

## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ УРАЛА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 40-Х – НАЧАЛЕ 50-Х ГОДОВ XX ВЕКА: ПРОБЛЕМЫ МАТЕРИАЛЬНОГО И КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

© 2023

Хисамутдинова Р.Р.<sup>1</sup>, Хомякова Н.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Оренбургский государственный педагогический университет (г. Оренбург, Российская Федерация)

<sup>2</sup>Бузулукский гуманитарно-технологический институт (филиал) Оренбургского государственного университета  
(г. Бузулук, Оренбургская область, Российская Федерация)

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются процессы реорганизация системы здравоохранения на Урале в послевоенные годы, направленные на решение задачи обеспечения населения доступной качественной медицинской помощью. На основе анализа архивных данных, нормативно-правовых источников рассмотрено изменение региональной сети лечебно-профилактических учреждений, развитие кадрового потенциала, выявлены особенности формирования коечной сети учреждений здравоохранения, в том числе рассмотрены процессы специализации коечного фонда. Отмечается, что, к сожалению, ряд проблем в системе здравоохранения в послевоенные годы решить не удалось: систематически не выполнялись плановые показатели коечной сети, что негативно сказывалось на госпитализации больных и увеличивало показатели смертности населения; при общем увеличении количества врачей наблюдалась нехватка узких специалистов; имелся недостаток оснащенности медицинской аппаратурой лечебно-профилактических учреждений, и не во всех учреждениях было возможно ее практическое использование. Указывается, что медицинское обслуживание городского населения было лучше, чем сельского, подчеркивается, что государством была проделана большая работа по сокращению асимметрии в системе здравоохранения. Делается вывод, что, несмотря на проблемы материально-технического характера, нехватку кадров, происходит интенсивное развитие здравоохранения.

**Ключевые слова:** здравоохранение; Урал; послевоенные годы; Великая Отечественная война; общие и специальные больницы.

## HEALTHCARE OF THE URALS IN THE SECOND HALF OF THE 40S – EARLY 50S OF THE XX CENTURY: PROBLEMS OF MATERIAL AND PERSONNEL SUPPORT

© 2023

Khisamutdinova R.R.<sup>1</sup>, Khomyakova N.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Orenburg State Pedagogical University (Orenburg, Russian Federation)

<sup>2</sup>Buzuluk Institute of Humanities and Technology (Branch) of Orenburg State University  
(Buzuluk, Orenburg Region, Russian Federation)

**Abstract.** This article is discussed the reorganization of the healthcare system after the Great Patriotic war in Urals. The main task of the system was to solve the problem of providing the population with affordable quality medical care. The changing of medical and preventive institutions network, development human resources, the specific formation of hospital bed's network and the special formation of the hospital fund are reviewed on the base of archival documents and legal sources. It is noted that, unfortunately, a number of problems in the health care system in the postwar years could not be solved: the planned indicators of the bed network were not systematically fulfilled, which had a negative impact on hospitalization of patients and increased the mortality rate; with a general increase in the number of doctors there was a lack of narrow specialists; there was a lack of medical equipment in medical institutions and not in all institutions it was possible to use it in practice. It is noted that the medical service in cities was better than in villages and the large work was done by the government reducing asymmetry in a healthcare system. In spite of technic-material and staff shortage problems there was an intensive development of the region healthcare.

**Keywords:** healthcare; the Urals; post-war years; the Great Patriotic War; general and special hospitals.

Период позднего сталинизма привлекает внимание исследователей возможностью изучения уникального опыта советского государства по мобилизации ресурсов для решения социальных проблем в послевоенном обществе. Модернизация системы здравоохранения становится приоритетным звеном социальной политики, от успеха которой зависело не только решение острых социальных проблем, но и восстановление народного хозяйства. По мнению Т.В. Давыдовой, «малоизученным периодом государственной политики XX в. в здравоохранении является первое десятилетие после окончания Великой Отече-

ственной войны – один из сложнейших периодов новейшей истории России» [1]. Тем не менее следует отметить, что сфера здравоохранения изучалась на протяжении более чем полувека, но в зависимости от политики государства менялись оценки и подходы.

Вопросы функционирования системы здравоохранения, лечебно-профилактической работы, охрана материнства и детства стали анализироваться сразу после окончания Великой Отечественной войны в трудах Г.А. Митерева [2], В.С. Никитского [3], М.М. Теплицкого [4] и других. Для этих работ характерно восхваление и даже в некоторой степени преувели-

чение достижений советской медицины, поэтому они не позволяют составить объективное представление о достижениях и проблемах развития здравоохранения.

В постсоветский период интерес к изучению системы здравоохранения вырос. Следует отметить труды российских и зарубежных ученых Е.Ю. Зубковой [5], А.В. Морозова [6], О.И. Хреновой [7], К. Бартон [8] и др.

Вместе с тем и на региональном уровне данная проблематика стала объектом самого пристального изучения, в последние годы отдельные аспекты развития здравоохранения на Урале анализировались разными авторами. Проблемы младенческой смертности на Урале в период позднего сталинизма рассмотрены Р.Р. Хисамутдиновой, Н.В. Хомяковой [9], которые проанализировали динамику младенческой смертности, указав, что она была высокой весь период первого послевоенного десятилетия. На примере отдельных областей и республик Урала рассматривается состояние здравоохранения в работах Т.В. Виноградовой [10], Л.М. Гиниатуллиной [11], С.Г. Шадрина, В.Н. Савельева, В.К. Гасникова [12], Н.В. Хомяковой [13; 14] и др.

Признавая вклад историков в разработку исследуемой проблемы, необходимо отметить, что многие аспекты развития здравоохранения на Урале изучены еще недостаточно. Исходя из этого, авторы ставят целью статьи исследование развития сети медицинских учреждений на Урале после окончания Великой Отечественной войны и выявление внутрирегиональных особенностей.

Развитие системы здравоохранения после завершения Великой Отечественной войны было в фокусе социальной политики советского государства. Обеспечение доступности качественной медицинской помощи должно было компенсировать демографические потери, восстановить подорванное тяжелыми военными годами здоровье населения. В послевоенные годы следовало продолжить работу по развитию сети лечебно-профилактических учреждений и ее модернизации, повышению квалификации медицинских кадров и оптимизации штатов, улучшению медицинского обслуживания населения, в том числе за счет расширения видов оказываемой медицинской помощи.

