

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М.В. ЛОМОНОСОВА
Исторический факультет

На правах рукописи

Абянова Адиля Наримановна
Формирование советской системы здравоохранения в
1917–1936 годах

Специальность 5.6.1. Отечественная история

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата исторических наук

Научный руководитель:
к.и.н. А.В. Хорошева

Москва – 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Глава 1. Структура советской системы здравоохранения	34
1.1. Создание Народного комиссариата здравоохранения РСФСР	34
1.2. Санитарное законодательство	51
1.3. Лечебное дело	63
1.4. Внебольничная помощь	75
1.5. Сельская медицина	84
Глава II. Основные направления деятельности советской системы здравоохранения	98
2.1. Постановка санитарно-эпидемиологического дела	98
2.2. Туберкулез	126
2.3. Венерические заболевания	136
2.4. Санитарно-просветительская работа	143
2.5. Создание института охраны материнства и младенчества	157
2.6. Создание системы охраны здоровья детей и подростков	178
2.7. Военная медицина	194
2.8. Санаторно-курортное строительство	214
2.9. Система медицинского образования	232
Заключение	248
Библиография	253
Литература	257

Введение

Научная значимость и актуальность темы исследования. Создание советской системы здравоохранения было начато в крайне тяжелых условиях. На развитие данной сферы влияли идеологические установки. В рамках построения общества на принципах социальной справедливости предполагалось изменить самого человека, повысив его культурный уровень. По мнению Н.А. Семашко, воспитание сознательного отношения человека к своему здоровью – одна из важнейших составляющих культурной революции ¹. Новая система здравоохранения создавалась в соответствии с идеями «социальной медицины», для которой характерна взаимосвязь между болезнями человека и социально-бытовой средой. В перспективе предполагалось обеспечить все условия для того, чтобы свести к минимуму болезни.

В изучаемый период деятельность органов здравоохранения была посвящена решению ряда проблем: преодолению последствий военного времени, борьбе и предупреждению эпидемических и социальных заболеваний, созданию широкой сети лечебных и санаторно-курортных учреждений, становлению институтов охраны материнства и младенчества, а также системы охраны здоровья детей и подростков, воплощению на практике главных составляющих советской системы здравоохранения – принципов централизации и бесплатности, а самое главное – внедрению профилактического метода во все отрасли медицинского дела. К созданию новой системы здравоохранения приступили в условиях саботажа части медицинской общественности, сформировавшейся в дореволюционный период. Потребовался длительный период для ликвидации прежней системы здравоохранения и создания Народного комиссариата здравоохранения РСФСР. В результате были созданы система предоставления медицинской помощи различным категориям

¹ Семашко Н.А. Физическая культура, а не только физические упражнения // Известия физической культуры. 1924. № 2. С. 3.

населения, широкая сеть лечебных учреждений по борьбе с эпидемиями и охране здоровья и труда женщин и детей.

Объект и предмет исследования. Объектом исследования выступает советская система здравоохранения в конце 1917 – 1936 гг. Предметом – процесс её становления и развития, включающий решения и мероприятия советской власти, сотрудничество и взаимодействие различных советских ведомств по вопросам обеспечения охраны здоровья населения, а также итоги деятельности органов здравоохранения на практике.

Хронологические рамки исследования охватывают период с октября 1917 г. по конец 1936 г. Нижняя хронологическая граница связана с установлением власти большевиков в России и проведением первых мероприятий в деле создания советской системы здравоохранения, верхняя – с созданием Народного комиссариата здравоохранения СССР и учреждением отдельных комиссариатов здравоохранения в союзных республиках.

Территориальные границы исследования ограничены пределами Советского государства в 1917–1936 гг. с учетом изменений административно-территориального устройства страны.

Цель и задачи исследования. Цель исследования заключается в реконструкции процесса создания новой системы здравоохранения и рассмотрении динамики её развития в Советском государстве в 1917–1936 гг. Достижение поставленной цели обеспечивается через решение следующих исследовательских задач:

- выявить предпосылки к созданию новой системы здравоохранения;
- изучить основные этапы создания и развития советской системы здравоохранения в рассматриваемый период;
- проанализировать деятельность ведомств, в ведении которых находились различные вопросы медицинского дела до создания Наркомздрава РСФСР;
- реконструировать процесс создания Наркомздрава РСФСР;
- рассмотреть деятельность Наркомздрава РСФСР как центра советской системы здравоохранения;

- определить роль местных органов охраны здоровья в обеспечении медицинского обслуживания населения;
- изучить основные направления деятельности советской системы здравоохранения и конкретные результаты, достигнутые в рамках этих направлений (курортное дело, охрана материнства и детства и т.д.);
- реконструировать механизмы взаимодействия центрального Наркомздрава и местных органов, выявить степень выполнения распоряжений и инструкций на местах.

Методологическую основу диссертации составили основные ключевые принципы исторического исследования – историзма и объективности.

В работе были использованы историко-описательный, историко-сравнительный методы, системный, ценностный и институциональный подходы.

Историко-описательный метод сводится к последовательному обозначению перемен в деле создания и развития советской модели здравоохранения. Этот метод определяет периодизацию создания советской системы здравоохранения. Представляемая периодизация имеет три этапа. Первый этап – 1917–1922 гг.: борьба с распространением эпидемий и начало оформления системы медицинских учреждений. Второй этап – 1922–1927 гг.: распространение модели здравоохранения РСФСР на все союзные республики при сохранении управления из центра. Третий этап – 1928–1936 гг.: улучшение организации медицинского дела в сельской местности и его дальнейшее развитие в соответствии с нормативами пятилетних планов здравоохранения.

Сравнительно-описательный метод предполагает сопоставление событий, явлений, процессов, а также наблюдение за сохранением или изменением сходств, которые они претерпели в течение своего развития. Политика советского руководства в сфере здравоохранения на протяжении исследуемого периода испытала существенные трансформации, которые отразились на методах финансирования и поддержке сферы здравоохранения.

Историко-типологический метод предполагает группирование фактов путем определения их общих и особенных характеристик. Работа центральных

органов здравоохранения обладала ощутимыми отличиями от работы местных здравотделов. Близость к советскому руководству во многом облегчала финансирование, что выражалось в создании показательных медицинских учреждений, проведении сопутствующих мероприятий.

Системный подход позволяет выделить частные вопросы в пространстве общих проблем. Применительно к изучению советской модели здравоохранения значение данного метода заключается в том, что с его помощью можно проследить зависимость содержания и характера мероприятий, проводимых советским руководством.

При написании диссертации использовались также еще два подхода – ценностный и институциональный. Ценностный подход позволяет определить мотивацию и цели, преследуемые советским руководством в деле создания новой модели здравоохранения. Институциональный подход всегда используется при изучении организованных структур, обладающих формализацией.

Степень изученности темы. В отечественной историографии как советского, так и постсоветского периода вопрос создания советской модели здравоохранения не получил системного освещения. При этом нельзя сказать, что вопросы советской системы здравоохранения не изучались исследователями. Еще в советский период были опубликованы труды, в которых рассматривались различные направления деятельности Советского государства в области здравоохранения, но они были написаны с точки зрения медицинской науки и в большей степени носили теоретический характер, не отражая конкретно-исторических проблем функционирования системы охраны здоровья в рассматриваемый нами период².

Характерной чертой советской историографии вопроса является идеологическая ангажированность, при которой достижения советского

² История медицины СССР / под. ред. проф. Б.Д. Петрова. М., 1964; Итоги и перспективы исследований по истории медицины / под общ. ред. проф. М.И. Барсукова. Кишинев, 1973. и др.

