

КОЛЛЕКТИВИЗАЦИЯ И СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СЕЛЕ

© 2019

Христенко Дмитрий Николаевич, кандидат исторических наук,
старший преподаватель кафедры истории и философии

Красовская Юлия Владимировна, кандидат исторических наук, доцент кафедры истории и философии
Ярославский государственный медицинский университет (г. Ярославль, Российская Федерация)

Аннотация. Коллективизация в СССР, безусловно, стала одной из наиболее сложных и трагичных страниц в истории нашей страны. Не отрицая разрушительных итогов процесса обобществления сельского хозяйства в 1930-х годах, тем не менее следует отметить и некоторые положительные последствия коллективизации, прежде всего в сфере здравоохранения. В данной статье авторы, опираясь на различные виды исторических источников, таких как статистические данные, исследования земских деятелей, государственных чиновников, воспоминания современников, анализируют изменения в сфере медицинского обслуживания сельских жителей в период с конца XIX века по конец 1930-х годов. В частности, подробно рассматривается государственная политика в области здравоохранения, доступность медицинской помощи и обеспеченность медицинским персоналом, отношение населения к врачам и официальной медицине, санитарно-гигиенические условия жизни деревенских жителей. Делается вывод о том, что удручающее положение в сфере медицинского обслуживания сельского населения в дореволюционной России, усугубляемое невежеством, многочисленными суевериями и недоверием к врачам, кардинально изменилось только после установления советской власти. В процессе коллективизации в сельской местности появилась обширная сеть больниц, медицинских участков, родильных домов и аптек. В результате при сохранении многочисленных проблем в здравоохранении села, можно утверждать, что именно в 1930-е годы медицинская помощь стала неотъемлемой частью деревенской жизни.

Ключевые слова: народная медицина; эпидемии; крестьяне; врач; лекарства; лекарственные растения; камфорный базилик; советская власть; коллективизация; Наркомздрав; сельское здравоохранение; финансирование; акушерство; родильный дом; детские ясли; санитарное просвещение.

На протяжении практически всей истории России квалифицированная врачебная помощь для широких слоев населения отсутствовала. Долгое время государство обеспечивало лишь проведение противоэпидемических мероприятий, и то в ограниченном объеме. После становления Российской империи в начале XVIII века система медицинского обслуживания начала постепенно, пусть и очень медленно, распространяться по основным городам страны. Но она затрагивала только дворянство и состоятельных мещан. В то же время основная масса населения, более чем на 80% состоявшая из крестьян, была полностью лишена доступа к профессиональному здравоохранению.

К середине XIX века медицинское обслуживание в деревне существовало лишь номинально: 1 лечебница приходилась на 721 499 государственных крестьян, 1 медик на 101 516 человек [1, с. 68]. И при этом положение дел в казенной деревне выгодно отличалось от деревни помещичьей, где медицинской помощи, за редким исключением, вообще не существовало. Даже земская реформа Александра II 1864 г., давшая начало становлению земской медицины, не привела к кардинальному изменению ситуации. В дореволюционный период состояние сельской медицины оставалось совершенно удручающим.

Типичным примером может служить положение в Ярославской губернии. В 1865 г. 1 больница приходилась на 143 665 жителей в Ярославском уезде, 161 417 в Ростовском и т.д. [2, с. 39]. При этом ситуация усугублялась тем, что уездная больница находилась, как правило, в городе, поэтому многочисленные больные из отдаленных волостей не имели возможности получить своевременную помощь. Дефицит лекарств, крайне скудное материально-техни-

ческое обеспечение, малочисленность медицинского персонала зачастую приводили к тому, что медицинская помощь оказывалась недоступной для большинства сельских жителей [2, с. 40].

В начале XX века значительного улучшения ситуации со здравоохранением на селе не произошло. Этот неоспоримый факт хорошо засвидетельствован в классических произведениях А.П. Чехова [3, с. 230–234] и М.А. Булгакова [4, с. 71–146], описывающих деятельность земских врачей, вынужденных практически в одиночку обслуживать десятки крестьянских деревень вокруг, имея крайне скудный запас лекарств и медикаментов.