Перестройка социальной сферы в годы Великой Отечественной войны на военный лад, как ответ со стороны Советского Союза на внешние угрозы, эвакуационные процессы обеспечили прирост количественных показателей сферы здравоохранения. С 1940 по 1947 г. происходит увеличение количества больниц как в РСФСР, так и на Урале. Так, в 1940 г. в РСФСР насчитывалось 7911 общих и специальных больниц, на Урале – 914, из них городских жителей в республике обслуживали 2927 лечебных учреждений, на Урале – 373. В 1947 г. количество общих и специальных больниц в РСФСР выросло до 9174 учреждений и на Урале – до 1143, городских учреждений – соответственно 2927 и 373. Таким образом, республиканская сеть общих и специальных больниц увеличилась в 1,12 раза, а на Урале – в 1,25 раза.

Вслед за увеличением количества больниц происходит и расширение коечного фонда. Так, если в 1940 г. в РСФСР коечный фонд в общих и специальных больницах составлял 395999 единиц, то в 1947 г.

– 463190, или увеличился в 1,16 раза; на Урале – соответственно 44777 и 57228, или возрос в 1,28 раза. В разрезе отдельных регионов Урала закономерно прослеживается тенденция к расширению коечной сети: количество мест в Свердловской области увеличилось в 1,4 раза (с 10568 коек до 14996), в Башкирской АССР – в 1,3 раза (с 7354 коек до 9603), в Молотовской области (ныне – Пермский край) – в 1,2 раза (с 7286 коек до 8630), в Челябинской области – в 1,3 раза (с 6870 коек до 8925), в Чкаловской (Оренбургской) области – в 1,3 раза (с 4989 коек до 6429), в Удмуртской АССР – в 1,1 раза (с 4415 коек до 4870), в Курганской области – в 1,1 раза (с 3295 коек до 3775) [15, л. 1, 2]. Кроме того, в РСФСР в 1947 г. население обслуживали амбулаторные врачебные учреждения, среди которых 10134 амбулатории, 968 поликлиник (кроме самостоятельных детских, зубных и физиатрических), 333 тубдиспансера, 592 туберкулезных пункта, на Урале работали 1172 амбулатории, 127 поликлиник (кроме самостоятельных детских, зубных и физиатрических), 58 тубдиспансеров, 62 тубпункта [16, л. 42]. Медицинскую помощь населению также оказывали консультации и детские поликлиники, фельдшерские амбулаторные учреждения, городские врачебные участки, сельские врачебные участки, психиатрические колонии и больницы и другие учреждения.

Увеличение сети учреждений здравоохранения после завершения Великой Отечественной не снимало злободневных проблем в области медицинского обслуживания населения, которые видятся в следующем: во-первых, структура многих учреждений и существующее деление их на категории не отвечали интересам здравоохранения, во-вторых, не хватало специализированных больничных коек, например, родильных, гинекологических, туберкулезных коек; в третьих, существовал существенный разрыв между обслуживанием городских и сельских жителей, в-четвертых, много зданий учреждений здравоохранения находились в плохом состоянии, они имели слабую материальную базу, в-пятых, наблюдался дефицит квалифицированных кадров.

В целях повышения качества медицинского обслуживания населения Министерство здравоохранения СССР приступило к проведению реформы, стержнем которой являлось объединение больниц и поликлиник. Решение об этом было принято в мае 1947 г. на состоявшемся в Москве совещании актива работников здравоохранения после доклада Е.И. Смирнова, назначенного министром здравоохранения СССР в феврале этого же года [1, с. 164].

Правовой базой реорганизации стало Постановление Совета Министров СССР № 3244 от 17.09.1947 г. и приказ Минздрава РСФСР № 612. Действительно, реформа назрела и была необходима. Как отмечал Минздрав СССР, «значительная часть самостоятельных существующих учреждений здравоохранения являются мелкими учреждениями. Раздробленность учреждений ведет к неправильной расстановке врачей-специалистов, разбуханию штатов административно-хозяйственного персонала, мешает правильно организовать снабжение учреждений здравоохранения и руководить их работой. Самостоятельное и обособленное существование амбулаторно-поликлинических учреждений создает искусственный отрыв врачей, рабо-

тающих в этих учреждениях, от клиник, больниц и родильных домов, что снижает качество лечебно-профилактической помощи населению. Сеть больниц смешанной специализации, наиболее полно отвечающих требованиям современной медицинской науки и обеспечивающих комплексное, разностороннее обслуживание больных, развита недостаточно» [17].

Объединение больничных учреждений с амбулаторно-поликлиническими себя оправдало, но медленные темпы данного процесса привели к принятию Постановления Совета Министров СССР от 31 октября 1949 г. № 5036 «Об упорядочении сети и установлении единой номенклатуры учреждений здравоохранения» и приказа Минздрава СССР от 21 ноября 1949 г. № 870, в результате которых были утверждены типовые лечебно-профилактические учреждения, среди которых были: больница с поликлиникой; больница при промышленном предприятии, входящая в состав медико-санитарной части, с поликлиникой; детская больница с детской консультацией, детской поликлиникой; родильный дом с женской консультацией; диспансер с соответствующим стационарным учреждением, имеющие соответствие структурных частей стационара и поликлиники по основным специальностям, а также по мощности при обязательной работе лечащих врачей в стационаре с обслуживанием населения в поликлинике или на участке.

