ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА НА ЮГЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ В 1950–1960-Х ГГ.

Медведкина Евгения Ивановна

студент (магистрант) ФГБОУ ВПО «Хакасский государственный университет имени Н.Ф.Катанова»

г. Абакан

THE ORGANIZATION OF MOTHER AND CHILD IN THE SOUTH KRASNOYARSK REGION IN 1950-1960'S.

Medvedkina Evgenia

student (undergraduate) VPO «Khakassia State University N.F.Katanova», Abakan

АННОТАЦИЯ

Охрана материнства и детства в СССР обеспечивалась государственной системой специальных учреждений (родильные дома, родильные отделения больниц, женские консультации, детские поликлиники и больницы), количество, которых неуклонно увеличивалось в СССР и том числе и в Красноярском крае в 1950–1960-х гг.

ABSTRACT

Maternal and child health in the USSR protect the public system of special institutions (maternity, maternity wards of hospitals, prenatal clinics, pediatric clinics and hospitals), the number of which is steadily increasing in the USSR and also in the Krasnoyarsk Territory in the 1950s and 1960s.

Ключевые слова: материнство; социальная активность женщин; государственная система охраны материнства и детства.

Keywords: motherhood, the social activity of women, state system of maternity and childhood.

Массовое вовлечение женщин в производство, а, как следствие, и необходимость совмещения функций матери и работницы, должны были сопровождаться обеспечением их необходимым уровнем медицинской помощи. Но в рассматриваемый период фиксировалась неудовлетворительная характеристика состояния здоровья женщин и детей: ежегодно, с 1950 по 1980 гг., поднимался процент рождаемости детей с патологиями в 1985 г. он достиг 30% [15, с. 200–201]. Показатель детской смертности в СССР в 1946–1960 гг. был самым высоким среди социалистических и развитых стран (в 1,6–5 раза выше, чем в развитых капиталистических странах уровень материнской смертности в 10 раз выше, чем в США, в 4–7 раз – чем в ФРГ, Финляндии, в 2–4 раза выше, чем в большинстве социалистических стран). Первое место в мире наша страна занимала по числу абортов (в 10–15 раз их было больше, чем в развитых капиталистических странах). Показательным является то, что уровень младенческой смертности в Красноярском крае постоянно уменьшался вплоть до 1980 г., но достиг уровня 1950 г. уже к 1985 г.[17, с. 190]

Охрана материнства и детства в СССР обеспечивалась государственной системой специальных учреждений (родильные дома, родильные отделения больниц, женские консультации, детские поликлиники и больницы), количество, которых неуклонно увеличивалось в СССР и том числе и в Красноярском крае, с 1940–1985 гг. их число выросло в 2 раза. Важнейшей формой оказания медицинской помощи детям в Красноярском крае с 1951 г. стали комплексная диспансеризация, профилактические осмотры, что способствовало дальнейшему укреплению здоровья детей. За 1950–1980 гг. прошли диспансеризацию 2/3 детей юга Красноярского края, что положительно сказывалось на здоровье подрастающих поколений.

В 1946 г. в Красноярском крае была проведена проверка работы лечебно-профилактических учреждений в городах Абакан, Минусинск; Каратузском, Идринском, Минусинском, Шушенском районах. В ходе нее были вскрыты серьезные недостатки. Родильные отделения, например в Шушенском районе, многие годы не ремонтировались, причем отпускавшиеся на ремонт средства

использовались не по назначению. Так, из отпущенных в 1945 г. на ремонт зданий лечебных учреждений в г. Минусинске не было использовано 16 тыс. руб., в Шушенском районе – 15 тыс. руб., в Идринском районе – 12 тыс. руб. и т. д. Состояние большинства родильных отделений было ужасным: крыши протекали, стены покрывались плесенью, окна вместо стекол были закрыты бумагой.

Учреждения здравоохранения не обеспечивались топливом, в результате чего вынужденно сокращалась коечная сеть, закрывались отдельные палаты. Например, в г. Минусинске по этой причине на полгода закрылось родильное отделение. В г. Абакане акушерско-гинекологическое отделение вследствие аварийного состояния помещений не работало около года, из-за чего в оставшихся отделениях создалась большая перегруженность, вместо 9 положенных дней пребывания рожениц в больнице их выписывали на 5-е сутки. Участились случаи родов на дому. Из-за недостаточности коечного фонда многие женщины не обеспечивались своевременной госпитализацией. Исключительно плохо обеспечивались лечебные учреждения предметами ухода за больными, посудой, твердым и мягким инвентарем, инструментарием. Несмотря на установленный план, в 1946–1950 гг. не были открыты 67 фельдшерско-акушерских пунктов, 19 колхозных роддомов, 3 женские консультации[6].

