22 мая 1940 г. оказалось не выполнено 3894 часа, а некоторые предметы у выпускников даже не начинались. В большинстве медшкол не имелось библиотек, учащиеся не обеспечивались учебной литературой¹.

Однако основную задачу, которую ставили советско-партийные органы власти перед создававшимися школами, выполнили. На Урале началось резкое увеличение контингента учащихся в них и, как следствие, выпуска специалистов их них. Только в 1939 г. на базе медицинских школ Пермской области было подготовлено 986 фельдшеров, 50 дезинфекторов, 150 санитарных инспекторов, 14 медицинских сестер по гипсованию, 63 операционные сестры². Динамику увеличения учащихся в медицинских школах Свердловской области можно проследить из таблицы.

Таблица 6

Учащихся в средних медицинских заведениях Свердловской области
в 1937–1941 гг.

Год	Количество учащихся	% увеличения к предыдущему году
1937	3643	
1938	6722	84,5
1939	8533	26,9
1940	10259	20,2
1941	10678	4,1

Составлено по: ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1303. Л. 8.

Таким образом, всего за 4 лет, с 1937–1941 гг., количество студентов возросло на 293%, что в количественном отношении составило 7035 человек. Такое число будущих медиков практически полностью решило проблемы Свердловской области в обеспечении средним медицинским персоналом.

¹ ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 6. Д. 242. Л. 17.

² ПермГАНИ. Ф. 105. Оп. 6. Д. 233. Л. 81.

Позитивные изменения в материальном положении медицинских работников начинают происходить с середины 1930-х гг. В это время выходит постановление СНК СССР и ЦК ВКП (б) от 4 марта 1935 г. «О повышении заработной платы медицинским работникам и об увеличении ассигнований на здравоохранение». В документе особое внимание уделялось сельским врачам. Было установлено обязательное правило командирование сельских работников здравоохранения на курсы повышения квалификации в институты каждые три года. Командированных на курсы специалистов обеспечивали общежитием, стипендией, при этом сохранения заработную плату по месту работы ¹.

Следующим шагом советского руководства по увеличению заработной платы стало установление единых республиканских расчетов на содержание врачебных амбулаторий. По ним в 1939 г. были определены категории медицинских сотрудников и минимальные размеры оплаты труда. Так, согласно расчетам, лечащие врачи получали оклад в 450–470 руб., зубные врачи – 315 руб., фельдшера – 225 руб., акушерки – 205–230 руб., медицинские сестры – 175, дезинфекторы – 150, санитарки – 110–140 руб.² Данное решение было логичным, позволяющее не только повысить престижность профессии, но и сформировать кадры из поступивших в медицинские учебные заведения. Ведь рабочий, который проучился 6–8 недель на профессию счетовода, в середине – конце 1930-х гг. мог рассчитывать на зарплату в 150–170 руб.

В условиях регламентации и тотального контроля любые недостатки воспринимались партийно-советским руководством и общественным мнением как проявление вредительской деятельности непосредственных исполнителей. Особенно это характерно для 1937–1938 гг., когда повсеместно шла борьба с «врагами народа», в том числе в сфере здравоохранения. Однако установка на ликвидацию «классово-чуждых элементов» в органах здравоохранения была сделана еще в конце 1920-х гг. Так, на заседании бюро ячейки ВКП (б) Облздрава от 8 июня 1927 г. отмечается, что в аппарате органов здравоохранения того времени име-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 26. Д. 26. Л. 80.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 26. Д. 52. Л. 16.

лись лица, ранее служившие в Белой Армии. В связи с этим, партийными органами было принято решение, в отношении последних, «занять линию замены всех должностей – коммунистами или без партийными, доказавших свою преданность Советской власти». Замена должна была быть постепенной и не носить обобщающего характера¹.

Развитие данных взглядов получило в начале 1930-х гг. в период массовой индустриализации и коллективизации. Уже в это время большевистское руководство начинает использовать репрессии для решения различных экономических и социальных программ, начинают набирать обороты политические дела, связанные с невыполнением первого пятилетнего плана народного хозяйства. Так, председателя Месткома Центральной амбулаторной больницы Кондратьева обвиняют в декабре 1930 г. как создателя и руководителя крупной вредительской организации. В обвинительном деле было указано, что его целью было «консолидация политических врагов советской власти и партии с основной задачей затормозить развернутое наступление социализма и тщательно-замаскированными контрпланами опрокинуть плановое начало в советском хозяйстве, надеясь тем самым развязать развитие капиталистических взаимоотношений в стране, надеясь на расширение и углубление НЭПа»².

Но, если в начале 1930-х гг. при невыполнении задач советского руководства к работникам органов здравоохранения применялись меры административного воздействия, то со второй половины 1930-х гг. репрессии коснулись не только медицинского персонала, но и руководящего состава органов областного здравоохранения. Своего апогея по выявлению «врагов народа» советско-партийные органы достигли в 1937–1938 гг., когда советское руководство начало спускать «планы» по выявлению «врагов народа» в регионы. Местные партийные чиновники совместно с органами НКВД стали фабриковать многочисленные «дела» о якобы существующих «контрреволюционных организациях». Так, в ноябре 1937 г. как «враг народа» был обвинен руководитель Облздора Свердловской области

¹ ЦДОСО. Ф. 273. Оп. 1 а. Д. 2. Л. 78.

² ЦДОСО. Ф. 273. Оп. 1. Д. 1. Л. 64.

Константин Алексеевич Коновалов. Ему вменялось, что он принял на работу в аппарат Облздрава «троцкистов» Куравскую и Дерябину, а кроме того, «троцкист» Кожевников был заместителем К. А. Коновалова. Обвинительный приговор дополнялся тем, что Константин Алексеевич знал о существовании у него в аппарате «троцкистов», но не предпринял попыток по их разоблачению, а наоборот, общем партсобрании отметил, что Кожевников «пользуется авторитетом среди коллег»¹.

В результате, К. А. Коновалову было инкриминировано обвинение в «приглушение большевистской бдительности, за примиренческое отношение к врагам партии и социалистического государства». За данное преступление его исключили из рядов ВКП (б), объявили «врагом народа» и приговорили к 5 годам тюремной ссылки в Пировский район². Там он продолжил заниматься делом здравоохранения, работая врачом в селе Пировском. Однако вскоре, 23 октября 1940 г. он умирает в ссылке. Константин Алексеевич был реабилитирован посмертно 12 ноября 1957 г.

Характерно, как для этого времени быстро менялось мнение о конкретном человеке. Так, в апреле 1937 г. на заседании парткома Облздравоотдела рассматривался отдельный вопрос о характеристике К. А. Коновалова и тогда заведующий был отмечен «как добросовестный партийный работник, член агитационного коллектива, активный специалист: дисциплинирован, политически грамотный и идеологически устойчивый»³.

Следующим руководителем областного здравоохранения становится Д. С. Дышлис. Однако его руководство было не долгим и 20 октября 1938 г. на заседании Бюро Обкома его снимают с занимаемой должности за «неоправданное доверие партии, за очковтирательство и в связи с невыполнением Постановления СНК «Об укреплении сельского участка». Кроме этого ему вменялось «крайне слабая

¹ ЦДООСО. Ф. 273. Оп. 2. Д. 3. Л. 3.

² ЦДООСО. Ф. 273. Оп. 2. Д. 4. Л. 4.

³ ЦДООСО. Ф. 273. Оп. 2. Д. 4. Л. 35–37.

борьба за ликвидацию вредительства в системе здравоохранения, отсутствие изменений в работе аппарата Облздрава после врага народа К. А. Коновалова»¹.

Среди тех, кто незаконно был обвинен в государственных преступлениях, был директор Свердловского медицинского института Н. А. Подзоров. В мае 1939 г. в газете «Уральский рабочий» выходит заметка об растрате средств директором в вверенном ему институте. Сразу после выхода статьи комиссия Обкома ВКП (б) оперативно проверила хозяйственную и финансовую деятельность института и «полностью признала факты не целевого расходования государственных средств и фондов, ассигнованных на строительство биофизиологического корпуса». Как результат – решением Бюро Обкома ВКП (б) от 8 июля 1939 г. он был снят с должности директор².

Пострадали от репрессий в середине 1930-х гг. и рядовые служащие органов здравоохранения. Так, медицинские сестры Пермской больницы Кремлева и Денисова обвинялись по анонимному доносу в происхождении родителей. У первой был отец священник, вторая была дочь дьякона. В итоге каждая лишилась работы и вынуждена была отречься от своих родителей³. Профессор Пермского медицинского института Шумков был обвинен по доносительству группой врачей Пермского общества. Составленное письмо-обвинение занимало более чем 30 листов машинописного текста, а основой предъявленного обвинения было «преподавание студентам махрово-реакционного, контрреволюционного, биологически абсурдное и безграмотное учения синергетики»⁴. Такие ситуации были типичны для второй половины 1930-х гг. и широко освещались в прессе того времени. Так, в Первоуральском райздравотделе за 1939 г. сменилось три заведующих, каждый из которых «допускал безответственность в укомплектовании руководящими кадрами»⁵. В итоге, недоверие и репрессии по отношению к медицинским кадрам также не способствовали улучшению работы учреждений сферы здравоохранения. На

¹ ЦДООСО. Ф. 273. Оп. 2. Д. 9. Л. 108.

² ГАРФ. Ф. А-482. Д. 23. Оп. 27. Л. 69.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Д. 1. Оп. 1. Л. 42, 190.

⁴ ГАСО. Ф. Р-627. Д. 10. Оп. 1. Л. 64–97.

⁵ Уральский рабочий. 1939. 21 октября.

место работников с многолетним стажем приходили не опытные врачи, которые не обладали необходимой квалификацией. Изъятие заслуженных врачебных кадров из системы здравоохранения еще больше усугубляло проблему с кадрами, что сказывалось на качественной стороне медицинского обслуживания населения. Так, в Перми в 1940 г. среди 340 специалистов с высшим медицинским образованием 165 врачей не обладали даже пятилетним опытом¹. В результате из-за недостаточности квалификации лечащих врачей, объясняющейся, в том числе, снятием опытного персонала, имелся ряд грубых нарушений при определении диагноза больных. К примеру, в Пермской городской инфекционной больнице в 1939 г. лечился ребенок 2-х летнего возраста, которому был поставлен диагноз «дифтерия». Лечение от данного заболевания привело к летальному исходу. Только после вскрытия тела ребенка был установлен истинный диагноз – «туберкулез легких». В этом же году женщина лечилась в терапевтическом отделении Пермской клинической больницы с диагнозом «малокровие, туберкулез легких», однако по факту было позже выяснено, что у нее «рак яичников»². Аналогичных фактов грубых медицинских ошибок врачебного персонала было значительное количество.

Таким образом, в рассматриваемый период с увеличением количества обучающихся в высших и средних учебных заведениях и повышением материального обеспечения медицинских работников, происходит рост обеспеченности населения медицинской помощью на Урале. Если в 1928 г. на одного врача на территории Большого Урала приходилось 4, 9 тыс. чел., в 1932 г. – 2, 6 тыс. жителей, то на 1 января 1938 г. в городах и промышленных районах она составляла 1124 чел. на одного врача. Во многом органам здравоохранения удалось достичь таких высоких показателей путем организации медицинских учреждений непосредственно в регионе. В результате на Урале в 1939 г. успешно функционировало 4 высших медицинских института и 49 средних медицинских школ³. Только в 1940 г. из

¹ ПермГАСПИ. Ф. 1. Оп. 22. Д. 96. Л. 6.

² ПермГАСПИ. Ф. 1. Оп. 22. Д. 97. Л. 2.

³ ЦДОСО. Ф. 273. Оп. 1 а. Д. 7. Л. 39 – 41.

высших учебных заведений Молотовской области был произведен выпуск 460 специалистов¹.

Рост числа врачебного персонала за рассматриваемый период происходит во всех регионах Урала. Так, на территории Свердловской области число врачей в последний довоенный год, в 1913 г. составляло всего 170 врачей. В 1932 г. их число стало 1004 чел., в 1937 г. – 1475 чел., а в 1940 г. – 1801 специалист. В Челябинской области за тот же период количество врачей возросло с 108 (1913 г.) до 1192 чел. (1940 г.), а Пермской области со 181 до 1238 соответственно² (см. приложение 10). Коэффициент обеспеченности населения Урала врачебной помощью в 1940 г. в отдельных территориях составил следующие значения: Свердловская область – 1442 чел. на одного врача, Челябинская область – 2503 чел.³ и в Пермской области – 1754 чел. (см. приложение 11)⁴. Однако при явном увеличении врачебного персонала за довоенный период, их количество не могло сравниться с западными образцами. В США в 1940 г. коэффициент обеспеченности составил в 1,5 – 2 раза выше, чем в регионах Урала. Как свидетельствует статистика, догнать по этому показателю США удалось только к 1960-м гг.⁵

Для исследованного данного периода можно выделить два характерных этапа развития кадрового обеспечения здравоохранения Урала. Первый этап 1918–1928 гг. – в это время происходило становление и формирование кадровой системы советского здравоохранения. Если на первом этапе шел активный поиск источников формирования медицинских кадров: демобилизация военных врачей и имевшегося персонала, приглашение медработников из других регионов, ставка на средний медперсонал. На втором этапе (1928–1941 гг.) был взят курс на подготовку медицинских работников в регионе. Органам здравоохранения Урала за этот период удалось создать стабильную материально-техническую базу для подготовки медицинских кадров, организовать медицинские институты, НИИ и ме-

¹ ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 6. Д. 231. Л. 139.

² РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 192. Л. 50.

³ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 192. Л. 57.

⁴ ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 6. Д. 233. Л. 87.

⁵ Калабеков И. Г. СССР и страны мира в цифрах. Справочное издание. М., 2017. С. 229.

дицинские школы. Была достигнута мощная база научных и учебных заведений в области медицинского образования. Его результатом стал качественный и количественный рост медицинских работников в конце 1930-х гг., который не просто удовлетворил потребность населения во врачебной помощи, но и позволил новой системе здравоохранения развиваться.

Глава 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВА И ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА И БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЯМИ

2.1. Мероприятия в области развития санитарной системы

После окончания Гражданской войны советским органам здравоохранения необходимо было реорганизовывать санитарное законодательство и дело санитарно-эпидемиологических мероприятий на местах. Существовавший в дореволюционное время Устав медицинской полиции заключал в себя лишь наиболее общие санитарные требования, предъявляемые к «обывателям» полицией и некоторые устаревшие санитарные нормы. Это законодательство не касалось широких вопросов санитарного оздоровления и благоустройства населенных мест. В конце осени 1919 г. «Уральский рабочий» констатировал тревожный факт: во всей Екатеринбургской губернии не было ни одного санитарного врача¹. И это в условиях разрухи и Гражданской войны. Также уральскому населению катастрофически не хватало топлива, продуктов, мыла, света.

Советское руководство, осознавая важность данного вопроса, в 1919 г. в программу Коммунистической партии, принятую на VIII съезде РКП (б), в качестве ближайшей задачи заложило принцип создания санитарного законодательства². В его основу были положены следующие принципы: государственный характер санитарного дела, плановость, широкое развитие профилактической работы, тесная связь санитарной деятельности с социалистическим строительством, органическая связь санитарного дела с лечебной медициной, активная самодеятельность населения в проведении санитарных мероприятий и тесная их связь с медицинской наукой³.

¹ Уральский рабочий. 1919. 26 ноября.

² См.: Восьмой съезд РКП(б). Протоколы, М., 1959

³ Анналы истории медицины. М., 1963. С. 46.

Постановлением Совета рабоче-крестьянской обороны от 8 ноября 1919 г. при Народном комиссариате здравоохранения была образована Всероссийская чрезвычайная комиссия по улучшению санитарного состояния республики, имевшая широкие полномочия¹. Аналогичные комиссии были созданы в губерниях Урала. Им вменялось в обязанность наблюдение и контроль за проведением в жизнь всех мероприятий по санитарной части, а также члены комиссии имели право возбуждать перед соответствующими учреждениями вопрос о предании виновных суду в случаях не выполнения санитарных предписаний.

18 июля 1919 г. декретом СНК РСФСР «О санитарной охране жилищ» была создана Государственная жилищно-санитарная инспекция², чуть позже были установлены «Временные правила устройства и содержания жилых помещений и организации жилищно-санитарного надзора»³. Это был первый законодательный акт об организации санитарной инспекции и об их нормировании. В ее функции входило согласование планов жилищного и промышленного строительства, контроль над выполнением санитарных правил и норм, а также расселение населения из скученных квартир и домов.

На Урале первые подразделения госсанэпидслужбы были организованы в 1919–1921 гг. на территории Екатеринбургской губернии. Это были эпидемиологические бюро при местных отделах здравоохранения. Они состояли из трех человек (санинструктор, оспопрививательница и дезинфектор). В губернском центре активно действовали городское дезинфекционное бюро и санитарно-гигиеническая лаборатория Губздравотдела⁴.

Однако первоначально, в условиях послевоенного времени, органам здравоохранения не хватало материальных и врачебных ресурсов. Так, в Челябинске в

¹ Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1919 г. Управление делами Совнаркома СССР М. 1943 С. 763–764.

² Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-Крестьянского правительства. 30 июня 1919 г.; Известия НКЗ № 7–8 от 15 июля 1919 г.

³ Известия НКЗ № 9–10 от 1 октября 1919 г.

⁴ Соколов Б. В., Бальчугов А. Д., Сажина М. Г. Становление государственной системы здравоохранения на Урале. Екатеринбург. 2008. С. 16.

1919 г. из необходимых 80 лошадей в ассенизационном отряде было только 15¹. Приходилось прибегать к принудительным мерам, к мобилизации гражданского населения. В связи с этим, с 1919–1920 гг. при организационной поддержке советских органов здравоохранения на Урале начинают свою деятельность общественные «Рабочие комиссии по борьбе за чистоту». Цель данных комиссий была в организации мероприятий, которые были направлены на поддержание чистоты помещений. Вместе с санитарным надзором комиссии проводили осмотры жилых помещений города или селения, по результатам которого составлялся соответствующий акт осмотра, указания по очистке и ремонту данных мест. Кроме этого члены комиссии могли привлекать виновных в нарушении санитарных норм к административной ответственности. Особое внимание комиссиями уделялось баням, прачечным и другим общественным местам. В конце каждого месяца рабочие комиссии сдавали письменный отчет о своей деятельности отделу здравоохранения². С 1920 г. комиссии начали уделять внимание санитарному состоянию учреждений народного образования. Так, в Екатеринбургской губернии членами комиссий были осмотрены большинство школ, в результате которых органами здравоохранения были даны предписания школьным советам следить за чистотой, содержанием в чистоте кухонь, кладовых, уничтожению насекомых и сбережению от них продуктов питания³.

В Пермской губернии в 1920 г. была организована схожая комиссия по борьбе за чистоту. Одним из первых мероприятий комиссии стал разработанный план по уборке города от нечистот и загрязнений. Советскими органами на его реализацию было выделено 307 млн. руб.⁴ В результате санитарной комиссией совместно с местным населением в период с 6 августа по 6 октября 1921 г. из г. Пермь было вывезено 7368 бочек ассенизационных обозов, 3271 бочка мусора, общее количество составило более 11 тыс. бочек утилизированных нечистот⁵.

¹ ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 1. Д. 111. Л. 47.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 4. Д. 96. Л. 106.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 11. Д. 15. Л. 41.

⁴ ПермГАСПИ. Ф. 557. Оп. 2. Д. 56. Л. 7–8.

⁵ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 8. Л. 148.

Кроме того, рабочие комиссии совместно с органами здравоохранения проводили периодическое обследование лечебных учреждений на предмет соблюдения санитарных норм.

Начиная с 1920-х гг. важным направлением деятельности органов здравоохранения становится переобучение младшего медицинского персонала исходя из требований санитарного образования. Так, согласно Циркуляру НКЗ от 17 августа 1921 г. весь младший медицинский персонал обязан был пройти санитарные курсы, которые открывались на базе акушерских школ. К примеру, на Урале такие курсы были организованы в Екатеринбурге, Перми, Челябинске. Важно, что программа санитарного обучения была единообразна для всего РСФСР и устанавливалась Комиссариатом здравоохранения (3 месяца, 432 учебных часа)¹.

В 1920 г. в Екатеринбурге был создан химико-бактериологический институт, который проводил клинические и бактериологические анализы для больниц и госпиталей, готовил вакцины против брюшного тифа и холеры, детрит для оспопрививания. На базе одной из городских больниц были открыты первые учреждения санитарной службы: эпидемиологическое бюро и дезинфекционное бюро².

Для проведения широкой разъяснительной и культурной работы среди населения в области санитарной охраны в 1918 г. в Народном комиссариате здравоохранения создается отдел санитарного просвещения. Параллельно в уральских губерниях начинает работу такая же структура. К примеру, благодаря инициативе екатеринбургского отдела с 1 июля 1920 г. был принят циркуляр о развитии лекционного санитарного просвещения в Екатеринбургской губернии. Для этого предполагалось приглашать лекторов для чтения лекций, бесед, чтений, киновыступлений на санитарных митингах³. На Урале активно распространялась санитарно-просветительская литература – брошюры, листовки, лозунги, плакаты. Только количество изданных Наркомздравом листовок к концу 1920 г. превысило

¹ ОГАЧО. Ф. Р-225. Оп. 1. Д. 19. Л. 5.

² Соколов Б. В., Бальчугов А. Д., Сажина М. Г. Становление государственной системы здравоохранения на Урале. С. 17.

³ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 15. Л. 31.

6, 5 млн. штук¹. Кроме этого, большое число литературы издавалось непосредственно на местах. Так, в Пермской губернии в 1921 г. было издано более 17 тыс. брошюр, листовок, плакатов и 14 тыс. штук полиграфической продукции получено из НКЗ².

В короткий срок органам здравоохранения удалось организовать специальные учреждения санитарного просвещения на Урале. Так, 1 мая 1920 г. концертом-митингом в Екатеринбурге был открыт городской Дом санитарного просвещения. При нем 6 октября организуется передвижная выставка посвящённая мерам борьбы с антисанитарными условиями проживания населения, которая в дальнейшем была направлена в различные уезды³. Подобные выставки были организованы и в Пермской губернии, которые затем были разослана в города Мотовилиха, Кизел, Чусовой.

Для широкого развертывания санитарной работы, согласно Постановлению Екатеринбургского Губернского отдела здравоохранения от 11 сентября 1920 г., в каждом селе, заводе и прочих населенных пунктах сельским исполкомом выбирались сельские санитарные старосты. В населенных пунктах, имеющих более ста дворов, старосты избирались из расчета на каждые сто дворов по одному старосте. Санитарные старосты должны были уметь писать и читать, их возраст был не меньше 18 и не старше 50 лет. Исполняли свои обязанности они бесплатно, но при этом освобождались от другой работы в то время, когда заняты деятельностью по осмотру участка или присутствовали на заседаниях «Комиссии по борьбе за чистоту»⁴.

При волостных исполкомах органами здравоохранения организовывались волостные санитарные комиссии, составлявшие из санитарных старост по одному от каждого села. Врачи и фельдшера, заведующие врачебными участками, обязаны были принимать активное участие в организации санитарной работы волост-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 11. Д. 15. Л. 41.

² ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 8. Л. 149.

³ Попугайло В. М. К истории санитарной организации на Среднем Урале // Гигиена и санитария. М., 1987. № 10. С. 42.

⁴ ГАСО. Ф. Р-737. Оп. 2. Д. 7. Л. 7.

ной комиссии, входящих в их районы. Для этого врач периодически собирал представителей волостных санитарных комиссий его района, совместно с которыми и намечал план работы. Для контроля и постоянного наблюдения за правильным проведением в жизнь намеченного плана санитарной работы в каждом врачебном участке советскими органами устанавливалась должность платных санитарных наблюдателей из расчета на каждые 10 тыс. жителей один наблюдатель.

При уездных Здравоотделах органами здравоохранения создавались уездные рабочие санитарные комиссии по борьбе за чистоту из представителей Угорздрава, а также из лечебно-санитарных организаций, работающих в уезде. Параллельно, при Губздравотделе создавалась Губернская рабочая санитарная комиссия по борьбе за чистоту¹.

Для каждой из этих категорий комиссий, советскими органами были установлены предписанные обязанности. Так, сельские санитарные старосты обязаны были наблюдать за сохранением чистоты в селах и деревнях, не допуская скопления нечистот или отходов на площадях, улицах и дворах. Они должны были следить за чистотой источников водоснабжения, наблюдать за исправностью колодцев и ключей, осматривать заводские и промышленные предприятия, бараки и артельные помещения для рабочих, школы, приюты.

Члены волостных комиссий имели право свободного доступа на все усадьбы, дворы, надворные постройки селений и в места общественного пользования в любое время для санитарного осмотра. Они обладали правом привлекать к судебной ответственности нарушителей составляя обязательный акт о санитарном правонарушении.

В ведение рабочих санитарных комиссий входил контроль над санитарным состоянием общественных учреждений, жилых помещений и дворов. Комиссии осуществляли проверку торговых заведений по изготовлению пищевых продуктов, проводили санитарные мероприятия по борьбе с эпидемиями, выработанные Здравоотделами, организовывали публичные беседы, лекции в целях пропаганды

¹ ГАСО. Ф. Р-737. Оп. 2. Д. 7. Л. 7.

общественной чистоты¹. К примеру, в Пермской губернии в 1921 г. санитарным надзором было произведено 853 осмотра различных учреждений, составлено 219 актов, выдано 1023 разрешения на торговлю и изготовление продуктов. Санитарному осмотру было подвергнуто 3025 работников торгово-промышленных предприятий². В Челябинской губернии схожая комиссия начала свою работу в 1919 г. и в последствие даже было выпущено специальное постановление Губисполкома о санитарном порядке содержания рынков, складов, гостиниц и других общественных мест. Важно, что в случае необходимости проведения дезинфекции, по требованию комиссии, она проводилась за счет частного владельца заведения³.

Такие активные действия губернского советского руководства в области санитарного просвещения были необходимы. Как свидетельствует отчет о санитарном состоянии Урала за 1919–1920 гг. в губерниях отсутствовали санитарные врачи, не имелось достаточно популярной и специальной литературы по санитарии, не хватало бактериологических препаратов. В крайне плохом состоянии находились источники водоснабжения⁴.

Ухудшается санитарное обеспечение Урала в начале 1920-х гг. ввиду разразившегося голода и в связи с волной беженцев и переселенцев из голодных мест. На органы здравоохранения выпала колоссальная работа по обслуживанию передвигающихся масс людей. Медицинские учреждения не были подготовлены к этому. Не было приемников, изоляторов, достаточного количества эпидемических коек. Все детские больницы были заняты, детские дома переполнены. К примеру, на эвакуационном пункте г. Екатеринбург скопилось до 200 детей, которых некуда было принимать. Состояние этого места было ужасное: грязь, паразиты, отсутствие медицинского наблюдения. В результате органы здравоохранения вынуждены были открывать специальные учреждения для содержания детей. Так, в ноябре 1921 г. в Пермской губернии был открыт детский дом для голодающих детей

¹ ГАСО. Ф. Р-737. Оп. 2. Д. 7., 8. об.

² ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 8. Л. 148.

³ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 3. Л. 2, 37.

⁴ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 47. Л. 21.

в г. Сарапуле на 100 чел. Всего за 1921–1922 гг. было открыто 6 подобных детских домов по Пермской губернии¹.

Взрослое население содержалось, в основном, на изоляционных пунктах. Однако с задачей санитарной обработки всего пребывающего контингента органы здравоохранения справиться не могли. Так, согласно заявлению помощника врача Д. Мерцалова от 20 ноября 1922 г. состояние эвакуационного пункта Челябинска было ужасным: «В здания не отремонтированы, стекла выбиты, холод ужасный, сырость... кругом грязь, больных моют без мыла, ванный и матрасы во вшах»². Такое же положение было в другие уральских губерниях. На железнодорожной станции Екатеринбург просто не было достаточного помещения, а главное, медперсонала, мыла, белья. При этом первоначально изоляционные пункты по пути следования к Екатеринбургу также были забиты людьми, так что эшелоны часто не сопровождалась вагоном-изолятором и медицинским персоналом³. К примеру, в октябре 1921 г. на Пермском губернском эвакуационном пункте содержалось 7183 человека беженцев⁴. Лишь с 1922 г. органы здравоохранения Пермской губернии смогли наладить санитарную обработку всех прибывших переселенцев по железной дороге. Советскими органами были организованы эпидемические бараки и изоляционные пункты в достаточном количестве. Врачами проводилась тщательная дезинфекция вагонов, вокзальных помещений общественного пользования⁵.

В связи с наплывом голодающих масс в города Урала и ухудшением санитарной обстановки, органам здравоохранения пришлось заняться размещением их в специально отведенных домах. Советские власти старались в каждом таком доме размещать дезинфекционные камеры для обработки прибывшего населения. Однако дезокамеры не давали нужного эффекта – у людей не было запасного белья, обуви, чтобы переодеться на время дезинфекции. Часто обслуживание дезокамер

¹ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 73. Л. 7.

² ОГАЧО. Ф. Р-225. Оп. 1. Д. 272. Л. 44.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 4. Д. 365. Л. 22.

⁴ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 73. Л. 7.

⁵ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 8. Л. 15.

проводили рабочие без медицинской подготовки, в связи с чем, в домах наблюдалась загрязненность, вшивость. В этом случае дезинфекционные дома сами становились разносчиками антисанитарных условий. Органы здравоохранения Урала смогли наладить работу специальных камер лишь к весне 1922 г. путем обязательного прикрепления к ним медицинского персонала. В результате только городским дезинфекционным отрядом г. Перми было произведено 2018 успешных дезинфекций¹.

Большое значение имели в санитарной работе общественные бани. Если в деревнях у крестьян обыкновенно имелись почти при каждом доме собственные бани, то в городах дела обстояли хуже. Так, в Перми в 1921 г. было всего две общественные бани с пропускной способностью всего до 20 тыс. чел. Всего на территории Пермской губернии находилось 9 бань общего пользования². Губернскими органами здравоохранения для улучшения санитарной ситуации в октябре – декабре 1921 г. была организована бесплатная помывка городского населения с выдачей 1/8 фунта мыла. В результате в банях общего пользования помывкой воспользовались более 85 тыс. чел., в бесплатными парикмахерскими – 43 тыс. чел³. Через санитарных наблюдателей был установлен контроль над реализацией за скоропортящимися продуктами на рынках⁴, органами здравоохранения осуществлялась выдача питьевой воды и пользование водопроводными кранами⁵. Такие активные действия советских органов оказали воздействие. Уже к концу 1923 г. санитарная ситуация на Урале была стабилизирована, очаги эпидемий были ликвидированы.

С развитием медицинского законодательства на республиканском уровне изменения вносились и в санитарное дело. Так, 15 сентября 1922 г. был издан декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР «О санитарных органах республики»⁶. Документ определил круг задач и порядок деятельности санитарных органов. В

¹ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 8. Л. 144.

² ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 156. Л. 6.

³ ПермГАСПИ. Ф. 557. Оп. 2. Д. 280. Л. 53.

⁴ ПермГАСПИ. Ф. 557. Оп. 2. Д. 56. Л. 7–8, 17.

⁵ ПермГАСПИ. Ф. 557. Оп. 2. Д. 280. Л. 25.

⁶ Известия ВЦИК от 1 июля 1921 г.

их входили: санитарная охрана воздуха и почвы; санитарная охрана жилищ; санитарная охрана пищевых продуктов; организация противоэпидемических мероприятий; организация борьбы с социальными болезнями; охрана здоровья детей; санитарная статистика; санитарное просвещение; участие в вопросах санитарной охраны труда и общей организации лечебно-санитарного дела¹.

Декретом было утверждено обязательное минимальное количество санитарных работников на местах при органах здравоохранения: в губернском центре – три должности санитарных врачей для обслуживания общей санитарии, эпидемического дела, санитарной статистики. В уездах до 200 тыс. человек – одна должность санитарного врача и одна должность санитарного помощника; в уездах с числом жителей свыше 200 тыс. добавлялась одна должность санитарного врача. В городах полагалась одна должность санитарного врача на каждые 50 тыс. жителей, мелкие города обслуживались уездным санитарным инспектором².

На руках у санитарных врачей и их помощников были «мандаты» – особые, составленные по форме Народного комиссариата здравоохранения открытые листы от губернского отдела здравоохранения, удостоверяющие их права и должность. Органы санитарного надзора при наличии санитарных не благоустройств и нарушений могли не просто обязать устранить недостатки, но и вообще закрыть предприятие. К примеру, в октябре 1923 г. санитарным надзором г. Пермь была закрыта хлебопекарная артель ввиду выявленных антисанитарных условий содержания. В том же году в Перми санитарный надзор выявил антисанитарные условия в одной из городских столовых, в результате директор и буфетчик учреждения были привлечены к административной ответственности.³

Согласно декрету обязательному предварительному санитарному надзору подвергались следующие предприятия пищевой промышленности: предприятия, вырабатывающие диетические препараты, искусственные продукты и минеральные лечебные воды; винокуренные заводы, места разлива вин; места оптовой и

¹ Телков Б. Сохранить здоровье народа! Екатеринбург. 2012. С. 61.

² Там же. С. 61.

³ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 2. 104. Л. 18.

розничной продажи спиртных напитков; столовые, рестораны, буфеты, рынки и базары. Все обозначенные места до их открытия подвергались санитарному осмотру на предмет определения пригодности помещений с санитарной точки зрения, продукты же, выработанные ими, исследовались в губернских лабораториях. В результате осмотра и обследования предприятиям выдавались соответствующие удостоверения¹.

Таким образом, декрет подтверждал государственный характер санитарной службы, определял ее задачи, права и обязанности, ее структуру, специализацию санитарной деятельности. Можно с уверенностью сказать, что этот декрет положил начало единому развитию санитарной системы страны.

После выхода декрета в 1923 г. в Облздравотделе Уральской области был создан санитарно-эпидемиологический подотдел. Согласно положению, подотдел занимался изучением профилактики профессиональных заболеваний, вел их учет на основе материалов лечебных учреждений, занимался разработкой вопросов посвященных медицинским осмотрам поступающих на работу, совместно с органами санитарного контроля участвовал в предварительном надзоре по организации промышленных предприятий².

Возглавил его врач Нестор Иванович Иванов – первый санитарный врач в Уральской области³. Это был врач с университетским образованием, человек, имевший опыт санитарной работы. До революции он уже работал санитарным врачом в Харьковском и Пермском губернских земствах и городским санитарным врачом в Нижнем Новгороде. Современники оставили о нем воспоминания, как о «человеке добром и профессиональном». Например, когда врачу, прибывшему в распоряжение Губздрава в 1920 г., не смогли предоставить место для жилья, Нестор Иванович предложил его семье одну из трех комнат своей квартиры⁴.

В первые годы, после открытия подотдела, Нестор Иванович добился развертывания по области свыше 10 тыс. коек для эпидемиологических больных.

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 290. Л. 1.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 146. Л. 45.

³ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 4. Л. 4.

⁴ ДИПС СОМИМ (инв. № 1502).

Благодаря его усилиям, началась плановая работа по борьбе с санитарными нечистотами и эпидемиями в Уральской области. Однако он был не только талантливым организатором, но и изобретателем. Иванов сам сконструировал жаровую камеру. Изобретение хорошо показало себя на практике, в нескольких городах воспользовались чертежами Нестора Ивановича и тоже изготовили соответствующие камеры. Как утверждали санитарные работники, дезокамеры Иванова оказали большую помощь в ликвидации сыпного тифа.

Санитарно-эпидемиологический подотдел Облздрава под руководством Н. И. Иванова активно принялся за дело санитарного оздоровления Уральской области. В течение нескольких лет были открыты не существовавшие до этого санитарные учреждения. Так, к концу 1924 г. в Уральской области существовало 12 клинико-бактериологических лабораторий, в 1924–1925 гг. организованы областная малярийная и пастеровская станции, в 1924–1926 гг. создается лабораторная служба в г. Нижнем Тагиле. В это же время организуется первая на Урале санитарно-гигиеническая лаборатория при водно-пищевом отделе под руководством врача Н. И. Доброздрова и окружная санбаклаборатория, которую возглавил А. В. Пшеничнов. Органами здравоохранения были разработаны специальные постановления касающиеся охраны жилищ, содержания бань, гостиниц, столовых, постоянных дворов, парикмахерских, прачечных, хранения продуктов и т.п.¹

Органы здравоохранения Урала прикладывали большие усилия для устранения недочетов в области санитарии. Однако к середине 1920-х гг. оставалось ряд проблем, требующие скорейшего решения. В первую очередь они были связаны с тяжелыми жилищными условиями и антисанитарным состоянием населенных мест Уральской области. Например, до 1924 г. водопровод имелся только в 8-ми городах Уралобласти, причем с далеко не полным охватом населения и небольшим количеством очистных сооружений. К примеру, в Челябинске в 1927 г. водоснабжением пользовалось только 25% населения, остальные горожане брали воду из колодцев и реки Миасс². За период до 1928 г. были построены водопрово-

¹ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 17. Л. 103–115.

² ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 244. Л. 18.

ды в Свердловске и Троицке. Разрабатывались проекты водопроводов в Тагиле, Лысьве и Надеждинске. Канализация, и то частичная, имелась только в одном городе Перми¹. Хуже ситуация была в уральской деревне. В 1920-е гг. крестьяне воду для питья брали из рек и колодцев и, как правило, перед употреблением не кипятили. Как было отмечено в газетах того времени, колодцы часто находились в незащищенном виде, загрязнялись поверхностными водами, охранной зоны источников питьевых вод почти нигде не было установлено². Хотя крестьяне часто бывали в бане, но мыла для мытья и стирки употребляли ограниченное количество. Так, по выборочным обследованиям крестьянских бюджетов, в Уральской области в 1925/26 уч. г. в среднем одна семья тратила на приобретение мыла и другой парфюмерии всего один рубль в год³. Как правило, крестьяне в семье пользовались общим полотенцем и общей посудой. Еще хуже ситуация была в среде башкир, татар, марийцев и др. национальностей. Они, из-за своих религиозных представлений, отказывались мыться в бане, пользоваться выгребными ямами. Так, при обследовании Катайского медицинского участка Челябинского округа, где жители в 1920-х гг. состояли, в основном, из татаро-башкирского населения, в акте осмотра было записано, «о мыле они понятия не имеют, большинство деревень чуть ли не кругом обложены навозом»⁴.

Обращая особое внимание на проблему водоснабжения, органами здравоохранения в течение 1923–1925 гг. были изданы правила спуска сточных вод в водоемы, закон о гидротехнических мероприятиях, положение об охранной санитарной зоне для источников водоснабжения⁵. Большую работу по улучшению медико-санитарного обслуживания населения провели секции здравоохранения городских Советов. Так, медицинская секция Пермского городского Совета организовала массовые санитарные обследования не только отдельных домовладений, но и целых районов – Городские Горки, Заимка. Ею были обследованы рыночные

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1. Л. 144. Об.

² Округ. 1928. № 10 (69).

³ Бюджеты крестьянских хозяйств на Урале за 1925/26 г. Свердловск. 1928.

⁴ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 28. Л. 12.

⁵ 70 лет советского здравоохранения. М., 1987. С. 28.

площади, места общественного питания, магазины, пекарни. Только за 1928 г. секция провела 25 заседаний, на которых было рассмотрено 76 вопросов по улучшению здравоохранения в Перми¹.

Успехи в деле улучшения санитарного состояния страны дали повод советскому руководству в середине 1920-х гг. провозгласить лозунг «От борьбы с эпидемиями к оздоровлению условий труда и быта». На V Всероссийском съезде здравотделов (27 июня 1924 г.) с одноименным докладом выступил З. П. Соловьев. Он объявил, что после ликвидации последствий Гражданской войны советское здравоохранение в полной мере может реализовывать санитарные принципы в общегосударственных масштабах, решив задачу оздоровления жизни населения.

С постановкой новых задач, со стороны советско-партийного руководства, перед санитарными органами возникла необходимость пересмотра ранее установленных нормативов санитарного обеспечения. Обновленные требования были предложены I Всесоюзным съездом бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей в 1926 г. Нормативы были учтены в постановлении Совнаркома РСФСР от 19 февраля 1927 г. «О санитарных органах республики»². В документе были определены функции, категории, права и обязанности санитарных врачей и санитарных органов. Согласно документу на местах органами здравоохранения устанавливался постоянный предупредительный и текущий санитарный надзор, были расширены функции санитарных комиссий в области санитарной охраны населенных мест и общественного пользования. В Постановлении предусматривалась специализация всего санитарного дела с отдельными комиссиями по жилищной, пищевой, промышленной санитарии и эпидемиологии. Под санитарный надзор попали железнодорожный и водный транспорт. Санитарным врачам дали право судебного расследования выявленных нарушений.

Помимо организационной работы по нормативному регулированию санитарного дела большое внимание органами здравоохранения уделялось санитарно-

¹ Тарасенков П. Н. Развитие здравоохранения на Урале в 1928–1937 гг. // Труды научной историко-медицинской конференции Урало-Сибирских областей 1962 г. Вып. 2. Пермь, 1963. С. 356.

² Бюллетень Наркомздрава РСФСР. 1927. № 8.

гигиенической пропаганде с населением, которая с каждым годом становилась все больше. Если в 1924 г. число санитарно-просветительских лекций в Уральской области составило 6925 занятий, с общим охватом слушателей 577140 человек¹, то за 1926 г. в Уральской области было проведено уже 17286 лекций и бесед на тему санитарного минимума в быту и на производстве, общее количество слушателей составило 977375 человек. Лекторами выступали специально приглашенные специалисты, которые числились на работе в органах здравоохранения. Так, в Пермском Окргздраве в 1924 г. их состояло 27 человек². Кроме того, работало 9 постоянных и 19 передвижных санитарно-гигиенических выставок, которые перемещались по округам Уральской области³.

В 1920-е гг. были популярны такие формы медико-санитарной работы, как комиссии по оздоровлению труда и быта; санитарные суды; массовые инсценировки и спортивные мероприятия, пропагандирующий здоровый образ жизни и чистоту; выпуск специальных плакатов и окон Российского телеграфного агентства (знаменитые окна РОСТА). Санпросветчики стремились максимально разнообразить пропагандистские приемы, инсценировки и представления, которые сопутствовали велопробегам, санкультпоходам и «месячникам чистоты»⁴. В 1925 г. открылся Дом санитарного просвещения в Нижнем Тагиле. В октябре 1922 г. в Екатеринбурге по ул. Розы Люксембург, 32 приняла своих читателей медицинская библиотека. Ее фонд составили уникальные книги – из библиотек Уральского медицинского общества, Нижнетагильского училища, Нижнетагильских заводов. Таким образом, партийные власти рассматривали санитарно-гигиенические навыки как часть «культурной революции» СССР.

В связи с провозглашенным курсом на индустриализацию страны и особым значением в ней горной промышленности, советские власти обязали органы здравоохранения проводить обследование профессиональной заболеваемости рабочих, условий труда и быта. Для выполнения этих задач проводились периодиче-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 333. Л. 41.

² Звезда. 1924. 13 июня.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 783. Л. 2.

⁴ Телков Б. Сохранить здоровье народа! С. 72.

ские медицинские осмотры рабочих вредных профессий, с последующим наблюдением и диспансеризацией их. Был усилен предупредительный и текущий санитарный надзор за горными предприятиями¹. Так, еще в 1926 г. в помещении Верх-Исетской поликлиники был открыт первый кабинет профессиональных заболеваний и отделение на 10 коек, в работе которых приняли участие профессор В.П. Луканин и врач В.А. Ляпустин. Это объединение (кабинет и стационар) стало третьим в стране научно-практическим учреждением (после институтов гигиены труда и профзаболеваний в Москве и Ленинграде). К концу года был открыт кабинет профессиональных заболеваний в Нижнем Тагиле².

Санитарные мероприятия на промышленных предприятиях проводились недаром. К примеру, по итогам проверки санитарно-технического состояния рудников Калатинского комбината, которые прошли после обвала шахты «Калата» в декабрь 1928 г., выяснилось, что все имевшиеся аптечки находились в плохом состоянии, неудовлетворительно было снабжение перевязочным материалом, а курсы по оказанию первой медицинской помощи совсем не проводились. Пункты первой медицинской помощи на предприятии были не обустроены. Похожая ситуация была и на другие промышленных предприятиях Уральской области: Карпушинском, Белореченском и др. заводах³.

Таким образом, к концу 1920-х гг. советским органам удалось создать новую санитарную систему, которая, в первую очередь, была направлена на улучшение социально-бытового положения населения. На территории Урала появились не существовавшие ранее государственные службы санитарного обеспечения. Так, в 1928 г. в рамках досоветской Пермской губернии располагалось два бактериологических института, девять санитарно-бактериологических лабораторий, две малярийные станции, пять учреждений по изучению профессиональной заболеваемости рабочих Урала⁴. Для поднятия санитарной культуры населения

¹ ГАСО. Ф. Р-159. Оп. 1. Д. 9. Л. 164–167.

² ГАСО. Ф. Р-159. Оп. 1. Д. 1291. Л. 34.

³ ГАСО. Ф. Р-159. Оп. 1. Д. 9. Л. 73.

⁴ Величкин В. И. К десятилетию советской медицины // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1928. С. 10.

Уральской области органами здравоохранения были организованы пять домов санпросвета, работало 84 постоянных санитарно-гигиенических выставки и 42 передвижных¹.

Широкое индустриальное строительство, возведение новых городов фактически «с нуля» ухудшили санитарную ситуацию в Уральской области. В связи с этим начало 1930-х гг. было сложным для Урала в санитарном плане. В первую очередь это происходило потому, что первые строители жили сначала в землянках, потом в бараках. Они возводились стремительно и обходились государству очень дешево – барак жилой площадью в 405 квадратных метров, рассчитанный на проживание 22 семей, стоил всего 600 рублей. Он слабо защищал от холода, после его торопливого строительства оставалась куча недоделок: щели в полах, стенах и перегородки, засыпанные иногда всего на 15–20%, дырявые крыши. Тепла печей тоже не хватало – углы барачных всегда были покрыты инеем.

Советскими органами на законодательном уровне уделялось большое внимание данной проблеме. Так, в октябре 1931 г. комиссия при СНК РСФСР приняла постановление «О медико-санитарном состоянии Магнитогорска», которое обязывало Управление Магнитогорского строительства принять меры по улучшению санитарного состояния. Однако выполнение данных предписаний не было осуществлено в полной мере. Например, ремонт и отопление старых барачных для рабочих в Магнитогорске, шел неудовлетворительно. Из 557 барачных к намеченному сроку было отштукатурено только 200, не отремонтированы крыши в 14 бараках, не было печей в 15 помещениях, не побелено внутри в 84 бараках, несмотря на ноябрь 1931 г. до 900 рабочих жили в палатках. Положение с жилищно-бытовым обслуживанием рабочих было плохое. В бараках наблюдалась большая скученность. Так, в здании на 120 чел. проживали, по 300–350 чел. Постельное белье менялось редко, бараки мылись всего два раза в месяц. Просушка одежды и стирка белья зимой происходит в самих домах. В помещениях было много вшей, клопов, блох, тараканов. Такое положение способствовало возникновению заразных заболеваний – брюшного и сыпного тифа. Из семи санитарных врачей на

¹ Состояние дела здравоохранения в Уральской области за 1929 год. Свердловск, 1929. С. 4.

строительстве в Магнитогорске имелось только три. Водопровод, как таковой отсутствовал. Прибывшие на строительство спецпереселенцы не были обеспечены жильем, финансовые ассигнования для организации медпомощи этой группе не предусмотрены¹.

Ситуация в других промышленных районах Урала была не лучше. Согласно сообщениям уполномоченных в Первоуральске и Дегтярке бараки были перегружены, рабочие спали на полу. Крыши текли и стены просачивались, стекла отсутствовали. На указание о первоочередности санитарной работы, начальник строительством г. Дегтярск Устинов картинно заявил: «Много у меня таких первоочередных дел указанных Облисполкомом»². Положение со снабжением мылом было крайне напряженным. Из-за отсутствия мыла в лечебных учреждениях дезорганизовывалась работа прачечных, стирка постельного белья и принадлежностей.

В Челябинске ремонт бараков на главнейших новостройках (ЧТЗ, ЧЭМК и т.д.) в основном к 1932 г. заканчивается. Но качество их было неудовлетворительно, отсутствовали стекла, шла забивка окон фанерой, плохая засыпка стен. Из-за сбоев в снабжении водой были частные перебои в работе бань, постройка прачечной и дезостанции законсервирована. Наиболее неудовлетворительные бараки стояли на Чусовстрое. Жилой площади было недостаточно, ремонт шел плохо. Готовность к зиме 1932 г. не превышала 60–70%. Бани для работы не имелись, санобработка не проводилась³.

Таким образом, санитарная ситуация с большинством населенных мест Урала в начале 1930-х гг. не соответствовала санитарным требованиям. Советско-партийные органы в погоне за соблюдением пятилетнего плана промышленного строительства не были озадачены соблюдением санитарного законодательства. Рабочие, зачастую, были лишены минимальных бытовых условий. Как следствие, в это время происходит резкое ухудшение санитарно-гигиенического положения Уральской области.

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 314.

² Там же. Л. 146.

³ Там же. Л. 306.

Однако по мнению отдельных партийных чиновников основные недостатки санитарной системы заключались в «несоблюдении санитарных норм рабочими»¹. К примеру, Уралсовет в 1930 г. принимает постановление «Об укреплении низового саннадзора и введения общественной санитарной инспектуры»². Советскими властями полагалось, что центром внимания органов здравоохранения должна была стать «борьба за чистый барак, за санитарный минимум в быту». Для осуществления данного постановления органами здравоохранения проходило прикрепление медперсонала, уборщиц и комендантов к баракам, систематически проверяя их работу органами ОГПУ³. Но в условиях недостатка санитарных врачей первоочередное право на санитарное обслуживание было предоставлено рабочим промышленности и жителям совхозов. В сельской местности была установлена должность врача по общему санитарному надзору в каждом районе, а в крупных совхозах – врачей по жилищно-коммунальному надзору.

Одной из наиболее приоритетных задач органов здравоохранения в Уральской области в начале 1930-х гг. являлась водная проблема. Так, в Кизиле частичный водопровод забирал воду из речки Почайки, где конгломерат поверхностных вод был крайне загрязненным, при этом вода не хлорировалась. В Нижнем Тагиле временный надземный водопровод не обеспечивал новостройки, для города вода бралась из загрязненных открытых водоемов (р. Тагил, Тагильский и Выйский пруды)⁴. В 1930 г. из 109 городов и рабочих поселков Урала водопровод имелся только в 10 городах: Свердловске, Перми, Челябинске, Кунгуре, Сарапуле, Тобольске, Троицке, Осе, Чердыни и Воткинске. В 1931–1933 гг. он появился в Златоусте, Кизеле, Лысьве и Молотово. Но водопровод имел незначительное число домовых присоединений и небольшую пропускную способность. В первую очередь, это было связано с недостаточностью финансирования и невыполнением строительными организациями заявок на строительство водопроводов в городах. К примеру, для увеличения Пермского канала водоснабжения в 1932 г. было вы-

¹ На фронте здравоохранения. 1931. № 17–18.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 50.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 9. Л. 283.

⁴ РГАСПИ. Ф. 357. Оп. 1. Д. 140. Л. 11.

делено только 10% от необходимого материала¹. В итоге, если в среднем по области на одного горожанина в сутки приходилось в 1930 г. 10,8 л воды, 1931 г. – 22,9, то в 1932 г. – всего 21,7 против 25,4 л в среднем по РСФСР²

Не менее важной проблемой было отсутствие канализационной сети и крайняя недостаточность ассенизационных обозов. В 1932 г. канализация была в четырех уральских городах (Свердловске, Перми, Молотово и Челябинске), но удельный вес населения, пользовавшийся ею, оставался очень низким. В результате в 1932 г. на одного горожанина Уральской области приходилось в среднем 3,2 куб. м канализации против 0,9 в 1930 г.³

Сеть коммунальных бань в уральских городах не могла удовлетворить даже десятой части потребности населения в них. В 1930 г. на одного горожанина Урала приходилось 5,6 помывок в год, в 1932 г. – 8,4 при норме 36 помывок в год. Особенно неблагоприятной была ситуация с коммунальным обслуживанием на новостройках. Уральская областная комиссия в октябре 1931 г. докладывала в наркомат РКИ РСФСР, что в Магнитогорске всего 9 бань на 170 тыс. чел. Пропускная способность их такова, что каждый мог помыться раз в 32 дня, что составляло 30% эпидемиологической нормы. Из-за постоянной переполненности бань они были в антисанитарном состоянии⁴. Как следствие отсутствия бытовых условий для помывок у населения Урала наблюдалась повальная вшивость. По данным ОЗД в школах г. Свердловска вшивость составляла от 18 до 30% учащихся в начале 1930-х гг. На отдельных детских учреждениях Урала вшивость доходила до 60%⁵.

Органы здравоохранения проводили большую работу среди населения, уделяли особое внимание санитарно-эпидемиологическим нормам поведения местных жителей. С этой целью в 1932 г. Облздравом вводился Институт санитарных инспекторов, который следил за установлением санитарного надзора и неуклон-

¹ Звезда. 1932. 27 января.

² ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 8. Д. 462, Л. 90

³ ГАСО. Ф. Р-245. Оп. 2. Д. 20. Л. 62

⁴ ГАСО. Ф. Р-245. Оп. 1. Д. 1233. Л. 3.

⁵ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 245 – 249.