Повышению экономической эффективности системы здравоохранения должна была способствовать работа по изменению мощности медицинских учреждений. В 1945 г. из самостоятельно существующих учреждений здравоохранения Урала значительную часть составляли мелкие учреждения. Так, из 123 общих и специальных больниц Чкаловской области 86,9% больниц имели не более 50 коек, 61 учреждение имело от 11 до 25 коек, 19 – до 10 коек, 27 – от 26 до 50 коек (подсчитано авторами по: [18, л. 6]). Анализ мощностей больничных учреждений в других регионах Урала позволяет констатировать аналогичную картину. В Челябинской области из 98 общих и специальных больниц до 50 коек имели 63 учреждения (64,2%), в Свердловской области из 181 – 111 (61,3%), в Молотовской области из 156 – 118 (75,6%), в БАССР – из 142 – 100 (70,4%), в УАССР из 62 – 48 (77,4%) (подсчитано авторами по: [19, л. 2; 20, л. 2; 21, л. 2; 22, л. 2; 23, л. 2]). Мощность общих и специальных больниц увязывается с их местом расположения. Учреждения небольшой мощности были характерны для лечебно-профилактических учреждений, расположенных в сельской местности. Так, 82 общих и специальных больниц (66,7%) Чкаловской области находилось в сельской местности, мощность 78 из них была до 50 коек. В Молотовской области в селе было расположено 99 больниц (63,4%), 88 из которых имело до 50 коек, в БАССР – 100 (70,4%), из которых до 50 коек было в 87 учреждениях, в УАССР – 47 (75,8%), 41 учреждение имело до 50 коек. В Свердловской и Челябинской областях было наименьшее количество маломощных больниц, по сравнению с другими регионами Урала, в силу того, что большая часть больничных учреждений располагалась в городе, из 181 медицинского учреждения Свердловской области в селе функционировало 73 (40,3%), в Челябинской области – из 98 – 48 (48,9%). Стоит отметить и еще одну закономерность: в про-

мышленно развитых областях Урала мощности городских медицинских учреждений превышали мощности аналогичных учреждений в сельскохозяйственных регионах. Так, в Свердловской области из 108 городских общих и специальных больниц до 50 коек имели 41 (37,9%) учреждение, в Челябинской области из 50 – 16 (32%), в Молотовской области – из 57 – 20 (35,1%). Показатели в сельскохозяйственных регионах Урала характеризуются следующими данными: в Чкаловской области из 41 учреждений в 29 коечный фонд был не больше 50 (70,7%), в БАССР – из 42 – в 23 (54,7%), в УАССР – из 15 – в 7 (46,7%) (подсчитано авторами по: [18, л. 6, 19, л. 6; 20, л. 2; 21, л. 2; 22, л. 2; 23, л. 2]).

Сравнительный анализ сети учреждений в годы четвертой пятилетки показывает, что мощность медицинских учреждений в основном выросла в городских больничных учреждениях, в сельской местности продолжали преобладать учреждения, в которых насчитывалось до 75 коек. В 1950 г. в БАССР из 191 больницы (без учета детских неинфекционных и инфекционных больниц) коечный фонд, не превышающий 50 коек, был у 115 (60,2%), что меньше чем в 1945 г. на 10,2%. В УАССР из 76 медицинских учреждений – 63 (82,8%) имели до 50 коек, это выше показателя 1945 г., что являлось следствием увеличения количества медицинских учреждений в сельской местности, где организовывались в основном маломощные учреждения (подсчитано авторами по: [24, л. 3]).

Одним из основных направлений модернизации системы здравоохранения в послевоенный период становится реорганизация имеющегося коечного фонда с целью предоставления видов медицинских услуг, исходя из летальности от заболеваний населения. Достаточно высокой была материнская смертность – например, в 1947 г. в УАССР был один из самых высоких показателей материнской смертности в РСФСР (на 10000 населения – 21 смерть) [25, с. 132].

Анализ данных смертности за 1947 г. позволяет констатировать, что в Челябинской области в 1947 г. из 17047 умерших 5617 (32,9%) человек умерли, не дожив до 1 года, в разрезе причин смертности среди населения наиболее высокими были показатели летального исхода, которые давали следующие заболевания: от воспаления легких умерло 2807 человек (16,5%), от туберкулеза – 2224 (13%), от токсической диспепсии – 804 (4,7%), от рака – 716 (4,2%), от дизентерии – 572 (3,4%). Причины смерти в других регионах Урала также свидетельствуют, что воспаление легких, туберкулез, дизентерия были смертельно опасными для человека. В Чкаловской области их 8512 умерших в 1947 г. 1049 (12,3%) умерли от воспаления легких, 1255 (14,7%) от туберкулеза, 453 (5,3%) от рака, 439 от токсичной диспепсии (5,1%), 322 от дизентерии (3,8%). В УАССР из 7527 умерших, соответственно, – 1311 (17,4%), 1067 (14,1%), 222 (2,9%), 341 (4,5%), 263 (5%) (подсчитано авторами по: [26, л. 25, 26, 41, 42, 45, 46]).

Появление больниц смешанной специализации должно было решить проблему нехватки специализированных больничных коек, таких как инфекционные, родильные, туберкулезные, и в конечном итоге снизить смертность среди заболевших разными формами туберкулеза, воспаления легких, онкологиче-

ских заболеваний и других. В 1945 г. в Свердловской области в городских лечебно-профилактических учреждениях из 12065 коек 8,7% были общие, 24,5% – терапевтические, 16,3% – хирургические, 12,2% – детские, 10,1% – родильными (без учета родильных палат), гинекологические – 4,1%, туберкулезные – 1%, в сельской местности из 2073 коек 54,9% были общие, 7,2% – терапевтические, 4% – хирургические, 2,7% – детские, 15,1% – родильные (без учета родильных палат), 4,6% – туберкулезные (подсчитано авторами по: [21, л. 3]. В Молотовской области в городских лечебно-профилактических учреждениях из 5374 коек 14,2% были общие, 20% – терапевтические, 15,1% – хирургические, 16,3% – детские, 9% – родильными (без учета родильных палат), 3,7% – гинекологические, 6,7% – туберкулезные (без детских), в сельской местности из 22595 коек 64,6% были общие, 0,6% – терапевтические, 0,4% – хирургические, 2,7% – детские, 15,1 – родильными (без учета родильных палат) (подсчитано авторами по: [27, л. 3]).