Проверка помогла, и к 01.12.1951 г. план развертывания родильных и гинекологических коек в ХАО был выполнен (за исключением 15 коек в сельской местности). Непрерывно увеличивалось количество фельдшерско-акушерских пунктов на селе. Так, в 1945 г. их было 518, а в 1950 г. – 750, количество же коек в сельских и городских больницах выросло на 42,5 %. В 1950 г. в городах и рабочих поселках функционировало 597 коек для беременных и рожениц, однако этого было явно недостаточно[9].

В 1950 г. зам. министра здравоохранения СССР Л.И. Ковригина отмечала неблагополучное положение в СССР с акушерскими и гинекологическими отделениями, рост количества которых происходил не за счет нового

строительства, а за счет приспособления зданий, причем не всегда отвечавших санитарным требованиям, предъявляемым к акушерско-гинекологическому стационару, и в значительной степени за счет переуплотнения[14, с. 56].

Материалы заседаний специальных комиссий свидетельствовали о том, что здравоохранение в Красноярском крае испытывало определенные трудности все послевоенные годы, множество проблем порождал характер их финансирования. Общий объём бюджета здравоохранения края вырос за годы Великой Отечественной войны на 102,5%; за годы послевоенной пятилетки бюджет вырос ещё на 56 142 тыс. рублей, т. е. на 72%, в том числе ассигнования на лечебно-профилактическую помощь увеличились в 4,5 раза за этот же период. Но проблема заключалась в том, что ассигнования полностью не осваивались. Так, за 1948 г. из 121 369 тыс. рублей было освоено 95%, в 1958 г – 91,8% [7]. Все это не могло не влиять на такой важный показатель развития акушерской помощи, как охват женщин стационарным родовспоможением.

Таким образом, в послевоенное двадцатилетие наблюдался медленный рост стационарного родовспоможения в Красноярском крае, как в городской, так и в сельской местности, что связано, прежде всего, с недостатком акушерско-гинекологических коек.

Таблица 1.

Динамика охвата беременных женщин стационарным родовспоможением в Красноярском крае [8]

	1945/46 гг.	1950/51 гг.	1955/56 гг.	1960/61 гг.	1964/65 гг.
Горожанки	93%	96,8%	99,1%	99,8%	99,9%
Сельские жительницы	42%	43,7%	67%	76,8%	93%

Очевиден тот факт, что в сельской местности на протяжении 1945–1965 гг. объем медпомощи был значительно ниже, чем в городах, вследствие чего женщины там зачастую были вынуждены рожать на дому. Еще одной причиной недостаточного охвата стационарным родовспоможением в сельской местности являлась дальность расстояния от больницы и отсутствие приспособленного

транспорта. В условиях села переезд на попутном и неспециальном транспорте мог быть опасным для женщин, не всегда была возможность вызова районного акушера-гинеколога, т. к. врач зачастую не мог добраться до роженицы вследствие весенней распутицы и бездорожья и оказать ей вовремя квалифицированную помощь [19, с.43].

К середине 1950-х гг. Красноярский край столкнулся с такими трудностями в развитии здравоохранения, как недостаточный коечный фонд и отсутствие помещений для его развертывания. Несмотря на решения об освобождении лечебных учреждений, использовавшихся не по назначению, этого сделано не было. Так, в г. Абакане в 1955 г. полагалось иметь 2635 лечебных коек, а фактически имелось только 1280 [10]. Точно так же не хватало и специализированных коек (например, гинекологических). Подобное положение привело к тому, что вопрос «О состоянии медицинского обслуживания населения г. Абакана» обсуждался на бюро обкома КПСС (1956 г.). Естественно, все вышеперечисленное влекло за собой нарушение санитарных норм и не могло не сказываться на медицинском обслуживании населения, в том числе женщин [11].

В соответствии с директивами XX съезда КПСС был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР от 26.03.1956 г. «Об увеличении продолжительности отпусков по беременности и родам», по которому оплачиваемый отпуск увеличивался до 56 дней до родов и 56 дней после родов. В случае осложненных родов и рождения двух и более детей послеродовой отпуск предоставлялся на 70 дней [1]. Несколько позднее декретным отпуском стали пользоваться и колхозницы (что было серьезным достижением, т. к. сельское население страны по-прежнему находилось в приниженном положении по сравнению с жителями городов). Размер этого отпуска был установлен также в 112 календарных дней Постановлением Совета министров СССР от 04.11.1964 г. «Об утверждении положения о порядке назначения и выплате пособий по беременности и родам женщинам – членам колхозов» [2].