Не менее наглядно рассмотреть положение можно на основе исследования выдающегося врача, земского деятеля и министра земледелия в первом составе Временного правительства А.И. Шингарева, который в 1907 году на основе непосредственных наблюдений выпустил работу с говорящим названием: «Вымирающая деревня: опыт санитарно-экономического исследования двух селений Воронежского уезда». Шингарев отмечал, что в земско-медицинской организации Воронежского уезда оба исследуемых им селения, Ново-Животинное и Моховатка, относились к городскому врачебному участку, до которого было 25 верст и амбулаторией которого жители могли пользоваться лишь по временам, приезжая на базар в Воронеж. Формально врачебной помощью оба селения имели возможность пользоваться также и в находящейся в 12–13 верстах амбулатории Рамонской лечебницы, но прием больных производился там только два раза в неделю [5]. В итоге даже к началу XX века своих медицинских учреждений в обоих селениях, насчитывающих свыше 1000 жите-

лей (в Ново-Животинном – 664 человека и в Моховатке – 399 человек) попросту не было.

Общее отсутствие медицинской помощи приводило к тому, что деревенские жители массово обращались к народной медицине и самолечению. Шингарев писал, что в сферах, в которых земская медицина развита недостаточно, например в акушерстве или лечении тяжелых хронических заболеваний, по-прежнему ведущую роль занимает народная медицина и различные ее представители, которые в большинстве своем малограмотны и наносят больше вреда здоровью, чем пользы. Более того, они усиленно препятствуют обращению населения к профессиональным врачам: «Сообразно господству бабок родовспоможение обставлено необычайно примитивно, как и везде в русской деревне. Рожают бабы на лавке или на соломе на полу. Иные роженицы отправляются в баню... Если припомнить курную баню-землянку Животинного, то можно представить, в каких условиях приходится рожать. В трудных случаях бабки мудрят и предпринимают целый ряд воздействий – рожениц пугают, долго водят по избе, подвешивают на полотенцах и встряхивают, спускают с печи вниз головой, ставят на колени и пр.» [5, с. 141].

Необходимо отметить, что недоверие к официальной медицине было повсеместным в крестьянской среде, не ограничиваясь описанными селениями. Показательной может служить ситуация в селе Больше-Жилкино Усольской волости, где в 1897 году в разгар эпидемии брюшного тифа несколько сот человек умерло только из-за того, что «крестьяне по невежеству отказывались ставить прививки, и врачи просто вынуждены были уехать ни с чем» [6, с. 122].

Таким образом, можно достаточно уверенно констатировать, что состояние сельской медицины в Российской империи даже на рубеже XIX–XX веков было весьма удручающим. После установления советской власти на протяжении более чем десятилетия ситуация на селе изменилась незначительно. Хотя число врачебных участков, медицинских учреждений по стране увеличилось, однако по-прежнему более чем в 21,3% волостей врачебных участков не было, свыше 42,3% не имели больниц [7, с. 198]. По данным источников, в 1927 г. в городе один врач приходился на 2000 жителей, а в деревне – уже на 35000 человек [8, с. 291].

Еще более красноречивыми, чем цифры, были непосредственные свидетельства современников. Так, в фундаментальном социально-экономическом исследовании деревенского быта А.М. Большакова, вышедшем в 1927 г., автор сравнивает организацию медицинской помощи в городах и деревне и подчеркивает пропасть между городским и сельским здравоохранением. Он отмечает, что городские жители застрахованы и им предоставляется возможность получения бесплатной медицинской помощи лучших специалистов, лекарств, различных видов современной диагностики и лечения, санаторного лечения в Крыму, на Кавказе и других курортах. На этом фоне положение в деревне представлялось особенно плохим: «Об оплате за время болезни или до и послеродового периода, о пособиях на новорожденных и пр. там и говорить не приходится. Лечение у специалистов, радий, лучи Рентгена и т.д. – это все идет мимо деревни». Ситуация усугублялась, как уже замечалось, недостатком врачей в сельской местности. Неслучайно в указанном исследовании 1920-х годов подчеркивалось: «Особенно бьет в глаза распределе-

ние врачей: только 10% всех врачей работает в деревне! В сельских местностях пустуют врачебные участки, а в городах масса безработных врачей. Нелепое положение!» [8, с. 289–290].