В 1947 г. в Чкаловской области из 6449 больничных коек (без психиатрических больниц и колоний) для детей и взрослых было фактически развернуто 254 туберкулезных коек, 1041 инфекционных, 879 родильных (в родильных домах и общих больницах), в Свердловской области – соответственно из 19922 – 1530, 3210, 2647, в Курганской области из 3400 – 170, 270, 565, в Молотовской области из 12573 – 725, 1660, 1733, в Челябинской области из 12425 – 621, 1890, 1681, в УАССР из 4680 – 105, 950, 749, в БАССР из 9453 – 793, 1494, 1154 [16, л. 22, 24, 26, 28, 37]. Приведенные статистические данные позволяют констатировать, что на Урале количество туберкулезных коек в соотношении к общему количеству коечного фонда варьировалось в диапазоне от 2,2% в УАССР до 8% в Свердловской области, инфекционных – от 7,9% в Курганской области до 20,3% в УАССР, родильных – от 12,2% в БАССР до 16,6% в Курганской области. Достаточно высокий показатель, характеризующий число родильных коек, связан с ростом рождаемости в послевоенный период, вместе с тем при высокой смертности от туберкулеза, воспаления легких, тифа развернутая специализированная коечная сеть была явно недостаточной, и за последующие два года ситуация пусть незначительно, но была улучшена.

В 1949 году происходит увеличение как общего коечного фонда, так и количества специализированных коек. Например, в Чкаловской области из 6803 коек – 475 были туберкулезными, 1138 инфекционными, 1466 родильными; в Свердловской области – соответственно из 21020 – 1691, 3596, 4107; в Курганской области из 3870 – 227, 508, 947; в Молотовской области из 13912 – 945, 2158, 2052; в Челябинской области из 13685 – 882, 1968, 2788; в УАССР из 5140 – 234, 999, 1329; в БАССР из 10165 – 883, 1528, 1978. В 1949 г. в Свердловской области в городской местности из 13229 коек 1812 (13,6%) были родильными, 2049 (15,5%) инфекционными, 1063 (8%) туберкулезными, в сельской местности – соответственно, из 2360 – 901 (38,7%), 184 (7,8%), 101 (4,2%) [28, л. 4, 7, 19; 29, л. 9, 19]. Таким образом, сравнительный анализ архивных данных за 1947 и 1949 гг. показал, что на Урале общее количество коек увеличилось почти в 1,1 раза, более чем на 6% выросла ро-

дильная коечная сеть, на 0,68% – инфекционная, на 1% – туберкулезная. В разрезе отдельных регионов Урала самый активный прирост родильных коек произошел в УАССР – наблюдается увеличение на 9,8%, в БАССР – на 7,3%, в Курганской области – на 7,9%, в Челябинской области – на 6,8%, медленными темпами развития родильных коек характеризовалась Молотовская область – менее 1% роста. При общем увеличении инфекционной коечной сети происходит уменьшение показателей количества коек в БАССР (на 0,8%), УАССР (на 0,9%), Челябинской области (на 0,8%). Активно (на 5,2%) увеличивается инфекционная коечная сеть в Курганской области. Количество коек для больных туберкулезом более быстрыми темпами росло (на 2,3%) в УАССР, и самый низкий показатель (0,3%) дает БАССР.

Но, несмотря на увеличение количества специализированных коек, смертность населения от туберкулеза продолжала оставаться высокой. Среди социальных болезней туберкулез занимает особое место, его социальная природа известна давно, а в послевоенные годы появился огромный резервуар туберкулезной инфекции. Один бацилларный больной в течение года мог заразить до 10 человек, но ни отдельного жилья, ни соблюдения правил гигиены, ни своевременного выявления больных не происходило. Поэтому победить эту болезнь и уменьшить летальность только усилиями медицинских работников было сложно. Так, в Чкаловской области из-за поздней госпитализации от туберкулеза в 1946 г. умирало 13,3% от общего числа умерших, в 1951 г. – 12,2%, в 1952 г. – 10,6%, в 1953 г. – 10,7%. Вместе с тем данный динамический ряд позволяет констатировать, что проводимая работа приносила свои плоды и делала лечение в стационарах более эффективным [30, л. 19]. Но, к сожалению, много людей умирало от туберкулеза вне стационара: в 1952 г. таких было 52,5%, в 1953 г. – 42,7%. При общей тенденции к уменьшению умерших от всех форм туберкулеза, увеличилась летальность бацилларных больных с 13,4% в 1951 г. до 17,2% в 1953 г. [31, л. 84].

В Курганской области в 1953 г. 18,7% умерших от туберкулеза состояли на учете менее 6 месяцев, что свидетельствует о позднем выявлении и госпитализации больных туберкулезом. Вместе с тем летальность среди бацилларных больных уменьшается с 33,9% в 1950 г. до 17,9% в 1953 г., но по некоторым клиническим формам легочного туберкулеза, наоборот, возрастает. В сельских районных больницах в 1953 г., по сравнению с предыдущим годом, уменьшилась больничная летальность при крупозной пневмонии с 2,4 до 1,8%, но очаговая пневмония дала прирост на 0,7% (1,9%) [31, л. 36, 41].

Смертность детей на Урале была высокой все послевоенное десятилетие: умирали, не дожив до 1 года, от 7,6% (1945 г.) до 9% (1952 г.) от числа родившихся. При этом доля умерших в возрасте до 1 года от всех смертей в 1945 г. составляла 18,1%, а в 1952 г. – 29,8% [9, с. 149].

Отмечая успехи медицины в сокращении смертности среди населения, стоит отметить, что преодолеть влияние факторов, имеющих экзогенную природу, не удалось. Низкий материальный уровень жизни, недоедания, плохое санитарное состояние горо-

дов Урала, миграция продолжали подтачивать здоровье население.