Это решение явилось важной мерой профилактики материнской заболеваемости и мертворождаемости.

Внеочередной XXI съезд КПСС утвердил контрольные цифры развития народного хозяйства на 1959–1965 гг. В области здравоохранения контрольные цифры предусматривали резкий рост капиталовложений (более 25 млрд. руб.), что позволило бы за счет нового строительства в 2 раза увеличить число вводимых мест в больницах [16, с. 395]. План развития здравоохранения на 7 лет лег в основу постановления ЦК КПСС и Совета министров СССР от 14.01.1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР». В постановлении ставились конкретные задания по расширению и укреплению материально-технической базы здравоохранения, причем подчеркивалась необходимость строительства крупных больниц в городах и сельской местности, развития сети лечебно-профилактических учреждений для женщин и детей.

В 1960-е гг. происходило, заметное повышение качества дородового обслуживания женщин консультациями, хотя и медленное, что сыграло значительную роль в своевременном выявлении и лечении токсикозов беременности, сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонической болезни. К середине 1960-х гг. улучшилось обследование беременных женщин: у всех проводилось исследование крови, в 1965 г. оно охватило 97% женщин и повторным обследованием – 72,2% (в то время как в 1962 г. повторным обследованием охвачено было лишь 18% беременных). В 1964 г. были открыты лаборатории по определению резус-фактора у беременных. Благодаря тщательному выявлению и лечению женщин с отрицательным резус-фактором крови, роды у них стали проходить более благополучно. В этом же году была открыта лаборатория по определению токсоплазмоза у беременных и т.д. [18, с. 14]

Серьезной и сложной проблемой, решением которой также занимались женские консультации, являлась проблема абортов, наносящих непоправимый вред здоровью женщин. Постановление ЦИК и СНК СССР от 27.07.1936 г. «О

запрещении абортов», действовавшее до 1955 г., предусматривало их полное запрещение.

Искусственное прерывание беременности допускалось в исключительных случаях – прежде всего, по медицинским показаниям. Лица, уличенные в производстве абортов, подвергались уголовному преследованию по статье 140 Уголовного кодекса РСФСР: у беременных женщин производство абортов наказывалось на первый раз общественным порицанием, а при повторном нарушении – штрафом до 300 руб.

С медицинской точки зрения, запрещение абортов в СССР обосновывалось как положительное воздействие на здоровье женщин, поскольку аборты вызывали гинекологические заболевания, являясь причиной в 60–80% случаев вторичного бесплодия, 20–30% случаев нарушения детородной функции [13, с. 14–15].

Однако рассматривать данную проблему как исключительно медицинскую было бы неправильно, ведь это был в большей степени социальный вопрос, требовавший незамедлительного решения: повышение количества абортов в послевоенное время было связано с тяжелыми материальными условиями, неустроенностью быта и рядом других причин.

Как видно из таблицы 10 социально-экономическая стабилизация в 1960–1980 гг. привела к постепенному снижению числа абортов. Это свидетельствует и о повышении физиологической грамотности женщин.

Таблица 2.

Динамика роста численности абортов в Красноярском крае (по официальным данным) [3, 7]

Годы	Всего абортов	Разрешено комиссией	Внебольничных	Криминальных
1940	8727	804	7923	1233
1945	4689	943	3746	1556
1950	4826	937	1889	1993
1960	3842	1276	4977	998

Таким образом, пик криминальных абортов приходился на 1945–1950 гг., что в медицинских отчетах за 1950 г. объяснялось неурожаями и тяжелым материальным положением населения в связи с этим [5]. Причем по статистике, Красноярский край, в отличие от Центральных районов РСФСР, характеризовавшихся высоким уровнем криминальных абортов, был на одном из последних мест по этому показателю. Однако следует отметить, что изучаемая территория в основном представлена сельскими поселения, слабо контролируемыми в этом вопросе, и представленная картина искажена в официальных документах. Женщины по-прежнему прибегали к этому способу регулирования числа детей в семье [20, с. 261–262].

Еще одним немаловажным фактором развития системы охраны материнства и детства было формирование высококвалифицированного медицинского персонала. В 1950–1960 гг. около 60% врачей не имели возможности повышать квалификацию из-за удаленности центра обучения (г. Иркутск) и рабочей нагрузке (по 18 часов в день – работа в стационаре). Поэтому в послевоенные годы в Красноярском крае, и ХАО в частности, продолжалась активная работа по повышению квалификации врачей: например в ХАО ежегодно проводилось областное совещание врачей, организовывались двухнедельные курсы по повышению квалификации в районах, проводились 4–6 межрайонных конференций в год, куда вызывались с мест наименее подготовленные врачи. Однако эта работа велась не систематически, а от случая к случаю. Поэтому из 1399 врачей области к 1951 г. прошли курсы специализации и усовершенствования только 231 человек. В 1952 г. программа по подготовке медицинских кадров была выполнена на 10% [12].