ного проведения санитарного минимума на фабриках, заводах, и бараках. Должность была общественная, и выборы проходили из рабочего актива. Повсеместно в Уральской области на основе плана-инструкции в течение одного месяца органами здравоохранения проводилась массовая кампания «За здоровый и чистый барак». Она предусматривала единовременную дезинфекцию жилых помещений, избавление барачников от клопов, вшей, тараканов. Осуществление дезинфекции проводилось в основном газовым (серным) способом, обжиганием одежды в жарокамерах (вошебойки), мытья полов и деревянных кроватей горячей водой с примесью карболки или керосина, а также промазывание щелей уксусом или эссенцией. В результате в 1933–1934 гг. санитарную обработку на территории Среднего Урала прошло свыше 4 млн. человек¹.

Одновременно с этим местными органами проводился ремонт в бараках, обеспечивавшие их санитарное состояние. Санитарными врачами вводились строгие правила внутреннего распорядка, предусматривающие борьбу с паразитами. Организационным центром компаний становились созданные штабы санитарного оздоровления или чрезвычайные санитарные комиссии при президиуме Горсоветов, в составе санитарного врача, работников коммунального отдела, представителя хозяйственного органа, работника милиции и представителя профсоюзного объединения, под руководством члена президиума. В свою очередь чрезвычайная комиссия могла привлекать к своей работе всех необходимых лиц и учреждения. В бараках работы проводились через санитарную комиссию барака, коменданта барака и прикрепленных работников. Таким образом, советское руководство пыталось активно задействовать в санитарной работе широкую общественность. Только в ноябре 1934 г. к вопросам улучшения санитарного состояния Уральской области было привлечено 4100 общественных санитарных уполномоченных².

Традиционной формой работы по улучшению санитарного состояния Урала в 1930-х гг. было проведение «социалистического соревнования на лучшее санитарное состояние», с выделенным на это премиального фонда, а также товарище-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 24. Д. 569. Л. 87.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 24. Д. 330. Л. 1.

ские и показательные суды над «злостными вредителям рабочего дела». В отчете санитарного врача Урала за 1932 г. отмечается, что для проведения соцсоревнования намечались группы показательных барачков (ударники, рабочие ведущих цехов), которые брались под постоянный контроль и над которыми шефствовали ВЛКСМ, профсоюзы и добровольные общества. В порядке предварительного осмотра и учета заявлений рабочих выдвигались барачки, участники конкурса на лучшую организацию и барачки, подлежащие проведению общественного суда над ними¹.

Для активизации борьбы за санитарный минимум, за чистоту на всех заводах и фабриках из состава ударников рабочих создавались «бригады здоровья». Предполагалось, что рабочие, ударники, взявши на себя определенные санитарные обязательства – получают «возможность пользоваться вполне хорошей медицинской помощью без всяких ожиданий и излишних хождений». Местные органы обязывали лечебные учреждения распределять врачебную нагрузку таким образом, чтобы в часы приема ударников на одного врача количество пациентов было вдвое меньше, чем в будний день. Более того, ударник здоровья не должен был обращаться в регистратуру, ему сразу выдавалась амбулаторная карта с заполненной общей частью. При повторных же посещениях карта «ударника здоровья» находилась в кабинете врача, отдельно от общей регистратуры².

В рамках реализации решения XVII Партконференции «Об улучшении культурно-бытового положения» советско-партийными органами было решено для быстрейшего налаживания санитарного состояния городов, промышленных центров и рабочих поселков привлекать к участию трудящихся и широкую общественность. Осуществление намеченных планов местные органы решили проводить путем выпуска по Уральской области массового «санитарный займа». «Санитарный заем» выпускался Облздравотделом, Уралпрофсоветом и Обкомом медиков. Заем выпускался трех разрядов: разряд «А» под названием: «Техническую мысль на службу санитарного оздоровления социалистического Урала», 5 серий

¹ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3417. Л. 107.

² ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3420. Л. 18.

по 1000 облигаций. Разряд «Б» - «За социалистическо-санитарную культуру в быту и на производстве», 100 серий по 1000 облигаций. Третий, разряд «В» - «Личным трудом поможем улучшению санитарно-бытовых условий рабочих», 300 серий по 1000 облигаций. Срок реализации займа составлял 6 месяцев. Таким образом, партийным органам удалось привлечь дополнительные средства, что было немаловажно в условиях основных капиталовложений в индустриализацию¹.

В начале 1930-х гг. органами здравоохранения была развернута массовая санитарная пропаганда. В местных газетах несколько раз в месяц публиковались статьи публицистического толка, которые раскрывали недостатки санитарной работы населения. Так, в 1932 г. в газете «Уральский рабочий» была опубликована передовая статья А. Ефмана, заведующего отделом внебольничной помощи под ярким названием: «Вшивый и грязный – враг социализма!» (первое название было «Вошь – враг социализма»). Статья пестрила фразами «Грязный и вшивый – опаснее белогвардейца – он разводит тиф», «Убить вошь – это тоже самое, что убить Деникина». «Социализм победил вошь», этой победы партия и рабочий класс добились в беспощадной борьбе с расхлябанностью, со всякими примиренческими отношением ко всем вшам и грязи». «Социализм победил вошь», но вошь окончательно не ликвидирована. Она продолжает и сейчас поражать ряды бойцов за социализм»². В прессе того времени регулярно публиковались «успехи борьбы за культурный быт и культурное жилище»³. Таким образом, применяя публицистическую пропаганду, органы власти постепенно приучали население к санитарному минимуму в быту и создавали стойкое не примирение жителей к загрязнениям.

В улучшении санитарной ситуации в Уральской области большое значение сыграл открытый в 1930 г. Уральский государственный институт патологии, гигиены и научной организации труда. В его состав вошли кабинеты профзаболеваний, стационар на 60 коек, гигиеническая лаборатория областного отделения с от-

¹ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3417. Л. 6.

² Там же. Л. 117.

³ Звезда. 1932. 8 января.

делами физиологии труда, физико-химическим кабинетом и кабинетом психотехники. Вскоре институт стал называться «Институт гигиены труда и профзаболеваний», а впоследствии был преобразован в «Медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий».

Совместными усилиями санитарных врачей и сотрудников института гигиены труда была проведена большая работа по оздоровлению условий труда на Уральском заводе тяжелого машиностроения (Свердловск), Уралвагонзаводе (Нижний Тагил), Среднеуральском медеплавительном заводе (Ревда), Новотрубном заводе (Первоуральск), Уральском алюминиевом заводе (Каменск-Уральский) и многих других. Всего к началу 1930-х гг. санитарная служба Урала была представлена 3 институтами, 12 санитарно-бактериологическими лабораториями, малярийной, пастеровской и дезинфекционными станциями и эпидемическим бюро¹.

В 1930-х гг. в Уральской области вводятся ставки отдельных санитарных специалистов. В аппарате Облздрава появляется государственный санитарный инспектор по жилищно-коммунальной и водной санитарии, который непосредственно осуществлял санитарный надзор за источниками водоснабжения городов, за охранными зонами, очистными и дезинфекционными установками. Он давал санитарные заключения по планировке города, квартала, по проектам жилищного строительства. Санитарный инспектор по общественному питанию осуществлял предварительный контроль за предприятиями общественного питания, давал разрешение на пуск в эксплуатацию фабрик-кухонь в общественных столовых, мог закрывать на определенный срок базы, кухни, столовые не проходившие по санитарным требованиям. Санитарный инспектор по пищевым предприятиям осуществлял надзор за фабриками, производившими или перерабатывавшими пищевые продукты, промыслы, бойни, холодильники. Санитарный инспектор по санитарии промышленных предприятий занимался установлением защитных зон, контролем за очисткой, спуском и обезвреживанию сточных вод, руководил санитарной работой врачей здравпунктов на промышленных предприятиях. Школьно-

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Оп. 1. Л. 161.

санитарный инспектор обследовал школы, находящиеся на территории города, давал санитарные заключения по строительству и организации школьных учреждений. Перед началом учебного года проводил непосредственную проверку всех школ и устанавливал их пригодность к эксплуатации с санитарной точки зрения. В это же время была введена отдельная ставка эпидемиолога, который проводил обследование района, разрабатывал планы противоэпидемических прививок. В обязанности эпидемиолога также входил контроль над госпитализацией всех различных больных. Такие же должности вводились в отношении участковой и районной медицины¹. В результате организованной работы органов здравоохранения на Урале происходит постепенный численный рост санитарных служащих. Если в 1928 г. на территории Свердловской области работало 78 санитарных врачей, то в 1934 г. их насчитывалось уже 168².

В 1930-х гг. партийные органы ключевым вопросом в деле улучшения санитарной обстановки обозначили необходимость улучшения предупредительного и санитарного надзора, а также регламентировать функции, права и задачи органов санитарного контроля как представителей государственной власти. С этой целью в 1933 г. вышло Постановление ЦИК и СНК СССР «Об организации государственной санитарной инспекции». Этот закон открыл новый этап в развитии санитарного дела. Госсанинспекция была создана во всех союзных республиках. Этим постановлением были также созданы управления санитарных служб при областных ведомствах.

Основные задачи, которые были возложены на госсанинспекцию заключались в «улучшение всего дела санитарного обслуживания населения и особенно в целях полного охвата санитарным надзором предприятий пищевой промышленности и питания». Инспектора следили за организацией питания населения, размещением рабочих и контролем над очисткой населенных мест. Госсанинспекции в городах и районах Уральской области создавались на базе эпидемических бюро.

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 2473. Л. 23–25.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 24. Д. 596. Л. 87.

К примеру, в Свердловской области в 1934 г. были созданы первичные городские отделения инспекций в городах Березовском и Полевском.

На инспекции возлагался надзор за выполнением установленных санитарно-гигиенических норм и правил как общесанитарного характера, так и всех специальных видов санитарного надзора, всеми общесоюзными, республиканскими и местными органами, учреждениями, предприятиями и домоуправлениями, находящимися на территории соответствующей союзной республики. Санитарно-гигиенические нормы и правила устанавливались как единые для всего СССР и были обязательны к исполнению на всей территории Советского государства¹. Таким образом, была проведена коренная реорганизация структуры и деятельности ранее существовавших санитарных органов – санитарно-профилактических отделов органов здравоохранения, объединяющих санитарные и противоэпидемические функции.

Дальнейшее развитие санитарной инспекции происходит в 1935 г. в соответствии с Постановлением ЦИК и СНК СССР «Об организации Всесоюзной госсанинспекции». В результате был создан общесоюзный орган по санитарной охране, который занимался вопросами предварительного надзора по промышленной гигиене, пищевой, жилищно-коммунальной и школьной гигиене. На инспекцию возлагалось централизованное руководство санитарной инспекцией на всей территории СССР. Началась организация и развитие массовой сети уже действовавших санитарно-эпидемических станций в областях. Главным санитарным инспекторам на местах предоставлялось право, в случае нарушения санитарных норм, возбуждать уголовные дела, налагать штрафы и принимать меры административного характера². В соответствии с этим постановлением на Урале были созданы областные инспекции. К примеру, при Свердловском Облздравотделе была создана Свердловская областная государственная санитарная инспекция. Первым областным руководителем госсанинспектором стала Ирина Ивановна Леонова.

¹ Горфин Д. В. Санитарное обслуживание населения СССР в 1917 - 1945 гг. // Современные вопросы теории, истории и организации здравоохранения. Вып. 2. М., 1965. С. 80.

² Петров Б. Д. Очерки истории отечественной медицины. М., 1962. С. 183.

Инспекция активно приступила к своим обязанностям. Первые усилия госинспекции были сосредоточены на улучшении водоснабжения населения. Уже в 1935–1937 гг. были разработаны санитарные нормативы по санитарной охране водоемов, спуску сточных вод, планировке городов, предложены нормативы допустимых концентраций отдельных химических веществ, выбрасываемых в воздух промышленными предприятиями, которые легли в основу государственной системы надзора. В Пермской области санитарная инспекция также уделяла внимание проблемам водоснабжения. Так, по инициативе инспекции в 1940 г. были установлены правила по организации водоснабжения населения области. К примеру, выбор места и организация питьевых колодцев для населения могла производиться только с разрешения Областной Государственной санитарной инспекции. Колодцы должны были устраивать не ближе 20 метров от жилых домов, выгребных ям, помоек и т.п. За несоблюдение данных правил могли наложить штраф, либо обязать к месячным исправительным работам¹. Всего к 1937–1938 гг. центральное водоснабжение было проведено в 41 городе Урала, а на водопроводах был установлен лабораторный контроль за качеством воды².

Городские власти, понимая важность вопросов санитарного состояния населенных мест и их водоснабжения, на протяжении всего рассматриваемого периода держали их на особом контроле. Президиум Лысьвенского горсовета посвятил мероприятиям по предупреждению развития дизентерии и острых желудочно-кишечных заболеваний заседание 11 августа 1936 г. В указанном году президиум Березниковского горсовета обсуждал на своих заседаниях проблемы водоснабжения и санитарного состояния города 6 раз. Бюро Нижнегательского горкома ВКП (б) рассмотрело подобные вопросы 20 ноября 1938 г. и 10 мая 1939 г., а также на совместном заседании с президиумом горсовета, состоявшемся 1 апреля 1939 г. Эти проблемы обсуждались властями и других городов. Но полностью решить

¹ ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 6. Д. 231. Л. 31.

² ЦДОСО. Ф. 483. Оп. 3. Д. 35. Л. 25.

вопрос водоснабжения и санитарной очистки уральских городов в довоенный период так и не удалось¹.

Дальнейшее развитие системы санитарного надзора получило в 1939 г. В это время органами Свердловского областного здравоохранения было утверждено «Положение о городских и районных санэпидстанциях». В Свердловской области стали создаваться санитарно-эпидемиологические станции местного значения, основной задачей которых было проведение лабораторных исследований, обследование очагов и профилактика инфекционных заболеваний, проведение дезинфекционных работ. В результате местными санэпидотделениями совместно с органами здравоохранения начинают разрабатываться генеральные планы очистки городов, которых не существовало до этого. В первую очередь такие планы были созданы в больших промышленных городах Урала – в Свердловске, Перми и Нижнем Тагиле². Однако проблема загрязненности городских поселений уральского региона не была решена в полной мере. Главная причина была в загрязняющем воздействии промышленных предприятий. Необходимо было менять систему обочной очистки городов, устанавливать очистные сооружения, что было сделано только в послевоенное время.

Подводя итог, отметим, что до Великой Отечественной войны на Урале была создана государственная санитарная система с многочисленными научными и практическими санитарными кадрами, широкой сетью санитарных учреждений. Были четко определены задачи, функции и методы работы санитарной организации. Было создано широкое санитарное законодательство по всем основным вопросам. Большое значение для улучшения гигиенической обстановки Урала имело привитие санитарных навыков населения. Этому способствовало санитарное просвещение, проведение культурно-бытовых походов на селе. Добровольцы-общественники обследовали санитарное состояние крестьянских изб, сельских общественных зданий. Культармейцы помогали крестьянам навести порядок в

¹ Журавлева В. А. Городское население Урала в 1920–1930-е гг.: историко-демографический анализ: дис. канд. ист. наук. Институт истории и археологии Уральского отделения РАН. Екатеринбург, 2016. С. 389.

² ЦДОООСО. Ф. 4. Оп. 33. Д. 276. Л. 63.

домах, во дворах, учили навыкам личной гигиены. Об укреплении санитарно-гигиенических навыков в крестьянской среде свидетельствуют затраты на приобретение мыла и парфюмерии. Так, по выборочным сведениям о бюджете колхозников, в Уральской области в октябре 1933 г. на одного человека было приобретено мыла на 8 копеек¹ (примерно столько же, сколько было затрачено на приобретение мыла и парфюмерии в 1925–26 гг.), а в декабре 1937 г. в Свердловской области (сюда входила и Пермская) уже 77 копеек².

В начале 1940-х гг. на Урале формируется широкая специализированная санитарная служба. Так, к 1941 г. в Свердловской области насчитывалось 13 санитарно-эпидемиологических станций, малярийная, пастеровская и дезинфекционная станции, госсанинспекции и санбаклаборатории, в которых работало 208 врачей. Из них в санэпидстанциях – 81, в госсанинспекции – 115 врачей, по 1 врачу в дезстанциях, 2 врача в малярийной станции и 8 врачей в санбаклабораториях³. Такое же положение было и в других областях Урала. К примеру, в Челябинской области к 1939 г. было 14 малярийных станций и 14 малярийных пунктов, а также 60 стационарных и 94 передвижных дезокамер⁴.

В Свердловске расширился бывший химико-бактериологический институт, созданный в 1920 г. Он превратился в институт эпидемиологии и микробиологии: в его составе были созданы санитарно-гигиенический, противозидемический, паразитологический, антирабический и другие отделы. Институт стал базой для подготовки и повышения квалификации бактериологов и эпидемиологов⁵. В результате, достигнутый уровень организационной культуры и профессиональной квалификации работников санитарных организаций Урала позволял решать самые сложные задачи в санитарно-гигиенической сфере здравоохранения.

¹ Подсчитано по данным: ГАСО. Ф. 1812. Оп. 2. Д. 145. Л. 104.

² Подсчитано по данным: ГАСО. Ф. 1813. Оп. 1. Д. 169.

³ Попугайло В. М. К истории санитарной организации на Среднем Урале // Гигиена и санитария. М.: Медицина. 1987. № 10. С. 42.

⁴ ОГАЧО. Ф. Р-1595. Оп. 1. Д. 24. Л. 142, 167.

⁵ Попугайло В. М. К истории санитарной организации на Среднем Урале. С. 42.

2.2. Противоэпидемическая работа органов здравоохранения и её результаты

Накопление и изучение материалов по истории эпидемиологии инфекционных болезней на определенной территории имеет для здравоохранения не только теоретическое, но и практическое значение. Исследование условий возникновения заболеваний и роли социально-экономических и природных факторов в их распространении – основа для прогнозирования и построения плана противоэпидемических мероприятий. Однако при изучении заболеваемости, особенно в первые годы советской власти, следует учитывать, что далеко не все случаи заболеваний в те годы учитывались и регистрировались. В связи с этим для оценки эпидемической обстановки приходится привлекать не только официальные, но и не официальные данные.

После прихода к власти большевиков, в первые годы существования советской власти в стране Гражданская война, период иностранной интервенции. Повсюду разруха, голод, отсутствие медикаментов и медицинского персонала, антисанитарные условия. Как следствие в период с 1918–1920 гг. количество эпидемий в России перерастает в пандемии. Если в 1918 г. по стране было зарегистрировано 141 638 больных сыпным тифом, а возвратным тифом – 16 662 человека, то в 1919 г. их насчитывалось 2 240 858 и 227 927 человек соответственно. К 1920 г. число больных тифом только возросло: с сыпным тифом за зарегистрировано 2 667 500, с возвратным – 1 031 624 человека¹. В общей сложности двумя этими болезнями за 4 года в РСФСР болело свыше 7 млн. человек, при этом в эти данные не были включены сведения из армии.

На Урале к противоэпидемической деятельности был привлечен весь имевшийся медицинский персонал. Инфекционная заболеваемость в России была самой высокой в Европейской части, особенно в Пермской губернии. В годы Граж-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 335. Л. 2.

данской войны Урал просто захлестнула волна эпидемий: брюшной и сыпной тиф, ежегодно регистрировалось до 23–29 тыс. больных холерой¹.

В. И. Ленин, выступая на съезде руководителей Здраводелов, заявил: «Третий бич – вошь, сыпной тиф. Нельзя представить себе того ужаса, который происходит в местах, пораженных сыпным тифом, когда население обессилено, нет материальных средств – всякая жизнь, всякая общность исчезает. Или вши победят социализм, или социализм победит вшей»².

Размах эпидемий в 1919 г. и начале 1920-х гг. был следствием экономической и хозяйственной разрухи, вызванной Гражданской войной, нехваткой врачей и лекарств. О размахе эпидемии высказался нарком здравоохранения Н. А. Семашко: «Занесенная с востока, <...> эпидемия сыпного тифа и начинающая возрастание заболевание возвратным тифом, вновь нависли грозной опасностью над страной»³.

Эпидемическая опасность была настолько высокой, что советское руководство вынуждено было бросить весь преподавательский состав учреждений народного образования «на борьбу с тифом». Все мобилизованные имели «эпидемическую» надбавку к жалованию, бесплатное продовольственное и вещевое снабжение. Но льготы раздавались не зря: многие из работников сами заразились тифом⁴. О размахе эпидемий говорит и тот факт, что в циркуляре комиссии по борьбе с венерическими болезнями от 29 мая 1918 г. написано было воззвание ко всей общественности, которое гласило: «Россия молодая ... в смертельной опасности. Молодой Социалистической России ... грозит вымирание, ему грозит медленная, но верная смерть. Пусть же народ мобилизует все свои силы и средства на борьбу с грозным врагом»⁵.

¹ Соколов Б. В., Бальчугов А. Д., Сажина М. Г. Становление государственной системы здравоохранения на Урале. Екатеринбург. 2008. С. 14.

² Ленин В. И. Полное собрание сочинений. М., 1974. Т. 40. С. 163; История здравоохранения СССР / под ред. Ашуркова Е. Д., Барсукова М. И. М., 1953. С. 66.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 4. Д. 97. Л. 11.

⁴ Соколов Б. В., Бальчугов А. Д., Сажина М. Г. Становление государственной системы здравоохранения на Урале. Екатеринбург. 2008. С. 13.

⁵ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 27. Л. 4.

Первые попытки выработать единые подходы к улучшению эпидемической обстановки в стране были предприняты на Всероссийском съезде медико-санитарных отделов (июнь 1918 г.). С докладом «Об организации борьбы с эпидемиями в условиях Советской республики» выступил А. Н. Сысин. В результате в резолюции съезда было отмечена необходимость проведения широкой программы оздоровительных противоэпидемических мероприятий, а также организация участия учреждений и населения в борьбе с эпидемиями. Были выработаны основные формы работы местных органов по борьбе с эпидемиями¹. Однако в условиях экономической нестабильности страны, общей нехватки медикаментов и лекарств, они предназначались лишь как декларация к действию.

Первоначально меры носили чрезвычайный характер (чрезвычайные комиссии, строительство тифозных барачных бань, прачечных, заградительные кордоны, эпидемиологические отряды). Например, широкое распространение получила деятельность Чрезвычайной комиссии по борьбе с тифом, организованная в уральских губерниях. Важно, что такая комиссия объединяла все лечебные заведения гражданского, военного и железнодорожного ведомств². Так, в Екатеринбургской губернии в 1919 г. эта комиссия проводила работу на предприятиях, вокзалах, в общежитиях, школах. Под её руководством устраивались «недели чистоты», «банные недели». Кроме того, органами здравоохранения устанавливалось обязательное во всех случаях заболевания сыпным тифом, обращение в отдел экстренных сообщений Облздрави в течение 24 часов. Каждый отдельный случай обследовался комиссией специально. Решением комиссии все хозяйственные органы обязаны были проводить еженедельное мытьё горячей водой полов во всех общежитиях рабочих Карабаша, Калаты, Дегтярска, Ревды, Егоршино, Асбеста, на всех лесозаготовках и торфоразработках и общежитиях строительных рабочих³.

¹ Лотова Е. И., Идельчик Х. И. Основные задачи и пути борьбы с инфекционными болезнями в СССР (1917–1940 гг.) // Современные вопросы теории, истории и организации здравоохранения. Вып. 2. М., 1965. С. 82.

² ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 1. Д. 70. Л. 345.

³ ГАСО. Ф. Р-159. Оп. 1. Д. 5. Л. 44, 45.

В Челябинской губернии благодаря инициативе Губчекатифа в феврале 1920 г. был организован первый эпидемический отряд, который состоял из одного врача, 3 фельдшеров, 6 медицинских сестер и 12 санитаров¹, а также открыта специальная баня-поезд (декабре 1919 г.), через который обязаны были проходить все пассажиры железнодорожной станции². Большую роль в борьбе с тифом сыграло постановление комиссии об обязательной медицинской помощи тифозным больным всеми врачами губернии. При отказе в медицинской помощи работники привлекались к судебной ответственности³.

В 1919–1921-х гг. органам здравоохранения Урала пришлось приложить немало усилий для ликвидации внезапно начинавшихся тифозных эпидемий, которые местами составляли до 50% от общего числа больных (г. Кыштым, Челябинский уезд в 1920 г.)⁴. Так, в Екатеринбургской губернии в сентябре 1919 г. началась сыпнотифозная пандемия. Медицинские работники для устранения заболевания в короткое время до декабря 1919 г. смогли увеличить число эпидемических коек в больницах с 3 до 15 тыс. Однако не хватало белья для оборудования коек, больные зачастую приносили спальные вещи с собой. Только в январе 1920-го советскими органами было отпущено ткани на 5 тыс. мест. Вместе с этим из НКЗ было прикомандировано 200 врачей для организации эпидемических отрядов. Они были разделены по 5 уездам Екатеринбургской губернии⁵. В это же время в г. Перми был открыт новый госпиталь на 2000 эпидемических коек⁶. Вместе с тем, в борьбу с тифом было вовлечено местное население. В Челябинской губернии в январе 1920 г. Губчекатифом была разработана инструкция для волостных и сельских советов по борьбе с сыпным и возвратным тифом, где были описаны простейшие требования по выздоровлению больного в условиях сельской местности без специальной медицинской помощи⁷.

¹ ОГАЧО. Ф. Р-225. Оп. 1. Д. 38. Л. 16–17.

² ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 1. Д. 117. Л. 10

³ ОГАЧО. Ф. Р-225. Оп. 1. Д. 30. Л. 12.

⁴ ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 1. Д. 70. Л. 193.

⁵ Уральский рабочий. 1920. 1 августа.

⁶ ПермГАСПИ. Ф. 557. Оп. 2. Д. 56. Л. 17.

⁷ ОГАЧО. Ф. Р-1542. Оп. 1. Д. 70. Л. 257.

В это же время в целях предотвращения скопления людей были запрещены для посещения больницы, массовые мероприятия, собрания, закрыты общеобразовательные учреждения. Учителя и учащиеся школ были привлечены к работе в заразных бараках. Даже на проведение свадебных и погребальных церемоний требовалось разрешение Чекатифа. При разрешении оговаривалось, что число участников не могло превышать 20 человек. Хоронить умерших от холеры, тифа, дизентерии предписывалось в течение 36 часов без отпевания в церкви. Захоронения нередко проводили в братских могилах¹.

В результате с марта 1920 г. заболеваемость сыпном тифом на Урале начала понижаться. Если в феврале 1920 г. было зафиксировано 27 тыс. случаев тифозных больных в Екатеринбургской губернии, то в апреле 1920 г. уже 16 тыс. Еще большее снижение числа больных произошло по г. Екатеринбург. В марте того же года за помощью обратилось 1114 горожан, а в мае только 155 человек².

