

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ БАШКИРСКОЙ АССР В 1945–1953 гг.

В статье рассматривается система оказания медицинской помощи женскому населению Башкирской АССР в 1945–1953 гг. Анализируется эффективность лечебно-профилактической деятельности органов и учреждений здравоохранения в решении одной из первоочередных задач, поставленных перед советским здравоохранением в послевоенное время, в связи с этим анализируется динамика развития сети учреждений, кадровая и материально-техническая обеспеченность, качественные показатели медицинской помощи женщинам.

Ключевые слова: родильные и гинекологические койки, родильные дома и родильные отделения больниц, консультации, аборт, материнская и детская смертность, акушеры-гинекологи, педиатры.

После войны перед советским здравоохранением была поставлена глобальная задача: повышение естественного прироста населения, улучшение его физического здоровья. Приоритет государственной политики состоял прежде всего в экономической составляющей, и решение поставленной задачи рассматривалось через решение ряда направлений – увеличение сети учреждений, улучшение их материально-технической составляющей и кадровой обеспеченности. При этом учитывалось, что послевоенное общество – это по преимуществу женское общество. В связи с этим первостепенным являлась организация медицинской помощи женщинам и детям.

Оказание медицинской помощи женщинам в системе советского здравоохранения предусматривалось через сеть родильных домов, родильных, акушерско-гинекологических отделений многопрофильных больниц, женских и детских консультаций, функционирующих при роддомах, поликлиниках или самостоятельно, а в сельской местности, кроме того, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, колхозными родильными домами.

Родовспомогательная помощь оказывалась сетью родильных домов, родильных отделений в больницах. В 1945 г. насчитывалось 1051 родильная койка по республике, из них в городах и рабочих поселках – 526, в сельской местности – 525 (в том числе 11 роддомов на 360 коек в городах и 12 в селе на 120 коек). Выявить уровень коечной обеспеченности позволяет сравнение следующих показателей: нормативы предусматривали обеспеченность 0,7 койки на 1000 населения (с последующим ростом до 1,1 на 1000 населения в городе), в сельской местности с 0,2 койки на 1000 населения до 0,5. Фактически коэффициент на 1.01.1946 г. составил по городу 0,58 койки на 1000 человек на-

селения и 0,39 – по селу. Пятилетний план восстановления и развития здравоохранения предусматривал постепенный рост коечной сети для рожениц, однако уже в 1946 г. наблюдается невыполнение плана: предусматривалось развертывание 1200 коек, фактически имелось 1180 (98,3%), что было связано с отсутствием помещений для развертывания коек. Однако даже 100% выполнение плана по развертыванию коек не могло удовлетворить потребности населения, о чем свидетельствует постоянная перегруженность роддомов, в связи с чем до 30% родов проводилось на дому. При этом, если в городе родильные койки были перегружены, то в колхозных роддомах, которых в 1945 г. насчитывалось 69, койки не использовались полностью, и большой процент родов происходил на дому [2, 2-3 об.; 4, 1.] Одной из причин подобной ситуации являлось недостаточное внимание делу председателей колхозов, не обеспечивающих достаточный и своевременный подвоз топлива, а также отсутствие или несвоевременная выдача продуктов питания, транспортная необеспеченность; при этом часть колхозных роддомов закрывалась, что являлось недопустимым, т. к. на селе часть родов протекала даже без медицинской помощи. Уровень коечной обеспеченности позволяет оценить тот факт, что в начале исследуемого периода охват медицинской помощью при родах составлял 70% по городу и 54% по селу.