здравоохранения характеризуются излишне ярко, а трудности и противоречия выводятся за скобки³. К примеру, в труде Е.П. Радина, посвященном проблеме охраны здоровья детей и подростков, политика советской власти изображается как триумф на пути построения социалистического общества. При этом автор старался не затрагивать насущных проблем, существовавших в детской и молодежной среде в начале 1920-х гг., таких как детская беспризорность и проституция, распространившиеся на фоне гражданской войны и масштабного экономического кризиса, а также вызванные ими голод и переполненность учреждений закрытого типа для детей⁴.

Помимо идеологической окраски, трудам советских исследователей свойственна описательность и отсутствие критической оценки проводимых государством мероприятий. Примером тому служат юбилейные сборники, публиковавшиеся к круглым датам советской системы здравоохранения. Они содержат важные статистические сведения о динамике развития советской системы охраны здоровья, подводят некоторые итоги ее развития. В них уделялось некоторое внимание недостаткам системы, но в большей степени они характеризовались как объективные трудности, никакой критики в адрес государства не допускалось⁵. Наиболее содержательно рассматриваемый нами период рассматривается в сборниках, приуроченным к первому году существования советского здравоохранения, а также его 5- и 25-летию. Для более поздних изданий характерен акцент на системе медицинского обслуживания в годы Великой Отечественной войны. Эта тенденция

³ *Радин Е.П.* Что делает советская власть для охраны здоровья детей. Вятка, 1921; *Василевский Л.В.* Половой вопрос. Проституция и рабочая молодежь: социально-гигиенический очерк. М., 1924; 15 лет социалистического здравоохранения. 1918–1933 / Отв. ред. Р.Е. Абрамович. Смоленск, 1933; *Нестеренко А.И.* Вопросы здравоохранения и военной медицины в документах Коммунистической партии и Советского правительства (1917–1921 гг.). М., 1953 и др.

⁴ *Радин Е.П.* Указ. соч.

⁵ Год работы Народного комиссариата здравоохранения. 1918–1919 гг. М., 1919; Пять лет советской медицины. 1918–1923. Пг., 1923; Двадцать пять лет советского здравоохранения. (1918–1943) / под ред. Г.А. Митерева. М., 1944; Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956). М., 1957; 50 лет советского здравоохранения. 1917–1967 / под ред. Б.В. Петровского. М., 1967.

прослеживается и на современном этапе изучения истории советского здравоохранения.

Помимо тематических сборников, публиковались труды выдающихся советских медицинских деятелей. В первую очередь следует выделить труд А.И. Нестеренко, который посвящен процессу создания Народного комиссариата здравоохранения РСФСР. Автор обращается к истокам каждой из основных областей здравоохранения, объединенных в составе Наркомздрава в момент его создания. Во второй главе А.И. Нестеренко рассматривает процесс создания системы сельской медицины, подробно останавливаясь на трудностях, в особенности финансовых, возникавших на пути советского руководства в деле создания равномерной сети медицинских учреждений⁶.

Таким образом, советский этап развития историографии вопроса характеризуется преимущественно «ведомственным» характером изучения темы. В рамках этого направления удалось обобщить ценный статистический материал, создать базу для дальнейшего изучения истории здравоохранения историками. Негативными чертами рассмотренного историографического этапа являются описательность, стремление скрыть негативные явления в развитии системы охраны здоровья, отсутствие конкретно-исторического подхода к ее описанию.

В постсоветский период медико-научный характер истории советской медицины сохранился. Кроме того, получило развитие изучение правовых аспектов функционирования советской системы здравоохранения⁷.

⁶ *Нестеренко А.И.* Как был образован Народный комиссариат здравоохранения РСФСР. М., 1965.

⁷ *Голубев А.А.* Центральные органы государственного управления здравоохранения РСФСР в октябре 1917 – первой половине 1918 г. // Вестник Московского университета. Серия 11. Право. 2009. № 4. С. 94–103; *Его же.* Правовое регулирование подготовки врачебного персонала в РСФСР в 1917–1941 гг. // Вестник Московского университета. Серия 11. Право. 2010. № 3. С. 106–113; *Давыдова Т.В.* Советское законодательство о здравоохранении (1917–1941 гг.): историко-правовой аспект // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2015. Т. 20. № 11(151). С. 79–85 и др.

Освоение проблематики начато и историками, в частности, в вопросах возникновения военной ⁸ и ведомственной медицины. При ее изучении исследователи зачастую сталкиваются с недоступностью архивных фондов, находящихся на хранении в соответствующих ведомствах. В связи с этим вызывает большой интерес коллективная монография «Медицина и власть в России» ⁹, в которой детально освещены создание Управления санитарного надзора Кремля (с 1928 г. Лечебно-санитарное управление Кремля) и его подведомственных структур (Кремлевская больница, амбулатория, аптека и др.), а также рассмотрено развитие сети санаторно-курортных учреждений для членов высшего партийного руководства. Опираясь на ранее недоступные архивные материалы, авторы монографии пришли к выводу, что именно система ведомственной медицины, которую следует рассматривать в качестве «флагманской», задавала основные векторы развития всей системе советского здравоохранения¹⁰.

Большинство работ, в которых рассматривается деятельность Наркомздрава, являются небольшими статьями в научных журналах или сборниках. Эти публикации характеризует тематическая узость, в них затрагивается лишь определенная сфера советской системы здравоохранения, которые не включаются в общий контекст эволюции системы в 1920–1930-е гг. Значительная их часть посвящена проблеме создания института охраны материнства и младенчества, санаторно-курортному строительству и борьбе с острозаразными заболеваниями.

Работе советских ведомств в области здравоохранения до создания Наркомздрава, процессу создания главного медицинского органа республики, его структуре и организации посвящена статья А.А. Голубева «Центральные органы государственного управления здравоохранения РСФСР в октябре 1917 –

⁸ *Гладких П.Ф.* Российская военная медицина в первые годы Советской власти // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2017. № 3. С. 5–17.

⁹ *Девятков С.В., Жиляев В.И., Зимин И.В., Кайкова О.К., Невежин В.А.* Медицина и власть в России. Лечебно-санитарное управление Кремля. М., 2024.

¹⁰ Там же. С. 67.

первой половине 1918 гг.». В ней с историко-юридических позиций рассматривается поэтапный процесс создания органов здравоохранения, включая медицинские коллегии при народных комиссариатах, Совет врачебных коллегий и Наркомздрав, а также их законодательное творчество, направленное на создание системы охраны труда и здоровья советских граждан¹¹. Рассматриваемая статья носит в большей степени описательный характер, в ней практически отсутствует анализ декретов и других документов советского руководства в области здравоохранения. Законотворческая деятельность советских органов здравоохранения также подробно описана в статье Т.В. Давыдовой «Советское законодательство о здравоохранении (1917–1941 гг.)». Автор не только оценивает законодательные акты, принятые в области здравоохранения, как фундамент для современной модели здравоохранения, но также с юридической точки зрения рассматривает причины упрощения структуры Наркомздрава с середины 1920-х гг.¹²

В статье Р.У. Хабриева, И.В. Егорышевой, Е.В. Шерстенева «Николай Александрович Семашко – первый народный комиссар здравоохранения России» подробно охарактеризована роль Н.А. Семашко в оформлении системы советского здравоохранения, в том числе и создании Наркомздрава, а также рассматриваются его вклад в создание сети профилактических и научных учреждений¹³.

Истории создания Наркомздрава РСФСР посвящена статья К.В. Богатыревой «Деятельность З.П. Соловьева в системе здравоохранения Советской России в 1918–1927 гг.»¹⁴. Автор описал роль З.П. Соловьева, первого

¹¹ Голубев А.А. Центральные органы государственного управления...

¹² Давыдова Т.В. Указ соч.

¹³ Хабриев Р.У., Егорышева И.В., Шерстенева Е.В. Николай Александрович Семашко – первый народный комиссар здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. №26 (3). С. 164–168.

¹⁴ Богатырева К.В. Деятельность З.П. Соловьева в системе здравоохранения Советской России в 1918–1927 гг. // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2016. № 12(74). С. 28–32.