Борьба с паразитными тифами стояла в центре внимания сразу нескольких врачебных съездов: I Всероссийского съезда бактериологов и эпидемиологов (октябрь 1918 г.), II съезда (апрель 1919 г.), IV съезда (август 1920 г.)³. Следствием работы данных съездов стал выработанный Циркуляр НКЗ № 6834 (1919 г.) «О санитарных мероприятиях по борьбе с сыпным тифом»⁴. Он обязывал советские власти в районах, с большим числом заболевших, производить капитальную очистку и дезинфекцию помещений, особенно больниц с сыпнотифозными больными. Органы здравоохранения проводили госпитализацию больных, сокращали до минимума лечение на дому.

Для борьбы с эпидемиями сыпного и возвратного тифа на Урале врачебный персонал проводил широкую просветительскую работу с населением. Органы здравоохранения внедряли в сознание населения мысль, что эти болезни являются «расплатой за неопрятное содержание своего жилища и тела»⁵. Врачами на Урале

¹ ОГАЧО. Ф. Р-255. Оп. 1. Д. 2. Л. 20

² Уральский рабочий. 1920. 16 июня.

³ Виноградов Н. А. Организация здравоохранения в СССР. С. 54.

⁴ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 4. Д. 97. Л. 2.

⁵ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 13. Л. 41.

были организованы курсы санитарной грамоты, на которых население знакомили с основными вопросами личного здравоохранения, объяснялась зависимость болезней от социальных условий¹.

В условиях голода, разразившегося в начале 1920-х гг., значительно возрастает заболеваемость населения холерой и тифом. Только в 1922 г. на территории СССР сыпным тифом болело около 300 тыс. человек². Особенно неблагоприятным по числу заболевших жителей был Урал. Так, за 1920–1922 гг. в Челябинской губернии свыше 340 000 чел. было заражено сыпным тифом³. В первую очередь это было связано с тяжелым медико-санитарным положением в губерниях уральского региона и с отсутствием продовольствия. Так, по сведениям Губкомголода в 1921 г. в Пермской губернии насчитывалось более 360 тыс. чел. голодающих⁴. Челябинский Губздрав сообщал, что в связи с голодом, из ряда голодающих уездов губернии поступали сведения о поедании умерших трупов не только животных, но и людей. В связи с этим, на почве голода наблюдались массовые случаи помешательства и сильного развития эпидемий⁵.

В целях предупреждения заболеваний холерой Циркуляром советского Правительства № 4371 от 5 июня 1919 г. Губздравам предписывалось немедленно приступить к организации предохранительных прививок от данного заболевания. На территории Урала создаются Губернские чрезвычайные комитеты по борьбе с холерой (Губчекахол), которые отвечали за ведение прививок. Важно, что представителям комитета выписывался специальный мандат, по которому они имели право проводить осмотры и вести санитарный надзор за всеми гражданскими и военными учреждениями, тем самым подтверждалась государственная направленность мероприятий и решения комиссии носили неукоснительный характер⁶.

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 2. Д. 40. Л. 65.

² Звезда. 1934. 11 июня.

³ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 297. Л. 4.

⁴ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 8. Л. 140.

⁵ Бюллетень НКЗ. №2 – 3. 1 февраля 1922 г.

⁶ ОГАЧО. Ф. Р-225. Оп. 1. Д. 158. Л. 1–2.

Первоначально обязательной вакцинации против холеры подвергались воинские части и эпидемический персонал. Важно, что вакцина была бесплатной¹. Только в 1921 г. в Пермской губернии было произведено 46 300 прививок против холеры². Однако в условиях резкой нехватки медицинского персонала и недостаточности вакцин провести поголовную вакцинацию первоначально не было возможности³. В связи с этим, органы здравоохранения пытались охватить прививками отдельные группы населения, которые больше всего подвергались опасности заражения. Так, согласно приказу Челябинского Исполкома от 26 мая 1923 г. № 18, предохранительная прививка против холеры ставилась всему медицинскому и санитарному персоналу, работникам детских учреждений, служащим пищевой, химической промышленности, рабочим транспорта, милиции, служащим и заключенным исправительных учреждений⁴.

Кроме прививочных мероприятий для ликвидации холерных вспышек органы здравоохранения организовывали изоляционные пункты для больных. Так, Пермский Губздравотдел создал сеть холерных барачков и временных пунктов на пристанях и железной дороге. По территории Пермской губернии было открыто 15 холерных барачков⁵. В результате в 1922 г. в Екатеринбургском уезде было зарегистрировано 922 случая холеры, а Челябинском – 805. Всего по Уралу было выявлено 2177 больных холерой⁶. Однако полностью предотвратить массовые случаи холерных заболеваний органам здравоохранения удалось только к 1925 г.

В декабре 1921 г. выходит постановление СНК РСФСР «О мерах борьбы с сыпным и возвратным тифами»⁷. Согласно документу местные органы обязывались проводить полную госпитализацию больных сыпным тифом. При всех различных отделениях устанавливались дезинфекционные камеры. Расширилось государственное финансирование противоэпидемических мероприятий. Так, 22 де-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 4. Д. 97. Л. 1.

² ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 8. Л. 149.

³ Звезда. 1920. 29 июня.

⁴ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 3. Л. 13

⁵ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 44. Л. 20.

⁶ Уральский статистический ежегодник на 1923 г. Свердловск, 1923. С. 46.

⁷ Известия ВЦИК от 24 декабря 1921 г. № 290.

кабря 1921 г. Екатеринбургскому губздраву был произведен экстренных отпуск кредитов со стороны СНК в размере 7 млн. довоенных рублей на борьбу с эпидемиями¹. В 1922 г. от НКЗ РСФСР были направлены сверхсметные кредиты в Пермскую губернию на чрезвычайные расходы по борьбе с эпидемиями². Важно, что дополнительные финансовые средства носили адресный характер, они не могли расходоваться не по прямому назначению. Ассигнования направлялись на организацию добавочных эпидемических коек, покупку продовольствия, дезинфекцию, санитарные мероприятия. Большую помощь в ликвидации эпидемий оказывали и другие комиссариаты. В условиях завершившейся Гражданской войны освобождались эпидемические койки и оборудование для них. В результате, в июне 1921 г. в распоряжение органов здравоохранения Пермской губернии было передано 1000 военных коек³.

Для борьбы с тифом органами здравоохранения Урала привлекался весь имевшийся медицинский персонал, в том числе, который уже не был трудоустроен в больничных учреждениях. К примеру, в сентябре 1921 г. в Кунгурском уезде было дополнительно привлечено 22 медицинских работника уже не работающих в медицинских учреждениях. Каждый из них был временно прикомандирован к врачебным участкам и фельдшерским пунктам и направлялись из одной волости в другую по мере необходимости. Таким образом, в Пермской губернии создавали временный эпидемический отряд. Более того, за неимением специальных санитаров и дезинфекторов их функции также были возложены на мобилизованных фельдшеров⁴. Важно, что медицинский персонал в сложных условиях не отказывался от работы, даже не смотря на то, что нередко сам заражался опасной болезнью от больных. В том же Кункурском уезде в 1921 г. тифами различных форм заразилось 53 работника медицинских учреждений. Всего по Пермской губернии

¹ РГАСПИ. Ф. 18. Оп. 3. Д. 245. Л. 1.

² ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 8. Л. 32.

³ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 137. Л. 39.

⁴ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 257. Л. 13.

только за январь 1922 г. тифом заболело 75 человек из медперсонала, из них 8 окончилось летальным исходом¹.

В результате такие активные действия органов здравоохранения привели к тому, что уже к концу 1923 г. заболеваемость сыпным тифом пошла на убыль. В 1924 г. на территории Уральской области сыпным тифом болело 6891 человек, а в 1925 г. уже было зафиксировано 4819 случаев, т.е. на снижение произошло на 43% по сравнению с предыдущим годом. Более резкое падение заболеваемости произошло по возвратному тифу – в 1925 г. отмечено 2404 случая, что на 75% меньше предыдущего года². Снижение тифозных болезней происходило и в отдельных территориях Урала. Так, количество случаев брюшного тифа в Челябинском округе понизилось с 15,4 человек на 10 000 населения в 1924–25 гг. до 6 жителей в 1926–27 гг.³

Другим социально опасным заболеванием был туберкулез. Для предотвращения массового заболевания этой болезнью в октябре–ноябре 1918 г. в Народном комиссариате здравоохранения была учреждена секция по борьбе с туберкулезом. На нее возлагалась организация и объединение всех мероприятий по борьбе с заболеванием и разработка нормативных мер по борьбе с туберкулезом. Для координации деятельности и построения единой работы с губерниями по Циркуляру НКЗ от 13 апреля 1921 г. при санитарно-эпидемиологических подотделах Губздравотделов создавались секции борьбы с туберкулезом. В их задачи входила как профилактика, так и лечение туберкулеза. В некоторых губерниях органы здравоохранения не ограничились созданием общегубернского туберкулезного органа, а начали создавать туберкулезные секции на уровне районов и уездов. Так, в Пермской губернии в 1921 г. были открыты уездные советы по борьбе с туберкулезом в Кунгуре, Осе, Оханске, Чердыне, Усолье. Районные советы в Мотовилихе, Кизеле, Лысьве, Чусовом⁴.

¹ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 261. Л. 2.

² Здравоохранение Уральской области за 1925 г. Вып. 2. Свердловск, 1926. С. 18.

³ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 244. Л. 50.

⁴ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 302. Л. 2.

В Екатеринбургской губернии органами здравоохранения создавалась комиссия для учета опыта прошлогодней борьбы с эпидемиями, решено было начать строительство санаториев для туберкулезных больных, а также туберкулезный диспансер. Кроме того, был выпущен ряд иллюстрационных и пропагандистских плакатов, на которых была изображена популяризация борьбы с эпидемиями. Вся противотуберкулезная деятельность Губздравотделов должна была вестись по общему плану, установленному в общегосударственном масштабе¹.

Однако в начале 1920-х гг. Губздравотдел Екатеринбурга еще не имел определенного общегубернского плана по решению вопросов связанных с распространением туберкулеза. В документах отмечается, что предпринимаемые им мероприятия носили случайный и не системный характер. Большое значение для решения выработки общего плана деятельности имело создание 13 апреля 1921 г. при санитарно-эпидемиологическом подотделе Екатеринбургского Губздравотдела секции борьбы с туберкулезом. В ее задачи входила как профилактика, так и лечение туберкулеза. На заседании губернской противотуберкулезной секции, в первую очередь было решено развивать сеть диспансеров и противотуберкулезных учреждений по предупреждению детского туберкулеза². Отметим, что в 1919 г. в РСФСР существовало всего 4 туберкулезных диспансера. Их широкое строительство начинается в период с 1920 по 1924 гг. и уже к концу этого периода диспансеров насчитывалось 130 по стране³.

На Урале (имеем ввиду территории, вошедшие в состав Уральской области в 1923 г.) в течение 1922–1924 гг. было открыто 9 диспансеров для борьбы с туберкулезом, один в Екатеринбурге и 8 в крупных городах (г. Пермь, Ирбит, Тюмень, Сарапул, Шадринск, Камышлов, на заводе в Мотовилихинском районе и один сельский в Арамильском). В течение 1925 г. прибавилось пять диспансеров в г. Кунгур, Тобольск, Челябинск, Тагил, Камышлов. В 1926 г. строились диспансеры в Златоусте, Ишиме, Троицке, на заводах Верх-Исецком, Алапаевске, Кизеле,

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 2. Д. 40. Л. 67.

² ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 8. Л. 125.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 576. Л. 49. Об.

Лысьве, Кыштыме. Таким образом, к концу 1927 г. туберкулезные диспансеры имелись в 13 окружных городах из 16 административных округов¹. К концу 1920-х гг. в Уральской области были открыты туберкулезные диспансеры в таких городах как, Невьянск, Асбест, Кыштым, Калата².

Как одним из примеров организации туберкулезных диспансеров может служить открытый в марте 1923 г. Екатеринбургским Губздравотделом Свердловский Тубдиспансер №1. Он помещался в 2-х зданиях с общей площадью в 1293 кв. м., штат состоял 53 чел., из них было 7 врачей. Амбулатория вела прием детей грудного и школьного возраста, а также взрослых в области легочному туберкулезу. Существовало вспомогательное учреждение с пропускной способностью на 70 коек и ночным санаторием на 12 коек, диагностическое отделение на 13 коек и детским дневным санаторием на 20 коек. Об интенсивности работы данного учреждения говорит тот факт, что с 1923 по 1928 гг. взрослыми и детьми было произведено 241083 посещения. В 1923 г. через диспансер прошло 11070 взрослых и 3702 ребенка, а в уже 1928 г. 44850 взрослых и 7109 детей соответственно. При этом заболеваемость туберкулезом в 1924 г. на 1000 жителей города Свердловска составляла 399 человек, в 1925 г. – 361, а в 1927 г. – 321 чел.³

Для организации борьбы с туберкулезом органами здравоохранения в 1923 г. повсеместно по Уралу был организован «туберкулезный трехдневник», который был направлен на привлечение внимания к детскому туберкулезу. В тоже время проходил сбор благотворительных средств, которые были направлены на борьбу с «королевской болезнью». Так, только в Челябинской губернии удалось собрать более 123 000 руб.⁴ С 1924 г. при диспансерах на территории Уральской области были открыты стационарные, дневные и даже ночные отделения, специальные столовые и детские площадки. Стала проводиться широкая культурно-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 576. Л. 49. Об.

² ГАСО. Ф. Р-159. Оп. 1. Д. 9. Л. 133 об.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 5. Оп. 1. Л. 1.

⁴ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 59. Л. 253, 327

просветительская деятельность в области борьбы с туберкулезом, которая проявлялась в чтении лекций и разъяснения социальных болезней в городах и селах ¹.

Улучшение противотуберкулезных условий стало возможно и благодаря организации курортного и санаторного лечения на Урале. В сентябре 1918 г. руководство курортным делом РСФСР было передано в ведение Народного комиссариата здравоохранения. 20 марта 1919 г. был подписан декрет СНК о национализации курортов, который объявлял все лечебные местности и курорты государственной собственностью.

По результатам мониторинга и обследования специальной комиссии, на Урале было запротokolировано около 150 минеральных источников и 130 озер с минеральной водой и грязями. Самые известные из них Нижне-сергинский серно-соляной источник, Ключевской серно-щелочной источник, Курьинский источник, Обуховские источники, Ижевский источник, Тихоновские минеральные воды².

Органами здравоохранения были определены правила отбора и распределения курортных больных, которые должны были производиться, в первую очередь, исходя из социального положения. Циркуляром НКЗ №1496 было указано, что желательное соотношение между различными социальными категориями отправляемых на курорты составляло бы 75% рабочих и крестьян, 10% служащих и конторских рабочих, 5% учащихся старше 16-ти лет, 3% инвалидов и 7% всех остальных. Однако советские чиновники, которые работали в Губернских отборочных комиссиях, зачастую халатно относились к данным директивам. К примеру, в Екатеринбургском губздраве в конце 1919 – начале 1920-х гг. не редки были случаи, когда посылали на курорты настолько тяжелых больных, что они умирали через несколько дней по прибытию, а зачастую даже через 2–3 дня после посадки в санитарный поезд. Часто отправляли хроников, инвалидов, которым никакое лечение уже не могло принести пользы. В отношении социального состава, на Урале процент отправляемых на курорты рабочих и крестьян не превышал 25–30%³.

¹ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 19. Л. 3. об.

² ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 4. Л. 4.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 2. Д. 40. Л. 42.

Отметим, что лечение составляло 4 недели для лиц с грязевым лечением, 5 недель минеральными ваннами, 8 недель морским купанием, 8 недель для туберкулезных больных¹.

Справедливости ради, отметим, что после прихода к власти большевиков, так называемый «санаторный фонд» Урала появился путем конфискации домовладений. Например, 34 дачи Шарташского района (сегодня входящий в г. Екатеринбург) с описью всего имущества были переданы органам здравоохранения². Вместе с тем, советские власти начали собственное курортное строительство. К 1920 г. свою работу начали два санатория в Талице и Шарташе, которые принимали, в первую очередь больных с туберкулезными формами заболеваний. При этом на устройство и содержание санатория «Талица» секция борьбы с туберкулезом выделила собственные средства в размере 7 млн. 403 тыс. руб. в июне 1920 г.³ В 1921 г. подотделом социальных болезней Екатеринбургского губернского здравоохранения было открыто еще 4 курорта: Нижне-Сергинский, Обуховский, Курьинский и Ключевской каждый из них на 200 коек⁴. Соответствующие учреждения открывались и в других губерниях Урала. Так, в Пермской губернии в 1921 г. работало два санатория (г. Пермь и Сарапул), а число прошедших санаторно-курортное лечение в различных местах Урала составило 600 чел.⁵ Кроме этого, в Пермской губернии в 1921 г. были организованы специализированные детские туберкулезные санатории в Бахаревском и Борисовском монастыре⁶.

В результате если в 1925 г. в Уральской области на 1000 человек было в среднем 28,25 умерших от туберкулеза легких, то в 1928 г. уже 20,41 человек, т.е. количество умерших от этой болезни снизилось на 29%⁷. В тоже время в сравне-

¹ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 5. Л. 8, 37.

² ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 6. Л. 4, 5.

³ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 8. Л. 29.

⁴ ГАСО. Ф. Р-47. Оп. 1. Д. 17. Л. 9.

⁵ ПермГАСПИ. Ф. 557. Оп. 2. Д. 56. Л. 7–8.

⁶ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 1. Д. 324. Л. 12.

⁷ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3416. Л. 34.

нии с другими территориями смертность от туберкулеза на Урале была более высокой. Так, в Москве в 1929 г. смертность на 1000 населения составила 15,6 чел.¹

В Уральской области в середине 1920-х гг. свирепствовали различные инфекционные заболевания. Особенно высокими были показатели по венерическим болезням. Причины развития венерических заболеваний в Уральской области были обусловлены ее экономическим укладом, когда одной из основных причин венеризма было скопление временной сезонной рабочей силы. В группе округов с резко повышенной венерической заболеваемостью традиционно были все промышленные округа (Златоустовский, Свердловский, Тагильский, Пермский). Планомерная работа по снижению числа сифилитических болезней началась еще в начале 1920-х гг., после организации при губернских здравоотделах подотделов по борьбе с венерическими заболеваниями². Однако до середины 1920-х гг. на Урале практически отсутствовали специальные больницы для венерических больных. Так, в 1923 г. венерическая помощь на территории Пермской губернии оказывалась только в двух специальных амбулаториях в г. Перми. В уездных городах и сельской местности лечение этого рода больных производилось в общих амбулаториях, при отсутствии стационарных отделений³. Особое значение для борьбы с сифилисом имела деятельность венерических диспансеров, которые начинают создаваться при объединении губерний в Уральскую область. Диспансеры вели работу на первичном уровне – в женских консультациях, совместно с отделом охраны материнства и младенчества. Необходимо заметить, что все округа Уральской области в той или другой степени в середине 1920-х гг. идут по пути к открытию специальных больниц, начиная с выделения отдельных часов приема для венерических больных, затем организуя отдельные кабинеты, которые превращающиеся впоследствии в специальную амбулаторию. В результате деятельности органов здравоохранения в 1925 г. количество вендиспансеров на Урале удваивается. Вместо семи диспансеров на 1 января 1925 г. (два в г. Свердловск, Пермь,

¹ Баткис Г. А. Социальная гигиена. Пособие для студентов и врачей. М. – Л., 1936. С. 218.

² ГАПК. Ф. р-15. Оп. 2. Д. 99. Л. 9.

³ ГАПК. Ф. р-15. Оп. 2. Д. 81. Л. 23.

Тагил, Тюмень, Челябинск, Камышлов) к концу года их стало 12, а к 1927 г. – 17¹. Новые диспансеры появились в 1927 г. в Ирбите, Златоусте, Усолье, два в районах Тагильского округа.

Кроме основной работы по лечению венерических заболеваний непосредственно диспансерах, врачебный состав учреждений проводил большую профилактическую работу направленную на распространение знаний о болезни путем обследования рабочих, чтении лекций, публикации статей в газетах². К примеру, только за 1925 г. ими было обследовано 406 коллективов, с общим количеством 24351 человек. На первом месте по числу обследований стояли семьи венерических больных, затем школы, пищевые учреждения, учреждения органов материнства и младенчества. Восемь диспансеров за год провели 640 бесед-лекций как внутри, так и вне диспансера, охватив ими свыше 52000 слушателей³.

В 1920-х гг. в Уральской области органами здравоохранения активно стали применять противовенерическую пропаганду. Так, с 29–31 марта 1924 г. по всей Уральской области прошел «трехдневник по борьбе с венерическими заболеваниями». Кроме привлечения общественного внимания к обозначенному недугу, во время «трехдневника» проводился сбор финансовых средств на борьбу с болезнью. К примеру, кроме минимальных отчислений с заработной платы рабочих, все театры, кинотеатры обязаны были перечислить до 10% от прибыли в фонд борьбы с венерическими болезнями, 1–2% отчислялось в фонд трехдневника со всех торговых и биржевых операций, а также 1–2% со всей выручки торговых учреждений, кафе, столовых, ресторанов. Важно, что все денежные средства могли оставаться в распоряжении участка или округа и идти на борьбу с венерическими заболеваниями⁴. В сельской местности создавались отряды активистов по венерическому просвещению, создавались пункты приемы на селе. При отделе здравоохранения был создан совет по борьбе с проституцией, состоявший из представителей разных ведомств и профсоюзов. Кроме того, в январе 1927 г., в дополнении к ст. 150 Уго-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 783. Л. 6.

² Звезда. 1924. 24 мая.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 576. Л. 48.

⁴ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 65. Л. 110.

ловного кодекса РСФСР, выходит постановление ВЦИК и СНК «О мерах борьбы с венерическими заболеваниями». Облздраву предоставлялось право принудительного освидетельствования лиц, с подозрением на венерические заболевания, а также их принудительное лечение с предоставлением больничного для рабочих.

Результатом этой планомерной работы стало снижение числа заболевших сифилисом в Уральской области с 68 человек на 1000 населения в 1924 г. до 46 в 1928 г. соответственно. Но данные показатели были выше средних по РСФСР. Так, на 10000 населения в РСФСР было зарегистрировано заболеваний сифилисом в 1928 г. 42,8 случаев, в 1930 г. – 29,5 и в 1932 г. – 13, 1¹.

На Урале, «лидером» среди инфекционных заболеваний традиционно была малярия (см. табл. 10). Хуже всего, среди уральских территорий, ситуация с этой болезнью обстояла в Челябинской губернии. По данным санитарного управления НКЗ за первые семь месяцев 1923 г. заболеваемость малярией в Челябинской губернии составила 275 человек на 10 000 населения, это было почти в 2,5 раза выше, чем в Пермской и Екатеринбургской губернии. В Челябинском округе не было ни одного селения, которое бы не было заражено этой болезнью². В первую очередь это объяснялось тем, что Челябинск был расположен ближе всех уральских губерний к поволжским территориям, где в это время была распространена малярия в виду начавшегося голода. Так, в 1923 г. в Самарской губернии число заболевших составило 2043 человека на 10 000 населения, а в Саратовской – 865. В результате передвижения голодающих масс данная болезнь активно распространялась и на Урале. Первоначально, для предотвращения малярии в Челябинской губернии, создавались «летучие отряды» в составе врача, сестры милосердия и санитарки. Такие отряды командировались в наиболее неблагоприятные районы, где они находились в течение 12–15 дней³. Однако этого было недостаточно для полной ликвидации эпидемии, зачастую, отряды не успевали перемещаться из одного района в другой и предотвращать очаги заболеваний.

¹ Баткис Г. А. Социальная гигиена. Пособие для студентов и врачей. М. – Л., 1936. С. 229.

² ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 33. Л. 72.

³ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 33. Л. 72

Успехи в борьбе с малярией связаны с первым законодательным актом по борьбе с ней, вышедший 12 мая 1924 г. «О мероприятиях по борьбе с малярией»¹. Он обязывал все хозяйственные органы организовывать меры по не распространению малярии, которые предписывал Народный комиссариат здравоохранения. По согласованию с Санитарно-эпидемиологическим отделом на Урале были впервые открыты малярийные станции и малярийный пункты, активно закупался хинин благодаря расширению государственного финансирования. Так, в 1924 г. сверх сметы Облздрави Народный Комиссариат здравоохранения выделил на борьбу с малярией 4 000 руб. золотом и хинин, на сумму 16 000 руб. золотом². Кроме проведения прививочных мероприятий работниками станций проводилась активная профилактическая работа. Так, после открытия в апреле 1924 г. малярийной станции в Челябинске всего за четыре месяца сотрудникам удалось освободить 126 подвальных городских помещений, которые были не пригодны для жилья, обследовать 80 водоемов, выделил из них пригодные для питья³.

По указаниям советских органов началось поголовное обследование населения, изучались местности на наличие заболевания. Санитарными инспекторами проводилась работа по ликвидации мест зимовок комаров, нефтевание, была организована санитарно-просветительская деятельность⁴. Как результат в 1925 г. заболеваемость малярией на Урале снизилась почти в два раза – с 400000 случаев в 1924 г. до 214000⁵. Более значительно, почти в 4 раза, уменьшилась заболеваемость в Челябинской области – районе наибольшего распространения малярии среди уральских территорий (с 1118 чел. на 10000 населения в 1924/25 гг. до 295 чел. в 1926/27 гг.)⁶.

Одной из наиболее опасных болезней, доставшихся по наследству от дореволюционного периода, была натуральная оспа. Советское руководство, осознавая важность борьбы с данным заболеванием 10 апреля 1919 г. подписывает де-

¹ Известия ВЦИК от 16 мая 1924 г. №110.

² ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 59. Л. 375. Об.

³ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 84. Л. 163.

⁴ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 546. Л. 7.

⁵ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 576. Л. 16. об.

⁶ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 244. Л. 50.

крет об обязательном оспопрививании¹. Ему подлежали все дети в течение первого года жизни, дети, поступившие в учебные заведения, а также лица, призываемые в Красную Армию и Флот.

На Урале, традиционно, ежегодно фиксировалось высокое число больных натуральной оспой. Местные органы советского здравоохранения развернули большую работу по борьбе с ней. На первых порах, в 1921 г. в Екатеринбургском и Пермском губернским органам здравоохранения пришлось создать особый штат «гражданских оспопрививателей» (врачей не хватало, они были перегружены другой работой). Для обучения таких оспопрививателей привлекались врачи, заведующие медико-санитарными частями, которые давали навыки теоретической и практической подготовки. Проходили это обучение в ускоренном темпе, занимая 1–2 недели. Особых оспопрививателей на время службы приравнивали к больничным работникам с выдачей соответствующего пайка и месячного оклада².

Последующее развитие борьбы с натуральной оспой послужил вышедший в октябре 1924 г. декрет СНК «Об обязательном оспопрививании»³, дополнивший постановление 1919 г. Он предусматривал не только обязательную вакцинацию, но и ревакцинацию в возрасте от 10–11 лет и 20–21 года. На Народный комиссариат здравоохранения была возложена обязанность бесплатного снабжения всего РСФСР детритом для ликвидации очагов натуральной оспы⁴. Важно, что согласно инструкции по проведению оспопрививания, результаты прививки проверялись через 7–9 дней, тем самым исключалась возможность случая, когда вакцина «не прижилась»⁵.

