



УДК 94(47).084.8

Специализированная медицина в селах Саратовской области во второй половине 1940-х – начале 1950-х годов

Ю. В. Ищенко

Ищенко Юрий Владимирович, кандидат исторических наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского, ishenko1978@yandex.ru

В статье анализируется деятельность здравоохранительных учреждений в части оказания специализированных видов медицинской помощи в отношении трудовых ресурсов села, выявляются проблемы и противоречия, связанные с реализацией предпринимаемых государственным и партийным руководством мер на данном направлении. Проведенное исследование позволило ввести в научный оборот новые данные, ранее оставшиеся за рамками научных исследований, сделать обобщающие выводы, отразить оригинальное авторское видение затронутых проблем.

Ключевые слова: здравоохранение, врач, коечный фонд, профилизация, специализированное отделение, послевоенные годы, трудовые ресурсы, сельское население.

Specialized Medicine in the Villages of the Saratov Region in the Second Half of the 1940s – Early 1950s

Yu. V. Ishchenko

Yuri V. Ishchenko, <https://orcid.org/0000-0002-4259-5423>, Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, 112 Bolshaya Kazachia Str., Saratov 410012, Russia, ishenko1978@yandex.ru

In the article the activity of health care institutions in the sphere of specialized types of medical assistance in relation to rural labor resources is analyzed. The problems and contradictions associated with the implementation of measures taken by the state and party leadership in this direction are identified. The research carried out made it possible to introduce into scientific circulation new data that had previously remained beyond the scope of scientific research, to draw the generalizing conclusions, to reflect original author's vision of the touched issues.

Keywords: health care, doctor, bed fund, profilization, specialized branch, post-war years, labor resources, rural population.

DOI: <https://doi.org/10.18500/1819-4907-2019-19-1-122-128>

В исследуемый период происходит противоречивый, но неуклонный процесс восстановления и развития производительных сил российского села, эффективность использования которых в значительной, если не в большей степени, зависела от состояния их главной составной части – трудовых ресурсов. Немаловажное значение в этом плане приобретали предпринимаемые государством меры по совершенствова-



нию их психологического и физиологического здоровья, которое, в свою очередь, определялось многочисленными факторами – условиями труда, быта, состоянием социокультурной сферы, общим психоэмоциональным фоном и т. д. Непосредственно профилактикой и лечением занимались здравоохранительные учреждения, некоторые аспекты деятельности которых в контексте заявленной темы уже затрагивались в ряде работ советского и постсоветского периодов¹. Вместе с тем целый ряд из них до сих пор остается за рамками исторических исследований либо их освещение носит несколько поверхностный и фрагментарный характер и не формирует целостного представления о состоянии специализированной медицинской помощи в российской деревне. По этой причине сохраняет свою актуальность введение в научный оборот новых касающихся обозначенной темы данных, что, несомненно, будет способствовать более глубокому изучению истории России в целом и, кроме того, анализу теоретических и практических проблем системы отечественного здравоохранения.

Для нашей темы важно отметить то обстоятельство, что еще с довоенных лет организация медицинской помощи сельскому населению стала рассматриваться как фактор подъема производительности труда, снижения потерь рабочего времени. Послевоенные годы характеризовались участием в сельскохозяйственном производстве практически всего деревенского населения – начиная от трудоспособных мужчин и женщин и заканчивая подростками, престарелыми, инвалидами и даже детьми, о чем свидетельствуют представленные ниже данные (табл. 1).

Как показывают данные табл. 1, практически все трудоспособные женщины и мужчины, а также большинство подростков принимали участие в колхозном производстве. При этом в том же году из всех работников колхозов области 18,8% составляли престарелые колхозники, мужчины с частичной потерей трудоспособности (инвалиды) и другие нетрудоспособные³. Таким образом, вовлеченность в аграрное производство практически всего сельского населения обуславливало то обстоятельство, что от деятельности здравоохранительных учреждений в отношении последнего зависело качественное состояние его составной части – трудовых ресурсов.