Резкий перелом наступил лишь с началом коллективизации. Как известно, ее последствия трагичны. Урожайность зерна снизилась, массовый падеж скота и сокращение его поголовья на 40–50%, насильственное изъятие зерна привели к массовому голоду в 1932–1933 гг. Ситуацию усугубила политика ликвидации кулачества как класса. Эти явления, безусловно, нанесли непоправимый ущерб людским и материальным ресурсам в аграрном секторе СССР. Но, как известно, ни одно событие не является только черным или только белым. Не отрицая негативный эффект, который вызвало насильное обобществление хозяйств, высылка кулаков и административное принуждение, одновременно нельзя не отметить и позитивные изменения в социальной жизни села после коллективизации, в том числе и в медицинском обеспечении.

На совещании Наркомздрава в конце 1929 г. народный комиссар здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко открыто описывал крайнюю недостаточность сельской медицинской сети, особенно числа коек, слабость ее материальной базы, неблагоприятные условия работы и недостаточное материальное обеспечение медицинских работников. В результате совещание Наркомздрава сочло целесообразным прямое участие создаваемых колхозов и совхозов в расходах по строительству и содержанию медицинских учреждений [9, с. 392].

О том, что эти указания были приняты к действию, свидетельствует одна из инструкций по проведению сплошной коллективизации. В издании 1930 г. отмечалось, что в крестьянской среде образовался значительный разрыв между «сдвигом в области сельскохозяйственного производства и состоянием работы по изменению быта деревни». От сельсоветов требовалось в тесном сотрудничестве с колхозами устранить этот разрыв и «решительно взяться за осуществление мероприятий, связанных с коренной ломкой быта деревни, с культурным ростом колхозных масс, с внутренним благоустройством населенных пунктов» [10, с. 16]. Практическим механизмом реализации должно было стать централизованное отчисление средств из бюджетов колхозов. В документе прямо говорилось, что «колхозы принимают долевое участие в содержании и строительстве социально-культурных учреждений», среди которых отмечались детские сады, фельдшерские пункты, пункты первой помощи, дома матери и младенца, родовспомогательные пункты [10, с. 47–48].

Таким образом коллективизация дала возможность обеспечить стабильное финансирование социальных программ в деревне, результатом чего стало быстрое увеличение числа сельских медицинских учреждений – с 3504 в 1928 г. до 4974 в 1932 г. Количество больничных коек в этот период на селе выросло почти в два раза – с 59 230 до 116 075 [7, с. 199]. Особенно хорошо это было заметно на региональном уровне. Например, на Дону и Кубани в 1931–1933 гг. численность сельских больниц выросла со 194 до 231 единиц (число коек в них – с 4543 до 5239), амбулаторий, консультаций и диспансеров – с 658 до 689, фельдшерских пунктов – с 396 до 667 учреждений [11, с. 193].

Рост продолжился и в дальнейшем, тем более что государство не ослабляло своего внимания к ситуации в деревне. В постановлении XVI Всероссийского съезда советов 23 января 1935 г. по докладу Народного комиссариата здравоохранения РСФСР говорилось о необходимости «решительно поднять здравоохранение в деревне, добиваясь того, что чтобы в 1935/36 г. не было ни одного сельского больничного и амбулаторного участка без врача. Обеспечить сельские больницы и амбулатории необходимым оборудованием, бельем, лекарствами и транспортом. До конца 1937 г. оборудовать сельские больницы лабораториями, а более крупные сельские больницы рентгеноустановками. Подхватить растущую общественную активность колхозников и колхозниц, направив ее и на работу по улучшению здравоохранения на селе, в первую очередь по расширению и улучшению родильной и ясельной помощи» [12, с. 10–11].

Результаты проявились достаточно быстро. По официальным данным, к 1938 г. в стране насчитывалось 11 594 сельских врачебных участка (в 1929 г. – 7531), 153 129 больничных коек (в 1929 г. – 59 230), противотуберкулезных диспансеров и пунктов 149 против 98 в 1929 г., родильных коек 60 323 против 9097 в 1929 г. и т.д. [13, с. 133]. Соответствующие изменения проходили и в регионах. Например, в 1935 г. в Азово-Черноморском крае функционировало 12 акушерских пунктов и 75 родильных домов, а в 1937 г. – уже 207 акушерских пунктов и 275 роддомов. Важно подчеркнуть, что данный пример был не частным случаем, а отражением общей тенденции в сельском здравоохранении. Свидетельством этого были перемены в здравоохранении и в соседней Воронежской области [11, с. 194].