В послевоенные годы необходимо было ликвидировать существующий разрыв между обслуживанием городских и сельских жителей. В 1945 г. на каждые десять тысяч городских жителей Чкаловской области приходилось 72,9 койки, сельских жителей – 19,8 койки, в Свердловской области – 62,2 и 21,1, в Челябинской области – 60,7 и 26, в Молотовской области – 48,5 и 28,6, в Курганской области – 84 и 23,3, в УАССР – 80,8 и 25,5, в БАССР – 102,7 – 17,4. В целом, в Чкаловской области на 10000 населения приходилось 40,3 койки, в Свердловской области – 52,1, в Челябинской области – 51,3, в Молотовской области – 39,3, в Курганской области – 38,5, в УАССР – 45,4, в БАССР – 40,4 (подсчитано авторами по: [32, с. 30; 18, л. 3; 19, л. 3; 20, л. 3; 21, л. 3; 22, л. 3; 23, л. 3]). Сложившая асимметрия системы здравоохранения, которая наблюдается и в 1945 г. на Урале, наметилась в 30-е годы, когда в результате индустриализации медицинские учреждения появлялись и развивались в промышленных центрах, такими на Урале были Свердловская и Челябинская области. Поэтому задача развития здравоохранения в сельской местности была актуальной весь послевоенный период, что нашло отражение и в основных направлениях реформирования советского здравоохранения.

Значительного увеличения количества врачебных больничных учреждений в сельской местности в послевоенные годы на Урале не происходит, но наблюдается положительная динамика развития коечной сети. Так, если в 1946 г. на каждые 10000 населения в Чкаловской области в селе имелось 20,3 койки, то в 1949 г. – 24,1, в Челябинской области – соответственно 24 и 24,8, в Свердловской области – 24,9 и 29,1, в Молотовской области – 27,3 и 28, в Курганской области – 23,5 и 27,8, в УАССР – 25,8 и 26, в БАССР – 16,6 и 17,8 (подсчитано авторами по: [33, л. 1; 28, л. 4, 7, 26; 34, л. 3; 35, л. 3; 36, л. 9, 10, 67; 29, л. 5, 19, 37; 37, л. 47]). Таким образом, более быстрыми темпами прироста коечной сети характеризуются сельскохозяйственные регионы Урала, такие как Чкаловская, Курганская области и промышленно развитая Свердловская область.

По распоряжению Министерства Здравоохранения СССР на послевоенную пятилетку были приняты следующие нормы: 10 коек на 1000 человек городского населения и 2,4 койки на 1000 человек сельского населения. Анализ вышеприведенных данных позволяет констатировать, что в 1945 году в сельской местности только в Челябинской и Молотовской областях нормы коечной сети превысили установленные пределы, а уже в 1949 г. только в БАССР коечный фонд не достиг нужного значения. В городах положение было более тяжелым. Так, в Свердловской области, 2/3 населения которой проживало в городах, на 1 января 1949 году коечная сеть составила 9,2 койки на 1000 человек, что было ниже установленной нормы [38, л. 6].

Даже к 1953 г. покрыть потребность населения в стационарной медицинской помощи на Урале не удалось. Особенно удручающее положение сложилось в Курганской области: в 1953 г. по сравнению с 1952 г. количество отказов в госпитализации из-за

отсутствия мест увеличилось почти в 2 раза с 8,2 до 17,3% (это было 63 место по РСФСР), что привело к увеличению смертности населения: по количеству умерших от ревмокардита (89%) область находилась на 57 месте по РСФСР, от сосудистого поражения мозга (88,2%) – на 44 месте, от гипертонической болезни 3 стадии (71,5) – на 40 месте [39, л. 34]. Проблемы с госпитализацией больных испытывали и другие регионы Урала.

Материально-техническая база учреждений здравоохранения была слабой, вопросы строительства и модернизации имеющегося фонда были актуальными в течение всего послевоенного десятилетия.

Например, в Свердловской области в 1949 г. большинство медико-санитарных учреждений располагалось в плохо приспособленных помещениях. Так, 30% коечного фонда – в бараках, старых больницах и жилых домах, при этом часть больничных зданий находилась в крайне ветхом состоянии. Отсутствие оборотных средств у областного аптекуправления и недифференцированный подход к снабжению Урала со стороны республиканского аптекуправления Министерства здравоохранения РСФСР актуализировали проблему снабжения медикаментами и перевязочными материалами. Например, в Нижнем Тагиле, Исовском и Зайковском районах всю вторую половину 1948 г. не было самых востребованных медикаментов. Больничные учреждения Свердловской области имели ветхое, застиранное постельное белье, испытывали острую потребность в транспорте: из 98 автомобилей 64 были сломаны, при потребности в 300 грузовых машинах в наличии было всего 14. Отсутствие санитарного транспорта приводило к неудовлетворительной работе скорой помощи [38, л. 10].

В Чкаловской области в 1949 г. обследование больницы смешанного типа на 55 коек в Ак-Булакском районе, в которой имелись терапевтический, хирургический, туберкулезный, зубной, кожно-венерологический кабинеты, показало недостатки оборудования: не хватало инструмента, в том числе и игл, мягким инвентарем обеспечены на 50%, твердого инвентаря мало, наблюдался недостаток кроватей, стульев, медикаментов. Больница требовала капитального ремонта, водопровод и отопительная система отсутствовали. В больнице были грязь, мухи и клопы [40, л. 15].

Главный инспектор Минздрава РСФСР А. Иванова в отчете начальнику управления сельских лечебно-профилактических учреждений О. Колыбиной отмечала, что в Чкаловской области в Ново-Троицке и ряде сельских районных больницах Мустаевского, Сорочинского, Соль-Илецкого районов не госпитализируются больные с открытой формой туберкулеза. Медицинские учреждения плохо оснащены оборудованием, твердым и мягким инвентарем. В Бурганном районе 30 тысяч рублей было отпущено на капитальный ремонт, который не проводился, топливо было заготовлено на 20%, в Бугурусланском районе капитальный ремонт не проводится, топливо заготовлено на 40%, в Ново-Покровском районе вместо 20 тысяч рублей освоена 1 тысяча. Отпущенные средства на капитальный ремонт не были использованы в 10 районах из 50, работы по ремонту не могут быть завершены из-за отсутствия стекла, кровельного железа и леса. В целях усиления борьбы с тубер-

кулезом до 1 января 1949 г. необходимо было выделить 310 коек для госпитализации больных с открытой формой туберкулеза [40, л. 28, 29].