заместителя Н.А. Семашко, в создании Наркомздрава. Именно положения проекта З.П. Соловьева были взяты за основу при создании нового наркомата.

Поэтапное создание сети медицинских учреждений и других смежных ведомств (комиссий, инспекций и др.) освещено в статье И.П. Ковалевой «Развитие здравоохранения России: исторический аспект»¹⁵. В работе дается исторический контекст создания самых массовых и распространенных ведомств и организаций в рамках советской системы здравоохранения, а также описывается их значимость.

Оформление института охраны материнства и детства, включавшего сеть медицинских и воспитательно-вспомогательных учреждений, освещено в отечественной историографии лучшего всего. На наш взгляд, это связано с возникновением интереса к гендерной истории с конца 1990-х гг. В статье М.В. Васехи рассматриваются подготовка и процесс создания отдела охраны материнства и младенчества, его деятельность в составе Наркомата государственного призрения, а впоследствии и в составе Наркомздрава¹⁶. Автор вводит термин «матери нового советского типа», который в дальнейшем будет использоваться для изучения гендерной политики советского государства. Вводя данный термин, автор хотела подчеркнуть роль идеологии и санитарно-просветительской работы в области здравоохранения. Помимо этого, исследователь также рассматривает деятельность основных лечебных учреждений, предназначенных для оказания помощи беременным, матерям и детям, а также освещает недостатки в их работе.

В изучаемый период в состав отдела по охране материнства и младенчества относились все медицинские учреждения, обслуживающие женщин и детей, которые, в свою очередь подразделялись на три группы. В работе «Реализация государственных мероприятий в области охраны

¹⁵ Ковалева И.П. Развитие здравоохранения России: исторический аспект // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2015. № 31. С. 125–131.

¹⁶ Васеха М.В. Политика охраны материнства и младенчества 1920-х гг. и «конструирование» матерей нового типа: опыт сибирской деревни // Женщина в российском обществе. 2019. № 2. С. 107–119.

материнства и младенчества в 1920-е годы...» А.Я. Тарасюк рассмотрены основные учреждения, составляющие каждую из групп¹⁷. Также в статье проанализированы мероприятия, проводимые советской властью для «эмансипации» женщин путем ведения агитации через женотделы¹⁸. В данной статье прослеживается симпатия авторам к идеям советских феминисток Н.К. Крупской, И. Арманд и др., что снижает ее научную объективность.

Процесс централизации системы детского здравоохранения в составе Наркомздрава и разграничение его полномочий с другими ведомствами описан в статье Н.А. Береговской «Правовая политика по охране здоровья детей в первые годы советской власти...»¹⁹. Автор рассмотрела с точки зрения юриспруденции процесс создания различных органов, в компетенцию которых входили вопросы по охране детского здоровья, а также раскрыла суть государственно-правовой политики в этом направлении. Недостатком исследования является то, что в поле зрения исследователя попали только те мероприятия, которые проводились на центральном уровне, тогда как вопрос о реализации этих мероприятий на периферии рассмотрен не был.

В ряде статей рассматривалась государственно-правовая политика в области охраны здоровья и труда беременных и матерей. Например, в статье А.Н. Федорова «Охрана материнства и младенчества в Советской России в годы Революции и Гражданской войны...» описан процесс начала формирования советского законодательства в области охраны женского труда²⁰. В свою очередь, В.В. Чвыкалов в статье «Гендерная политика советского государства в социальной сфере в целях защиты прав женщин» с юридической точки зрения рассматривает правовое положение женщин. Автор отмечает, что в области

¹⁷ Тарасюк А.Я. Реализации государственных мероприятий в области охраны материнства и младенчества в 1920-е годы (на материалах Зауралья) // Вестник Челябинского государственного университета. 2011. № 1 (216). С. 55–60.

¹⁸ Там же. С. 56.

¹⁹ Береговская Н.А. Правовая политика по охране здоровья детей в первые годы Советской власти (голод в Поволжье 1921–1922 годов) // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2012. №1 (83). С. 36–41.

²⁰ Федоров А.Н. Охрана материнства и детства в Советской России в условиях Революции и Гражданской войны (1917–1920 гг.) // Научные ведомости. 2009. №9 (64). С. 175–182.

охраны труда и здоровья матерей было сделано больше, чем в области охраны отцовства. Однако принятия ряда законодательных актов оказалось недостаточно для преодоления полового неравенства в социальном аспекте²¹.

В статье «Система государственного управления сферой охраны детства в 1920–1935 гг.» А.В. Чебаковской рассмотрена система воспитательных, образовательных и лечебных учреждений, в особенности закрытого типа, которая создавалась для беспризорных или детей с отклонениями в развитии. Автор подчеркивает, что создание подобных учреждений диктовалось необходимостью вовлечь вышеперечисленные категории детей в систему социальных отношений и привлечь их к трудовой деятельности по мере возможности. Достоинством данной статьи следует считать рассмотрение деятельности отдельных учреждений и их «эволюцию» по мере оформления системы здравоохранения²².

Особое значение в деле развития детской лечебной медицины стало создание Государственного научного института охраны материнства и младенчества, руководящим работникам которого посвящен ряд статей, в которых в том числе рассматривается и история ГНИОММ²³.

Деятельность Наркомздрава по развитию санаторно-курортного дела также достаточно полно освещена в отечественной историографии. В статье «Работа Наркомздрава РСФСР и Н.А. Семашко по организации санаторно-курортной помощи населению...» рассмотрены основные этапы и законодательные акты в области курортного строительства, а также приведены статистические данные, которые свидетельствуют об эффективности мер,

²¹ Чвыкалов В.В. Гендерная политика советского государства в социальной сфере в целях защиты прав женщин // Юристъ-правоведь. 2011. № 3. С. 74–78.

²² Чебаковская А.В. Система государственного управления сферой охраны детства в 1920–1935 гг. // Петербургский исторический журнал. 2018. № 2. С. 80–96.

²³ Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Шер С.А. Вера Павловна Лебедева – организатор Института охраны материнства и младенчества // Педиатрия и фармакология. 2013. Т. 10. № 2. С. 6–9; Ладодо К.С. Воспоминания об Александре Ивановне Доброхотовой // Вопросы современной педиатрии. 2010. Т. 9. № 4. С. 171–172.

предпринимаемых советским руководством²⁴. Оформление государственно-правовых отношений в области санаторно-курортного строительства рассмотрены в статье «Правовое регулирования курортного дела»²⁵.

В работе Е.И. Антиповой «Организация санаторно-курортного дела органами социального страхования в период НЭПа» подробно обоснованы причины необходимости расширения сети курортов. Также в статье дается описание процедуре получения или покупки путевки на курорты общегосударственного и местного значений, а также рассматриваются вопросы содержания, снабжения и внутреннего устройства курортов²⁶.

Немало работ советских и современных исследователей посвящено проблеме состояния здоровья советских граждан. Интерес к этой теме объясняется тяжелым наследием, доставшимся со времен Российской империи, постоянными эпидемиями, которые зачастую перерастали в пандемии из-за низкого уровня санитарной культуры. Отсутствие санитарного законодательства в области охраны труда и здоровья рабочих стало главной причиной массового распространения социальных, в том числе и профессиональных заболеваний.

Одной из важнейших работ по этой теме является статья Б.Б. Прохорова и И.В. Горшкова «Кризисы общественного здоровья в России и СССР в XX веке». Авторы отстаивают точку зрения, что на 1914–1923 гг. выпадет один из пиков кризиса здоровья населения, который включает не только последствия эпидемий и профессиональных заболеваний, но и людские потери в военное время²⁷. В работе приводятся важные статистические данные об уровне заболеваемости на территории Советской республики. Но мероприятия советской власти в данной

²⁴ Морозов А.В. Работа Наркомздрава РСФСР и Н.А. Семашко по организации санаторно-курортной помощи населению в первые годы советской власти // Вестник новых медицинских технологий. 2016. Т. 23. № 4. С. 246–250.