Исполнение правительственных решений имело особое значение для Урала – территории с большим количеством болевших оспой. Так, в 1925 г. по Уральской области было зарегистрировано 3418 случаев натуральной оспы, при средней заболеваемости 5 человек на 10000 населения. В тоже время, средний показатель

¹ Известия НКЗ № 5 – 6 от 25 мая 1919 г

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 4. Д. 236. Л. 4.

³ Известия ВЦИК от 26 октября 1924 г. № 217.

⁴ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 1. Л. 133.

⁵ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 3. Л. 7.

по СССР не превышал 1,2 случая. В отдельных местностях, г. Москва, Ленинграде количество больных было не более 10 чел., в Псковской и Новгородской областях по 11 случаев за год¹.

В результате активных действий органов здравоохранения по предохранительному привитию местного населения общее число проведенных оспопрививаний в Уральской области возросло в несколько раз. Так, с 1924–1929 гг. удалось привить против оспы более 5 млн. жителей Урала. Влияние этой работы благоприятно воздействовало на общую ситуацию по заболеваемости оспой в регионе (табл. 3 приложений).

Комплексная деятельность органов здравоохранения в 1920-е гг. позволила в короткий срок нормализовать эпидемическую ситуацию связанную с последствиями разрухи и Гражданской войны, преодолеть пандемии эпидемий. Рассмотрим результаты работы медицинских работников по борьбе с основными болезнями в динамике.

Количество случаев заболеваемости населения
заразными болезнями в 1924–1928 гг. в Уральской области (на 10000 чел.)

Таблица 7

Год	Брюшной тиф	Сыпной тиф	Возвратный тиф	Малярия	Оспа натуральная	Скарлатина	Дифтерия	Дизентерия	Трахома	Туберкулез легких	Туберкулез прочих органов	Сифилис
1924	9	13	15	645	5	10	4	41	59	100	24	68
1928	10	2	3	120	2	16	3	13	89	150	62	46

Составлено по: ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1. Л. 144.

Таким образом, в 1924 г. самым массовым заболеванием была малярия, а также туберкулез легких. Однако за четыре года удалось добиться ощутимых результатов: в 5 раз снизить количество случаев малярии, в 5 раз уменьшить число

¹ Здравоохранение Уральской области за 1925 г. Вып. 2. Свердловск, 1926. С. 11.

тифозных больных, в 3 раза снизить численность эпизодов натуральной оспы. Но в тоже время выросло заболеваемость скарлатиной, трахомой и особенно туберкулезом. Однако отметим, что увеличение числа больных различными формами туберкулеза не связано с плохой работой органов здравоохранения. Скорее наоборот, был повышен процент диагностирования болезни на ранних стадиях, а как следствие, население чаще стало обращаться за оказанием медицинской помощи.

Снижение заболеваемости было характерно для всего СССР периода середины 1920-х гг. После пандемий первых послевоенных лет к середине 1920-х гг. оспа, которая ежегодно регистрировалась свыше 100000 раз, в 1925 г. дала лишь 16465 случаев по всему Союзу. Большую роль в этом сыграл декрет Совнаркома «Об обязательном оспопрививании» (1924 г.). Происходило снижение по различным тифам. Например, сыпной тиф в 1925 г. дал 70562 случая по СССР, а возвратный – 17696 заболеваний за год. Но, даже сравнивая с дореволюционным периодом, была закономерность, главным образом эти инфекции были сосредоточены в северных и восточных районах страны. Так, например, на Украине в 1925 г. было зарегистрировано лишь 1435 случаев возвратного тифа. Кроме того, с 1923 г. почти исчезли холерные заболевания, а в 1926 г. уже не было зарегистрировано ни одного такого случая¹.

Партийно-советское руководство начинает с конца 1920-х гг. проводить политику, направленную на форсированную индустриализацию и коллективизацию. Это связано с переходом к перспективному планированию и разработкой первого пятилетнего плана экономического и культурного развития СССР на 1928–1932 гг. В нем были намечены меры по развитию здравоохранения, при этом особо подчеркивалось важность ликвидации социальных и острозаразных заболеваний среди населения. Перед органами здравоохранения Урала ставилась задача повсеместно уничтожить оспу в ближайшие два года, преодолеть паразитные тифы в годы пятилетки в городах и сельских местностях, максимально снизить заболеваемость малярией и ликвидировать очаги брюшного тифа в крупных промышлен-

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 616. Л. 2.

ных городах¹. Кроме того, устанавливались нормы для инфекционных отделений больниц. Так, в городах и промышленных центрах необходимо было иметь 2 койки на 1000 населения, в совхозах и колхозах – 1 койка, в прочих сельских местностях – 0,5 кровати на 1000 населения². Однако выполнять установки партийно-советского руководства органам здравоохранения уральского региона пришлось в сложных условиях.

Эпидемическое состояние Уральской области в конце 1920-х гг. значительно ухудшилось. Начало индустриализации и коллективизации, строительство промышленных «заводов-гигантов», переброска на местные территории большого количества спецконтингента и переселенцев обострили положение с заразными болезнями. Выяснить роль широкого промышленного строительства и переброски спецконтингента в ухудшении эпидемической ситуации в Уральской области не составляет труда. Так, до обозначенных событий, на протяжении 1920-х гг. количество заболеваний на Урале снижалось, что можно проследить из таблицы.

Таблица 8

Инфекционная заболеваемость в Уральской области в 1924–1930 гг.

Заболевание	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	% снижения к 1924 г.
Сыпной тиф	8253	4819	2550	2208	1759	1216	1836	449,5
Оспа	3041	3418	3189	2899	1266	239	348	873,8

Составлено по: ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 10. Л. 40.

Таким образом, до 1929 г. заболеваемость основными остро-заразными заболеваниями в пределах Уральской области продолжала снижаться, дойдя до самого низкого уровня по сравнению со всеми предыдущими периодами. Однако в связи с массовой переброской на данную территорию «спецконтингента» (спецпереселенцы, административные ссыльные, заключенные), а также в условиях сосредоточения в промышленных центрах и на новостройках огромного количества людей происходит резкое повышение заболеваемости населения.

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 1358. Л. 4.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 649. Л. 22.

Уже в 1931 г. число заболевших сыпным тифом составило 13549 чел., брюшным тифом – 23653 чел. (в 1930 г. – 11163 чел.), а натуральной оспой – 1128 чел. Наибольшие очаги заболеваний были установлены в районах спецпереселенцев – Надеждинск, Кизел, Чусовая, Каменск, Верхотурье, Магнитогорск. На эти районы приходилось 11922 случая заболевания сыпным тифом и отдельные эпизоды зафиксированы в были 20 районах области¹. Особо неблагоприятную роль в развитии эпидемий играло состояние дел на железнодорожном транспорте. Перегруженность подвижного состава, вокзалов, постоянные пробки на путях пассажирского движения, создавали основную опасность в разнесении эпидемий. Именно прибывшие на Урал рабочие были носителями инфекций. Например, на Уралмедстрое из 17 заболевших заразными болезнями за две декады 14 были переселенцами. Среди других районов Уральской области вспышки эпидемии сыпного тифа были зафиксированы в Губахе Алапаевске, Челябинске, Свердловске, а натуральной оспой в Златоусте и Н. Уфалее².

В советской историографии вопрос о резком увеличении инфекционных заболеваний в начале 1930-х гг. авторы традиционно не обсуждали. Некоторые из них даже утверждали, что «к 1930 г. натуральная оспа в области была ликвидирована»³. Однако конкретные факты говорят об обратном. К примеру, на протяжении начала 1930-х гг. в Магнитогорске постоянно вспыхивали эпидемии сыпного, брюшного тифа и натуральной оспы. Основные причины кролись в недостаточности санитарных условий обслуживания населения. При населении в 215 тыс. чел. в 1932 г. магнитогорские бани могли пропустить не более 9–10 тыс. чел. в сутки. Жилищное строительство шло крайне медленно, из-за чего прием новой рабочей силы не обеспечивался, люди месяцами жили в палатках. Санитарно-бытовое обслуживание бараков было неудовлетворительное, не доставало уборщиц, дезинфекторов⁴.

¹ РГАСПИ. Ф. 357. Оп. 1. Д. 140. Л. 10. Об.

² ГАПК. Ф. р-480. Оп. 1. Д. 16. Л. 21.

³ Попугайло В. М. К истории ликвидации натуральной оспы и холеры на территории Свердловской области // Здоровоохранение Российской Федерации. М.: Медицина, 1984. № 1. С. 41.

⁴ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 10. Л. 40.

В связи с повышенной эпидемической опасностью в Уральской области в начале 1930-х гг. органами здравоохранения проводилась мобилизация на борьбу с болезнями большинством медицинских работников, а также переброска медперсонала на очаги эпидемий. Характерно, как отмечалось в документах, что она не встречала сопротивления со стороны работников, врачи готовы были выполнять любое поручение на «противоэпидемическом фронте»¹. Такие действия органов здравоохранения свидетельствуют о том, что борьба против массовых эпидемических, эндемических и инфекционных болезней была наиболее острой проблемой в деятельности медицинских учреждений на Урале. В начале 1930-х гг. количество этих болезней достигало 25–30% в общей заболеваемости. На втором и третьем месте были болезни кожи и пищеварения (по 10–12%)².

В целях борьбы с эпидемиями в Уральской области первоначально, в начале 1930-х гг., по округам Урала органами власти образовывались местные комитеты по противодействию массовым заболеваниям. Возобновилась практика деятельности чрезвычайных комиссий, которые были распространены в 1917–1920 гг. К примеру, Пермском районе в ноябре 1930 г. райисполкомом был образован Штаб по борьбе с эпидемиями³. Подобные структуры образовывались и в других областях. Объединение местных комитетов в региональном масштабе происходит в 1932 г. с образованием специальной Областной комиссии по борьбе с эпидемиями. Одно из первых постановлений этой комиссии – проведение эпидемических месячников населения. В рамках данного мероприятия проводился 100% охват прививками от оспы новорожденных детей в Уральской области. Органами здравоохранения ставилась задача охватить скарлатинозными прививками все школы, детдома, детсады и ясли. Для улучшения эпидемической ситуации среди местного населения комиссии по борьбе с эпидемиями удалось выделить в 1932 г. для живущих в общежитиях Перми 6 т мыла, 5000 пар белья, 5000 м ткани. 5 врачей Перми было направлено в сельсоветы Пермского района для ликвидации эпиде-

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 10. Л. 41.

² Хозяйство Урала. Свердловск, 1933. № 1–2. С. 80.

³ ГАПК. Ф. р-480. Оп. 1. Д. 9. Л. 5.

мий¹. В рамках эпидемической пропаганды проводилось чтение лекций и бесед с населением, организовывались санитарно-просветительские выставки.

Немаловажным направлением работы комиссий стало медицинское обслуживание спецпереселенцев. Уралоблздравотделом с 1932 г. устанавливалось поголовное оспопрививание спецпереселенцев. Партийное руководство Уральской области обязывало местные органы власти обязывались со стороны закончить строительство бараков для спецпереселенцев к середине 1932 г. из расчета не меньше 3 кв. м. на человека. Также должны были быть организованы простейшие прачечные из расчета 3 корыта на 1000 человек. Хозяйственные организации, использующие труд спецпереселенцев должны были выделить в распоряжение Облздравотдела по 50 коп. на каждого человека для проведения противоэпидемиологических мероприятий. Облснаботдел должен был выделить для развертывания заразных коек 3000 комплектов белья нательного, 3000 простынь, 2000 халатов, 2000 одеял, 2000 пар носков. Однако, как следует из отчета руководителя Облздрава К. А. Коновалова в 1932 г., не одно постановление, касающееся спецконтингента, из-за недостатка материальных средств, не было выполнено в полном объеме².

На ухудшение эпидемического состояния Уральской области в начале 1930-х гг. обращал внимание Нарком здравоохранения М. Ф. Владимирский. Данной проблеме он посветил отдельное выступление, в котором отметил, что «были подняты на громадную высоту социальное строительство, а работа по здравоохранению и санитарии проходит хуже, чем в других областях РСФСР». Однако Нарком связывал данную проблему не с особенностями Урала и широким индустриальным строительством, а с недостатками в работе медработников. Он обозначил, что успех борьбы с эпидемиями зависел, главным образом, от врачей. «Если с эпидемиями борются не успешно, то в первую очередь, на 9/10 виноваты медработники», – было заявлено им.

¹ ГАПК. Ф. р-480. Оп. 1. Д. 9. Л. 22.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 173.

Как результат доклада Владимирского был издан приказ Областной чрезвычайной комиссии по борьбе с эпидемией от 28 декабря 1932 г. Согласно документу на местах организовывались антиэпидемические бригады в составе врача, сестры и представителя общественности. В Уральской области в начале 1930-х гг. всего начали работать 145 бригад по борьбе с эпидемиями. Они обследовали города, допускались на любые предприятия и квартиры и при случае могли пользоваться помощью милиции для принятия принудительных мер¹.

Для предотвращения вспышек сыпного и брюшного тифа постановлением Уральского Областного исполнительного комитета Советов органы здравоохранения обязывались организовать работу банно-прачечных учреждений до 20 часов в сутки, устранить дефекты бараков, цехов, наладить снабжение рабочих кипяченой водой, выделить в расходных сметах спецсредства из расчета 1 руб. на 1 рабочего ценовой промышленности и 50 коп. на рабочего кустарно-промышленных предприятий и совхозов. Согласно постановлению в предприятиях количеством свыше 5000 чел. должны были быть в обязательном порядке существовать санитарно-пропускные пункты².

Уралоблздравом проводилась полная госпитализация сыпнотифозных больных из общежитий и бараков в крупных новостройках и промцентрах. Органами здравоохранения была организована вакцинация против брюшного тифа во всех очагах эпидемий. В одном Магнитогорске охвачено прививками было больше 100 000 человек. Во всех местах, где имелись случаи заболевания оспой, была развернута поголовная вакцинация населения. Однако основное препятствие в проведении противоэпидемиологических мероприятий было отсутствие заразных бараков. Каждый день в Облздрав поступали запросы об отпуске коек, белья, мануфактуры, постельных принадлежностей, но, к сожалению, они не удовлетворялись в виду недостатка материальных средств³.

¹ РГАСПИ. Ф. 357. Оп. 1. Д. 153. Л. 2, 6, 55.

² Иванов Н. И. Сыпной тиф в Уральской области // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1928. № 2. С. 121–129.

³ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3418. Л. 10.

Уралоблисполкомом и Уралздравотделом дополнительно были утверждены мероприятия по ликвидации эпидемических очагов Уральской области на районном уровне. В связи с чем, в Красноуральске было выделено карантинное помещение для текущей санобработки эпидемических очагов на 100 мест, запускалась в эксплуатацию новая баня-прачечная с местной очисткой сточных вод. Установлено было 10 новых жаровых камер, организовано 4 новых временных прачечных. В рабочем поселке Кизел стало происходить обязательное хлорирование воды водопровода, началось строительство водохранилища, являющегося источником воды для всего поселка, увеличено число ассенизационных обозов в населенном пункте до 100 штук, построено 10 новых жаровых камер, 20 прачечных и 6 бань. В Челябинске, в связи с высоким уровнем заболеваемости брюшным тифом в начале 1930-х гг., были установлены временные очистные сооружения у места впадения в р. Миасс канализационных вод. Челябинским местным руководством проведено форсированное строительство городского водопровода, дефицит питьевой воды для города был покрыт за счет усиления хлор-установок и проведения лабораторного контроля за ними. Был построен карантинный барак в городе на 100 мест. В Магнитогорске была обеспечена подача питьевой воды городу с новой высоко насосной станции, которая располагалась выше города. Построено было 20 новых дезокамер, а число ассенизационных обозов увеличено до 500 единиц¹.

Оказывал помощь местным органам здравоохранения и Народный комиссариат здравоохранения. Для борьбы с эпидемиями на Урале в четвертом квартале 1931 г. НКЗ напрямую перевел Облздраву 650000 руб., в конце 1931–начале 1932 гг. было отправлено 20 т. серы, нафтализола – 8 тон, жидкого мыла – 100 т., зеленого мыла – 8 т., карболки – 49 т., формалина – 18 т., хлора – 50 т. В г. Свердловск было отгружено 16 дезокамер, 4 камеры получил Магнитогорск. Кроме этого в большом количестве на Урал был отправлен больничный инвентарь².

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 51. об., 52.

² РГАСПИ. Ф. 357. Оп. 1. Д. 140. Л. 11. Об.

В условиях голода, охвативший СССР в 1932–1933 гг. эпидемическая ситуация на Урале значительно ухудшается. Уже в 1933 г. в Уральской области наблюдалась очередная эпидемия сыпного тифа. В августе было 698 заболевших, в сентябре – 905, октябре – 1650, ноябре – 2938, что превысило более чем в два раза показатели 1932 г. Наиболее неблагоприятными по заболеваемости были города Челябинск, Свердловск, Пермь, и Златоуст¹.

В это же время в северных районах Уральской области на лесозаготовительных участках развивалась эпидемия цинги. Причинами распространения болезни был голод, переброска спецпереселенцев и скопление рабочей силы на развернувшихся промышленных стройках на территории области. По сообщениям Окрздрава в местечке Васянке было зафиксировано 323 заболевших цингой, в Березниках – 134 случая, в Туринском районе – 125. Всего было поражено 8 районов Уральской области с общим количеством цинготных больных 700 чел². В рамках борьбы с цингой партийно-советское руководство потребовало от местным органов власти выполнять программу тепличного строительства дающую возможность обеспечить выращивание противцинготных культур и зеленого лука к февралю 1934 г. Вместе с этим государством активно оказывалась гуманитарная помощь районам, где имелось много случаев заболеваний цингой. К примеру, в Тазовской район Ямальского округа была произведена переброска грузов Интегралсоюза в размере 10 тонн лука, 15 тонн семенного картофеля, 40 ящиков стекла и медикаментов³.

Работы в очагах инфекционных заболеваний велись в соответствии с оперативными планами, специально разработанными Облздравотделом в декабре 1931 г. В Надеждинск, Кизел, Чусовую, Тагил, Челябинск, Магнитогорск, Пермь, Кушву, Первоуральск, Красноуральск, Верхотурье этим ведомством были направлены специальные уполномоченные по борьбе с эпидемиями. Для усиления состава медперсонала в районах развития эпидемий было переброшено 60 врачей и 120

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 80.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 9. Л. 145.

³ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3392. Л. 33.

студентов-медиков. Для руководства и контроля за мероприятиями по борьбе с болезнями органами советской власти была образована специальная комиссия из представителей: ОГПУ, ОблРКИ, Облздравотдела. Важнейшими мероприятиями, проводимыми в то время, являлся эпидемический двухмесячник, поголовное подворное оспопрививание и массовая вакцинация против брюшного тифа¹.

В результате целенаправленных действий органов здравоохранения дальнейший рост заболеваемости сыпным тифом по области в конце 1933 г.–начале 1934 г. остановился. В третью декаду декабря было зафиксировано 2919 заболеваний, а уже во вторую декаду февраля – 2013. Сыпной тиф был полностью ликвидирован в Каменске, Молотове, Красноуральске. Количество заболеваний брюшным тифом, достигшее максимума в ноябре и декабре 1933 г. (более 1500 случаев), снизилось до 538 заболеваний в первой декаде февраля 1934 г.²

Однако несмотря на усилия органов здравоохранения на Урале в начале 1930-х гг. процент заболевших острозаразными заболеваниями в этом регионе был выше, чем РСФСР (см. табл. 9).

Таблица 9

Сравнительные данные заболеваемости в Уральской области и РСФСР
в 1932–1933 гг. (на 10 000 населения).

Заболевание	РСФСР	Уральская область	% превышения
Сыпной тиф	2,7	22,4	829,6
Брюшной тиф	5,9	46,6	794,9
Грипп	300	781	260,3
Оспа	1,07	4,4	411,2

Составлено по: ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3420. Л. 78.

Таким образом, заболеваемость сыпным и брюшным тифом на Урале в начале 1930-х гг. была в 8 раз выше, чем в среднем по Российской Федерации,

¹ Там же. Л. 41.

² ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 9. Л. 157.

гриппом в 2,5 раза больше болели жители Уральской области, а оспа встречалась в 4 раза чаще, чем в среднем по РСФСР.

Начало 1930-х гг. на Урале ознаменовано временем, когда происходит активная фиксация новых, до этого не известных заболеваний. Так, в 1933 г. произошла вспышка нового заболевания по Уральской области, которое впервые проявило себя в пределах Ишимского района. Сущность заболевания заключалась в высокой температуре, отеке горла и смертности на 3–4 день. Больных было 50, из них умерло 23 чел. Заболевшими были люди, чей средний возраст составлял от 19 до 30 лет. Заболевание представляло собой комбинированную токсическую форму скарлатины и дифтерии¹. Болезнь в документах фигурировала как септическая ангина. На 4 июля 1933 года заболевших было 1346, из которых умерло 707, а выздоровело только 152 чел. Болезнью были охвачены многие районы Урала: Плуторовский, Ишимский, Упоровский, Бездюжинский, Казанский, Маслянский и Половинский, Ялотуровский.

На Урал была направлена специальная врачебная комиссия для обследования болезни, во главе наркомом НКЗ М. Владимирским. В районы с повышенной заболеваемостью было командировано 6 профессоров медицинских наук и свыше 100 врачей. Очаги болезни удалось изолировать. К несению карантинной службы было задействовано 5000 человек. В районах было приостановлена продажа спиртных напитков. Позднее, к 15 июня 1933 г, для усиления карантинной службы, ОГПУ Урала были высланы 150 стрелков военизированной охраны, 500 курсантов школы младшего комсостава войск ОГПУ, 500 милиционеров дополнительно отправлены в части РККА².

В результате эпидемических экспериментов было выяснено, что просо, собранное на полях в прошлом году, было ядовито и содержало значительную примесь других зерен также ядовитых веществ. Откуда и как могло попасть отравляющее вещество на прошлогоднее просо советским органам установить так и не удалось.

¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 236.

² ГАРФ. Р-5446.15а. 520. Л. 3, 43, 46.

В 1930-х гг. на Урале появляются такие неизвестные ранее или малоизученные инфекции, как клещевой энцефалит, туляремия, лептоспироз, бруцеллез. Так, к примеру, первые описания на Урале больных клещевым энцефалитом относятся к 1890–1928 гг., а вирусологическое изучение его было начато только в 1939 г. Бруцеллез был завезен в Свердловскую область в начале 1930-х гг. с крупным рогатым скотом. Врачи были всерьез обеспокоены появлением на Урале этих заболеваний, поэтому в ноябре 1932 г. в составе Свердловского химико-бактериологического института было создано бруцеллиозное отделение.

В 1938 г. среди местного населения Ивдельского и Гагаринского районов врачи обнаружили больных описторхозом. Б. П. Кушелевский в 1927 г. впервые в области наблюдал безжелтушный лептоспироз. Он описал это явление под названием водно-полевой лихорадки¹.

Для ликвидации натуральной оспы начиная с 1931 г. органы здравоохранения широко развернули систему оспопрививания. За период с 1931–1936 гг. на территории Урала было зарегистрировано более 10 млн. привитий. Только в Свердловской области в 1934–1936 гг. было сделано 4 млн. прививок против оспы². Основой успешной работы медперсонала стал точный учет населения и прививок, ведение индивидуальных карточек с отметками о привитии. Кроме того, в целях повышения качества оспопрививания советским руководством была установлена сдельная оплата труда медперсоналу за проведенные прививки. Так, в г. Пермь в 1932 г. за каждую первичную прививку оспы (вакцинация) с обязательной проверкой государство оплачивало 25 коп. За каждую повторную прививку (ревакцинация) – 15 коп. После каждого привития органами здравоохранения выдавалась медицинскому работнику соответствующая справка³. В результате, было повышено качество оспопрививания и повышен стимул к работе сотрудников здравоохранительных учреждений.

¹ Телков Б. Сохранить здоровье народа! С. 97.

² ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 15. Д. 837. Л. 103.

³ ГАПК. Ф. р-480. Оп. 1. Д. 24. Л. 4.

В середине 1930-х гг. на Урале советскими властями был открыт Институт областных инспекторов по оспопрививанию. НИИ подготавливал кадры оспопрививателей, изучал и организовывал их деятельность на определенной подведомственной каждому инспектору территории¹. Это позволило обеспечить население Уральской области вакциной и сывороткой. Как следствие уже в 1936 г. заболеваемость оспой была ликвидирована в размерах всей страны, на Урале не было зарегистрировано не единого случая заболевания оспой.

По-прежнему значительное число уральского населения страдало от инфекционных болезней, таких, как например сифилис, гонорея. Органам здравоохранения лишь удалось достигнуть значительных успехов в борьбе с ними. Так, первичная посещаемость больных сифилисом в Свердловской области сократилось в 1935 г., по сравнению с 1924 г., в пять раз, с 68 до 13 человек на 10 000 населения. Количество же первичных больных гонореей, за тот же период уменьшилось в два раза с 60 до 32 чел. на 10 000.

Несмотря на общее снижение заболеваемости сыпным тифом, в середине 1930-х гг. вспышки сыпняка не были редким явлением. Весной 1934 г. в Челябинской области 35 районов из 60 были поражены эпидемией сыпного тифа. В Свердловской области в 1936 г. вспышки этой болезни имели место в Ирбитском и Слабодотуринском районах². Однако они уже не носили массового характера, пандемии, присущие для более ранних периодов советского периода не повторялись. К примеру, в Перми в 1935 г. было зарегистрировано только 70 случаев сыпняка, тогда как в 1933 г. – 2024. Возвратный тиф не имел места вообще³. Значительно результативнее в регионе стало и лечение данных болезней. В 1920–1930-х гг. летальный исход не был редким явлением при сыпняке. Но уже в 1938 г. на территории Свердловской области было зарегистрировано всего 15 смертей

¹ Крупин Н. В. Несколько слов об оспопрививании. // Труды научно-исследовательских институтов / под. ред. К. А. Коновалова. Сб. 1. Свердловск – М., 1933. С. 60–61.

² ЦДОСО. Ф. 4. Оп. 15. Д. 837. Л. 103.

³ ГАПК. Ф. р-480. Оп. 2. Д. 6. Л. 10.

от сыпного тифа, тогда как в 1933 г. – 1397 случаев¹. В результате к 1940 г. крупные эпидемии сыпного, брюшного и др. тифа на Урале ушли в прошлое.

Для лечения и предупреждения туберкулеза на Урале большое значение имело увеличение числа специализированных диспансеров их оснащение оборудованием, обеспечение врачебными кадрами. Если в 1925 г. на территории Урала было 5 диспансеров, то в 1936 г. их число возросло до 25. Количество врачей-туберкулезников увеличилось с 4-х в 1922 г. до 101 в 1935 г. Число коек для туберкулезных больных, за соответствующий период, возросло с 342 до 1834 штук². Большое значение для расширения сети диспансеров и подбора медицинских и кадров имело открытие в 1930 г. Свердловского тубдиспансерного института, как центра организующего лечение этого опасного недуга. Институт с первого же года своего существования «повел решительную борьбу против «болезни жителей подвалов». С 1934 г. Свердловский тубдиспансерный НИИ стал издавать информационный. В этом же году здесь была организована вакцинация новорожденных по способу Кальмета. Однако из-за отсутствия собственной лаборатории вакцина доставлялась почтой из Москвы.