В 1937 году сотрудником Всесоюзного научно-исследовательского института экономики сельского хозяйства К.М. Шуваевым была выпущена знаковая работа, посвященная анализу социально-экономических изменений, произошедших в деревнях Ново-Животинное и Моховатка со времени описания А.И. Шингарева в 1907 году. В частности, отмечалось, что в 1936 году в Ново-Животинном был открыт родильный дом, который обслуживал с. Ново-Животинное, д. Моховатку, д. Медовку, д. Борисевку. «Теперь в Ново-Животинном все бабки отбавчились. Все беременные женщины обращаются ко мне и желают родить только в родильном доме», – свидетельствовала акушерка Мария Николаевна Бучнева [14, с. 116]. В январе 1937 г. было закончено строительство Ново-Животинновской аптеки, в планах стояло открытие зубо врачебного кабинета и стационара на 7–10 коек. Всего же, как отмечалось в исследовании, «лечебная сеть района состоит из двух сельских больниц, четырех врачебных амбулаторий, пяти фельдшерских пунктов, женской и детской консультаций, имеется двое постоянных яслей на 40 детей, 48 сезонных – на 1800 детей и один детский санаторий. Всего в районе работает 17 врачей и 31 человек среднего медперсонала» [14, с. 127–128].

Создание колхозов имело подчас неожиданные, но весьма полезные с точки зрения здравоохранения последствия. Например, стало возможно внедрить в их агрокультуру лекарственные растения, что было бы совершенно невозможно при мелком индивидуальном землепользовании. Рассмотрим этот факт на конкретном примере. В дореволюционной России такое лекарственное растение, как камфорный базилик, совершенно не возделывалось. Это было связа-

но с тем, что данное растение – теплолюбивое и в природных условиях оно произрастает в Африке и Австралии. Однако, после испытаний и разработки необходимой агротехники, в 1935 г. Украинская опытная станция лекарственных растений ВИЛАР (г. Лубны) передала семена камфорного базилика в колхозы для возделывания. Необходимость внедрения этого растения была связана с тем, что в его листьях и соцветиях содержится эфирное масло ($1^{1/2}$ –2% в сухом материале), состоящее на 60–70% из камфоры, которое усиливает деятельность ослабленного сердца [15, с. 6].

Среди многих других колхозов возделыванием камфорного базилика, начиная с 1936 года, стал заниматься колхоз «Червонный колос» в Днепропетровской области. Для выращивания была создана специальная бригада из трех звеньев и разработаны сложноустроенные парники. В результате за три года, с 1937 по 1939 включительно, колхоз «Червонный колос» получил камфоры и камфорного масла в среднем по 64,2 кг с одного гектара, а общая площадь посевов достигла 16 гектаров. В масштабах СССР к 1940 г. площадь под камфорным базиликом составила 2100 га, главным образом на Украине (Днепропетровская область), но также и в Краснодарском и Орджоникидзевском краях [15, с. 7]. Среди других примеров лекарственных растений можно назвать далматинскую ромашку, хинное дерево, шафран и др., которые активно внедрялись в колхозах и совхозах южных областей Советского Союза с середины 1930-х годов.