²⁵ Ильин М.В., Хланов А.Л., Перишина Н.К. Правовое регулирование курортного дела (историко-правовой анализ) // Организация здравоохранения. 2012. Т. 17. № 1. С. 5–9.

²⁶ Антипова Е.И. Организация санаторно-курортного дела органами социального страхования в период НЭПа (на материалах Уральской губернии) // Социум и власть. 2012. № 3(35). С. 113–116.

²⁷ Прохоров Б.Б., Горшкова И.В. Кризисы общественного здоровья в России и СССР в XX веке // Мир России. 1999. № 4. С. 125–137.

сфере никак не рассматриваются и не анализируются, что свидетельствует о теоретическом характере статьи.

Особое внимание в литературе уделено проблеме борьбы с социальными болезнями, лидирующие позиции среди которых занимали туберкулез, алкоголизм и венерические заболевания. В большинстве исследований рассмотрена или организация здравоохранительной системы местного уровня в деле борьбы с заболеваниями, или же борьба с конкретным заболеванием на территории всей республики. Так, в статье «Организация противотуберкулезной помощи в России» определены основные принципы и этапы борьбы с заболеванием. В работе описана структура здравоохранительных органов (секции, институты и др.), наиболее важные постановления советского руководства по оказанию лечебной и социальной помощи заболевшим, проведения различного рода кампаний. Особое внимание уделяется организации работы диспансеров как главных противотуберкулезных лечебных заведений²⁸.

Особый интерес для настоящего исследования в области изучения физического воспитания не только советской молодежи, но и всего населения представляют работы А.В. Хорошевой²⁹. В статьях историка отмечается приверженность советской системы здравоохранения профилактическому методу, который включал в себя физическое воспитание советских граждан различными способами: для детей дошкольного возраста – создание спортивных площадок, для школьников – включение уроков физической культуры в учебный план, для молодежи и старшего поколения – физкультурное движение³⁰. Статьи А.В. Хорошевой помогают сформировать представление не только по вопросу

²⁸ Скачкова Е.И., Нечаева О.Б., Пунга В.В. Организация противотуберкулезной помощи в России // Социальные аспекты здоровья населения. 2008. Т. 6. № 2.

²⁹ Хорошева А.В. «В здоровом теле – здоровый дух!» Концепция естественного оздоровления населения Н.А. Семашко и культурная революция // Российская история. 2022. № 2. С. 145–155; *Ее же*. «Даешь здоровье!»: комсомол и физическая культура в 1923–1926 гг. (по материалам газеты «Комсомольская правда») // Вестник Московского университета. Серия 8 № 8. С. 61–87.

³⁰ *Ее же*. «Даешь здоровье!»

физического воспитания советского населения, но и освещают проблематику «культурной революции».

Структура системы медицинского образования рассматривается в статье А.А. Голубева «Правовое регулирование подготовки врачебного персонала в РСФСР в 1917–1941 гг.». Кроме того, в работе затрагивается борьба большевиков с частной врачебной практикой, проблема переаттестации частных врачей для трудоустройства и дальнейшей службы государству. В статье также затронуты причины и результаты массовой мобилизации медицинских кадров в первые годы существования Советской республики, а также подробно рассмотрена система социальной поддержки для медиков и их семей³¹.

Как показывает анализ постсоветской историографии, в ней до сих пор не оформился комплексный подход к изучению системы советского здравоохранения. Отсутствие монографических исследований при преобладании кратких статей демонстрирует, с одной стороны, нарастающий интерес к теме, и, с другой стороны, слабость ее проработки. Интерес к историко-правовым аспектам функционирования системы охраны здоровья в СССР диктуется тем, что нормативно-правовые акты являются наиболее доступной разновидностью источников, тогда как на современном этапе возможно более широкое привлечение архивных материалов.

Советская модель здравоохранения, предложенная Н.А. Семашко, которая действительно имела революционный характер благодаря своим главным принципам – общедоступности и бесплатности, не могла остаться обделенной научным интересом со стороны исследователей из-за рубежа. Первые работы зарубежных исследователей, посвященных советской системе здравоохранения, относятся к 1920-м гг. Авторами этих исследований, как правило, были приглашенные в СССР по обмену медики, либо те иностранцы, которые получали медицинское образование в Советском государстве. Так, ряд публикаций, посвященных советской системе здравоохранения, принадлежит

³¹ Голубев А.А. Правовое регулирование подготовки врачебного персонала в РСФСР.

американскому врачу Уильяму Хосли Ганту, который по приезде в Советское государство стал учеником И.П. Павлова³². В своих трудах Гант дает положительную оценку мероприятиям советского правительства в области постановки медико-санитарного дела в государстве, однако выражает скептицизм касаясь режима большевистской власти.

Наиболее значимой работой в зарубежной историографии 1930-х гг., посвященной советской системе здравоохранения, является труд «Красная медицина: социальное здоровье в Советской России» Артура Ньюсхолма и Джона Кингсбери³³. Труд зарубежных исследователей представляет собой дневник впечатлений от посещения различных уголков Советского государства (от Москвы и Ленинграда до Кавказа), а также выдержки из встреч с наркомом здравоохранения М.Ф. Владимирским. В свою очередь, для послевоенной и современной историографии в большей степени характерно написание емких статей, посвященных различным элементам советской системы здравоохранения³⁴.

Таким образом, ни в отечественной, ни в западной историографии нет комплексных исследований, посвященных созданию и дальнейшему функционированию советской системы здравоохранения в рассматриваемый период. Изучены лишь отдельные аспекты и сферы медицинского обслуживания. Процесс создания Наркомздрава РСФСР и его мероприятия в области отдельных сфер здравоохранения фактически не изучены. Отсутствует понимание того, что создание и развитие системы советского здравоохранения следует рассматривать как неотъемлемую часть создания нового социалистического государства и воспитания нового поколения людей. На заполнение указанных лакун нацелено предпринятое нами исследование.

Источниковая база исследования. Для написания настоящего исследования были использованы различные виды источников: нормативные

³² *Gantt W.H.* A Medical Review of Soviet Russia. L., 1928.

³³ *Newsholme A., Kingsbury J.A.* Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia. NY., 1933.

³⁴ *Sigerist H.E.* Medicine and health in the Soviet Union. NY, 1947; *Lazarvitch I.* La Medecine en URSS. P., 1953.

документы, делопроизводственные материалы, периодические издания и труды организаторов советского здравоохранения. В работе были использованы как опубликованные, так и архивные документы. Последние содержатся в фондах Государственного архива Российской Федерации (ГА РФ).

К изученным нормативным источникам относятся различные документы, регулирующие работу Народного комиссариата здравоохранения РСФСР, декреты, циркуляры, постановления ЦИК и СНК РСФСР, касающиеся организационных и медико-санитарных вопросов. Нормативные документы представлены в сборниках постановлений СНК, ЦИК, НКВД, Наркомпроса и Наркомздрава РСФСР «Становление и развитие здравоохранения в первые годы советской власти»³⁵ и «Здравоохранение в годы восстановления и социалистической конструкции народного хозяйства СССР. 1925–1940»³⁶. Первый сборник документов, в создании которого принимали участие выдающиеся советские исследователи в области исторической и медицинской наук И.Д. Гурьев, А.С. Дремов, А.А. Маслов, М.К. Кузьмин, В.Н. Додонов, создавался с целью документально отразить процесс становления и развития теории и практики советской системы здравоохранения, а также ее отдельных сфер и органов. Публикация разделена на несколько хронологических периодов. Первый раздел сборника посвящен этапу с конца 1917 по лето 1918 г., то есть от момента установления большевистской власти до создания Наркомздрава. В данном разделе собраны документы, которые отражают процесс ломки прежней системы медицинского обслуживания, ликвидации разрозненных ведомств, к компетенции которых относились вопросы здравоохранения, а также мероприятия по оказанию помощи пострадавшим в ходе революционных событий Октября 1917 г. и решения советской власти в отношении огосударствления и централизации системы здравоохранения. Второй раздел сборника посвящен мероприятиям советской власти в области здравоохранения

³⁵ Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти. 1917–1924 гг.: Сборник документов и материалов. М., 1966.