Также остро ощущался недостаток среднего медицинского персонала (в том числе акушерок), особенно в сельской местности: так, в РСФСР в конце 1950-х гг. недоставало 15 тыс. акушерок; из 16 347 фельдшерско-акушерских пунктов только 79% были укомплектованы акушерскими кадрами [4]. Однако и имевшийся персонал отличался низкой квалификацией, для повышения

которой с 1946 г. стали проводиться межрайонные конференции, где читались лекции по актуальным вопросам акушерства и гинекологии.

Итак, после окончания войны в Красноярском крае тоже стояла проблема восстановления разрушенного войной хозяйства, и это отразилось на темпах строительства лечебных учреждений, рост количества которых (до конца 1960-х гг.) происходил не за счет нового строительства, а за счет приспособления зданий, причем не всегда отвечавших санитарным требованиям. Недостаточность коечного фонда, низкое качество медицинского обслуживания приводили к медленному росту охвата стационарным родовспоможением, особенно в сельской местности. Большой проблемой был также рост числа абортов, особенно криминальных.

Однако, несмотря на данные недостатки (связанные в том числе с финансированием медицинской сферы по остаточному принципу вплоть до 1965 г., приводившим к определенным сложностям в строительстве и функционировании родовспомогательных учреждений в стране в целом и в Красноярском крае в частности), нужно отметить и некоторые положительные моменты: был отмечен рост численности женских консультаций, родильных домов, количества акушерско-гинекологических коек в фельдшерско-акушерских пунктах, родильных отделениях больниц к концу 1980-х г. Все эти факты не могли не повлиять на повышение качества медицинского обслуживания женщин, о чем свидетельствует снижение таких показателей, как материнская смертность в родах, детская смертность. Происходило повышение охвата стационарным родовспоможением, внедрение новых лечебных методов, повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Список литературы:

1. Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении продолжительности отпусков по беременности и родам» от 26.03.1956 //Ведомости Верховного Совета СССР. 1956. № 6. Ст. 154.

2. Постановление Совета Министров СССР «Об утверждении положения о порядке назначения и выплате пособий по беременности и родам женщинам – членам колхозов» от 04.11.1964.// СП СССР. 1964. № 22. Ст. 136.
3. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. 8009. Оп. 22. Д. 223. Л. 77.
4. ГАРФ. Ф. 4374. Оп.30. Д.9654. Л.295.
5. ГАРФ. Ф.8009. Оп.22. Д.210. Л.8.
6. Государственный архив Красноярского края (ГАКК). Ф. Р-1386. Оп. 1. Д. 5048. Л. 1.
7. ГАКК. Ф. Р-1384. Оп. 1. Д. 670. Л. 45–48.
8. ГАКК. Ф. Р-1384. Оп. 1. Д. 689, Д. 690, Д. 730.
9. Национальный архив Республики Хакасия (НАРХ). Ф. 411. Оп. 1. Д. 1985. Л. 78–79.
10. НАРХ. Ф. 411. Оп. 1. Д. 1996. Л. 18.
11. НАРХ. Ф. 39. Оп.1. Д.1002. л. 15.
12. НАРХ. Ф. 169. Оп. 1. Д. 390. Л. 34–35.
13. Акушерство и гинекология: Учебник для вузов (пер. с англ. Шур А.А., Плешакова Ф.И., Климовой М.Л. и др. под ред. Занько С.Н.). М.: Медицинская литература, 2001. – 567 с.
14. Здравоохранение в СССР. Статистический сборник. М.: Госстатиздат, 1960. – 496 с.
15. Женщины России – вчера, сегодня, завтра. М.: Издательский центр «Россия молодая», 1994. – 397 с.
16. КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК. т.9. М.: Политиздат, 1986. – С. 395.
17. Медицинский статистический ежегодник. Красноярск: Красноярское книжное издательство, 1994. – 582 с.
18. Никончик О. К. О медицинском обслуживании женщин //Советское здравоохранение. 1967. № 8. –С. 14 – 19.

19. Развитие Советского здравоохранения в Красноярском крае. /сост. А.Р. Панова. Красноярск: Красноярское книжное издательство, 1959. – 238 с.
20. Население России в XX веке: Исторические очерки. т.2. 1940–1959 гг. М.: РОССПЭН, 2001. – 456 с.