В то же время нельзя искусственно приукрашивать ситуацию. Несмотря на резкий количественный рост медицинских учреждений, качественные показатели сельского здравоохранения были не столь радужными. Согласно паспортизации сельской медицинской сети, проведенной в 1935 г. Наркомздравом РСФСР, лишь 10,5% врачебных участков были оснащены лабораториями, 6,3% рентгеноустановками, 5,2% физиотерапевтическими кабинетами [7, с. 202]. Но главной проблемой снова стал катастрофический дефицит врачей в деревне. Советское правительство попыталось исправить ситуацию в приказном порядке отправив в 1930 г. весь выпуск медицинских факультетов в количестве 2562 человек на село, из них 2027 врачей на «пустующие» участки, остальных – непосредственно в колхозы и совхозы [13, с. 101]. Однако кардинально изменить существующее положение дел не удалось. В результате упоминаемой выше паспортизации 1935 г. было выявлено, что 63% амбулаторных врачебных участков было без врачей! Даже в Ленинградской области более 4 лет пустовало 47% амбулаторных участков. В районах, удаленных от центра, эти показатели были хуже. Лишь 17,8% всех прибольничных амбулаторий вели специализированный прием. В стационарах положение с укомплектованностью кадров было несколько лучше – врачи были в 77,5% больницах. При этом большинство из них работало на селе менее 3 лет, на более длительный срок оставалось от 17,7 до 39,7% докторов [7, с. 201–202]. Несмотря на то, что число врачей в сельской местности выросло за период с 1929 по 1938 гг. с 10 941 до 14 827, дефицит квалифицированных медицинских работников в деревне ликвидирован не был [13, с. 133].

Наряду, а возможно, и в связи с указанными проблемами на фоне быстрого расширения сети сельских медучреждений имело место и небрежное от-

ношение врачебного персонала к своей работе. Об этом, в частности, свидетельствуют воспоминания председателя западноукраинского колхоза Ф. Белова, опубликованные им в Канаде, после бегства из СССР. Он вспоминал, что до 1931 г., когда появился первый медицинский пункт в деревне, крестьяне вынуждены были обращаться в госпиталь, расположенный более чем за 6 км от деревни. Однако открытие врачебного пункта, к сожалению, коренным образом ситуацию не изменило: «Новое медучреждение расположилось в доме деревенского священника. Там был один доктор, который одновременно выступал в качестве хирурга, дантиста и медсестры. Не было ни медицинских препаратов, ни инструментов, реальной помощи больным не оказывалось, и достаточно быстро доктор был снят с должности за то, что брал взятки. Второй доктор, который был прислан районным департаментом здравоохранения, продержался год, но бежал после того, как раскопал несколько могил на деревенском кладбище с целью грабежа. К 1938 году в деревне, однако, был постоянный доктор и медсестра, и шесть домов были оборудованы для лежачих больных». Также была организована фармацевтическая станция, которая, правда, как едко замечает Ф. Белов, «имела руководителя, но не имела препаратов», и наиболее распространенным лекарством «служил аспирин и касторовое масло» [16, с. 58].

В результате в апреле 1938 года Наркомздравом было принято важное постановление «Об укреплении сельского врачебного участка». Согласно ему, улучшались материально-бытовые условия жизни сельских врачей, они обеспечивались бесплатными квартирами, коммунальными услугами, транспортом для разъездов по участку. Врачебные амбулатории и больницы были переведены с сельского на районный бюджет. Дополнительно к существующим по всей стране открылось 11 тысяч новых фельдшерских пунктов [9, с. 439]. Таким образом, общая тенденция была направлена на повышение уровня медицинского обслуживания крестьянского населения. Не отрицая имевшие место и случаи неудовлетворительного положения дел, можно уверенно утверждать, что с началом коллективизации наблюдались существенные подвижки в сельском здравоохранении.

На базе колхозов стала проводиться систематическая работа по изменению повседневного, бытового поведения крестьян, внедрение элементарных начал гигиены. Наглядным примером может служить «Открытое письмо общественным санитарным инспекторам Московской области по санкультработе в колхозах в связи с проводимым конкурсом на чистую культурную избу», изданное Московским областным институтом санитарной культуры. В нем отмечалось, что в Калязинском районе с 15 ноября 1933 г. по 15 марта 1934 г. был проведен первый этап опытно-показательного санитарно-культурного похода им. XVII съезда ВКП(б). Одним из важнейших моментов мероприятия было проведение конкурса на чистую избу. В его рамках колхозники давали обязательство из более чем 20 пунктов, которые наглядно показывали, в каком неприглядном положении находились до этого бытовые условия жизни крестьян. Согласно пункту номер 5 колхозник обязывался «не сорить и не плевать на пол, не бросать окурков, объедков и другого мусора на пол», согласно пункту номер 10 – «не допускать в избе (на потолках, стенах и одежде) паразитов-насекомых: тараканов, клопов, вшей, блох, комаров и др., согласно пункту 12 – «не содержать в

избе телят, овец, собак, а держать их в специальном помещении» и т.д. [17, с. 3].