³⁶ Здравоохранение в годы восстановления и социалистической конструкции народного хозяйства СССР 1925–1940: Сборник документов и материалов. М., 1973.

в период с лета 1918 по конец 1924 г. В данном хронологическом промежутке можно выделить несколько отдельных направлений в области системы здравоохранения – голод 1921 г. и переход к НЭПу, повлекшие за собой резкое сокращение размеров бюджета Наркомздрава и сокращение размеров ассигнований на систему здравоохранения, а также переход на низовом уровне на дальнейшие проведение мероприятий в деле медицинского обслуживания за счет бюджетов местных органов власти; 1921–1923 гг. – увеличение темпов санаторно-курортного строительства по мере улучшения санитарно-эпидемиологической обстановки в стране и достижения успехов в борьбе с социальными болезнями. Также в сборнике собраны статистические данные и отчеты о росте системы медицинских органов, что позволяет сделать выводы о результатах и достижениях в первые годы существования советской системы здравоохранения. Однако в данном сборнике собраны не все документы и распоряжения советского руководства в отношении создания новой системы здравоохранения, что подтверждается документами, хранящимися в архивах.

Для настоящего исследования из второго сборника была использована только часть собранных документов и постановлений до 1936 г. включительно. Данный сборник был составлен выдающимися научными деятелями Л.И. Залищенко, П.И. Гусевым, П.П. Ковалевым, А.А. Масловым и др. и опубликован под редакцией М.И. Барсукова, И.Н. Владимирцева, М.К. Кузьмина и А.И. Нестеренко. Сборник был создан для отражения развития здравоохранения и медицинской науки на первых этапах социалистического строительства. В нем содержится значительно меньшее количество законодательных актов и постановлений, что объясняется тем, что на данном этапе можно говорить о завершении оформления структуры советской модели здравоохранения и ее распространении на всех уровнях. Во втором сборнике также можно выделить несколько направлений, по которым разделены документы. Большая часть постановлений, содержащихся в данном сборнике, посвящена проблеме создания сельской системы медицинского обслуживания, поскольку до середины 1920-х гг. здравоохранение на низовом уровне оставалось в

зачаточном состоянии даже по сравнению с концом 1917 – началом 1918 г. сразу по нескольким причинам: тяжелая финансовая обстановка в советском государстве и невозможность выделения дополнительных ассигнований и кредитов для одновременного строительства системы медучреждений и ее снабжения на все уровнях, а также идея большевистского правительства о создании показательных учреждений в центре и ее перенесения путем «самодеятельности» местных органов здравоохранения. Значительно ускорил строительство сельской медицины переход к коллективизации, что также нашло отражение в сборнике. Решение о переходе к индустриализации и пятилетним планам развития народного хозяйства поставило перед советской системой здравоохранения задачу не только выполнять нормативы государственного заказа, но и развивать санитарно-жилищные нормы и медицинское обслуживание новых городов и промышленных предприятий. Также в сборнике содержатся постановления советской власти для оказания медицинской помощи отдельным категориям советских граждан и национальным меньшинствам. Несмотря на то, что документы, собранные в сборнике, хронологически охватывают развитие системы здравоохранения в рамках выполнения пятилетних планов, среди них нет контрольных цифр нормативов и финансовых расчетов, подготовленных советским государством.

Наибольшее количество источников, освещающих изучаемую тему, относятся к типу делопроизводственных документов: протокольная, организационно-распорядительная, планово-отчетная документация, деловая переписка. В исследовании были использованы делопроизводственные материалы, извлеченные из архивных фондов Министерства здравоохранения РСФСР³⁷, Главного курортного управления Народного комиссариата здравоохранения РСФСР³⁸, Всероссийского объединения курортов и курортных предприятий Наркомата здравоохранения РСФСР³⁹, а также документы из фонда

³⁷ ГА РФ. Ф. А-482.

³⁸ Там же. Ф. А-483.

³⁹ Там же. Ф. А-8042.

Военно-санитарной инспекции при Главнокомандующем всеми вооруженными силами Республики ⁴⁰. Использование делопроизводственных документов позволило провести анализ и реконструировать процесс принятия решений и определения мер при создании новой модели здравоохранения. Большая часть интересовавших нас документов сконцентрирована в описи 1 фонда А-482 (Управление делами 1917–1940 гг.) ГА РФ, а именно в делах № 1, 1а, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 13, 20, 26, 44, 50, 56, 63, 82, 83, 91, 114, 140, 156, 190, 206, 221, 254, 301, 303, 308, 343, 313, 413, 482, 498, 510, 523, 647, 676. В ней собраны материалы, которые освещают практически все области советской системы здравоохранения в рассматриваемый период, за исключением вопросов санаторно-курортного строительства ⁴¹. Это распоряжения и постановления Наркомздрава, декреты СНК и ЦИК, стенограммы заседаний и совещаний отделов Наркомздрава, заслушанные на них доклады, а также докладные записки советских деятелей здравоохранения и партийных руководителей. В делах, перечисленных выше, собрана информация о создании и постепенном распространении советской модели здравоохранения на всех уровнях. Несмотря на большой объем архивных документов, содержащих информацию о советской системе здравоохранения, в материалах есть ощутимые хронологические пробелы, в особенности с начала 1930-х гг., когда постепенно был начат процесс передачи различных областей здравоохранения в ведение союзных республик. Так, больше всего документов относится к 1917–1921 гг., когда все основные решения в отношении здравоохранения принимались из центра, поэтому в указанный период архивные документы позволяют наиболее подробно и детально реконструировать процесс создания и постепенного оформления новой модели здравоохранения. С переходом к НЭПу число сохранившихся архивных документов значительно уменьшается, что связано в том числе и с сокращением финансирования со стороны государства различного рода медико-санитарных мероприятий. В свою

⁴⁰ РГВА. Ф. 35.

⁴¹ Материалы, освещающие процесс санаторно-курортного строительства, начиная с 1923 г., собраны в других описях фондах А-482 и в фонде А-8042 ГА РФа.

очередь, с переходом к политике индустриализации и внедрением плановых начал в развитие советского здравоохранения, объем отложившихся архивных документов вновь увеличивается.

Еще один вид делопроизводственных материалов – статистические материалы. Для периода с конца 1920-х гг. характерно увеличение доли статистических таблиц и финансовых планов и расчетов среди сохранившихся архивных материалов⁴². Так, в том же фонде А-482 содержатся контрольные цифры и нормативы первых двух пятилетних планов развития здравоохранения. Помимо контрольных цифр, в делах собрана статистическая информация о состоянии советской системы здравоохранения накануне перехода к индустриализации, а также представлены данные о финансировании проводимых мероприятий⁴³. Для реконструирования процесса создания советской системы здравоохранения и подведения итогов ее развития в рассматриваемый период особую значимость имеют статистические данные, которые представлены в сборнике «Здоровье и здравоохранение трудящихся»⁴⁴, подготовленном к VII Чрезвычайному Всесоюзному съезду советов Отделом населения и здравоохранения ЦУНХУ⁴⁵. В сборнике представлены статистические данные в формате таблиц практически по всем отраслям здравоохранения (количество амбулаторно-поликлинических учреждений, специализации медицинских учреждений, врачебной помощи на дому, стационарным учреждениям, коечному фонду, распределению сети учреждений и ее мощностей, техническому оборудованию, учреждений Охрматмлада и ОЗДиП, врачебным кадрам, размерам ассигнований и бюджета и физкультурного движения). Недостатком настоящего сборника является то, что данные в нем представлены только за 1913 г. и 1935/1936 г., что позволяет только реконструировать состояние системы медицинского обслуживания накануне

⁴² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 26. Д. 20, 22, 28.