В институте систематически проводилась подготовка врачей различных профилей, организовано было и заочное обучение. В результате благодаря подготовке в Институте органам здравоохранения удалось добиться укомплектования врачами тубдиспансеров Асбеста, Кизела, Тагила, Чусовского, Ирбита, Алапаевска. Были организованы детские сады для туберкулезных детей в Свердловске, УЗТМ, Асбесте всего на 130 коек, открыт детский тубсанаторий на 50 коек в Свердловске³. Большим достижением сотрудников НИИ являлось освоение в 1936 г. новых хирургических методов лечения: торако-пластика, пережигание спаек, искусственный пневмоторакс, перерезка или алкоголизация диафрагмального нерва, алкоголизация межреберных нервов. В 1937 г. эти методы стали применяться уже в областном детском туберкулезном санатории и других учреждениях Урала.

¹ ГАСО. Ф. Р-1812. Оп. 1. Д. 172. Л. 1.

² ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 1376. Л. 34.

³ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 488. Л. 39.

В рамках выполнения постановления СНК РСФСР №1176 «О мероприятиях по борьбе с туберкулезом» (декабрь 1934 г.) институт начал изучать заболеваемость туберкулезом у рабочих различных отраслей промышленности: асбестовой, угольной, металлургической. Разрабатывались рациональные методы борьбы с болезнью. С 1936 г. на Урале стала проводиться вакцинация против туберкулеза. К 1939 г. тубдиспансеры или тубпункты были организованы практически во всех промышленных районах региона. Отставание происходило в сельской местности. Так, в Свердловской области туберкулезные пункты были организованы только в 18 из 25 сельскохозяйственных районов. К началу войны институт располагал стационаром на 40 мест и диспансерным отделением ¹.

Таким образом, под руководством партийно-советских структур органам здравоохранения Урала в рассматриваемый период удалось провести большую работу по оздоровлению эпидемической ситуации в регионе. После прихода к власти большевиков первоочередной задачей являлось борьба с тифами и другими социальными эпидемиями. В восстановительный период до середины 1920-х гг. необходимо было ликвидировать последствия войны – эпидемии сифилиса, оспы и холеры. В период широкой индустриализации Урала перед органами здравоохранения встала задача минимизации медицинских последствий промышленного строительства и как следствие повышенной заболеваемости. На протяжении 1930-х гг. органы здравоохранения провели большую работу по привитию населения от большинства острозаразных болезней. В результате к 1936–1937 гг. удалось полностью ликвидировать заболевания оспой. С середины 1930-х гг. обозначается тенденция к снижению заболеваемости брюшным и сыпным тифом. Анализируя данные о распространении массовых инфекционных заболеваний, можно утверждать, что 1932–1933 гг. явились последними годами обширных эпидемий на Урале. Однако и в последующие годы деятельность по вакцинации населения продолжилась. Так, в 1939 г. в Пермской области было выполнено 118 тыс. вакцинаций против оспы и 335 тыс. ревакцинаций направленных на ликвидацию данного заболевания. Прививок брюшного тифа было выполнено 164 тыс., против

¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 35. Д. 1. Л. 72.

дизентерии – 164 тыс., против скарлатины – 33 тыс.¹ Факты показывают, что в конце 1930-х гг. серьезной проблемой оставалась малярия (ликвидирована лишь к 1963 г.), кишечные инфекции, инфекционные заболевания детского возраста.

¹ ПермГАСПИ. Ф. 105. Оп. 6. Д. 233. Л. 88

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в 1917–1941 гг. в РСФСР, в том числе на Урале, складывается государственная система здравоохранения, основанная на принципах централизации, единства и бесплатности медицинской помощи. В этой системе ключевую роль играл созданный в первые годы после установления советской власти Народный комиссариат здравоохранения, который объединил все дело охраны здоровья населения РСФСР и сконцентрировал руководство всеми мероприятиями в области здравоохранения. Это стало важным условием для унификации и объединения всех направлений медицинского обслуживания населения в Советской России, а затем и СССР, т.к. возникавшие в регионах местные советские органы здравоохранения в первый период строительства советского государства принимали самые разнообразные формы по структуре, содержанию и даже наименованию.

Соответствующая организационная структура складывается и на территории Урала. Во главе губернских, а позднее областных медицинских органов, становятся специализированные отделы здравоохранения при местных Советах рабочих и крестьянских депутатов. В истории формирования и деятельности советской системы здравоохранения в уральском регионе можно выделить несколько характерных этапов развития.

Первоначально, после ликвидации земств на Урале в феврале–марте 1918 г., формируется Уральский областной комиссариат здравоохранения при советском правительстве Уральской области, который должен был осуществлять руководство Вятской, Пермской, Оренбургской и Уфимской губерниями. При реализации медицинских мероприятий на первых порах местным органам здравоохранения приходилось проявлять самостоятельность, поскольку их решения считались приоритетными по сравнению с директивными установками центра. До середины 1918 г. советскому здравоохранению присущи принципы, характерные для дореволюционного (земского) этапа. На проходившем в мае 1918 г. Первом Уральском областном съезде по здравоохранению участники самостоятельно определя-

ли цели, задачи построения медицинской помощи в регионе, были разработаны конкретные меры улучшению санитарно-эпидемической ситуации. Таким образом, вплоть до лета 1919 г. на Урале в должной мере отсутствовала централизация со стороны советско-партийного руководства. Сначала ввиду ослабления связей административно-управленческого аппарата, затем – из-за начавшейся Гражданской войны.

После освобождения Урала от войск Колчака местные Ревкомы первым же делом принялись за проведение административных мер для улучшения медицинского обслуживания населения. В течение второй половины 1919–1920 гг. на основе циркуляров и распоряжений НКЗ РСФСР были национализированы все больничные учреждения, видоизменена структура и управление советским здравоохранением в регионе. В основе новой системы были заложены принципы бесплатности, бессловности и доступности для нужд всего населения. Однако гуманистические основы медицины, провозглашенные в декретах советской власти в период ее становления, оставались декларативными, на первое место вышли принципы остаточного финансирования и классовый подход в оказании медицинской помощи населению. При этом в этот период строительство новых больничных учреждений, расширение медицинской сети, в должной мере, не было возможным в виду отсутствия достаточных материально-технических ресурсов.

После окончания Гражданской войны в стране организационные структуры местных органов здравоохранения претерпевают изменения. В 1923 г. создается Уральская область вследствие чего учреждается Уральский Областной отдел здравоохранения при Уралоблисполкоме Советов. Начинается планомерная работа по перспективному планированию развития медицины на Урале. За период 1923–1929 гг. происходит ежегодное увеличение финансирования работы Облздрава, в первую очередь за счет местного бюджета, вводятся в эксплуатацию новые больничные учреждения. Всего с 1925 по 1929 гг. количество больниц на Урале возросло с 250 до 325, амбулаторий – с 904 до 1051. Более широкое распространение получают специальные виды медицинской помощи: рентгенология, протезирование и др. В целом, во второй половине 1920-х гг. были превзойдены

медицинские показатели дореволюционного периода. Однако этого было уже недостаточно. Необходим был новый, более качественный «скачек» в развитии здравоохранения, который был связан с начинавшейся индустриализацией СССР.

Переход к форсированной модернизации страны в конце 1920-х гг. привел к изменениям в политике государства направленной на охрану здоровья населения. Самым существенным образом были пересмотрены формы медицинской помощи населению и разработаны новые методы работы лечебных учреждений. Их выражением стал дифференцированный подход к здравоохранению для различных социальных групп населения. В условиях, когда основное внимание уделялось финансированию промышленности перед органами здравоохранения, прежде всего, ставилась задача обеспечить минимальной медицинской сетью работников индустриального сектора. Осложнялась ситуация в связи с трудностями связанными со сплошной коллективизацией и голодом начала 1930-х гг. Без сомнения можно выразить мнение, что период с 1929 по 1934 г. стал одним из самых сложных, в первую очередь, в организационном плане, для органов здравоохранения в советскую довоенную эпоху. В начале 1930-х гг. государство вынуждено проводило принцип остаточного финансирования и снабжения медицины. К примеру, из запланированных на 5 лет 194,2 млн. руб. на развитие здравоохранения Урала фактически было ассигновано только 75 млн. руб., из которых освоено – 35,7 млн. руб. При общем увеличении учреждений здравоохранения на Урале в первую пятилетку это происходит не за счет нового строительства, а за счет приспособления бараков, жилых домов и других помещений, под медицинские нужды. Кроме того, в это же время полностью оформляется плановая и полностью централизованная система медицинской помощи, приоритетом финансирования которой были районы сплошной коллективизации и промышленных новостроек.

Существенные изменения в организации здравоохранения происходят во второй половине 1930-х гг. в связи с относительным повышением уровня жизни. В 1938 г. завершается реформирование сельской медицины, она, в определенной степени, начала приближаться к существовавшей городской сети. Ведущим принципом построения советского здравоохранения становится участково-

территориальный. В результате, была заложена основа сети районных больниц и учреждений. Упорядочились структура и функции каждого типа учреждений внебольничной помощи. При этом расширяется материальная база здравоохранения. Во второй половине 1930-х–начале 1940-х гг. в городах рост врачебных учреждений составил 23%, в сельскохозяйственных территориях – 74%. В целом, предвоенные годы для уральского здравоохранения – созидательный период, время повсеместного строительства больничных зданий, расширения специальной медицинской помощи.

На протяжении всего рассматриваемого периода перед органами здравоохранения стояла одна из самых приоритетных задач – обеспечение населения качественной медицинской помощи. Связана она была, в первую очередь, с квалифицированным медицинским персоналом. Первоначально, после установления советской власти на Урале, в Екатеринбургской губернии остался всего 21 врач из 120 имеющихся в довоенное время, в Челябинской губернии в 1919 г. насчитывалось 10 врачей. Схожая ситуация была и в других районах Урала.

В связи с этим, шел активный поиск источников формирования медицинских кадров: приглашались демобилизованные военные врачи и имевшийся персонал, привлекались медработники из других регионов, была сделана ставка на средний медперсонал. В начале 1920-х гг. была сделана первая попытка начать подготовку высших врачебных кадров непосредственно в Екатеринбурге. Однако в условиях отсутствия необходимых денежных средств и материальной базы реализация намеченных планов была отложена на более поздний срок. В результате проблема медицинских кадров на Урале оставалась острой, особенно не хватало врачей, приходилось делать ставку на средний медицинский персонал. К примеру, на одного врача на Урале в среднем в 1925 г. приходилось 9957 человек,

Начиная с конца 1920-х гг. государство усилило свою деятельность по обеспечению больничных учреждений медицинскими работниками. В 1930 г. на Урале открывается медицинский институт в Свердловске, была сформирована сеть сначала фельдшерских, а затем средних медицинских школ. В уральском регионе организуются научно-исследовательские институты, которые стали науч-

ной базой для развития здравоохранения. Всего за 1930–1934 гг. число медицинских НИИ Урала выросло с двух до 14. Повсеместно при больницах и других учреждениях проходили курсы повышения квалификации и переподготовки имевшегося медицинского персонала. В итоге, эти меры сказались на увеличении обеспеченности медицинских учреждений врачами и другими специалистами.

В период с 1913 по 1940 гг. число врачей в Свердловской области увеличилось со 170 врачей до 1801 специалиста. В Челябинской области – с 108 (1913 г.) до 1192 чел. (1940 г.). Коэффициент обеспеченности населения Урала врачебной помощью в 1940 г. в отдельных территориях составил следующие значения: Свердловская область – 1442 чел. на одного врача, Челябинская область – 2503 чел. и в Пермской области – 2818 чел. Во многом органам здравоохранения удалось достичь таких высоких показателей путем открытия медицинских учреждений непосредственно в регионе. Всего на Урале к концу 1930-х гг. успешно функционировало 4 высших медицинских института и 49 средних медицинских школ. В результате, накануне Великой Отечественной войны на Урале была создана материально-техническая база здравоохранения с качественным медицинским персоналом, что позволило новой системе успешно развиваться в будущем.

Однако при явном увеличении врачебного персонала за довоенный период, их количество не могло сравниться с западными образцами. В США в 1940 г. коэффициент обеспеченности составил в 1,5–2 раза выше, чем в регионах Урала. Как свидетельствует статистика, догнать по этому показателю США удалось только к 1960-м гг.

Несмотря на усилия органов здравоохранения, осталось несбалансированное распределение медицинского персонала между городом и сельской местностью. Основными причинами этого были отсутствие желания молодых специалистов работать на периферии в связи с условиями проживания в сельской местности. Негативное влияние на деятельность органов здравоохранения оказала установка советско-партийного руководства, ставящая задачу борьбы с «классово-чуждыми элементами», как приоритетную, которая в конце 1930-х гг. вылилась в массовые репрессии врачебных кадров. В том числе, репрессии касались руковод-

ства органов здравоохранения. К примеру, на посту руководителя Облздравотдела Свердловской области с 1936 г. сменилось 6 человек. Недоверие и репрессии по отношению к руководящим медицинским кадрам, а к рядовым врачам и медработникам серьезно осложняло деятельность органов здравоохранения.

Для деятельности органов здравоохранения и медицинских учреждений в довоенный период большую роль играла работа по ликвидации эпидемий и оздоровлению санитарной ситуации в регионе. Практически сразу, после прихода к власти большевиков начинает создаваться государственная система санитарно-эпидемической помощи населению. Однако первоначально главные усилия медицинских работников были направлены на чрезвычайные меры по борьбе со вспышками туберкулеза, тифа и других социальных заболеваний, поэтому в работе органов здравоохранения, в большей мере, недоставало плановости и системности. В основном при возникновении эпидемий все силы бросались на ее ликвидацию, врачи командировались в различные районы Урала во мере эпидемических вспышек.

Большое значение для улучшения медицинского обслуживания населения имел декрет СНК РСФСР «О санитарных органах республики», в соответствии с которым на Урале в 1923 г. в Облздравотделе был создан санитарно-эпидемиологический подотдел, что позволило усилить планомерную работу. Первые итоги этой деятельности были ощутимы уже к концу 1928 г. За период с 1924–1928 гг. заболеваемость по основным «социальным болезням» существенно снизилась. К примеру, в 5 раз уменьшилось количество случаев малярии, в 5 раз стало меньше число тифозных больных, в 3 раза снизилось численность эпизодов натуральной оспы.

В конце 1920-х–начале 1930-х гг. заметно ухудшается санитарно-эпидемическая ситуация на Урале. Широкое индустриальное строительство, развернувшееся в начале 1930-х гг., скопление рабочей силы и возведение новых городов фактически «с нуля» ухудшили санитарную ситуацию в Уральской области. В районах промышленных новостроек, в бараках, рассчитанных на 100–120 чел., проживало по 300–350 чел. Повсеместно не хватало бань (8,4 помывки в год

в 1932 г. при норме 36), прачечных, чистой питьевой воды (на одного горожанина в сутки приходилось в среднем в 1932 г. – всего 21,7 л., тогда как в РСФСР – 25,4 л.).

В Уральской области с новой силой «вспыхивают» эпидемии сыпного, брюшного тифа, натуральной оспы и др. болезни. Органы здравоохранения возвращаются к практике создания чрезвычайных комитетов и штабов по ликвидации очагов инфекции. Основные усилия медицинских работников были сосредоточены на установлении поголовного, а в сельской местности подворного, проведения прививок против оспы и массовой вакцинация от различных болезней. В результате комплексных действий органов здравоохранения уже к середине 1934 г. удалось преодолеть пик распространения эпидемий. Однако даже после ликвидации пандемий во второй половине 1930-х гг. медицинской общественностью продолжилась практика проведения широкого привития населения от большинства острозаразных болезней. Только в Пермской области в 1939 г. было выполнено 118 тыс. вакцинаций против оспы и 335 тыс. ревакцинаций направленных на ликвидацию данного заболевания. В итоге, органам здравоохранения удалось к концу рассматриваемого периода справиться с массовым распространением болезней, а эпидемические вспышки начала 1930-х гг. стали последними обширными эпидемиями на Урале.

Кроме мероприятий по борьбе с эпидемиями большое внимание органов здравоохранения было уделено построению санитарной системы. Этому поспособствовало развитие санитарного законодательства на протяжении 1920–1930-х гг. В это время завершается оформление системы организацией санитарной инспекции. Началось развитие массовой сети санитарно-эпидемических станций не только в областных центрах, но и в районах и городах. Например, только в Свердловской области к 1941 г. работало 13 санитарно-эпидемиологических станций, малярийная, пастеровская и дезинфекционная станции, госсанинспекции и санбаклаборатории, Большое значение для улучшения санитарно-гигиенической обстановки Урала имело санитарное просвещение. Добровольцы-общественники проводили публичные лекции, беседы на темы соблюдения санитарного миниму-

ма в быту и на работе, культпросветчики обследовали санитарное состояние крестьянских изб, сельских общественных зданий. Однако наряду с совершенствованием и расширением общей санитарной системы на Урале органам здравоохранения не хватало санитарно-бактериологических лабораторий, не удалось решить вопрос водоснабжения и санитарной очистки уральских городов, санитарные навыки большого числа сельского населения оставались на низком уровне.

Таким образом, можно сделать вывод, что модернизационные процессы, происходившие на Урале в 1920-х–1930-х гг. были невозможны без совершенствования системы медицинского обслуживания населения. В связи с чем, в уральском регионе в 1917–1941 гг. сложилась государственная система здравоохранения, которая за довоенный период добилась ощутимых результатов. Предпринятые меры уральских медицинских органов позволили создать сеть лечебных учреждений, организовать подготовку медперсонала, справиться с массовыми эпидемическими заболеваниями. Однако здравоохранение этого времени строилось исходя из плановых задач советско-партийного руководства и жесткой централизации врачебного дела, что обусловило модернизационные особенности присущие довоенному периоду Урала.

Изучение исторического опыта преобразований в системе медицинского обеспечения населения в довоенный советский период является перспективным направлением для дальнейших исследований. Так, анализ данного этапа даст возможность выявить закономерности в осуществлении государственной политики в сфере здравоохранения и использовать эти знания в процессе проведения реформ в этой области на современной вехе развития. Кроме того, в дальнейшем, опираясь на результаты диссертации, историки могут расширить проблематику исследования по истории в условиях модернизационных процессов происходивших в нашей стране.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сборники документов, постановления партийных и советских органов

1. Борьба партии за завершение социалистической реконструкции народного хозяйства. Победа социализма в СССР (1933–1937 гг.): документы и материалы. – М.: Госполитиздат, 1961. – 552 с.
2. Декреты Советской власти. – М.: Госполитиздат, 1957. Т. 1. – 626 с.
3. Декреты Советской власти. – М.: Политиздат, 1964. Т. 3. – 664 с.
4. Здравоохранение в годы восстановления и реконструкции народного хозяйства. 1925–1940 гг.: сб. документов и материалов. – М.: Правда, 1973. – 480 с.
5. КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и Пленумов ЦК. 8-е изд. – М.: Правда, 1970. – Т. 2–4.
6. О больничном строительстве в промышленных районах: постановление СНК СССР от 26 декабря 1929 г. // Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР 1925–1940: сб. док. И мат-лов. – С. 133–134.
7. О борьбе с эпидемиями: постановление СНК РСФСР от 19 августа 1930 г. // Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР 1925–1940: сб. док. и мат. – С. 141–145.
8. О запрещении абортов, материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах: постановление ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 г. // СЗ СССР. – 1936. – № 34. – Ст. 309.
9. О медицинском обслуживании рабочих и крестьян: постановление ЦК ВКП (б) от 18 декабря 1929 г. // Справочник партийного работника. – М.; Л.: Госиздат, 1930. – Вып. 7. – Ч. 2. – С. 249–250.

10. О мероприятиях по борьбе с малярией: постановление СНК СССР от 20 мая 1934 г. // *Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР 1925–1940: сб. док. и мат-лов.* – С. 207–208.
11. О мероприятиях по улучшению санитарного состояния рабочих районов поселков, рабочих общежитий и учреждений питания: постановление СНК СССР от 9 сентября 1931 г. // *Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР 1925–1940: сб. док. и мат-лов.* – С. 170–171.
12. О санитарной охране водопроводов и источников водоснабжения: постановление ЦИК и СНК СССР от 17 мая 1937 г. // *СЗ СССР.* – 1937. – № 35. – Ст. 143.
13. Об обязательном оспопрививании: постановление СНК РСФСР от 18 октября 1924 г. // *СУ РСФСР.* – 1924. – № 83. – Ст. 840.
14. Официальный сборник важнейших законов правительства, постановлений распоряжений Уралоблисполкома. – 1931
15. Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. – М.: Медгиз, 1958. – 336 с.
16. Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам (1917–1967 гг.). – М.: Политиздат, 1967. Т. 1. – 327 с.
17. *Собрание законов и распоряжений Рабоче-крестьянского правительства СССР.* – 1926–1938.
18. *Собрание узаконений и распоряжений Рабочего и крестьянского правительства РСФСР.* Отд. 1, 2. – М., 1917 – 1938.
19. Становление и развитие здравоохранения в первые годы советской власти. 1917–1924 гг.: сб. док-тов и материалов / Под. ред. М. И. Барсукова. – М.: Медицина, 1966. – 544 с.

2. Статистические сборники

1. 5 лет советского здравоохранения: стат. сб. – М., – 1925.

2. 50 лет советского здравоохранения (1917–1967): стат. сб. – М.: Статистика, 1967. – 338 с.
3. 60 лет советского здравоохранения: стат. сб. – М.: Медицина, 1977. – 416 с.
4. Бюджеты крестьянских хозяйств на Урале за 1925/26 г. – Свердловск: Изд. Уральского областного статистического управления, 1928 – 273 с.
5. Здравоохранение в Союзе ССР: статистический справочник / сост. М.Н. Преображенская; под ред. проф. А.М. Меркова. – Рига: Изд-во науч.-метод. бюро санитарной статистики Минздрава Латвийской ССР, 1946. – 100 с.
6. Здравоохранение Уральской области за 1925 г. – Свердловск: Изд. отд. здравоохранения Уралоблисполкома, 1926. – Вып. II. – 109 с.
7. Материалы контрольных цифр хозяйства Урала на 1929 – 1930 год. – Свердловск: Уралплан, Уралполиграф. 1930. – 313 с.
8. Народное хозяйство Пермской области за годы Советской власти: стат. сб. – Пермь: Кн. изд-во, 1967. – 269 с.
9. Народное хозяйство РСФСР: стат. сб. – М.: Статистика, 1957. – 287 с.
10. Народное хозяйство Свердловской области: стат. сб. – Свердловск: Госстатиздат, 1962. – 231 с.
11. Народное хозяйство Союза ССР в цифрах: стат. сб. – М.: тип. МКХ им. Ф. Я. Лаврова, 1925. – 820 с.
12. Народное хозяйство СССР за 60 лет: юбилейный стат. ежегодник. – М.: Статистика, 1977. – 328 с.
13. Народное хозяйство СССР. 1922 – 1982 гг. / ЦСУ СССР. – М.: Статистика, 1982. – 326 с.
14. Народное хозяйство СССР: статистический справочник за 1932 г. – М.; Л.: Соцэкгиз, 1932. – 671 с.
15. Народное хозяйство Челябинской области: стат. сб. – Челябинск: Госстатиздат, 1961. – 178 с.

16. Обзор хозяйства Урала за 1924 – 1925 год / под ред. В.С. Немчинова, М.А. Сигова. – Свердловск: Изд. Уралоблисполкома, 1926. – 361 с.
17. Свердловская область в цифрах. Краткий статистический справочник. – Свердловск: Издание Свердловского ОБЛУНХУ, 1936. – 304 с.
18. Состояние дела здравоохранения в Уральской области за 1926 г. – Свердловск: Изд. Облздравотдела, 1928. – 169 с.
19. Состояние дела здравоохранения в Уральской области за 1927 год. – Свердловск: Изд. Облздравотдела, 1929. – 80 с.
20. Состояние дела здравоохранения в Уральской области за 1928 год. – Свердловск: Изд. Облздравотдела, 1929. – 122 с.
21. Состояние дела здравоохранения в Уральской области за 1929 год. – Свердловск: Изд. Облздравотдела, 1931. – 160 с.
22. Социалистическое строительство Урала за 15 лет (основные показатели). – Свердловск, 1932. – 57 с.
23. Статистические материалы по состоянию народного здоровья и организации медицинской помощи в СССР за 1913–1923 гг. – М.: НКЗ РСФСР, 1926. – 378 с.
24. Уральский статистический ежегодник на 1923 г. / под ред. В.С. Немчинова, П.Ф. Неволлина. – Екатеринбург: УралоблЭКОСО, 1923. – 500 с.
25. Уральский статистический ежегодник, 1923–24 г. / под ред. В.С. Немчинова, П.Ф. Неволлина. – Свердловск: Уралоблисполком, 1925. – 611 с.
26. Уральское хозяйство в цифрах, 1927 год: кратк. статистический справочник. – Свердловск: Уральское областное статистическое управление, 1927. – 514 с.
27. Уральское хозяйство в цифрах, 1929 год: кратк. статистический справочник. – Свердловск: Уралоблстатотдел, 1929. – 587 с.
28. Уральское хозяйство в цифрах. 1926 год: кратк. статистический справочник. – Свердловск: Изд. Уралоблстатуправления, 1926. – 393 с.
29. Уральское хозяйство в цифрах. 1928 год: кратк. статистический справочник. – Свердловск: Уралоблстатуправление, 1928. – 571 с.

30. Уральское хозяйство в цифрах. 1930 г. – Вып. 1: Социальная статистика. – Свердловск: Изд. статсектора Уралплана, 1930. – 223 с.
31. Уральское хозяйство в цифрах. 1931–1932 гг. – Свердловск: Изд. УралУНХУ, 1933. – 388 с.
32. Хозяйство Свердловской области, 1935–1936: основные показатели. – Свердловск: Изд. СвердблУНХУ, 1936. – 230 с.
33. Хозяйство Урала в 1924–1925 г.: конъюнктурный обзор. – Свердловск: Изд. Уральской областной плановой комиссии, 1925. – 167 с.
34. Челябинск в цифрах. – Челябинск: Изд. Челябинского горсовета, 1936. – 57 с.
35. Челябинская область в цифрах. – Челябинск: Изд. ЧелябоблУНХУ, 1934. – 155 с.
36. Челябинская область. 1917–1945 гг.: сб. док. и мат-лов / под ред. П.Г. Агарышева. – Челябинск: Юж.-Урал. кн. изд-во, 1998. – 304 с.
37. Калабеков, И. Г. СССР и страны мира в цифрах. Справочное издание / И. Г. Калабеков. – М., 2017. – 296 с.