Крайне негативно на деятельности здравоохранительных учреждений, особенно в первые



Таблица 1

Соотношение трудоспособного населения колхозов Саратовской области к численности участвующих в производстве колхозников в 1952 г.²

Показатель	Трудоспособные		Подростки (от 12 до 16 лет)
	Мужчины	Женщины	
Общая численность категории населения	81598	149 955	70391
Численность принимающих участие в производстве	78263	140634	48023
Принимающие участие в производстве к общей численности, %	96	94	68

послевоенные годы, сказались последствия Великой Отечественной войны. В период военных действий в целом по Союзу было уничтожено и разорено 40 тыс. больниц, поликлиник и других лечебно-профилактических учреждений. Общий ущерб, причиненный сети здравоохранения СССР, оценивался в 6,6 млрд руб.⁴

Несмотря на ежегодно увеличивающиеся объемы средств, выделяемых государством на обеспечение здравоохранения, финансирование не обеспечивало потребности лечебно-профилактических учреждений в связи с оскудением их ресурсно-технической базы.

Многие здравоохранительные учреждения, особенно в сельской местности, располагались в ветхих зданиях и приспособленных на «скорую руку» помещениях, иногда на частных домах и квартирах. К крайней нехватке помещений добавлялся недостаток инвентаря, лекарственных средств и перевязочных материалов, вызванный медленным восстановлением медицинской промышленности в первые послевоенные годы. Еще более остро стоял вопрос с оснащением здравоохранительной сети дорогостоящей аппаратурой и инструментарием.

Деятельность здравоохранительных учреждений осложнялась рядом других факторов: разбросанностью сел, большим объемом сельскохозяйственных работ, к которым они привлекались, удаленностью полей от населенных пунктов и дефицитом транспортных средств. К концу 1952 г. на 3304 населенных пункта в районах Саратовской области приходилось 169 больниц, 34 амбулатории и пять роддомов для сельского населения, расположенных главным образом в райцентрах и крупных селах⁵. При этом работа сельских врачей носила разноплановый характер и не всегда позволяла заниматься им непосредственно лечебно-профилактической деятельностью. Так, им вменялась в обязанность заготовка лекарственно-технического сырья для аптечных пунктов. В ходе избирательных кампаний медработники прикреплялись к десятидворкам для ведения пропаганды и агитации. Много времени занимала профилактическая и просветительская работа: организация лекций, кружков, санитарных постов и т. д.

Проводимый с 1947 г. комплекс мероприятий по более масштабному охвату жителей российской деревни деятельностью здравоохранительных учреждений включал в себя не только

расширение их сети, но и меры по профилизации коечного фонда районных больниц, позволившие стать последним центром специализированной медицинской помощи сельскому населению. Приведенные в табл. 2 данные помогают получить более наглядное представление о сущности реформы сельского здравоохранения на данном направлении.

Таблица 2

Численность коек в сельских районных больницах СССР в 1947 – 1950 гг., тыс. шт.⁶

Профиль коек	Численность коек, тыс. шт.	
	1947 г.	1950 г.
Общие	36,2	11,2
Терапевтические	9,6	26,3
Хирургические	8,8	19,4
Родильные	11,7	17
Инфекционные	13,8	16,4
Детские (неинфекционные)	2,4	7,8
Прочих специальностей	6,0	14,8

Одним из видов специализированной медицинской помощи стали проводимые в послевоенный период широкие лечебно-профилактические мероприятия в отношении заболевания туберкулезом. В этот период наблюдается быстрый рост сети противотуберкулезных учреждений. В целом по СССР к концу 1950 г. число больничных коек для соответствующих больных в сельской местности увеличилось в 7 раз, а число туберкулезных диспансеров, диспансерных туберкулезных отделений, кабинетов в больницах и поликлиниках – в 5 раз⁷.

В практику лечения туберкулеза внедряются антибактериальные препараты (стрептомицин, парааминосалициловая кислота (ПАСК), тибон и др.), производство которых было освоено советской промышленностью. Широко применялся лечебный искусственный пневмоторакс. Так, повторное наложение искусственного пневмоторакса проводилось в 63 районных и в 4 сельских участковых больницах Саратовской области⁸.

В то же время эффективность работы противотуберкулезных отделений здравоохранительных учреждений по выявлению туберкулеза на его ранней стадии осложняли такие причины,



как их недокомплект медицинским персоналом, обусловленный нехваткой соответствующих специалистов, а также недостаток рентгеноаппаратов и соответствующего лабораторного оснащения⁹.