Система советского здравоохранения предусматривала организацию оказания медицинской помощи с начального момента беременности с последующим регулярным наблюдением беременных женщин с целью более качественной подготовки к родам и материнству, предупреждения выкидышей и других осложнений, а также последующее наблюдение женщин и новорожденных, эту функцию выполняли женские

и детские консультации, работа которых была построена по территориально-участковому принципу. Обслуживание городского населения проводилось по участкам, которые были оформлены и закреплены за отдельными консультациями, и если в консультации работало два врача, то у каждого был свой участок. В сельской местности также за каждой акушеркой был закреплен свой участок с определенным количеством сельсоветов и колхозов. В 1945 г. в Башкирии насчитывалось 29 консультаций в городах и рабочих поселках и 54 в сельской местности, всего 83. Большое значение в системе организации медицинской помощи женщинам в сельской местности имели фельдшерско-акушерские и акушерские пункты. В 1945 г. фельдшерско-акушерских пунктов насчитывалось 190, акушерских – 83, не все должности в них были замещены акушерками, в качестве акушерок на акушерских пунктах работали 53 сестры. Уже к 1947 г. количество пунктов составило 306 фельдшерско-акушерских и 105 акушерских (рост на 61 и 26,5% соответственно) [3; 6; 4, 2].

Оказание стационарной гинекологической помощи предусматривалось через развертывание гинекологических коек в роддомах и родильных отделениях больниц. На 1945 г. в городах и рабочих поселках имелось всего 204 койки, в сельской местности гинекологические койки не были развернуты, т. к. имевшийся коечный фонд использовался как родильные койки. В 1946 г. произошло уменьшение количества до 168 коек (на 18%), так как койки были переведены в категорию родильных в связи с нехваткой последних [4; 1].

С целью повышения качества оказания медицинской помощи женщинам предусматривалось постепенное повышение количества родильных коек. Так, если в 1945 г. родильных коек по республике насчитывалось 1051, то уже в 1947 г. их количество составило 1266 (рост на 20,5%). Возросло и количество консультаций на 8,4%: в 1947 г. их функционировало 90 [6; 113].

В 1948–1951 гг. было проведено объединение учреждений здравоохранения и приведение их к единой номенклатуре, что было сделано с целью обеспечения доступности врачебной помощи населению и создания преемственности между амбулаторно-поликлиническими и больничными учреж-

дениями. В рамках этой реформы было проведено объединение консультаций с детскими отделениями больниц, работа объединений была организована по принципу единого педиатра. В результате на 1953 г. остались необъединенными только одна женская консультация и детский кабинет при поликлинике №4 г. Уфы из-за отсутствия стационаров.

В итоге на 1953 г. в республике функционировало в городах и рабочих поселках 9 роддомов, 31 родотделение при больницах общего типа всего на 860 коек, в сельской местности 83 родильных отделения и 64 колхозных дома (по плану 74) на 750 коек. Итого по республике 1610 коек (по плану – 1660 коек, т. е. процент выполнения плана составил 97%). На конец исследуемого периода в городах и рабочих поселках было открыто 45 женских и детских объединенных консультаций, в селе – 54. К 1953 г. количество фельдшерско-акушерских пунктов составило 672 (рост на 146% по сравнению с 1945 г.) [7, 5; 8, 167].

Рост сети, а также более рациональная организация работы учреждений здравоохранения позволили повысить охват медицинской помощью женщин: если в 1952 г. охват медицинской помощью при родах составлял 76%, стационарным родовспоможением – 41% (городские поселения), в селе 46 и 20% соответственно, то в 1953 г. в городах с медицинской помощью протекало 91,1% родов и 59,6% на селе.

Характеристика уровня оказания медицинской помощи женщинам предусматривает и анализ кадровой обеспеченности учреждений здравоохранения.

Таким образом, на начало исследуемого периода укомплектованность медицинскими кадрами городских поселений в 1946 г. составила по

Таблица 1. Кадровая обеспеченность учреждений здравоохранения по оказанию медицинской помощи женщинам в 1945 г. [4;2]

Учреждения	Город				Село			
	Врачи		Средние работники		Врачи		Средние работники	
	штат	занято	штат	занято	штат	занято	штат	занято
Роддома, родотделения больниц	46	43	218	208	5	5	72	72
Женские консультации	71	59	134	121	64	45	88	62
Колхозные роддома	–	–	–	–	–	–	86	86
Акушерские пункты	–	–	–	–	–	–	105	105