3. Материалы периодической печати

1. Бюллетень Уральского областного статистического управления.
2. Гигиена и эпидемиология.
3. Звезда.
4. Известия Всероссийского центрального исполнительного комитета Советов крестьянских, рабочих и солдатских депутатов.
5. Известия Народного комиссариата здравоохранения.
6. Известия Центрального Исполнительного Комитета СССР.
7. На фронте здравоохранения.
8. Округ.
9. Правда.
10. Советская медицина.

11. Советское здравоохранение.
12. Статистическое обозрение.
13. Уральский коммунист.
14. Уральский медицинский журнал.
15. Уральский рабочий.

4. Архивные материалы

Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ)

Ф. А-482 – Министерство здравоохранения РСФСР.

Ф. Р-5446 – Совет Министров СССР

Ф. Р-1235 – Всероссийский Центральный Исполнительный Комитет советов рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов.

Ф. Р-1250 – Комиссия по обследованию Народных Комиссариатов РСФСР при Всероссийском Центральном Исполнительном Комитете.

Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ)

Ф. 17 – Протоколы заседаний Политбюро ЦК РКП (б) и ВКП (б) VII-XVIII созывов.

Ф. 357 – Владимирский Михаил Федорович (1874–1951).

Российский государственный архив экономики (РГАЭ)

Ф. 1562 – Центральное статистическое управление СССР.

Государственный архив Свердловской области (ГАСО)

Ф. Р-52 – Екатеринбургская городская управа

Ф. Р-829 – Екатеринбургская уездная земская управа

Ф. Р-159 – Отдел здравоохранения Исполнительного комитета Свердловского окружного совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (Окрздравотдел).

Ф. Р-1812 – Уральское Областное управление народнохозяйственного учета.

Ф. Р-241 – Плановая комиссия Исполнительного Комитета Свердловского областного совета депутатов трудящихся.

Ф. Р-245 – Уральская Областная контрольная комиссия ВКП (б). Уральский областной отдел Рабоче-крестьянской инспекции.

Ф. Р-47 – Отдел здравоохранения Исполнительного Комитета Екатеринбургского губернского совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (Губздравотдел).

Ф. Р-627 – Министерство здравоохранения Свердловской области.

Ф. Р-737 – Камышловский уездно-городской отдел здравоохранения Исполнительного Комитета Камышловского уездно-городского совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов.

Ф. Р-1428 – Свердловский отдел здравоохранения Исполнительного комитета городских и районных советов депутатов трудящихся.

Ф. Р-64. – Екатеринбургский уездный Комиссариат здравоохранения.

Ф. Р-2210 – Свердловская государственная санитарная инспекция.

Государственный архив Пермского края (ГАПК)

Ф. р-480 – Пермский городской отдел здравоохранения при Пермском городском комитете Советов депутатов трудящихся.

Ф. р-132 – Пермский окружной отдел здравоохранения при исполнительном комитете Советов рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов.

Ф. р-981 – Отдел здравоохранения исполнительного комитета Пермского областного Совета народных депутатов.

Ф. р-15 – Пермский губернский отдел здравоохранения Пермского исполнительного комитета Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов.

Государственное краевое учреждение

«Пермский государственный архив новейшей истории» (ПермГАНИ)

Ф. 1 – Пермский городской комитет КПСС.

Ф. 105 – Пермский Обком КПСС.

Ф. 580 – Пермский уездный комитет РКП (б).

Ф. 557 – Пермский губернский комитет РКП (б).

**Центр документации общественных организаций Свердловской области
(ЦДООСО)**

Ф. 4 – Свердловский областной комитет КПСС

Ф. 273 – Областной отдел здравоохранения г. Свердловск

Ф. 483 – Нижнетагильский горком ВКП (б).

Объединенный Государственный архив Челябинской области (ОГАЧО)

Фонд Р-112. Отдел здравоохранения исполкома Челябинского окружного Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (1923–1930 гг.).

Фонд Р-255. Отдел здравоохранения исполкома Челябинского губернского Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (1919–1924 гг.).

Фонд Р-1542. Челябинская уездная земская управа (1917–1919 гг.).

Фонд Р-1595. Челябинский областной отдел здравоохранения и подведомственные ему больницы, поликлиники, диспансеры и другие медицинские учреждения (1934–1968 гг.).

Фонды Свердловского областного музея истории медицины

Коллекция документов фонда Документографической информационно-поисковой системы Свердловского областного музея истории медицины (ДИПС СОМИМ).

Фонды Музей истории медицины г. Челябинска

Фонд личных дел И. С. Белостоцкого.

Использованная литература

1. 70 лет советского здравоохранения. 1917–1987 / О. П. Щепин [и др.] – М.: Медицина, 1987. – 510 с.
2. Авдеев, А. Младенческая смертность и история охраны материнства и детства в России и СССР / А. Авдеев // Историческая демография: сб. ст. / под ред. Денисенко М. Б., Троицкой И. А. – М.: МАКС Пресс, 2010. – С. 13–72.
3. Алексеев, В. В. Индустриальное наследие в постиндустриальном обществе / В. В. Алексеев, Е. В. Логунов // Опыт изучения и использования памятников индустриальной культуры России. Екатеринбург, 1995.
4. Алексеев, В. В. Региональное развитие в контексте модернизации. / В. В. Алексеев, Е. В. Алексеева, М. Н. Денисевич, И. В. Побережников. – Екатеринбург, 1997.
5. Алексеев, Н. А. От земской управы до горздравотдела (1917 – 1927) / Н. Алексеев. – Челябинск, Тета, 2016. – 294 с.
6. Андреев, Е. М. Особенности показателей младенческой смертности в России / Е. М. Андреев, Е. А. Кваша // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 4. – С. 15–20.
7. Анналы истории медицины. – М.: Медгиз, 1963.
8. Ашурков, Е. Д. 40 лет советского здравоохранения: материал к лекции / Е. Д. Ашурков, М. И. Барсуков. – М.: [Б. и.], 1957. – 41 с.
9. Ашурков, Е. Д. В. И. Ленин и охрана здоровья народа / Е. Д. Ашурков // под ред. П. И. Калью. – М.: Медицина, 1965. – 171 с.
10. Ашурков, Е. Д. Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.) / Е. Д. Ашурков, М. И. Барсуков, Н. Н. Морозов [и др.] // под ред. проф. М. И. Барсукова. – М.: Медгиз, 1957. – 394 с.
11. Бабановский, И. В. Вопросы финансирования здравоохранения в СССР / И. В. Бабановский. – М.: Медицина, 1976. – 128 с.
12. Багдасарян, С. М. Очерки развития высшего медицинского образования / С. М. Багдасарян – М., 1959. – 106 с.

13. Багдасарьян, С. М. Развитие здравоохранения в СССР / С. М. Багдасарьян. – М.: Знание, 1967. – 32 с.
14. Бакунин, А.В. Историография истории Урала / А. В. Бакунин, Д. В. Гаврилов, В. Д. Камынин, И. В. Побережников // Уральская историческая энциклопедия.– Екатеринбург: Изд-во «Академкнига», 2000. – С. 240–244.
15. Бароян, О. В. Итоги полувековой борьбы с инфекциями в СССР и некоторые актуальные вопросы современной эпидемиологии / О. В. Бароян. – М.: Медицина, 1968. – 303 с.
16. Барсуков, М. И. Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения. (Окт. 1917 г.–июль 1918г.) / М. И. Барсуков. – М.: Медгиз, 1951. – 316 с.
17. Барсуков, М. И. Вопросы истории и теории медицины / под ред. М. И. Барсукова. – М.: Академкнига, 1959. – 174 с.
18. Барсуков, М. И. Начало советского здравоохранения / М. И. Барсуков // Вопросы здравоохранения. – 1928. – № 7. – С. 34–43.
19. Баткис, Г. А. Организация здравоохранения / Г. А. Баткис. – М.: Медгиз, 1948. – 325 с.
20. Баткис, Г. А. Социальная гигиена. Пособие для студентов и врачей. / Г. А. Баткис. – М. – Л., 1936. – 218 с.
21. Баткис, Г. А., Владимирский М. Ф. – врач-большевик, выдающийся организатор советского здравоохранения / Г. А. Баткис, И. А. Сломинская // Труды института организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко // Под ред. Е. Н. Якубова. – Вып. 1. М., 1958. – С. 25–28.
22. Башкович, П. В. Опыт привлечения к работе по жилсаннадзору санитарного актива и советской общественности в г. Перми / П. В. Башкович // Уральский медицинский журнал. – 1930. – № 2–3. – С. 36–38.
23. Белостоцкий, И. С. Больничное строительство в Уральской области / И. С. Белостоцкий. // Уральский медицинский журнал. – Свердловск, 1928. – № 1. – С. 19–22.

24. Белостоцкий, И. С. Здравоотделы в Екатеринбургской губернии за время существования Советской власти / И. С. Белостоцкий // Медработник Урала. – 1922. – № 3. – С. 2–4.
25. Бидерман, Б. 1-е Совещание по изучению и борьбе с профессиональными болезнями в Уральской области / Б. Бидерман // Гигиена и эпидемиология. – 1926. – № 4. – С. 78–79.
26. Бургасов, П. Н. Научные основы организации профилактики инфекционных болезней / П. Н. Бургасов, И. С. Безденежных / Под ред. П. Н. Бургасова – М.: Медицина, 1977. – 336 с.
27. Васильев, К. Г. История эпидемий и борьба с ними в России в XX столетии / К. Г. Васильев. – М.: Медицина, 2001. – 256 с.
28. Величкин, В. И. К вопросу о пятилетнем плане уральского здравоохранения / В. И. Величкин // Уральский медицинский журнал. – 1929. – № 4. – С. 3–10.
29. Величкин, В. И. К десятилетию советской медицины / В. И. Величкин. // Уральский медицинский журнал. – Свердловск, 1928. – № 1. – С. 5–12.
30. Виноградов, Н. А. Здравоохранение в годы борьбы за социалистическую индустриализацию страны (1926–1929 гг.) / Н. А. Виноградов. – М.: Медгиз, 1955. – 44 с.
31. Виноградов, Н. А. Здравоохранение в годы иностранной военной интервенции и гражданской войны (1918–1920 гг.) / Н. А. Виноградов. – М.: Медгиз, 1954. – 31 с.
32. Виноградов, Н. А. Здравоохранение в период борьбы за коллективизацию сельского хозяйства (1930–1934 гг.) / Н. А. Виноградов. – М.: Академия, 1955. – 44 с.
33. Виноградов, Н. А. Здравоохранение в период перехода на мирную работу по восстановлению народного хозяйства (1921–1925 гг.) / Н. А. Виноградов. – М.: Медгиз, 1954. – 35 с.

34. Виноградов, Н. А. Здравоохранение в период подготовки и проведения Великой Октябрьской социалистической революции / Н. А. Виноградов. – М.: Медгиз, 1954. – 32 с.
35. Владимирский, М. Ф. Вопросы советского здравоохранения. Статьи и речи / М. Ф. Владимирский. – М.: Медгиз, 1960. – 316 с.
36. Владимирский, М. Ф. О задачах здравоохранения в период реконструкции промышленности. / М. Ф. Владимирский // На фронте здравоохранения. – 1931. – № 13. – С. 1–11.
37. Вопросы организации здравоохранения и история медицины в СССР. Вып. 1. – М.: [Б. и.], – 1967.
38. Восьмой съезд РКП (б). Протоколы. – М.: Госполитиздат, 1959. – 602 с.
39. Врачи-большевики – строители советского здравоохранения / Под ред. Е. И. Лотовой, Б. Д. Петрова. – М.: Медицина, 1970. – 384 с.
40. Всесоюзная перепись населения 1937 г.: краткие итоги / сост. Н.А. Араловец, В.Б. Жиромская, И.Н. Киселев. М., 1991.
41. Всесоюзная перепись населения 1937 года: общие итоги: сб. док. и мат. / сост. В. Б. Жиромская и Ю. А. Поляков. М., 2007.
42. Всесоюзная перепись населения 1939 года: основные итоги / под ред. Ю. А. Полякова. М., 1992.
43. Всесоюзная перепись населения 1939 года: основные итоги. Россия / сост. В. Б. Жиромская. СПб., 1999.
44. Всесоюзная перепись населения 1939 года: Уральский регион: сб. мат. / сост. В. П. Мотревич. Екатеринбург, 2002.
45. Гаврилов, К. П. Детская смертность на Урале / К. П. Гаврилов // Уральский медицинский журнал. – 1930. – № 4. – С. 57–67; № 5–6. – С. 126–133.
46. Гаврилова, В. А. Из истории развития гигиены труда на Урале после Великой Октябрьской социалистической революции / В. А. Гаврилова, М. Д. Гликштейн // Гигиена и санитария. – 1973. – № 7. – С. 58–61.

47. Головтеев, В. В. Основные показатели развития здравоохранения за 60 лет Советской власти: Науч. обзор / В. В. Головтеев и др. – М.: Медицина, 1974. – 199 с.
48. Гомельская, Г. Л., Очерки развития поликлинической помощи в городах СССР. / Г. Л. Гомельская, Е. Я. Коган, Е. А. Логинова. – М., 1971. – 233 с.
49. Горфин, Д. В. Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917–1959 гг.) / Д. В. Горфин // под ред. проф. М. И. Барсукова. – М.: Медгиз, 1961. – 236 с.
50. Горфин, Д. В. Санитарное обслуживание населения СССР в 1917 – 1945 гг. / Д. В. Горфин // Современные вопросы теории, истории и организации здравоохранения. – Вып. 2. – М., 1965. – С. 79 – 82.
51. Гращенко, Н. И. Здравоохранение в СССР и достижения советской медицины / Н. И. Гращенко, Ю. П. Лисицын. – М.: Медгиз, 1958. – 124 с.
52. Грибанов, Э. Д. Всероссийские съезды здравоохранения / Э. Д. Грибанов. // Вопросы истории медицины. Труды Института организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко – Вып. 5. – М., 1959. – С. 65–68.
53. Грибанов, Э. Д. Всероссийские съезды здравотделов и их значение для практики советского здравоохранения / Э. Д. Грибанов. – М.: Медицина, 1966. – 192 с.
54. Гудошников, Ф. Ф. Новоселов Р. С. Из истории становления советского здравоохранения на Урале / Ф. Ф. Гудошников, Р. С. Новоселов // Советское здравоохранение. – 1968. – № 1. – С. 66–69.
55. Гуревич, Г. Е. Здравоохранение Большого Урала. / Г. Е. Гуревич – М., – 1946.
56. Гуревич, Г. Е. Исторический съезд / Г. Е. Гуревич // Советское здравоохранение. – 1947. – № 6. – С. 36–39.
57. Данилишина, Е. И. Развитие охраны материнства и детства в СССР / Е. И. Данилишина // Советское здравоохранение. – 1983. – № 1. – С. 61–64.

58. Данилишина, Е. И. Роль НКЗдрава в становлении охраны здоровья матери и ребенка / Е. И. Данилишина // Советское здравоохранение – 1983 – №7 – С. 59–62.
59. Двадцать пять лет советского здравоохранения. – М.: Медгиз, – 1944. – 296 с.
60. Ершов, А. И. Противотуберкулезные мероприятия за 70 лет / А. И. Ершов // Советское здравоохранение. – 1987 – №11 – С. 34–36.
61. Жикин, В. А. К вопросу о кадрах работников здравоохранения / В. А. Жикин // Уральский медицинский журнал. – 1930. – № 2–3. – С. 26–30.
62. Заблудовский, П. Е. История медицины. / П. Е. Заблудовский. – М.: [Б. и.], – 1953. – 88 с.
63. Засухин, Д. Н. Из истории борьбы с малярией в СССР / Д. Н. Засухин, Н. Н. Плотников. – М., 1953. – 88 с.
64. Здравоохранение России. XX век / под ред. Ю. Л. Шевченко, В. И. Покровского, О. П. Щепина. – М.: Весть, – 2001. – 328 с.
65. Иванов, Н. И. Сыпной тиф в Уральской области / Н. И. Иванов. // Уральский медицинский журнал. – Свердловск, – 1928. – № 2. – С. 121–129.
66. История медицины СССР / Под ред. Б. Д. Петрова. – М.: Медицина, 1964. – 647 с.
67. История Уральской государственной медицинской академии в биографиях (1930–2000 гг.). / отв. ред. А. П. Ястребов. – Екатеринбург: УГМА, 2000. – 214 с.
68. Кальсина, А. А., Развитие образования и здравоохранения в Пермской губернии в период Первой мировой и Гражданской войн (1914–1919 годы). / А. А. Кальсина, Т. Ю. Шестова. – Пермь, 2011. – 333 с.
69. Каминский, Г. Н. Задачи советского здравоохранения / Г. Н. Каминский. – М. – Л.: Биомедгиз, 1934. – 164 с.
70. Каплун, С. И. Двадцатипятилетие санитарной охраны труда / С. И. Каплун // Гигиена и санитария. – 1943. – №2 – 3. – С. 16–22.

71. Карташов, Н. Большая жизнь. / Н. Карташов, Л. Д. Константиновский. – Челябинск: Кн. изд-во, 1963. – 256 с.
72. Кваша, Е. А. Младенческая смертность в России в XX веке / Е. А. Кваша // Социологические исследования. – 2003. – № 6. – С. 46–55.
73. Ковригина, М. Д. Дело всей жизни: организаторам здравоохранения посвящается / М. Д. Ковригина. – М., 1990. – 152 с.
74. Конюс, Э. М. Пути развития советской охраны материнства и младенчества (1917–1940) / Э. М. Конюс. – М., 1954. – 404 с.
75. Корнилов, Г. Е. Аграрная сфера Урала в условиях модернизации (первая четверть XX в.) / Г. Е. Корнилов, Л. И. Пересторонина, Д. В. Каракулов // Уральский вестник. № 5–6 (Модернизация: факторы, модели развития, последствия изменений). Екатеринбург, 2000. С. 381–412.
76. Корнилов, Г. Е. Эволюция младенческой смертности на Урале в первой половине XX в. / Г. Е. Корнилов // Уральский исторический вестник. – 2014. – № 3 (44). – С. 80–89.
77. Крупин, Н. В. Несколько слов об оспопрививании. / Н. В. Крупин // Труды научно-исследовательских институтов / Под. ред. К. А. Коновалова. – Сб. 1. – Свердловск – М., 1933. – С. 60–61.
78. Кузьмин, М. К. История медицины: очерки / М. К. Кузьмин. – М.: Медицина, 1978. – 199 с.
79. Курдов, И. К. Заразные болезни в Уральской области в 1929 году / И. К. Курдов // Уральский медицинский журнал. – 1930. – № 5–6. – С. 118–125.
80. Курдов, И. К. Краткая характеристика здравоохранения в 1927 году по сравнению с 1926 годов / И.К. Курдов // Состояние дела здравоохранения в Уральской области за 1927 год. – Свердловск: Изд. облздравотдела, 1929. – С. 3–9.
81. Курдов, И. К. Краткий очерк состояния здравоохранения на Урале в 1928 году по сравнению с 1927 годом / И. К. Курдов // Состояние дела здравоохранения в Уральской области за 1928 год. – Свердловск: Изд. Уралоблздравотдела, 1929. – С. 3–21.

82. Курдов, И. К. Обзор деятельности учреждений здравоохранения на Урале в 1928 году / И. К. Курдов // Уральский медицинский журнал. – 1929. – № 9. – С. 5–15.
83. Кутепов, С. М. Уральская государственная медицинская академия: 80 лет во благо здоровья уральцев / С. М. Кутепов // Медицина и здоровье. – М., 2010. №7 (51). – С. 20–24.
84. Ладный, И. Д. Ликвидация оспы и предотвращение ее возврата / И. Д. Ладный. – М.: Медицина, 1985. – 211 с.
85. Лебедев, Ф. Детская смертность на Урале в 1926–27 годах / Ф. Лебедев // Уральский медицинский журнал. – 1930. – № 1. – С. 61–69.
86. Левит, М. М. Становление общественной медицины в России / М. М. Левит. – М.: Медицина, 1970. – 232 с.
87. Левонтин, М. Л. Практика здравпунктов на Урале / М. Л. Левонтин // На фронте здравоохранения. – М., 1932. – № 3. – С. 21–22.
88. Ленин, В. И. Очередные задачи Советской власти / В. И. Ленин // Полн. собр. соч. Т. 36. – М.: Госполитиздат, – 1962.
89. Ленин, В. И. Очередные задачи Советской власти / В. И. Ленин // Полн. собр. соч. Т. 36. 1962.
90. Ленин, В. И. По делу о реорганизации Красного Креста, 4 (17) апреля 1918 г. / В. И. Ленин // Полн. собр. соч. Т. 50.
91. Ленин, В. И. Речь на II Всероссийском съезде работников медико-санитарного труда 1 марта 1920 г. (протокольная запись) / В. И. Ленин // Полн. собр. соч. Т. 40.
92. Лисицын, Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Ю. П. Лисицын. – М.: Медицина, 1973. – 456 с.
93. Лотова, Е. И. Борьба с инфекционными болезнями в СССР. 1917–1967 гг. / Е. И. Лотова, Х. И. Идельчик. – М.: Медицина, 1967. – 432 с.
94. Лотова, Е. И. Основные задачи и пути борьбы с инфекционными болезнями в СССР (1917–1940 гг.) / Е. И. Лотова, Х. И. Идельчик. // Современные

вопросы теории, истории и организации здравоохранения. – Вып. 2. – М., 1965. – С. 80–83.

95. Майстрах, К. В. Советское здравоохранение за сорок лет / К. В. Майстрах // под ред. проф. Л. С. Боголеповой. – М.: Медгиз, 1957. – 80 с.

96. Мальцева, О. А. История здравоохранения Коми-Пермяцкого округа. / О. А. Мальцева. – Кудыкар: Коми-Пермяцкое кн. изд-во, 1995. – 232 с.

97. Мананникова, Н. В. Охрана здоровья детей в СССР / Н. В. Мананникова. – М.: Медицина, 1973. – 280 с.

98. Материалы к пятилетнему плану здравоохранения РСФСР. – М., 1930.

99. Мерков, А. М. Санитарная статистика в СССР за сорок лет (1917–1957) / А. М. Мерков. – М., 1957. – 40 с.

100. Мерман, М. М. О пропаганде достижений советского здравоохранения (к 60-летию образования СССР) / М. М. Мерман. – М.: ЦНИИСП, 1982. – 43 с.

101. Министры здравоохранения. Очерки истории здравоохранения России в XX веке / О. П. Щепин, М. Б. Мирский, В. В. Белозеров [и др.] // под ред. О. П. Щепина. – М.: Изд-во НПЦ «ЭКИЗ», 1999. – 479 с.

102. Мирский, М. Б. Медицина России X–XX веков: очерки истории медицины / М. Б. Мирский. – М.: Спутник, 2005. – 208 с.

103. Митерев, Г. А. Народное образование за 25 лет Советской власти / Г. А. Митерев. – М.: Медгиз, 1942. – 96 с.

104. Накоряков, Н. К. Статистические данные об абортах в г. Перми (1922–1926 гг.) / Н. К. Накоряков // Уральский медицинский журнал. – 1929. – № 3. – С. 81–95.

105. Наравцевич, А. М. Опыт работы здравпункта Алапаевского металлургического завода / А. М. Наравцевич // Здравпункты Урала в борьбе за снижение заболеваемости рабочих / Под ред. В. И. Величкина. – Свердловск – М., 1933. – С. 31–35.

106. Нестеренко, А. И. Как был образован Народный комиссариат здравоохранения РСФСР. Из истории советского здравоохранения (октябрь 1917–июль 1918 г.) / А. И. Нестеренко. – М.: Медицина, 1965. – 96 с.

107. Общественные начала советского здравоохранения / Под ред. С. Я. Фрейдлина. – Л., 1966. – 347 с.
108. Овчаров, В. К. К истории развития высшего медицинского образования в СССР / В. К. Овчаров. – М., 1957. – 125 с.
109. Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.) / Под ред. М. И. Барсукова. – М.: Медгиз, 1957. – 394 с.
110. Очерки по истории советского санитарного просвещения / Под ред. И. С. Соколова. – М., 1960. – 401 с.
111. Петров, Б. Д. Очерки истории отечественной медицины. / Б. Д. Петров. – М.: Медгиз, 1962. – 149 с.
112. Петровский, Б. В. Советское здравоохранение за 50 лет СССР / Б. В. Петровский. – М.: Медицина, 1973. – 112 с.
113. Печникова, О. Г. Становление советской системы здравоохранения / О. Г. Печникова // История государства и права. – 2009. – № 16. – С. 32–39.
114. Пищита, А. Н. Эволюция правового регулирования здравоохранения в России. Историко-правовые аспекты / А. Н. Пищита, Н. Г. Гончаров. – М.: ЦКБ РАН, 2007. – 131 с.
115. Побережников, И. В. Модернизация: определение понятия, параметры и критерии / И. В. Побережников // Историческая наука и историческое образование на рубеже XX–XXI столетий: Четвертые всероссийские историко-педагогические чтения. – Екатеринбург: Банк культурной информации, 2000. – С. 105–121.
116. Побережников, И. В. Переход от традиционного к индустриальному обществу: теоретико-методологические проблемы модернизации. / И. В. Побережников. – М., 2006. – 240 с.
117. Побережников, И. В. Переход от традиционного к индустриальному обществу: теоретико-методологические проблемы модернизации / И. В. Побережников. – М.: РОССПЭН, 2006. – 240 с.

118. Побережников, И. В. Фронтирная модернизация как российский цивилизационный феномен / И. В. Побережников // Россия реформирующаяся: ежегодник. – М., 2013. – Вып. 12. – С. 246–274.
119. Попугайло, В. М. К истории ликвидации натуральной оспы и холеры на территории Свердловской области / В. М. Попугайло. // Здоровоохранение Российской Федерации. – М.: Медицина, 1984. – № 1. – С. 40–42.
120. Попугайло, В. М. К истории санитарной организации на Среднем Урале / В. М. Попугайло. // Гигиена и санитария. – М., 1987. – № 10. – С. 39–42.
121. Прохоров, Б. Б. Организация здравоохранения в России в XX веке / Б. Б. Прохоров // Россия в окружающем мире: 2001 (Аналитический ежегодник) / под ред.: В. И. Данилова-Данильяна, С. А. Степанова. М., 2001. С. 1–44.
122. Пятьдесят лет советского здравоохранения (1917–1967 гг.): сб. статей / Под. ред. Б. В. Петровский. – М.: Медицина, 1967. – 698 с.
123. Розенфельд, Л. Г. Здравоохранение Южного Урала за годы Советской власти / Л. Г. Розенфельд, Г. П. Мещерякова // Советское здравоохранение. – 1978. – № 1. – С. 14–19.
124. Рослякова, О. А. Из истории становления и развития органов здравоохранения Южного Урала и их роль в преодолении заболеваемости в крае / О. А. Рослякова // Вестн. Оренб. гос. ун-та. – 2006. – № 6. – С. 12–24.
125. Ростоцкий, И. Т. Рост советского здравоохранения на Урале / И. Т. Ростоцкий // Советская медицина. – 1938. – № 16. – С. 39.
126. Сафонов А. Г. Медицинская помощь населению в РСФСР. / А. Г. Сафонов. – М., 1961. – 368 с.
127. Сафронович, В. Контрольные цифры по здравоохранению на 1928 – 1929 гг./ В. Сафронович. // Уральский медицинский журнал. – Свердловск, 1928. – № 2. – С. 9–11.
128. Сборник важнейших официальных материалов по организации здравоохранения / Сост. И. Я. Бычков, И. Т. Приданников. – М. – Л.: Медгиз, 1940. – 367 с.