Последствия Великой Отечественной войны способствовали некоторому росту численности венерических заболеваний в военные и первые послевоенные годы, что, в свою очередь, актуализировало принятие необходимых мер по их снижению. Последнему обстоятельству способствовало наличие специализированных учреждений и отделений лечебно-профилактической сети, посредством которых проводилась борьба с кожно-венерическими заболеваниями.

К 1952 г. непосредственно в сельской местности Саратовской области имелось 11 венерологических кабинетов при больнично-поликлинических объединениях в ряде районов области (Алгай, Дергачи, Татищево и т. д.). В остальных районах сельской местности, не имеющих таких кабинетов и не обеспеченных врачами-специалистами, лечебно-профилактическая помощь соответствующим больным и необходимые мероприятия по борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями проводились силами общемедицинской сети. В этих случаях из состава районных больниц назначались врачи, в задачу которых входило следить за проведением лечебно-профилактических мероприятий в отношении венерических заболеваний.

Больные из сельской местности, нуждающиеся в стационарном лечении, направлялись в областной и другие городские венерологические диспансеры. Однако даже в тех районных больницах, которые располагали специальными венерологическими кабинетами, для временной госпитализации кожно-венерических больных использовались койко-места в общих отделениях, что не могло не создавать угрозы заражения для остальных пациентов.

Своих лабораторий, физиотерапевтических и рентгеновских кабинетов у венерических кабинетов при районных больницах не имелось. Обслуживание таких больных проводилось другими лечебными учреждениями, оснащенными соответствующим оборудованием. Так, в районах сельской местности Саратовской области имелось 54 клинических и серологических лабораторий, проводящих диагностику кожных и венерических больных. Районы, не имеющие лабораторий, направляли больных в областной кожно-венерологический диспансер.

Кроме того, помощь со стороны последнего оказывалась путем выездов его врачей в сельские районы, а также через бюро заочной консультации. Однако остается вопрос: насколько значимыми в практическом отношении могли быть указанные виды помощи? Так, согласно архивным данным, в 1952 г. врачами облвендиспансера были сделаны выезды в 27 районов сельской

местности из 63 с общим пребыванием в 240 человеко-дней. Таким образом, более половины районов области оставались «обделенными вниманием» специалистов-венерологов, притом что даже без учета времени на дорогу средний срок их командировки составил менее одного дня. На этом фоне более существенными в обозначенном аспекте выглядели проводимые этим здравоохранительным учреждением лабораторные исследования присылаемых из сельских районов мазков чешуи, волос, а также сухой сыворотки.

В борьбу с венерическими и заразными кожными заболеваниями были вовлечены районные больницы, сельские врачебные участки и женские консультации, а также врачи детских учреждений, здравпунктов и санитарно-эпидемиологических станций. Однако если в городах периодически проводимые профилактические осмотры среди работников коммунально-бытовой сферы и учреждений были обычным явлением, то в сельской местности такая работа ограничивалась обследованием членов семьи больного и контактировавших с ним лиц, а также беременных женщин.

И, тем не менее, предпринимаемые здравоохранительными учреждениями меры по борьбе с кожно-венерическими заболеваниями давали свои результаты. Так, в 1952 г. наблюдалось снижение кожно-венерических заболеваний в сельских районах Саратовской области по сравнению с 1951 г. по сифилису – на 8%; по гонорее – на 14, по грибковым болезням волосистой части головы – на 6,1%¹⁰.

В 1945 г. был издан приказ Народного комиссариата здравоохранения СССР, знаменующий новый этап борьбы со злокачественными новообразованиями и мероприятий по выявлению ранних форм рака. С этого времени в числе главных задач здравоохранительной системы стало приближение специализированной онкологической помощи к населению путем развертывания соответствующих учреждений, в основу работы которых был положен диспансерный метод обслуживания больных. Однако, как свидетельствуют материалы Саратовской области, если в городах и рабочих поселках в проведении профилактических осмотров наряду с врачами общелечебной сети активное участие приняли врачи диспансеров и онкологических кабинетов, то в районах сельской местности специальных онкологических учреждений и врачей-специалистов не было. Лечебно-профилактическая помощь и необходимые мероприятия онкологическим больным проводились врачами общемедицинской сети. Широкая санитарно-просветительская работа среди сельского населения включала в себя чтение лекций, беседы, распространение брошюр, плакатов и других материалов, направленных на большую осведомленность населения с ранними проявлениями раковых заболеваний. Врачи выступали в клубах,