В акте обследования Бардымской районной больницы на 80 коек, которая обслуживала 33 тысячи человек, указывалось, что больница имела 3 корпуса: детское отделение размещалось в одноэтажном деревянном корпусе, родильное отделение в одноэтажном деревянном корпусе, в двухэтажном деревянном корпусе расположены терапевтическое, хирургическое, гинекологическое, туберкулезное и трахоматозное отделения. Профиль отделений и палат не выдерживался, в терапевтическом отделении находились больные с туберкулезом и трахомой, в хирургическом – терапевтические больные. В больнице отсутствовал автоклав для стерилизации инструмента, но даже после получения его не установили. Главврач Н.В. Елисеев имеет стаж 23 года, нуждается в подготовке для хирургической работы, несмотря на стаж 8 лет. Хирургическим инструментом и медикаментами больница обеспечена, но не хватает белья и кроватей, столиков, стульев и табуреток [41, л. 33].

Парадоксально, что в послевоенные годы в медицинские учреждения стало поступать новое оборудование, но, к сожалению, по объективным причинам оно не могло быть использовано. Например, в Молотовской области в 1953 г. в большинстве сельских районов были рентгенустановки, но не везде они работали из-за того, что ему нужно было 120 Вольт, а местная электростанция давала 220, а в ряде районов электроэнергия отсутствовала вообще. Из-за отсутствия электроэнергии не использовалась и физиотерапевтическая аппаратура [42, л. 15].

Еще одной проблемой послевоенной медицины был недостаток кадров, поэтому на протяжении всего послевоенного десятилетия стратегической линией развития здравоохранения стали подготовка и обеспечение медучреждений квалифицированными кадрами. Общее количество докторов почти удвоилось всего лишь за 8 лет – с середины 1945 по начало 1953 года. В период между 1940 и 1950 годами удвоилось и число докторов на душу населения. В кратчайший срок советское общество ощутило переизбыток молодых докторов. К 1951 году их число на душу населения оказалось больше, чем во многих – если не во всех – других странах [8, с. 543].

В 1945 г. в Челябинской области в городской местности было занято 276,75 (73,3%) штатных единиц врачей (без зубных) из 377,75 в общих и специальных больницах, в сельской местности 43,5 (64,4%) из 67,5; в Чкаловской области – соответственно 151,5 (83,9%) из 180,5 и 97 (87,9%) из 111,5; в Свердловской области – 494,5 (94,5%) из 523,5 и 80,75 (84,6%) из 95,5; в Молотовской области 256/23 (96,2%) из 290 и 79/9 (86,7%) из 101,5; в УАССР – 66 из 63 (1,04%) и 73 из 73 (100%); в БАССР – 153 (73,9%) из 207 и 154 (81,9%) из 188 [18, л. 10, 11; 19, л. 10, 11; 20, л. 10, 11; 21, л. 10, 11; 22, л. 10, 11; 23, л. 10, 11].

Характерно, что нагрузка на врача как на физическую единицу в 1945 г. была колоссальная, только в одном регионе Урала – в УАССР – на одного врача, работающего в городских медицинских учреждениях, по штатному расписанию приходилось чуть менее 2 ставок, в других областях обстановка была ху-

же. Так, в Челябинской области 624 врача должны были занимать 1603 штатных ставки, т.е. на одного врача приходилось 2,6 ставки, в Чкаловской области – 470 врачей занимали 1067 ставок (2,3 ставки), в Свердловской области – 789 врачей и 2275,25 ставок (2,9 ставок), в Молотовской области – 361 врач и 1158,75 ставок (3,2 ставки), в БАССР – 707 врачей на 1492 ставки (2,11 ставки) и только в УАССР – 491 врач на 835 ставок (1,7 ставки). Как свидетельствуют эти данные, хуже всех обстояло дело в Молотовской области, лучше в УАССР [18, л. 10, 11; 19, л. 10, 11; 20, л. 10, 11; 21, л. 10, 11; 22, л. 10, 11; 23, л. 10, 11].

Тем не менее за период с 1945 по 1949 г. количество врачей (физических единиц), без учета зубных, в медицинских учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения, в Чкаловской области в городской местности увеличилось с 787 до 1067 (почти в 1,4 раза), в селе – с 170 до 317 (почти в 1,9 раза), в Челябинской области – с 1000 до 1021 в городе (в 1,02 раза) и со 149 до 210 в селе (в 1,4 раза), в УАССР – с 734 до 923 в городе (почти в 1,3 раза) и с 141 до 263 (почти в 1,9 раза), т.е. происходит более значительное увеличение числа врачей в сельской местности [28, л. 10; 37, л. 47].

Это позволяет делать вывод, что кадровый потенциал неуклонно рос. Но проблема кадрового дефицита проявлялась не только в комплектовании штатов учреждений, но и в нехватке узких специалистов.

Заведующая облздравотдела Курганской области А.М. Розова, выступая на 4 Областном съезде врачей, отмечала, что бюджет на здравоохранение вырос с 45 млн в 1945 г. до 79,1 млн в 1950 г. Это, безусловно, нашло отражение не только в количественных, но и качественных характеристиках медицинских учреждений. Так, если в 1945 г. в Курганской области работало 249 врачей, то в 1949 г. медицинскую помощь населению оказывали 598 врачей. Но даже увеличение количества врачей в 2,4 раза не могло решить кадровый дефицит в области. Неблагоприятная ситуация наблюдалась в оказании специализированной помощи сельскому населению. Укомплектованность сельских районов врачебными кадрами была невысокой: от 4 до 5 врачей имел 1 район, от 6 до 10 – 24, от 11 до 15 – 5, более 15 – 5. Увеличение количества специалистов решалось за счет специализации – за 2 года 202 врача переобучились и смогли работать терапевтами, хирургами, акушерами-гинекологами. Вместе с тем данные мероприятия не могли полностью удовлетворить потребность в узких специалистах, например, в Петуховской, Частноозерной и Мехонской объединенных больницах, расположенных в районных центрах, отсутствовали хирурги [43, л. 8].