⁴³ Там же. Оп. 14. Д. 150; Оп. 26. Д. 28.

⁴⁴ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник / под ред. И.А. Кравая. М., 1937.

⁴⁵ ЦУНХУ – Центральное управление народнохозяйственного учета Госплана СССР.

установления советской власти и на завершающем этапе рассматриваемого в нашем исследовании периода. Отсутствие промежуточных итогов не дает возможности проследить динамику развития советской системы здравоохранения в целом и ее отдельных сфер в частности. Промежуточные статистические данные извлечены нами из отчета Народного комиссариата здравоохранения XII Всероссийскому съезду Советов⁴⁶. Также статистические данные для проведения промежуточных итогов в деле создания и распространения советской модели здравоохранения собраны в архивных делах, посвященных пятилетним планам⁴⁷. Таким образом удастся полностью проследить динамику роста и распространения советской модели здравоохранения.

В исследовании были использованы материалы периодической печати. Прежде всего стоит обратиться к главному периодическому органу Наркомздрава и первой советской медицинской газете – «Известия Народного комиссариата здравоохранения»⁴⁸. Свое начало «Известия НКЗдрава» берут от главного рупора советской системы здравоохранения в составе временного центрального медицинского органа Советской республики – Совета врачебных коллегий, – первоначально называвшийся «Известия советской медицины» (название газеты изменено после ее передачи в ведение Наркомздрава в июле 1918 г.). Выпуск «Известий...» был начат с мая 1918 г. и осуществлялся под редакцией выдающихся медицинских деятелей – М.Г. Вечеслова, И.В. Русакова и З.П. Соловьева⁴⁹. «Известия...» создавались как платформа для привлечения внимания и объединения медицинской общественности для создания новой системы здравоохранения, поэтому советское руководство прикладывало все усилия для того, чтобы выпуски газет доходили до самых отдаленных районов страны. Поскольку «Известия...» были периодическим органом Народного

⁴⁶ Отчет Народного комиссариата здравоохранения к XII Всероссийскому съезду Советов. М., 1925.

⁴⁷ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 157; Оп. 26. Д. 28.

⁴⁸ Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1918. № 1.

⁴⁹ Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1918. № 1. С. 1–2.

комиссариата здравоохранения, то они транслировали официальную позицию ведомства. Бесспорно, периодический орган был крайне важен в контексте создания новой системы здравоохранения. В первые годы после установления большевистской власти и распространения идей о значимости коммунистической системы здравоохранения их бойкотировали члены Пироговского общества, которые транслировали свои взгляды со страниц журнала «Общественный врач»⁵⁰. «Известия...» должны были способствовать утверждению нового взгляда на развитие медицины.

Выпуски газеты были схожи по своему содержанию, а тираж каждого выпуска составлял не менее двух тысяч экземпляров. В основной части публиковались научные статьи, доклады и распоряжения в области здравоохранения. Следующая часть была посвящена здравоохранению в других странах и печаталась под рубрикой «События из заграничной медицины» (в 1922 г. был переименован в «Из медицинской жизни заграницей»). В ней печатались небольшие колонки и рецензии, зачастую критического характера, о достижениях в деле медицинского обслуживания в Западных странах⁵¹. В каждом выпуске «Известий...» также имелись следующие рубрики: «Вопросы и ответы» – ответы на вопросы местных органов здравоохранения или медицинских работников, которые ранее были направлены в редакцию; «Вести с мест» – публикации о достижениях и недочетах системы медицинского обслуживания на низовом уровне или же отчеты о деятельности отдельных лечебных или профилактических учреждений.

Распространение советской системы здравоохранения на всех уровнях, а также обращение к вопросу строительства сельской системы медицинского обслуживания стало причиной установления более тесной связи между центром и периферией. По этой причине был создан еще один печатный орган Наркомздрава – газета «Бюллетень Народного комиссариата

⁵⁰ Общественный врач. 1917. № 9–10.

⁵¹ Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1921. № 1–4. С. 41.

здравоохранения»⁵². Как и в случае газеты «Известия Народного комиссариата здравоохранения» для газеты «Бюллетень...» была характерна ярко выраженная идеологическая подоплека. Первый выпуск «Бюллетеня...» был опубликован в январе 1921 г. под редакцией Н.А. Семашко, и, как отмечается, к нему сразу возник повышенный интерес со стороны местных органов здравоохранения⁵³. «Бюллетень...» выходил два раза в месяц. Поскольку «Бюллетень...» в большей степени предназначался для периферии, то тираж газеты был значительно выше и составлял от 2 тысяч в 1923 году до 7,5 тысяч в 1927 г.⁵⁴ К середине 1930-х гг. наблюдается снижение тиража «Бюллетеня...», что объясняется оформлением и распространением на всех уровнях советской модели здравоохранения, а также созданием местных медицинских периодических органов. Каждый выпуск «Бюллетеня...» до середины 1920-х гг. состоял исключительно из циркуляров и распоряжений Наркомздрава, имеющих отношение к местным здравоохранениям или же содержащих отчетную информацию о проведении различного рода мероприятий в области здравоохранения, в том числе и о научно-исследовательских учреждениях или об открытии курсов⁵⁵. На последних страницах «Бюллетеня» печаталась информация о вакантных рабочих местах для медицинских работников⁵⁶. С 1926 г. содержание периодического органа в значительной степени изменилось. Во вводной статье к первому выпуску за 1926 г. сказано, что за четырехлетний срок существования «Бюллетеня» «из чисто официального ведомственного двухнедельника, печатавшего почти исключительно официальный материал» он «постепенно перестроился в журнал, разрабатывающий основные проблемы строительства здравоохранения, дающий указания о методах работы, освещающий положения дел на местах. В этом отношении истекший 1925 год был переломным годом...» К примеру, первая часть № 5 «Бюллетеня...» за 1927 г., как и все предыдущие и

⁵² Бюллетень Народного комиссариата здравоохранения. 1921. № 1.

⁵³ Становление и развитие... С. 403.

⁵⁴ Бюллетень Народного комиссариата здравоохранения. 1921. № 1, 8.

⁵⁵ Там же. 1922. № 1. С. 1.

⁵⁶ Бюллетень Народного комиссариата здравоохранения. 1926. №5. С. 33.

последующие выпуски содержит в себе статьи, посвященные различным вопросам здравоохранения, после чего следуют разделы «Медпомощь застрахованным», «На транспорте» и «На местах» со статьями по соответствующей тематике, а далее следует «Официальный отдел» с циркулярами Наркомздрава⁵⁷.

Не менее важны материалы, публиковавшиеся в другом печатном органе Наркомздрава – журнале «Вопросы здравоохранения»⁵⁸. В отличие от «Бюллетеня...», «Вопросы здравоохранения» играли роль трибуны для обсуждения насущных задач и проблем в области здравоохранения, а также сбора информации с мест, то есть представляли собой информационно-обобщающий аппарат, поскольку по мере сбора и изучения информации со стороны Наркомздрава давалась оценка определенной сфере здравоохранения. В 1931 г. «Вопросы здравоохранения» стали носить название «На фронте здравоохранения» и выходить под редакцией нового наркома здравоохранения М.Ф. Владимирского⁵⁹.

Не оставляет сомнений тот факт, что все периодические органы Наркомздрава служили важнейшим инструментом в деле создания новой системы здравоохранения и ее агитации, а также сплочения и информирования медицинских работников на всех уровнях. Однако, как и для всех периодических органов, находившихся в ведении советских органов, характерно сильное идеологическое наполнение. Еще одним недостатком медицинских периодических органов Наркомздрава является то, что многие недостатки и упущения в сфере здравоохранения замалчивались, к примеру, жалобы, которые, в свою очередь, сохранились в массивах архивных источников⁶⁰.