избах-читальнях, на радио и со страниц местных изданий. Однако главная трудность в диагностике раковых заболеваний заключалась в недостатке рентгеновских аппаратов – в лечебных заведениях 39 районов области их попросту не было. В связи с этим и другими обстоятельствами обращает на себя внимание крайне низкий процент выявляемых в ходе профилактических осмотров, проводимых в отношении сельского населения, онкологических больных. В 1952 г. по сельским районам Саратовской области он составил 0,07%¹¹. Данный факт дает основание сделать предположение о том, что в сложившихся условиях проводимые в отношении указанной категории населения обозначенные мероприятия далеко не всегда позволяли выявить раковые заболевания, особенно в их начальной стадии.

Что касается стационарной помощи онкологическим больным, то в сельских районных больницах специальных отделений не было, и она оказывалась за счет выделения койко-мест из общего их состава. Сложившаяся в послевоенные годы практика специализированного медицинского обслуживания показала, что чем меньше в сельских районах имелось учреждений и коек того или иного профиля, тем больше соответствующие учреждения и койки использовались сельским населением в городах. Не стала исключением в этом отношении и онкологическая помощь – как отмечалось выше, последняя оказывалась сельским жителям в диспансерах и специальных кабинетах лечебно-профилактических учреждений городов и рабочих поселков¹².

Активное вовлечение женщин в сферу сельскохозяйственного производства требовало от органов здравоохранения эффективной охраны материнства и младенчества, которая в значительной степени зависела от деятельности родовспомогательных учреждений.

В послевоенные годы акушерско-гинекологическая помощь в отношении тружениц российской деревни занимала важное место в системе советского здравоохранения. Осуществлялась она в основном восстанавливающейся и развивающейся сетью родильных домов, соответствующими отделениями районных и участковых больниц, а также колхозными родильными домами и фельдшерско-акушерскими пунктами. Численность последних, в том числе и за счет реорганизации сельских амбулаторий, особенно возрастала. В Саратовской области в 1952 г. она составила 768 против 434 в довоенном 1940 г.¹³ Это обстоятельство, несомненно, способствовало делу приближения к сельскому населению квалифицированной медицинской помощи в целом и охвату относительно качественным родовспоможением его женской части, которая в исследуемый период составляла едва ли не половину трудовых ресурсов российского села.

В исследуемый период фиксируется рост родильных коек в сельской местности, числен-

ность которых сильно сократилась за годы войны. Однако его темпы оставляли желать лучшего и в целом к началу 1950-х гг. едва ли покрывали потребности женской части населения российской деревни. Так, в 1952 г. в роддомах, отделениях районных больниц и участковых больницах Саратовской области была развернута 591 родильная койка при плане 616¹⁴.

Несмотря на то что койко-мест в лечебных учреждениях не всегда хватало, даже функционирующие не всегда были загружены на полную мощность. Данное обстоятельство касалось практически всех сельских здравоохранительных учреждений, но особенно недовыполнялся план по загруженности коек в роддомах и родильных отделениях сельских больниц. Отсутствии транспорта, бездорожье осложняло возможность своевременной госпитализации рожениц, вследствие чего процент проведенных на дому родов продолжал оставаться весьма высоким, а в тех местах, где были более или менее подходящие условия для госпитализации и проведения родов, койко-места работали с большой перегрузкой.

Одним из основных недостатков работы родовспомогательных учреждений, как и в случае с другими сельскими лечебными учреждениями, являлось их размещение в непригодных помещениях, не отвечающих основным санитарно-гигиеническим требованиям и отличающихся малой площадью и плохой оснащенностью твердым и мягким инвентарем. Периодически проводимый текущий ремонт несколько улучшал их санитарно-гигиеническое состояние, однако большинство сельских родучреждений нуждались в капитальном ремонте.

Во многих из них роженицы не обеспечивались достаточным количеством предусмотренного нормами Минздрава белья. Матрасы и подушки в большинстве родильных стационаров были изношенными. Не доставало и твердого инвентаря – мебели (смотровых кушеток, тумбочек, стульев), а также хозяйственной посуды (ведер, кастрюль, тазов) и т. д. Почти во всех родильных учреждениях ощущался недостаток медицинских инструментов и предметов ухода, а при организации в них операционных медперсонал сталкивался с нехваткой столиков для хирургического инструментария, автоклавов для стерилизации белья, другого специализированного медицинского оборудования и препаратов.