роддомам и родильным отделениям больниц 93,5% врачебных должностей и 95,4% средних медицинских работников, в женских консультациях врачей – 83%, средних медработников – 90,3%. В сельской местности в роддомах, родотделениях больниц и колхозных роддомах укомплектованность составила 100%. Однако консультации на селе были укомплектованы врачами только на 70% и на 70,5% – средними медицинскими работниками. При этом врачебные должности замещались средним медицинским персоналом, в смешанных сельских консультациях до 70% составляли не акушеры-гинекологи, а педиатры. Ситуация в городских поселениях была более решенной: большинство консультаций были укомплектованы двумя средними медицинскими работниками, акушерской и патронажной сестрой, в обязанности которых входило лечение гинекологических больных и патронаж беременных. В 4 консультациях города и в 6 консультациях сельской местности имелись социально-правовые работники, из которых 8 (80%) – средние медицинские работники.

Рост коечной сети подразумевал и рост кадров. Процесс поступления кадров предусматривал как пополнение штатов из выпускников вузов и медицинских школ, так и организацию подготовки и переподготовки. Но не всегда данному вопросу отводилось внимание со стороны руководящих органов, например в 1946 г. специализацию на рабочем месте в г. Уфе прошли только 4 врача сельской местности и 2 врача в г. Казани (12% от всех занятых врачебных должностей в сельской местности). Курсы специализации прошли 22 средних медицинских работника (6,8% от общего количества средних медицинских работников сельской местности) [4; 3].

В итоге к 1953 г. по республике насчитывается врачей-акушеров-гинекологов 143 человека (из них 105 в городе, 38 в селе), акушеров – 849 (320 в городских поселениях, 529 в сельской местности). Анализ динамики укомплектованности позволяет установить, что, несмотря на рост численности врачей и средних медицинских работников, в соответствии с нормативами приказа №870 обеспеченность врачами по городам составила 70% и 60% – на селе. В ряде городов и рабочих поселков недоставало специалистов-гинекологов – 33 врача, в 15 районах не имелось акушера-гинеколога [8; 167–169].

В качестве основополагающего фактора движения кадров и кадровой нехватки следует указать в первую очередь нерешенность мате-

риально-бытовых вопросов, а также условий труда медицинских работников.

Анализ архивных материалов позволяет установить, что материально-бытовые условия были созданы не всем медработникам. В 1945–1950 гг. по ряду районов в новых промышленных центрах молодые специалисты в течение длительного времени не обеспечивались квартирами. Материально-бытовое положение медицинских работников, особенно среднего и младшего персонала, в сельской местности оставалось крайне тяжелым. Отдельные районы не обеспечивали квартирой направленных медработников, которые месяцами не получали положенной нормы хлеба и других продуктов. Иждивенцы медработников продуктами питания совершенно не снабжались, при этом снижались нормы хлеба. В течение 1945–1948 гг. было широко распространена несвоевременная выплата заработной платы (задержки до трех месяцев) по причине неудовлетворительного финансирования местными финансовыми организациями мероприятий здравоохранения. По сельской местности наблюдался несвоевременный и недостаточный подвоз топлива, несвоевременная выдача продуктов питания, отсутствие или запоздалое представление транспорта.

Учитывая, что в своем большинстве медработники в городах и районах проживали в домах на жилой площади, принадлежащей коммунальным органам местных Советов, был проведен учет жилого фонда республики, состояние которого было признано неудовлетворительным и требовавшим капитального ремонта. Но из ассигнованных 225 тыс. рублей на ремонт жилфонда в 1951 г. было освоено 180 тыс. рублей (80%), это объяснялось тем, что все средства выделялись вместе со средствами на ремонт лечебно-профилактических учреждений, следовательно, деньги шли в первую очередь сюда, а потом на ремонт жилфонда, а со стороны Министерства здравоохранения не было достаточного контроля за своевременным освоением средств по прямому назначению [9; 1-1об.]. Таким образом, к 1953 г. постановление Президиума ЦК от 16.09.1952 г. о ремонте жилого фонда так и не было выполнено.