Важно подчеркнуть, что санитарное просвещение охватило все, даже самые отдаленные регионы страны, включая и малонаселенные районы Сибири. Так, в 1929 г. во время «Недели коллективизации» в Ачинском округе Красноярского края здравоотдел организовал санитарно-медицинское обследование в 3-х районах, через которое прошло свыше 400 членов колхозов. В Куйтунском районе Иркутского округа в 1929–1930 г. осмотр колхозников был произведен двумя бригадами врачей из Иркутска, которые, кроме всего прочего, проводили беседы о санитарии. Наряду с выездами врачей, в последующие годы организовывались и другие формы работы. В одном только 1938 г. в колхозы Красноярского края в помощь местным медицинским работникам для уборочной кампании было отправлено 62 передвижные библиотеки, в которых было по 25 книг, 4050 брошюр, 648 плакатов, направленных на просвещение населения [6, с. 121]. Безусловно, хватало и недостатков, но в сравнении с дореволюционной деревней изменение ситуации в положительную сторону было неоспоримо. Общая численность сельских фельдшерско-акушерских пунктов с 1913 г. по 1940 г. выросла на 944%, а численность коек – на 381% [18, с. 33]. Развитие системы сельского здравоохранения в СССР прервала только Великая Отечественная война.

В целом можно утверждать, что состоявшаяся в конце 1920-х – начале 1930-х гг. коллективизация, несмотря на весь ее противоречивый характер, выступила в качестве главного фактора становления в сельской местности обширной сети больниц, медицинских участков, родильных домов и аптек. Создание колхозов дало возможность аккумулировать финансовые и человеческие ресурсы и централизованно выделить определенную их часть на медицинское обслуживание населения, кардинально улучшив тем самым социальную ситуацию в деревне. Одновременно благодаря организованной работе колхозов в сфере санитарно-гигиенического просвещения происходило изменение самого сознания крестьян. В результате, несмотря на сохранявшиеся проблемы, главным образом связанные с нехваткой квалифицированного врачебного персонала, оборудования и недостатком необходимых лекарств, именно в 1930-е годы общедоступное здравоохранение, включая акушерство и гигиену, стало неотъемлемой частью деревенской жизни.

Список литературы:

1. Смирнова Е.М. Государство, общество и здравоохранение российской провинции в XVIII – начале XX в. (по материалам Верхней Волги). Ярославль: Аверс Плюс, 2015. 447 с.
2. Волкова Т.И. Становление и развитие земского здравоохранения в Ярославской губернии (1865–1917 гг.). Ярославль: ООО Лия», 2001. 128 с.
3. Чехов А.П. Горю // Чехов А.П. Полное собрание сочинений и писем: В 30 т. Сочинения: Т. 4. М.: Наука, 1976. С. 230–234.
4. Булгаков М.А. Записки юного врача // Булгаков М.А. Собрание сочинений в пяти томах. Т. 1. М.: Художественная литература, 1989. С. 71–146.
5. Шингарев А.И. Вымирающая деревня. Опыт санитарно-экономического исследования двух селений Воронеж. уезда. 2-е изд. СПб.: Обществ. польза, 1907. 223 с.

6. Шаламов В.А. Санитарное просвещение Сибири в 1920–1930-е годы // Сибирский медицинский журнал. 2013. № 2. С. 120–122.

7. Сорок лет советского здравоохранения. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1957. 396 с.

8. Большаков А.М. Деревня 1917–1927. М.: Работник просвещения, 1927. 471 с.

9. Мирский М.Б. Медицина России X–XX веков. М.: РОССПЭН, 2005. 632 с.

10. Богданов Н. Советы в районах сплошной коллективизации. Саратов: Гос. изд., Нижне-Волжское краевое отделение, 1930. 64 с.

11. Гадицкая М.А., Самсоненко Т.А. Медицинское обслуживание в повседневности колхозной деревни 1930-х гг. // Власть. 2017. № 5. С. 192–197.