В Молотовской области, несмотря на напряженную ситуацию с кадрами, количество врачей в сельских районах систематически увеличивалось, если в 1946 г. количество районов, в которых работало до 3 врачей, было 23, то в 1948 г. их стало 3, до 5 врачей – соответственно 3 и 3, более 5 – 5 и 21. В 1947 г. в село было направлено 48 врачей, в 1948 г. – 51. Изменялась и структура медицинских ресурсов: в 1947 г. было проспециализировано 36 человек, в 1948 г. – 49 человек [41, л. 7, 8].

Очень острой была потребность в медицинском персонале в Свердловской области, где в 1949 г. штатным расписанием было предусмотрено 3265 вра-

чей, а фактически имелось всего 1852 или 56% к штатному расписанию. Положительным моментом было то, что все специальности врачей были широко представлены, но на селе показатели обеспеченности были значительно ниже: в городской местности работали 331 терапевт, 149 хирургов, 202 педиатра, 109 акушеров-гинекологов, 63 фтизиатра, 40 рентгенологов, 5 онкологов, в сельской местности в каждом районном центре было не менее 4–5 специалистов. В областном центре клинической больницы, в медицинских институтах, институте усовершенствования врачей в Ленинграде и Москве за последние два года были подготовлены 354 новых специалистов и прошли усовершенствование 80 врачей [38, л. 11, 14].

Для обеспечения специальной помощи населения в райцентрах Чкаловской области в 1949 г. необходимо подготовить 343 врача: 35 хирургов, глазников – 49, венерологов – 14, педиатров – 26 [40, л. 28].

Архивные данные позволяют отметить положительную тенденцию в изменении численности врачей в регионах Урала, хотя полностью обеспечить кадрами лечебно-профилактические учреждения даже к 1953 г. не удалось. В Молотовской области в 1953 г. в штатном расписании было заложено 3211 врачебных должностей, занято – 2864,5, врачей (физических лиц), работало 1814 [42, л. 5]. В Свердловской области из 826,75 ставок врачей-терапевтов было занято 779,75, из них 62,5 ставок заняты фельдшерами. Терапевтов (физических лиц) было 566, поэтому в целом был очень высоким коэффициент совместительства, особенно в сельских районах, в Исовском он составил 2,6, в Коптеловском – 3,1 [44, л. 66, 67].

Вместе с тем проблемы компетентности врачей и, как следствие, недостаток квалифицированной помощи сказывался на лечении больных. Патологоанатомические вскрытия показывали, что причины смерти и диагностика заболевания часто не совпадали. Например, в Кировоградской больнице Свердловской области из 882 поступивших больных за 1948 г. в 135 случаях диагноз был поставлен неверно. Неправильная диагностика фельдшером больной Мезенцевой, которая была направлена в отделение Ревдинской больницы с диагнозом гастрит, привела к смерти от заворота кишок. Кадровый дефицит также приводил к летальным последствиям. В г. Нижний Тагил хирургическая помощь оказывалась по очереди тремя больницами, в дни, когда больницы не дежурили, хирургическая помощь не оказывалась, поэтому, когда в тяжелом состоянии поступила женщина с диагнозом внематочная беременность, оперировать ее было некому, что привело к ее смерти [38, л. 23, 24].

Несмотря на такие негативные примеры, можно отметить, что именно благодаря усилиям медицинских работников происходит снижение смертности среди населения. Так, в Курганской области число умерших на 1000 жителей в 1950 г. было 12,3, в 1951 г. – 13,5, в 1953 г. – 11,4 [45, с. 145], в Свердловской области была стабильная положительная динамика: в 1950 г. на 1000 человек умирало 11,9, в 1950 г. – 11,6, в 1952 г. – 10, в 1953 г. – 9,1 [46, с. 147], в УАССР в 1950 г. на 1000 человек умирало 13,4, в 1951 г. – 14,2, в 1952 г. – 12,2, в 1953 г. – 12,5 [47, с. 131], в Молотовской области в 1950 г. число умерших на 1000 населения было 13,6, а в 1955 г. – 9,0 [48, с. 147].

Таким образом, после окончания Великой Отечественной войны была проделана огромная работа по развитию системы здравоохранения: изменяется структура учреждений здравоохранения за счет объединения больниц с амбулаторно-поликлиническими учреждениями, сокращается доля маломощных больничных учреждений в общем количестве больничных учреждений; увеличивается коечный фонд, в том числе растет число специализированных больничных коек, планомерно решается вопрос ликвидации дефицита кадров, укрепляется материально-техническая база учреждений. Все это в совокупности позволяет сделать медицинскую помощь для населения не только более доступной, но и более качественной, что приводит к снижению смертности среди населения, в том числе от таких распространенных заболеваний, как туберкулез, инфекционные заболевания. Вместе с тем стоит отметить и проблемы, которые государство, несмотря на предпринимаемые усилия, так до конца и не решило: асимметрия в развитии сети здравоохранения в промышленно развитых и сельскохозяйственных регионах и, как следствие, дисбаланс медицинского обслуживания городского и сельского населения, невыполнение плановых показателей коечной сети, что сказывалось на госпитализации больных и увеличивало показатели смертности населения; нехватка узких специалистов; недостаток оснащенности медицинской аппаратурой и невозможность ее практического использования.

Тем не менее, несмотря на все сложности послевоенного времени, государство находило финансовые, человеческие, правовые ресурсы для реализации социальной политики с целью удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи.

### Список литературы:

1. Давыдова Т.В. Реформирование советского здравоохранения в послевоенные годы: исторический анализ // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2015. № 8 (148). С. 164–170.
2. Митерев Г.А. В дни мира и войны. М.: Медицина, 1975. 256 с.
3. Никитский В.С. Здравоохранение в четвертой сталинской пятилетке // Советский врачебный сборник. Вып. 1. М.–Л., 1946. С. 27–32.
4. Теплицкий М.М. Средние медицинские кадры и работа с ними // Советское здравоохранение. 1945. № 3. С. 23–27.
5. Зубкова Е.Ю. Послевоенное советское общество: политика и повседневность. 1945–1953. М.: РоссПЭн, 2000. 229 с.
6. Морозов А.В. Опыт Министерства здравоохранения СССР по реформированию лечебных учреждений в послевоенные годы // Материалы III (XIII) съезда Российского общества историков медицины, посв. 70-летию РОИМ. М., 2016. С. 158–160.
7. Хренова О.И. Основные направления развития советского здравоохранения в годы Великой Отечественной войны и первого послевоенного времени // Проблемы взаимодействия науки и общества: сб. ст. междунар. науч.-практ. конф. В 2 ч., ч. 2. Уфа, 2018. С. 75–78.
8. Бартон К. Здравоохранение в период позднего сталинизма и дух послевоенного государства благоденствия, 1945–1953 годы // Журнал исследований социальной политики. 2007. Т. 5, № 4. С. 541–558.