Анализ условий работы медицинских работников является в то же время характерным индикатором уровня оказания медицинской помощи. Так, например, в г. Черниковске в 1947–1949 гг. отмечалось, что учреждения располагались в приспособленных помещени-

ях, которые не удовлетворяли требованиям, родильное отделение было постоянно перегружено, в связи с чем, учитывая потребность в койках, раньше положенного срока выписывали рожениц. При этом роженицы располагались на диванах, каталках, скамьях и даже на полу; при 36 койках в отделении бывало до 52–55 рожениц. К отрицательным моментам следует добавить: отсутствие операционной, в связи с чем акушерские операции проводились в родовой комнате в присутствии других рожениц. Вместо сомнительного отделения имелась одна 8-кочная палата, не изолированная от остальных палат. Палата для новорожденных мала, не имелось комнаты для недоносков. [5; 26]. Данная ситуация была характерна и для других городских учреждений Башкирии. Колхозные дома крайне плохо были обеспечены твердым инвентарем и бельем, так как колхозы в большинстве случаев этим вопросом не занимались, а заврайздравотделами, не имея фондов для этих учреждений, выделяли белье в порядке благотворительности, отрывая от других родовспомогательных учреждений.

К 1953 г. удалось добиться обеспеченности мягким инвентарем по 2,5–3 комплекта белья на койку, что являлось удовлетворительным показателем. Однако твердым инвентарем учреждения здравоохранения оставались не обеспечены – не хватало посуды, коек. К 1953 г. удалось добиться систематического поступления медикаментов, однако дезсредствами учреждения фактически не снабжались.

Характеристика качества оказания медицинской помощи женщинам не может быть полной без анализа показателей: охват помощью при родах, лечение гинекологических больных, материнская и детская смертность, аборт.

Вопросу организации медицинской помощи роженицам отводилось первостепенное внимание: в течение исследуемого периода процент охвата медицинской помощью при родах возрос на 21,1% по городу и 5,6% по селу. Но оказание гинекологической помощи было лимитировано недостаточным количеством гинекологических коек по республике. Так, на селе гинекологических больных принимали на койках соматических больных. В городах гинекологических больных принимали на койку только в случае острых заболеваний, острых воспалительных процессов и больных, нуждающихся в операции. Ввиду необеспеченности республики гинекологическими койка-

ми наблюдался большой процент отказов в госпитализации, например, в 1952 г. из 13 978 гинекологических больных в госпитализации нуждалось 2184 женщины, было госпитализировано 94,3% [1; 23]. Лечение женской гонореи проводилось в консультациях; женщины с патологической беременностью принимались в палаты беременных.

Система советского здравоохранения предусматривала активное проведение профилактической работы, что было предусмотрено через деятельность консультаций, а также организации на промышленных предприятиях профилактических осмотров женщин-работниц с целью выявления злокачественных новообразований и доброкачественных опухолей. На семи крупных предприятиях имелись комнаты гигиены, не отвечающие всем санитарным требованиям.

Показателем хорошей работы консультаций являлось раннее взятие на учет и под наблюдение беременных женщин и активный патронаж. Однако патронажная работа консультаций проводилась недостаточно, так при проведении патронажной работы на одну беременную приходилось только одно посещение акушеркой в течение всей беременности (по нормативам предусматривалось не менее трех раз), и даже в 1953 г. до 33% женщин обращались в консультацию после семи месяцев беременности. Это приводило к смертности женщин и детей во время родов, осложнение родов эклампсией. Добиться снижения смертности в течение исследуемого периода не удалось. Если в 1946 г. процент мертворожденных составил 2% и умерло 1,4%, то в 1952 г. смертность составила 2,8% и 1,5% соответственно. Женская смертность была снижена до 0,05% (с 0,1%) в городах и до 0,02% (с 0,14%) в селе [1, 6; 4, 4].

Одной из задач, стоящих перед органами здравоохранения того периода, было предупреждение абортов, которого предполагалось достигнуть путем разъяснительной работы и оказания материально-бытовой помощи. Так, в 1946 г. было зарегистрировано 4373 аборта (4021 в городе и 352 в селе), из них 917 дел было передано в прокуратуру, что составило 21% от общего числа абортов, процент внебольничных абортов был высоким и составлял до 37%. Однако санитарно-просветительская работа проводилась несистематически и плохо учитывалась, в результате к 1953 процент дел, переданных в прокуратуру, снизился до 12%, но продолжал оставаться высоким; снизился процент внебольничных абортов до 18,6%. Таким образом, борьба с абортами

в течение исследуемого периода не была организована в должной мере – количество внебольничных абортос все еще продолжало оставаться высоким [1, 9; 4, 6]. На протяжении указанного периода не удалось организовать в достаточной мере работу по борьбе с внебольничными абортосами и выявление криминальных абортос.