Особенно тяжелое положение с обеспеченностью медицинским оборудованием и необходимым инвентарем сложилось в колхозных родильных домах, которые в условиях разбросанности населенных пунктов имели важное значение в деле приближения стационарной акушерской помощи к сельским труженицам. В то же время, как свидетельствовали данные по Саратовской области, при проведении родов акушеры из колхозных роддомов пользовались



в основном акушерской сумкой, набор которой включал в себя некоторое количество инструментария, предметов ухода и перевязочного материала. Если летом работали почти все колхозные роддома, то зимой работала лишь небольшая их часть и то, как фельдшерско-акушерские пункты, так как они не были обеспечены достаточным количеством топлива из-за невыполнения колхозами своих финансовых обязательств перед районными отделами здравоохранения. Видимо, данное обстоятельство зачастую являлось основной, если не главной, причиной отсутствия в колхозных роддомах организованного питания, в то время как в родотделениях и роддомах сельской местности оно находилось на должном уровне. Все это ограничивало возможности родовспомогательных заведений охватить стационарной помощью тружениц российской деревни, с одной стороны, и сокращало срок их пребывания в роддомах и соответствующих отделениях – с другой. Так, в 1952 г. в Саратовской области при охвате квалифицированным родовспоможением на селе практически всех рожениц, в колхозах было госпитализировано 58,2%, а в целом стационарным родовспоможением на селе было обслужено 85,5% всех рожениц. При этом план сельскими родовспомогательными учреждениями по проведению койко-дней был выполнен на 87,6%¹⁵. Интересно будет отметить то обстоятельство, что Саратовская область в этом плане находилась не в худшем положении – в целом по стране даже к середине 1950-х гг. охват сельских тружениц родовспоможением еще не достигал 100%¹⁶.

Серьезным препятствием на пути внедрения квалифицированной медицинской помощи при родах в сельских местностях был недостаток медицинских кадров. Притом что к концу 1952 г. в районах Саратовской области работало 44 врача, занимавших должности акушера-гинеколога, 859 акушерок и 54 патронажных сестры, в двенадцати районах области должности акушера-гинеколога занимали врачи общей практики, а в восьми акушеров вообще не было, что считалось недопустимым явлением даже в условиях послевоенного лихолетья. Недостаток квалифицированных врачей не могла покрыть и удовлетворительная работа санитарной авиации с систематическими выездами специалистов по первому же требованию районных и участковых больниц для оказания экстренной помощи при родах.

В целях повышения квалификации сельских врачей проводились специальные областные совещания, посвященные вопросам борьбы с токсикозами при беременности, затяжными родами, мертворождаемостью, родовым травматизмом и т. д. Согласно приказу Минздрава СССР была организована прерывистая подготовка в 5 межрайонных базах, которая предусматривала повышение квалификации врачей путем самосто-

ятельной работы над усвоением руководства по акушерству и гинекологии и получение практических навыков при периодических 3-дневных выездах на межрайонную базу. Для проведения занятий на межрайонные базы выезжали ассистенты акушерско-гинекологической клиники Саратовского медицинского института, при лечебном факультете которого проводились специальные курсы для врачей из сельских больниц. Средний медперсонал родовспомогательных учреждений специализировался на базе межрайонных больниц. В том же году, например, свою квалификацию повысили 150 акушерок из сельской местности, а 734 человека прошли аттестацию.

Однако условия работы сельских врачей зачастую не позволяли им выезжать на подготовку, кроме того, далеко не всегда была возможность выделить средства на оплату командировочных расходов из скудного бюджета сельских медучреждений. Недостаток медперсонала на местах обуславливал невозможность в ряде случаев обеспечивать замену врачей в случае их отъезда на курсы. В числе основных причин, препятствующих прохождению сельскими врачами курсов повышения квалификации, была и такая, как отсутствие мест в общежитиях при медицинском институте в г. Саратове.

Недостаток опытного и квалифицированного медперсонала в сельских здравоохранительных учреждениях приводил к ряду серьезных методических ошибок при родовспоможении и обуславливал случаи затянувшихся родов без их надлежащей и своевременной стимуляции, что, в свою очередь, вело к случаям материнской смертности, недоношенности, а также мертворождаемости. В 1952 г. указанные показатели по сельским районам Саратовской области составили 0,09%, 2% и 1,5% соответственно. Данные явления имели место главным образом в тех учреждениях, где роды проводились врачами без специальной акушерской подготовки. Самой большой проблемой было отсутствие хирургического опыта у сельских акушеров, что нередко требовало привлечения соответствующих специалистов для проведения родов путем кесарева сечения и других операций¹⁷.