9. Хисамутдинова Р.Р., Хомякова Н.В. Младенческая смертность на Урале в послевоенные годы // Вестник Оренбургского государственного педагогического университета. Электронный научный журнал. 2021. № 2 (38). С. 147–157.
10. Виноградова Т.Н. Развитие здравоохранения Южного Урала в 1945–1953 гг.: дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. Оренбург, 2011. 250 с.
11. Гиниятуллина Л.М. Роль органов здравоохранения Башкирии в медицинском обслуживании фронтовиков в послевоенные годы // Проблемы и тенденции развития социокультурного пространства России: история и современность: мат-лы VI междунар. науч.-практ. конф. (Брянск, 17–18 мая 2019 г.) / под ред. Т.И. Рябовой. Брянск: БГИТУ, 2019. С. 137–142.
12. Шадрин С.Г., Савельев В.Н., Гасников В.К. Становление и развитие здравоохранения Удмуртской Республики. Ижевск: Вектор, 1996. 216 с.
13. Хомякова Н.В. Медицинское обслуживание населения и его эффективность в первое послевоенное десятилетие (на примере Челябинской и Чкаловской областей) // История государства и права. 2007. № 2. С. 23–27.
14. Хомякова Н.В. Развитие сети учреждений здравоохранения в сельской местности во второй половине 1940-х годов (на примере Урала) // Актуальные проблемы интеграции науки и образования в регионе: мат-лы всерос. науч.-практ. конф. (с междунар. уч.). Оренбург: ОГУ, 2022. С. 91–95.
15. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. А-374. Оп. 11. Д. 606.
16. ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 608.
17. О номенклатуре учреждений здравоохранения и утверждении инструкции по ее применению: приказ Министерства здравоохранения СССР от 21.11.1949 № 870 [Электронный ресурс] // Библиотека нормативно-правовых актов Союза Советских Социалистических Республик. [https://www.libussr.ru/doc\\_ussr/ussr\\_4767.htm](https://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_4767.htm).
18. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1351.
19. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1298.
20. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1349.
21. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1341.
22. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1329.
23. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1289.
24. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 2084.
25. Хомякова Н.В. Проблемные аспекты охраны материнства в послевоенные годы на Урале // Актуальные проблемы интеграции науки и образования в регионе: мат-лы всерос. науч.-практ. конф. (с междунар. уч.). Оренбург: ОГУ, 2020. С. 131–134.
26. ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 572.
27. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1326.
28. ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 837.
29. ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 836.
30. Объединенный государственный архив Оренбургской области. Ф. 1003. Оп. 11. Д. 4312.
31. ГАРФ. Ф. А-630. Оп. 1. Д. 342.
32. Корнилов Г.Е. Уральская деревня в период Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.). Свердловск: Изд-во Урал. ун-та, 1990. 223 с.
33. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1568.
34. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1567.
35. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 11558.
36. ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 489.
37. ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 490.
38. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 22. Д. 195.
39. ГАРФ. Ф. А-630. Оп. 1. Д. 432.
40. ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 49. Д. 650.
41. ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 49. Д. 639.
42. ГАРФ. Ф. А-630. Оп. 1. Д. 329.
43. ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 49. Д. 545.
44. ГАРФ. Ф. А-630. Оп. 1. Д. 330.
45. Народное хозяйство Курганской области: статистический сборник / отв. ред. В. Сабельникова. Челябинск: Челябинское отделение Госстатиздата, 1957. 147 с.
46. Народное хозяйство Свердловской области и города Свердловска: статистический сборник. Свердловск: Госстатиздат, 1956. 152 с.
47. Народное хозяйство Удмуртской АССР: статистический сборник. Ижевск: Удмурт. кн. изд-во, 1957. 136 с.
48. Народное хозяйство Пермской области: статистический сборник. Свердловск: Госстатиздат, 1961. 157 с.

Информация об авторе(-ах):	Information about the author(-s):
<b>Хисамутдинова Равиля Рахмиевна</b> , доктор исторических наук, профессор, заведующий кафедрой всеобщей истории и методики преподавания истории и обществознания; Оренбургский государственный педагогический университет (г. Оренбург, Российская Федерация). E-mail: <a href="mailto:hislamutdinova@inbox.ru">hislamutdinova@inbox.ru</a> .	<b>Khisamutdinova Ravilya Rakhimyanovna</b> , doctor of historical sciences, professor, head of World History and Methods of Teaching History and Social Studies Department; Orenburg State Pedagogical University (Orenburg, Russian Federation). E-mail: <a href="mailto:hislamutdinova@inbox.ru">hislamutdinova@inbox.ru</a> .
<b>Хомякова Надежда Викторовна</b> , кандидат исторических наук, первый заместитель директора по учебной работе; Бузулукский гуманитарно-технологический институт (филиал) Оренбургского государственного университета (г. Бузулук, Оренбургская область, Российская Федерация). E-mail: <a href="mailto:zam@bgti.ru">zam@bgti.ru</a> .	<b>Khomyakova Nadezhda Viktorovna</b> , candidate of historical sciences, first deputy director for educational work; Buzuluk Institute of Humanities and Technology (Branch) of Orenburg State University (Buzuluk, Orenburg Region, Russian Federation). E-mail: <a href="mailto:zam@bgti.ru">zam@bgti.ru</a> .

#### Для цитирования:

Хисамутдинова Р.Р., Хомякова Н.В. Здравоохранение Урала во второй половине 40-х – начале 50-х годов XX века: проблемы материального и кадрового обеспечения // Самарский научный вестник. 2023. Т. 12, № 2. С. 180–187. DOI: 10.55355/snv2023122209.