В рассматриваемый нами период в Советском государстве издавалось более 25 медицинских газет и журналов, большая часть из которых была посвящена определенной сфере здравоохранения. При этом выпуск данных

⁵⁷ Бюллетень Народного комиссариата здравоохранения. 1927. № 5.

⁵⁸ Вопросы здравоохранения. 1922. № 1.

⁵⁹ На фронте здравоохранения. 1931. № 1.

⁶⁰ ГА РФ. Ф. А-483. Оп. 1. Д. 4.

периодических изданий был нерегулярным, а содержание в большей степени имело узкопрофильный медицинский характер. По этой причине данные издания не были использованы в настоящем исследовании⁶¹.

Также в исследовании были использованы периодические издания, не имевшие прямого отношения к советской системе здравоохранения и деятельности Наркомздрава – «Известия ВЦИК» и «Вестник агитации и пропаганды». «Известия ВЦИК» – ежедневная советская газета, которая начала издаваться в феврале 1917 г. полумиллионным тиражом, на ее страницах публиковалась информация о наиболее значимых событиях, в том числе и в области здравоохранения⁶². Журнал «Вестник агитации и пропаганды» был одним из периодических органов ЦК ВКП(б). Несмотря на то, что издание не обладало медицинской спецификой, с его страниц достаточно часто велась работа по повышению санитарной грамотности населения, а также освещались в острой форме проблемы советской модели здравоохранения⁶³.

Еще одним видом источника, который был использован в ходе написания настоящего исследования, стали труды первых трех народных комиссаров здравоохранения – Н.А. Семашко, М.Ф. Владимирского и Г.Н. Каминского. Первый нарком здравоохранения Н.А. Семашко, соратник В.И. Ленина и виднейший партийный деятель начала XX в., основоположник советской модели здравоохранения неоценим. В своих трудах Н.А. Семашко еще задолго до победы Октябрьской революции обращался к вопросу создания новой системы здравоохранения, которая будет доступна каждому. После назначения на должность наркома Н.А. Семашко продолжил рассматривать процесс создания и распространения новой системы здравоохранения в своих трудах. Наиболее значимые работы первого наркома здравоохранения представлены в сборнике «Избранные произведения», в котором также имеются статьи, посвященные вкладу В.И. Ленина в создание новой коммунистической системы

⁶¹ Напр.: Вопросы туберкулеза. 1923. № 1.

⁶² Известия ВЦИК. 1918. № 178. С. 5.

⁶³ Вестник агитации и пропаганды. 1920. № 3. С. 14–15.

здравоохранения⁶⁴. В своих трудах Н.А. Семашко обращался как к общим проблемам здравоохранения, к примеру, созданию сельской системы медицинского обслуживания, так и к более узкой проблематике – культурно-половому воспитанию советской молодежи⁶⁵. В библиографии наркома есть работы, посвященные юбилейным датам советской системы здравоохранения⁶⁶. Несмотря на то, что Н.А. Семашко стоял у истоков советской системы здравоохранения и обладал большим авторитетом среди партийных деятелей, далеко не все предложения и идеи первого наркома здравоохранения получали поддержку со стороны соратников. Так, камнем преткновения стали вопросы о половом воспитании и о роли женщины в советском обществе. В результате возникшего диспута советские феминистки в своих трудах выразили мнение о роли женщины в советском обществе, что подразумевало совмещение роли матери и полноценного участника трудового процесса⁶⁷.

В ходе настоящего исследования были также использованы труды и второго народного комиссара здравоохранения М.Ф. Владимирского. М.Ф. Владимирский также как и Н.А. Семашко стоял у истоков создания советской модели здравоохранения, пройдя путь от студента медицинского факультета Томского университета, из которого он был отчислен за революционную деятельность, до студента Берлинского университета, подтвердившего свою квалификацию, вернувшись в на родину в 1903 г., от врача-иностранца в годы Первой мировой войны до санитарного врача в Нижегородской губернии, руководившего санитарно-эпидемиологической работой вплоть до занятия должности наркома здравоохранения⁶⁸. Также в настоящем исследовании были использованы труды третьего наркома здравоохранения Г.Н. Каминского. Как и предшественники, Г.Н. Каминский в своих трудах обращался к насущным

⁶⁴ Семашко Н.А. Избранные произведения. М., 1967.

⁶⁵ *Его же*. Новый быт и половой вопрос. Л., 1926; *Его же*. Народное здравоохранение в деревне. М., 1927.

⁶⁶ *Его же*. Десятилетие Октябрьской революции и охрана здоровья рабочих. 1917–1927. М., 1927.

⁶⁷ Коллонтай А.М. Семья и коммунистическое государство. М., 1918.

⁶⁸ Владимирский М.Ф. Вопросы советского здравоохранения. М., 1960.

проблемам советского здравоохранения. Несмотря на трагическую судьбу и недолгое нахождение на посту наркома здравоохранения, он внес огромный вклад в развитие советской системы здравоохранения, не только стараясь улучшить постановку медицинского дела на городском и сельском уровнях, но и проявляя инициативу в деле развития отечественной медицинской науки, в особенности фармацевтики. Отдельно стоит отметить труд Г.Н. Каминского «О работе и задачах в области народного здравоохранения в РСФСР», подготовленного к XVI Съезду Советов⁶⁹. В данной работе содержатся важнейшие статистические данные, демонстрирующие динамику развития отдельных сфер здравоохранения (строительство лечебных учреждений, забота о детях и пр.) с наглядными примерами, свидетельствующими об улучшении санитарного обслуживания населения. При этом на страницах труда Г.Н. Каминского прослеживается идеализация сталинской индустриализации, в особенности в условиях ускоренного строительства предприятий и развития сфер тяжелой промышленности, в том числе за счет заводов по производству медикаментов и развития химико-фармацевтической сферы⁷⁰. Будучи наркомом здравоохранения, Г.Н. Каминский ставил перед советской системой здравоохранения невыполнимые задачи, к примеру, требование о том, чтобы в течение 6 часов сельский врач посещал как минимум 10 пациентов при условии, что на протяжении рассматриваемого периода для сельской местности был характерен значительный территориальный разброс пациентов⁷¹.

Еще одной группой источников являются труды советских медицинских деятелей. Значимым трудом для настоящего исследования является работа М.И. Барсукова, одного из создателей советской системы здравоохранения⁷². Находясь у истоков создания советской системы здравоохранения и будучи главой Медико-санитарного отдела Военно-революционного комитета

⁶⁹ Каминский Г.Н. О работе в области народного здравоохранения в РСФСР. Л., 1935.

⁷⁰ Там же. С. 8–9.

⁷¹ Каминский Г.Н. О работе в области... С. 16–17.

⁷² Барсуков М.И. Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения. Основные положения второго пятилетнего плана здравоохранения в СССР. М., 1932.

Петроградского совета рабочих и солдатских депутатов, М.И. Барсуков являлся не только свидетелем событий Октября 1917 г., но и принимал активное участие в оказании помощи пострадавшим в период Революции и участникам Первой мировой войны. В своей работе М.И. Барсуков дал подробное описание состоянию здравоохранения и также способам оказания медицинской помощи в момент установления советской власти, проанализировал мероприятия большевиков в деле строительства новой системы здравоохранения.

Для написания настоящего исследования были также использованы труды Н.А. Виноградова, одного из виднейших советских врачей⁷³. В своих трудах Н.А. Виноградов рассматривает советскую модель здравоохранения уже в более поздний хронологический период, начиная с 1930 г., то есть с момента начала осуществления политики коллективизации сельского хозяйства и заканчивая предвоенным периодом. Труды Н.А. Виноградова представлены в форме лекций, посвященных различным периодам советской системы здравоохранения. Помимо подачи фактов и событий, Н.А. Виноградов проводит их анализ, тем самым определяя дальнейшие векторы развития советской системы здравоохранения. К тому же труды Н.А. Виноградова насыщены статистическими материалами⁷⁴.