Обращает на себя внимание рост абортот на селе в начале 1950-х гг., более 30% которых относились к разряду криминальных, т. е. совершенных без надлежащих медицинских показателей, которые свидетельствовали бы об угрозе жизни и здоровью женщины в случае разрешения от бремени. Можно сделать вывод о том, что тяжелые условия труда и быта сельских тружениц, с одной стороны, приводили к такому ухудшению их здоровья, в результате которого они не могли выполнять свои репродуктивные функции без угрозы для собственной жизни. С другой стороны, неразвитость социокультурной сферы села, бесперспективность тяжелого труда в условиях неэквивалентного изъятия ресурсов



из колхозной деревни и в целом непрестижность социального статуса жителя российской глубинки побуждали юных девушек и молодых женщин прибегать к криминальным абортам в случае нежелательной беременности, которая могла стать серьезным препятствием для миграции в город через брак, устройство на фабрику, завод и т. д.

Определенную нишу в деле медицинского обслуживания сельского населения занимала стоматологическая помощь. К 1952 г. данный вид медицинской помощи населению Саратовской области оказывался в основном зубными врачами и частично стоматологами в 29 городских и районных больницах городов, 27 зубных кабинетах рабочих поселков, 39 райбольницах сельской местности, 49 зубных кабинетов сельских участковых больниц, в четырех зубных кабинетах сельских необъединенных врачебных амбулаториях. Кроме того, соответствующая помощь оказывалась больным в зубоучастковой школе.

Одной из специфических черт стоматологической помощи в исследуемый период было то обстоятельство, что в довольно заметной своей части, в том числе и для жителей российской глубинки, она оказывалась на платной основе. В том же году в области имелось 36 «хозрасчетных» зубных кабинетов, девятнадцать из которых располагались в городах и рабочих поселках и семнадцать – в сельской местности.

Стоматологическая помощь осуществлялась в основном амбулаторно. Если соответствующие больные нуждались в операциях, то они проводились в хирургических отделениях тех районов и городов, где имелись стоматологи. Однако специализированного коечного фонда для стоматологических больных не имелось.

В обозначенном нами аспекте важным будет отметить тот факт, что к началу 1950-х гг. в рамках оказания стоматологической помощи населению проводились профилактические осмотры. В 1952 г. в зубных кабинетах сельской местности Саратовской области профилактически было осмотрено 50 894 чел., городов и рабочих поселков – 61376 чел.¹⁸ Согласно располагаемым нами данным, в 1951 г. численность сельского населения области составляла 948 тыс. человек¹⁹. Учитывая несущественные изменения данного показателя в следующем году и даже прием некоторой части сельского населения зубоучастковыми кабинетами городов и рабочих поселков, можно сделать вывод о том, что в начале 1950-х гг. такими профилактическими осмотрами в области было охвачено лишь 5–7% её деревенских жителей. Однако даже этот скромный показатель свидетельствовал о приближении стоматологической помощи к населению российской глубинки.

Вместе с тем не все сельские участки были укомплектованы зубными врачами. Несмотря на наличие протезистов при зубопротезных каби-

нетах, количество и качество последних, равно как и протезных лабораторий, не удовлетворяло потребности населения в этом виде специализированной медицинской помощи. В большинстве сельских районов оснащение зубных кабинетов и протезных лабораторий специальным оборудованием, электромоторами и другой аппаратурой оставляло желать много лучшего, однако наиболее остро стояла проблема с обеспечением их зубоучастковой сети специальными медикаментами и протезными материалами²⁰.

Таким образом, как показывает исторический анализ, к началу 1950-х гг. население саратовской деревни начинает охватываться основными видами специализированной медицинской помощи, которая ему оказывалась как сельскими, так и городскими здравоохранительными учреждениями. Вместе с тем в силу нехватки врачей, слабости материальной базы сельских здравоохранительных учреждений, разбросанности населенных пунктов и ряда других факторов охват сельского населения специализированными видами медицинской помощи оставлял желать лучшего. Данное обстоятельство нашло свое выражение в низких показателях выявляемых онкологических больных, относительно небольшом проценте сельских жителей, охваченных профилактическими осмотрами в рамках того или иного вида специализированного медобслуживания. А главное, в том, что зачастую специализированное медицинское обслуживание на селе осуществлялось врачами общемедицинской сети без специальной подготовки.