12. Законодательство РСФСР по здравоохранению 1930–1934 гг. М.; Л.: Биомедгиз, 1935. 295 с.

13. Горфин Д.В. Очерки истории сельского здравоохранения СССР (1917–1959 гг.) / под ред. проф. М.И. Барсукова. М.: Медгиз, 1961. 236 с.

14. Шуваев К.М. Старая и новая деревня. М.: Сельхозгиз, 1937. 347 с.

15. Лекарственно-технические растения: Опыт передовых колхозов по освоению культур: сб. ст. М.: Сельхозгиз, 1940. 72 с.

16. Belov F. The history of a soviet collective farm. New York: Praeger, 1955. 237 p.

17. Открытое письмо общественным санитарным инспекторам Московской области по санкультаботе в колхозах в связи с проводимым конкурсом на чистую культурную избу. М.: Тип. МОИКа, 1934. 7 с.

18. Ерегина Н.Т. От борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда и быта // История в подробностях. 2013. № 4. С. 30–35.

COLLECTIVIZATION AND PUBLIC HEALTH SYSTEM FORMATION IN RURAL RUSSIA

© 2019

Khristenko Dmitrii Nikolaevich, candidate of historical sciences,
senior lecturer of History and Philosophy Department

Krasovskaya Yuliya Vladimirovna, candidate of historical sciences,
associate professor of History and Philosophy Department

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl, Russian Federation)

Abstract. Collectivization in the USSR, without any doubt, became one of the most difficult and tragic pages in the history of our country. Not denying the devastating results of the socialization of agriculture in the 1930s, some positive consequences, nevertheless, should be noted, especially in the public health service. In this paper the authors analyze changes in the public health service for rural residents from the late 19th century to the end of the 1930s. They use various types of historical sources, such as statistical data, studies of Zemstvo leaders, government officials and memoirs of contemporaries. The state policy in the public health, the availability of medical care and the provision of medical personnel, the attitude of the population towards doctors and official medicine and the sanitary and hygienic living conditions of the rural residents are examined in detail. It is concluded that the depressing situation in the public health service for the rural population in pre-revolutionary Russia, aggravated by ignorance, numerous superstitions and distrust of doctors, changed dramatically only after the establishment of the Soviet government. In the process of collectivization in rural areas, an extensive network of hospitals, medical sites, maternity hospitals and pharmacies appeared. As a result, in spite of numerous problems in rural public health, it can be argued that it was in the 1930s that general medical care became an integral part of rural life.

Keywords: traditional medicine; epidemics; rural residents; doctor; medication; medicinal plants; camphor basil; collectivization; People's Commissariat of Health; rural health care; financing; midwifery; maternity hospital; nurse-ry; hygiene education.

* * *

УДК 94(47).084

DOI 10.24411/2309-4370-2019-14216

Статья поступила в редакцию 18.09.2019

ИСТОРИЯ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО МИКРОБИОЛОГА З.В. ЕРМОЛЬЕВОЙ: КРАТКИЙ ОБЗОР СОВЕТСКОЙ ИСТОРИОГРАФИИ

© 2019

Горшенин Александр Владимирович, кандидат исторических наук,
доцент кафедры гуманитарных дисциплин

Медицинский университет «Реавиз» (г. Самара, Российская Федерация)

Аннотация. В статье предпринята попытка проанализировать ключевые линии советской историографии в освещении научной и организаторской деятельности Зинаиды Виссарионовны Ермольевой, а также охарактеризовать степень информативности публикаций 1930–1980-х гг. З.В. Ермольева (1898–1974) – известный советский ученый-микробиолог и бактериохимик, лауреат Сталинской премии I степени, заслуженный деятель науки РСФСР, профессор, доктор медицинских наук, академик АМН СССР. Её научно-практическая деятельность помогла спасти от гибели тысячи людей. Одним из самых известных достижений Ермольевой стало получение первого отечественного антибиотика – «пенициллина-крустозина» и налаживание его промышленного производства в суровые годы Великой Отечественной войны. А ещё были многочисленные работы по изучению холеры, бактериофагов, лизоцима, интерферона, разнообразных видов анти-