129. Селезнева, В. Т. Здоровоохранение Урала «лицом к производству» (1930– 1934) / В. Т. Селезнева // Советское здравоохранение. – 1963. – № 4. – С. 23–29.
130. Семашко, Н. А. Десятилетие Октябрьской революции и охрана здоровья крестьян / Н. А. Семашко. – М.: Наркомздрав РСФСР, 1927. – 40 с.
131. Семашко, Н. А. Десятилетие советской медицины и социальная гигиена / Н. А. Семашко // Социальная гигиена. – 1928. – № 4 (14). – С. 11–19.
132. Семашко, Н. А. Избранные произведения / Н. А. Семашко // Под ред. П. И. Калью. 2-е изд. – М.: Медицина, 1967. – 379 с.
133. Сербин, Г. М. Здоровоохранение в сельско-хозяйственном социалистическом секторе / Г. М. Сербин. // Уральский медицинский журнал. – Свердловск, 1930. – № 1. – С. 8–11.
134. Серебренников, В. С. Здоровоохранение на Урале (итоги и очередные задачи) / В. С. Серебренников. – Свердловск: Изд. облздравотдела, 1929. – 24 с.
135. Серебренников, В. С. Организация лечебного дела в Уральской области / В. С. Серебренников // Здоровоохранение Уральской области за 1925 г. – Свердловск: Изд. отд. здравоохранения Уралоблисполкома, 1926. – Вып. II. – С. 36–76.
136. Соколов, Б. В. Становление государственной системы здравоохранения на Урале. / Б. В. Соколов, А. Д. Бальчугов, М. Г. Сажина. – Екатеринбург, 2008.
137. Соловьев, З. П. Вопросы здравоохранения. – М. – Л.: Медгиз, 1940. – 327 с.
138. Соловьев, З. П. Строительство советского здравоохранения / З. П. Соловьев // Под ред. М. Ландиса. – М.: Медгиз, 1932. – 336 с.
139. Сорокина, Т. С. История медицины / Т. С. Сорокина. 2-е изд. – М.: Медицина, 1994. – 384 с.
140. Среднее медицинское образование в СССР / В. М. Банщиков, Н. И. Гращенко. – М., 1928. – 294 с.

141. Сталин, И. В. Отчетный доклад XVII съезду партии о работе ЦК ВКП(б) / И. В. Сталин // Сочинения. В 13 т. Т. 13.
142. Сточик, А. М. Сельское здравоохранение в первой половине 20-х годов / А. М. Сточик // Советское здравоохранение. – 1988. – №8. – С. 60 – 64; №9 – С. 65–71.
143. Тарасенков, П. Н. Развитие здравоохранения на Урале в 1928–1937 годах / П. Н. Тарасенков // Тр. Пермского гос. мед. института. – Пермь, 1963. – Т. 43. – Вып. 2. – С. 354–361.
144. Телков, Б. Сохранить здоровье народа! / Б. Телков. – Екатеринбург. 2012. – 248 с.
145. Трофимов, В. В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет / В. В. Трофимов. – М.: Медицина, 1967. – 332 с.
146. Хрестоматия по истории медицины / Под ред. П. Е. Заблудовского. – М.: Медицина, 1966. – 359 с.
147. Чикин, С. Я. Здравоохранение и подготовка врачебных кадров в СССР / С. Я. Чикин, Ю. Ф. Исаков, Б. М. Чекнев. – М.: Медицина, 1980. – 270 с.
148. Чикин, С. Я. КПСС и охрана здоровья народа / С. Я. Чикин. – М.: Политиздат, 1972. – 175 с.
149. Шапшев, К. Н. Настоящее и будущее Пермского Медфака // Сборник статей, посвященных вопросу о едином уральском медфаке. – Пермь, 1924. – С. 28–35.
150. Шишкин, А. П. Борьба с детской смертностью в первые годы Советской власти / А. П. Шишкин // Советское здравоохранение. – 1981. – № 12. – С. 46–50.
151. Щепин, О. П. Достижения советского здравоохранения за 70 лет и перспективы его развития / О. П. Щепин // Терапевтический архив. – 1987. – №10 – С. 3–7.
152. Эйнис, В. Л. Успехи борьбы с туберкулезом в СССР / В. Л. Эйнис // Советская медицина. – 1957. – №10 – С. 80–87.

153. Ярмолинская, М. Б. Некоторые итоги работы научно-исследовательских институтов Уралоблздрава за 1932 год. / М. Б. Ярмолинская // Труды научно-исследовательских институтов / Под ред. К. А. Коновалова. – Сб. 1. – Свердловск – М., 1933. – С. 4–7.

Диссертации и авторефераты диссертаций

1. Борлакова, Ф. А. Развитие здравоохранения в Карачае и Черкессии (1860–1941 гг.): автореф. дис. ... канд. ист. наук / Борлакова Фаризат Ахматовна. Черкесск, 2002.

2. Василенко, В. Г. История здравоохранения и медицинского образования на Дону и Северном Кавказе (XIX в.–1940 г.): автореф. дис. ... канд. ист. наук / Василенко Виктория Густавовна. Армавир, 2006.

3. Голубев, А. А. Правовое регулирование отечественного здравоохранения. 1917–1941 гг.: автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Голубев Андрей Александрович. М., 2010.

4. Гончарова, О. А. История становления и развития системы здравоохранения в горном Алтае в XIX – XX вв.: автореф. дис. ... канд. ист. наук / Гончарова Ольга Александровна. Томск, 2002.

5. Егорова, Д. В. Правовая политика в сфере здравоохранения и правовая охрана здоровья населения в Советском государстве (1917–1991 годы): автореф. дис. ... канд. юр. наук / Егорова Диана Владимировна. Саранск, 2011.

6. Ерегина, Н. Т. Подготовка медицинских кадров в высшей школе России в 1917–начале 1950-х гг.: автореф. дис. ... д. ист. наук / Ерегина Наталья Тимофеевна. СПб, 2010.

7. Журавлева, В. А. Городское население Урала в 1920–1930-е гг.: историко-демографический анализ: дис. ... док. ист. наук / Журавлева Вера Анатольевна. Екатеринбург, 2016.

8. Климентьева, Н. В. Здравоохранение Южного Урала (1917–1936 гг.): дис. ... канд. ист. наук / Климентьева Наталия Владимировна. Оренбург, 2013.

9. Князькина, Т. А. Становление и развитие здравоохранения на Камчатке в период с 1917 г. по 1991 г.: автореф. дис. ... канд. ист. наук / Князькина Татьяна Анатольевна. Петропавловск-Камчатский, 2007.
10. Леонтьева, Л. А. Социальная политика советского государства и ее реализация на Южном Урале (1934–1940 гг.): автореф. дис. ... канд. ист. наук / Леонтьева Лариса Анатольевна. Оренбург, 2012.
11. Матвеева, Н. М. История становления и развития системы здравоохранения и формирование медицинской интеллигенции Бурятии: 1923–1991 гг.: автореф. дис. ... канд. ист. наук / Матвеева Наталья Михайловна. Улан-Удэ, 2004.
12. Печникова, О. Г. Организационно-правовые основы деятельности государственных лечебно-профилактических учреждений в России (историко-правовое исследование): автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Печникова Ольга Глебовна. М., 2007.
13. Пилипенко, В. А. Становление и развитие здравоохранения в Коми АССР в 1920–1930-х годах: автореф. дис. ... канд. ист. наук / Пилипенко Вера Анатольевна. Сыктывкар, 2006.
14. Сакович, Н. В. Деятельность органов власти по развитию системы здравоохранения Горьковской области накануне и в годы Велико Отечественной войны: автореф. дис. ... канд. ист. наук / Сакович Наталья Владимировна. Нижний Новгород, 2006.
15. Селезнева, В. Т. Очерки по развитию медицины и здравоохранения на Среднем Урале: дис. ... д-ра мед. Наук / Селезнева Валентина Трофимовна. Пермь, 1964.
16. Сиротина, С. Г. Государственная политика развития советского здравоохранения в 1920-е–1930-е гг.: На материалах Нижнего Поволжья: автореф. дис. ... канд. ист. наук / Сиротина Светлана Геннадиевна. Саратов, 2006.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1¹

**Родильные дома в сельскохозяйственной местности Свердловской области
в 1913–1940 гг.**

Число самостоятельных роддомов		
Годы	Количество роддомов	Количество коек
1913	1	40
1937	17	397
1939	26	535
1940	28	614
Число колхозных роддомов		
1933	0	0
1937	31	37
1938	32	90
1939	38	109
1940	41	118

Составлено по: ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 491. Л. 14.

¹ Составлено по: ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 491. Л. 14.

Список медицинских школ в Свердловской области в 1939–1940 гг.

Специализация школы	Название школы
Фельдшерские и зубо-врачебные школы	Свердловская, Ирбитская, Тагильская, Серовская фельдшерские школы, Свердловская зубо-врачебная школа.
Акушерские школы	Свердловская, Тагильская, Серовская, Акушерская школа Уралмаша.
Школы медицинских сестер	Уралмаша, Института ОММ, Вагонзавода, Тагил-строа, Кировградская, Кушвинская, Школа медсестер детского тубсантория, Областной клинической больницы, Алапаевская, 3-й клинической больницы, 2-й Тагильской советской больницы, Первоуральская, Серовская, Полевская, Ревдинская, Березовская, Асбестовская, Невьянская, Сухоложская, Камышловская, Тавдинская, Ирбитская, Красноуральская.

¹ Составлено по: ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 20. Л. 16.

**Количество проведенных оспопрививаний и число заболеваний оспой
в Уральской области в 1924–1929 гг.**

Годы	Количество оспопрививаний	Количество заболеваний оспой
1924	422 тыс. чел.	3041
1925	573 ---	3418
1926	732 ---	3189
1927	1091 ---	2899
1928	1572 ---	1266
За шесть первых месяцев 1929	954 ---	190

¹ Составлено по: ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1. Л. 145.

**Сеть здравоохранения по городам и рабочим поселкам
Уральской области в 1928–1931 гг.**

Наименование	1928 – 1929 гг.	1929 – 1930 гг.	1930 – 1931 гг.
Число больничных коек (без психиатрических и мест заключения)	6693	9866	12400
Амбулаторий (кроме зубо-врачебных)	183	194	207
Единый диспансер	---	---	17
Зубоврачебных кресел	135	150	192
Врачей помощи на дому	51	84	192
Количество пунктов первой помощи на предприятиях	99	139	207
Количество тубдиспансеров	21	24	36
Количество вендиспансеров	23	33	47
Количество санитарных врачей	48	84	130
Детских консультаций	75	90	100
Женских консультаций	67	80	90
Молочные кухни	---	18	56
Постоянных ясель	75	105	250

¹ Составлено по: ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3414. Л. 12.

**Развитие сети лечебно-профилактических учреждений Уральской области
в 1924–1933 гг.**

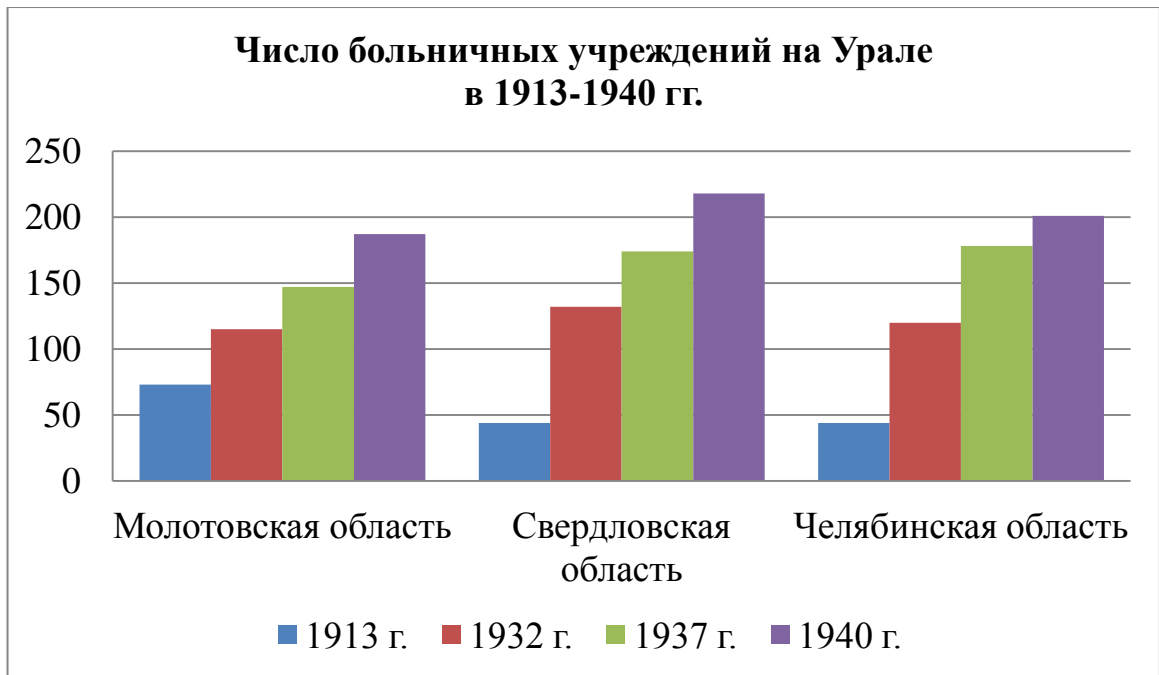
Наименование учреждения	1924 год	1929 год	1933 год
Больницы	229	314	354
Коек в них	9210	12393	16731
Врачебных амбулаторий	301	394	532
Фельдшерских амбулаторий	472	513	406

¹ Составлено по: ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1. Л. 145.

**Основные показатели о сети и кадрах учреждений здравоохранения
в 1913–1938 гг. по Свердловской области**

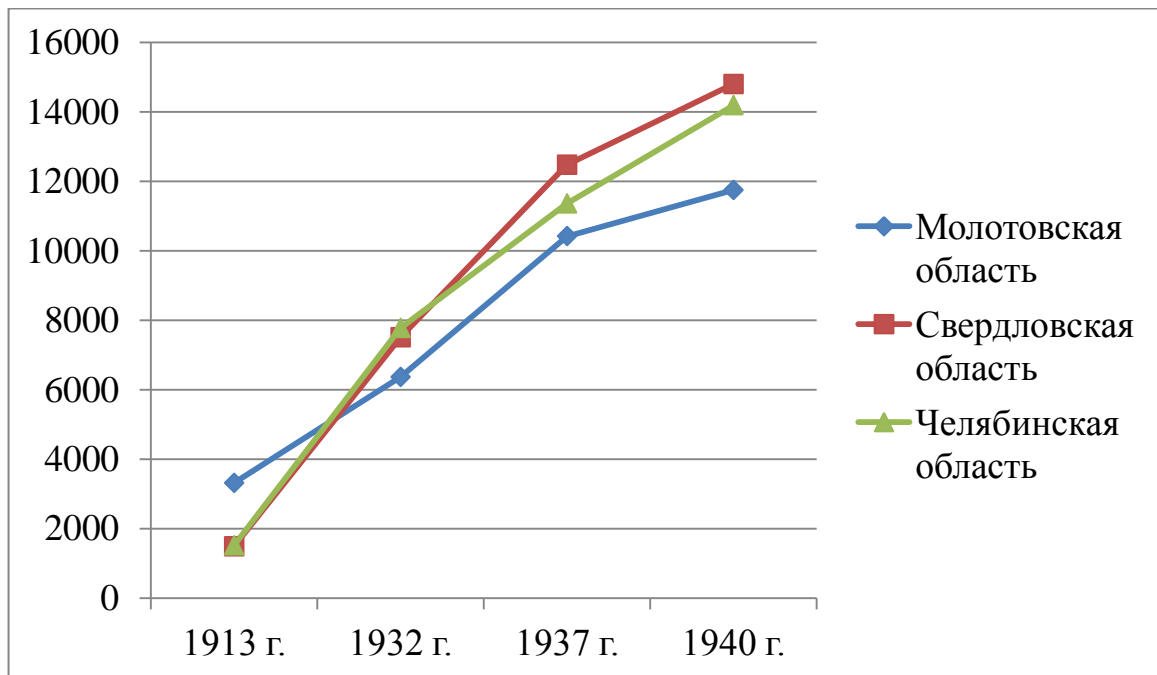
Показатели	По всем ведомствам учреждений здравоохранения				
	1913 г.	1928 г.	1932 г.	1937 г.	1938 г.
	Го- род/Село	Го- род/Село	Го- род/Село	Город/Село	Город/Село
Общее число врачебных амбулаторных и поликлинических учреждений	38/16	155/34	218/54	256/91	273/92
Туберкулезных диспансеров	1/0	5/0	8/0	19/1	19/2
Венерологические диспансеры	0/0	13/0	13/0	25/3	26/4
Детские поликлиники и амбулатории	0/0	10/0	10/0	20/0	19/0
Женские и детские консультации	0/0	26/3	28/3	45/9	47/7
Число фельдшерских и фельдшерских акушерских пунктов	0/115	0/124	63/186	54/262	53/401
Учреждений стационарной помощи (больниц, клиник, стационаров)	30/13	73/30	86/46	95/56	115/62
Коек в них	1244/209	3415/588	6550/941	9669/1600	10678/1662
Число родильных домов	1/0	1/0	1/0	14/3	18/3
Число постоянных яслей	14/0	24/0	296/0	312/745	347/629
Число коек в них	280/0	745/0	22175/0	13888/1493 7	16750/1384 5
Число врачей	112/15	584/28	956/65	1426/53	1557/55

¹ Составлено по: ГАСО. Ф. Р-1813. Оп. 1. Д. 1178. Л. 92.

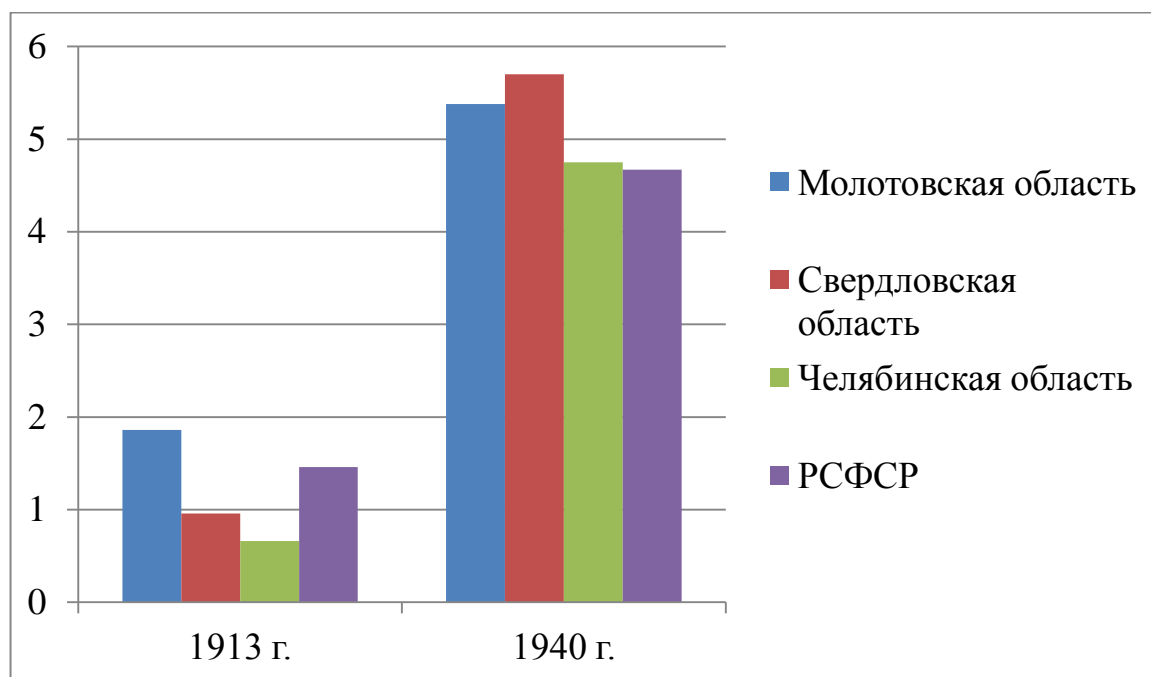


¹ Составлено по: РГАЭ Ф. 4372.Оп. 93.Д. 244. Л.151-159.

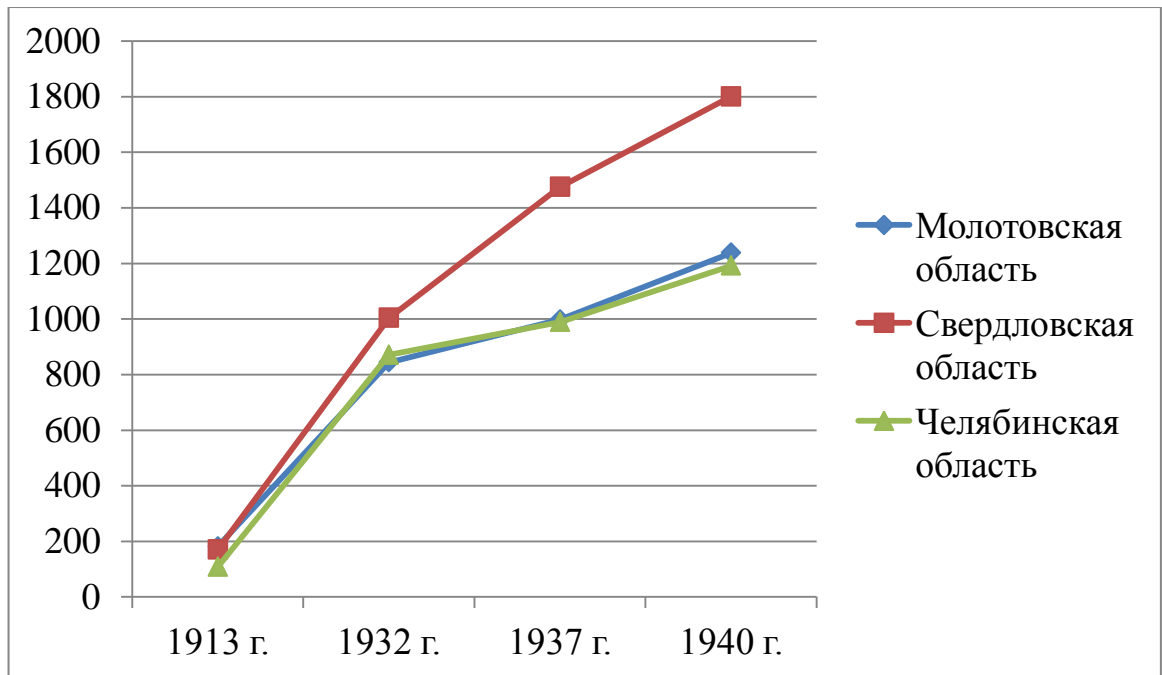
**Число больничных коек в учреждениях здравоохранения на Урале
в 1913–1940 гг.**



¹ Составлено по: РГАЭ Ф. 4372. Оп. 93. Д. 244. Л. 151-159.

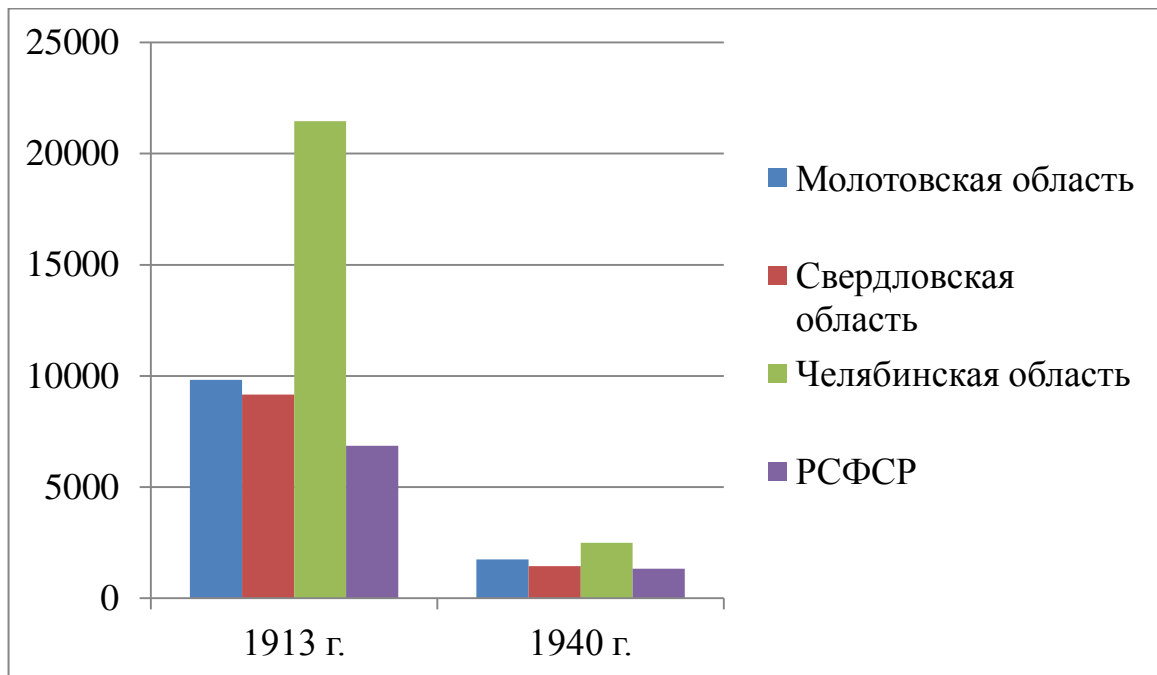
Обеспеченность населения Урала больничной помощью в 1913–1940 гг.**(коек на 1000 населения)**

¹ Составлено по: РГАЭ Ф. 4372. Оп. 93. Д. 244. Л. 151-159.

Количество врачей на Урале в 1913–1940 гг.

¹ Составлено по: РГАЭ Ф. 4372.Оп. 93.Д. 244. Л.151-159.

**Обеспеченность населения Урала врачебной помощью в 1913–1940 гг.
(количество человек на 1 врача)**



¹ Составлено по: РГАЭ Ф. 4372. Оп. 93. Д. 244. Л. 151-159.