Таким образом, в течение исследуемого периода наблюдается повышение качества оказания медицинской помощи женщинам Башкирской АССР. Произошло увеличение родильных коек на 53,7%, что повлекло повышение охвата медицинской помощью при родах, но уровень оказания гинекологической помощи женщинам отставал. С каждым годом увеличивалось количество медицинских кадров, однако в 1953 г. в 15 районах области не было врачей акушеров-гинекологов, не полностью укомплектованы врачами-гинекологами были и городские учреждения. Работа лечебно-профилактических уч-

реждений перестроена в соответствии с приказом министра здравоохранения СССР №870 от 21 ноября 1949 г., что позволило обеспечить систематический рост квалификации врачей и приблизило медицинскую помощь к широким слоям населения. Однако при общем снижении уровня смертности населения смерть рожениц и новорожденных продолжала оставаться на высоком уровне, что свидетельствовало о плохой профилактической работе женских консультаций. В течение всего периода наблюдается отставание уровня здравоохранения в сельской местности от города, которое к 1953 г. ликвидировать не удалось. Однако были достигнуты значительные успехи. Естественный прирост возрос, если в 1940 г. он составлял 9,2 человека на 1000 населения, то в 1951 г. равнялся 25,9, в том числе за счет повышения рождаемости с 32,9 на 1000 человек в 1940 г. до 38,8 в 1951 г.

16.02.2010

Список литературы:

1. ЦГИАБР. Ф. Р-444. Оп. 2. Д. 26.
2. ЦГИАБР. Ф. Р-444. Оп. 2. Д. 39.
3. ЦГИАБР. Ф. Р-444. Оп. 2. Д. 50.
4. ЦГИАБР. Ф. Р-444. Оп. 2. Д. 51.
5. ЦГИАБР. Ф. Р-444. Оп. 2. Д. 72.
6. ЦГИАБР. Ф. Р-444. Оп. 2. Д. 97.
7. ЦГИАБР. Ф. Р-444. Оп. 2. Д. 185.
8. ЦГИАБР. Ф. Р-444. Оп. 2. Д. 237.
9. ЦГИАБР. Ф. Р-444. Оп. 2. Д. 244.

Сведения об авторе: **Виноградова Татьяна Николаевна**, аспирантка кафедры отечественной истории и социально-политических теорий Оренбургского государственного педагогического университета 460018, г. Оренбург, пр-т Победы, 13, e-mail: dfa10dfa10@yandex.ru

UDC 9(С)2(С174):61(С174)

Vinogradova T.N.

Orenburg State Pedagogical University, e-mail: dfa10dfa10@yandex.ru

MEDICAL CARE FOR WOMEN OF THE BASHKIR ASSR IN 1945-1953

In this paper a system of female population care in the Bashkir ASSR in 1945-1953 years is considered. The author analyzes the effectiveness of treatment and prevention of public health agencies in solution of one of the priority tasks of the Soviet public health at the postwar period, in connection with the analysis of the dynamics of the network of institutions, personnel and logistics, quality indicators of care for women.

Key words: obstetric and gynecological beds, maternity hospitals and maternity wards of hospitals, counseling, abortions, maternal and infant mortality, obstetricians, pediatricians.

Bibliography:

1. CSHFPB. Fund P-444. List 2. File 26.
2. CSHFPB. Fund P-444. List 2. File 39.
3. CSHFPB. Fund P-444. List 2. File 50.
4. CSHFPB. Fund P-444. List.2. File 51.
5. CSHFPB. Fund P-444. List 2. File 72.
6. CSHFPB. Fund P-444. List 2. File 97.
7. CSHFPB. Fund P-444. List 2. File 185.
8. CSHFPB. Fund P-444. List 2. File 237.
9. CSHFPB. Fund P-444. List 2. File 244.