Как свидетельствует практический опыт деятельности сельских здравоохранительных учреждений, эффективное решение проблем последних в значительной степени зависит от целенаправленной политики государства и его комплексного подхода в деле укрепления материально-технической базы и кадрового состава лечебно-профилактической сети.

Примечания

- ¹ См.: Волков И. М. Трудовой подвиг советского крестьянства в послевоенные годы. Колхозы СССР в 1946–1950 гг. М., 1972; Романченко В. Я. Деятельность КПСС по повышению эффективности и качества труда в совхозах. Саратов, 1985; Кузнецова Н. В., Иващенко Г. С. Проблемы медицинского обслуживания сельского населения Нижнего Поволжья в первые послевоенные годы (1945–1948) // Власть. 2012. № 4. С. 122–125; Ищенко Ю. В. Медицинское обслуживание трудовых ресурсов российской деревни во второй половине 1940-х – начале 1950-х гг. На материалах Саратовской области // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. История. Международные отношения. 2017. Т. 17, вып. 1. С. 140–147; Фирсова Л. И. Проблемы финансирования развития регионального здравоохранения // Регион: системы, экономика, управление. 2015. № 3 (30). С. 123–128. и др.



- ² Подсчитано по: Областное государственное учреждение «Государственный архив новейшей истории Саратовской области» (далее – ОГУ ГАНИСО). Ф. 594. Оп. 2. Д. 2936. Л. 274–277.
- ³ См.: *Ищенко Ю. В.* Развитие производительных сил села в послевоенный период: середина 1940-х – начало 1950-х гг. (На материалах Саратовской и Сталинградской областей) : дис. ... канд. ист. наук. Саратов, 2011. С. 102.
- ⁴ См.: 70 лет советского здравоохранения : 1917–1987 гг. / под ред. Е. И. Чазова. М., 1987. С. 57 ; *Трофимов В. В.* Здравоохранение в Российской Федерации за 50 лет. М., 1967. С. 58.
- ⁵ Областное государственное учреждение «Государственный архив Саратовской области» (далее – ОГУ ГАСО). Ф. Р-2302 (Отдел здравоохранения Саратовского областного исполнительного комитета Совета депутатов трудящихся). Оп. 5. Д. 19. Л. 5, 16 а.
- ⁶ См.: Сорок лет советского здравоохранения. К 40-летию Великой Октябрьской социалистической революции. 1917–1957 / гл. ред. М. Д. Ковригина. М., 1957. С. 208.
- ⁷ Там же. С. 214.
- ⁸ ОГУ ГАСО. Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 19. Л. 166, 168.
- ⁹ Там же.
- ¹⁰ Там же. Л. 174–177.
- ¹¹ Там же. Л. 178–181.
- ¹² Там же. Л. 177.
- ¹³ Там же. Л. 242.
- ¹⁴ Там же. Л. 118.
- ¹⁵ Там же. Л. 119.
- ¹⁶ См.: Сорок лет советского здравоохранения ... С. 251.
- ¹⁷ ОГУ ГАСО. Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 19. Л. 125.
- ¹⁸ Там же. Л. 78–79.
- ¹⁹ См.: Народное хозяйство Саратовской области : (Краткий стат. сб.). Саратов, 1987. С. 3.
- ²⁰ ОГУ ГАСО. Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 19. Л. 81.

Образец для цитирования:

Ищенко Ю. В. Специализированная медицина в селах Саратовской области во второй половине 1940-х – начале 1950-х годов // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. История. Международные отношения. 2019. Т. 19, вып. 1. С. 122–128. DOI: <https://doi.org/10.18500/1819-4907-2019-19-1-122-128>

Cite this article as:

Ishchenko Yu. V. Specialized Medicine in the Villages of the Saratov Region in the Second Half of the 1940s – Early 1950s. *Izv. Saratov Univ. (N. S.), Ser: History. International Relations*, 2019, vol. 19, iss. 1, pp. 122–128 (in Russian). DOI: <https://doi.org/10.18500/1819-4907-2019-19-1-122-128>