Помимо трудов советских медицинских деятелей рассматриваемого периода, были использованы тезисы по составлению первых двух пятилетних планов здравоохранения РСФСР, позволяющих не только реконструировать процесс развития советской системы здравоохранения в годы индустриализации, но и провести анализ текущих показателей и перспектив роста системы медицинских учреждений. Эти тезисы не дают полного представления о государственном заказе в области медицины и требуют дополнения архивными документами⁷⁵.

⁷³ Виноградов Н.А. Здравоохранение в период борьбы за коллективизацию сельского хозяйства (1930–1934). М., 1955; *Его же*. Здравоохранение в предвоенный период (1935–1940). М., 1955.

⁷⁴ *Его же*. Здравоохранение в период борьбы за коллективизацию сельского хозяйства (1930–1934). С. 43.

⁷⁵ Тезисы по пятилетнему перспективному плану здравоохранения РСФСР. М., 1929.

Таким образом, исследование опирается на широкий комплекс архивных и опубликованных источников, позволяющих реконструировать процесс создания на центральном уровне, а с середины 1920-х гг. ее распространения на низовом уровне через оформление сельской системы медицинского обслуживания.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые в историографии комплексно рассматривается история формирования и развития советской системы здравоохранения в 1917–1936 гг., а также вводятся в научный оборот ранее неиспользованные архивные материалы.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что в ней рассмотрен последовательно процесс формирования органов здравоохранения РСФСР во взаимосвязи с практическими проблемами, возникавшими в ходе его развития, выявлена степень их влияния на принятие решений, а также механизмы осуществления данных решений. Практические результаты деятельности органов здравоохранения различных уровней увязаны в исследовании с теоретическими установками советской власти в социальной сфере. Материалы и выводы работы могут дополнить и развить уже существующие представления об истории медицины и советской модели здравоохранения в первой половине XX века.

Практическая значимость исследования состоит в том, что материалы диссертации, а также выводы, сделанные на их основе, могут быть использованы при подготовке общих и специальных курсов по отечественной истории XX–XXI вв., в частности, по истории социальной политики СССР, истории советского здравоохранения.

Достоверность проведенного исследования достигается за счёт привлечения обширной источниковой базы, в первую очередь, впервые вводимых в научный оборот материалов архивных фондов Министерства здравоохранения РСФСР, Главного курортного управления Народного комиссариата здравоохранения РСФСР, Всероссийского объединения курортов и курортных предприятий Наркомата здравоохранения РСФСР и др.

Апробация результатов исследования. Настоящая диссертация прошла обсуждение на кафедре истории России XX–XXI вв. исторического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова и была рекомендована к защите.

Основные идеи и положения диссертации изложены в 4 научных работах автора, в том числе в 4 публикациях общим объемом 2,1 п.л. в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных для защиты в диссертационном совете МГУ имени М.В. Ломоносова по группе специальностей 5.6. Исторические науки.

Структура диссертации организована в соответствии с проблемно-хронологическим принципом. Работа состоит из введения, двух глав, которые разделены на параграфы, заключения, списка использованных источников и литературы, а также приложения, в котором представлены преимущественно справочно–статистические материалы.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Создание новой модели здравоохранения было обусловлено множеством причин: преодолением последствий военного времени, созданием широкой сети лечебных и санаторно-курортных учреждений, становлением институтов охраны материнства и младенчества, детей, подростков, борьбой с эпидемиологическими, социальными и профессиональными заболеваниями и деятельностью по их предупреждению.
2. «Заказчиком» новой системы здравоохранения было именно Советское государство, которое действовало командно-административными методами, было заинтересовано в здоровых трудовых ресурсах, именно по этой причине первые мероприятия в сфере здравоохранения не сразу нашли отклик как в среде медицинской общественности, так и в среде советских граждан.
3. В рамках рассматриваемого периода можно выделить три основных периода. В первый период происходит объединение раздробленной системы здравоохранения Российской империи и Временного правительства, создается центральный орган управления. Второй период совпадает с созданием СССР и распространением модели здравоохранения РСФСР во всех союзных

республиках при сохранении управления из центра. К третьему периоду относится завершение оформления структуры Наркомздрава РСФСР, улучшение организации медицинского дела в сельской местности и дальнейшее развитие в соответствии с нормативами пятилетних планов здравоохранения. Это позволило уже к 1935 году принять решение о создании в каждой союзной республике Наркомата здравоохранения, а в 1936 году создать Народный комиссариат здравоохранения СССР в качестве главного координирующего медицинского органа.

4. В исследуемый период была создана советская модель здравоохранения, а также получили оформление ее основные отрасли.

5. Советская модель здравоохранения сперва получила оформление в центре, затем на местном уровне и с образованием СССР – на республиканском уровне.

Глава 1. Структура советской системы здравоохранения

В первой главе будет рассмотрен процесс организации и оформления структуры советской системы здравоохранения. В первом разделе будут проанализированы: мероприятия советской власти, направленные на обеспечение населения медицинской и лечебной помощью до создания Наркомздрава, в частности работа временных объединяющих органов здравоохранения; история создания Наркомздрава и распространения его системы на государственном уровне. Второй раздел посвящен рассмотрению основных мероприятий советского руководства в области системы здравоохранения и оформления санитарного законодательства. В последующих трех разделах рассмотрены создание лечебного дела, системы внебольничной помощи и системы медицинского обслуживания на сельском уровне.

1.1. Создание Народного комиссариата здравоохранения РСФСР

Система оказания медицинской помощи в Российской империи была налажена слабо: в некоторых районах страны существовала система земской медицины, при этом распределение земских медицинских участков было крайне неравномерным. В крупных городах система медицинских учреждений была рассредоточена между государственными ведомствами, а бесплатная стационарная или амбулаторная помощь предназначалась только для населения, проживающего в ближайших окрестностях. Со второй половины XIX в. стала оказываться и платная медицинская помощь, которую можно было получить в медучреждениях Красного Креста и университетских клиниках. Также платная медицинская помощь могла быть оказана в частных медицинских учреждениях, однако она была недоступной для большей части населения. При промышленных предприятиях зачастую создавались лечебные учреждения, которые, как правило, содержались за счет заводоуправлений и страховых взносов (в начале XX в. не более 20 % процентов фабрично-заводских рабочих были застрахованы). Началом создания системы страховой медицины стало

принятие закона «О социальном страховании» (1912 г.), по которому в стране возникли первые больничные кассы. При этом закон не всегда исполнялся заводоуправлениями и вместо амбулаторий за счет страховых взносов создавались «покои» на несколько коек. Участие в Первой мировой войне помешало ее дальнейшему развитию⁷⁶.

Недостатки прежней системы здравоохранения были очевидны, в особенности прогрессивным врачам, некоторые из них предпринимали попытки реорганизации системы медицинского обслуживания. К примеру, в 1885–1886 гг. в Санкт-Петербурге «Боткинской комиссией» предпринимались меры для увеличения средней продолжительности жизни, поскольку на протяжении 1877–1882 гг. наблюдалась резко отрицательная динамика ввиду вспышек эпидемий и острозаразных заболеваний. Результатом работы комиссии стало выявление необходимости к созданию санитарного законодательства, а также проведения масштабных санитарно-просветительских мероприятий. Но в условиях консервативного режима Александра III все предложения комиссии остались не реализованными⁷⁷. Еще одним важным предложением С.П. Боткина совместно с Г.И. Арахнгельским в рамках улучшения лечебного дела в стране стало создание института думских врачей для оказания помощи беднейшим слоям населения⁷⁸. В 1912 г. профессором Г.Е. Рейном был предложен проект создания Главного управления государственного здравоохранения – централизованного органа здравоохранения, обеспечившего бы все население страны бесплатной медицинской помощью посредством создания местных органов здравоохранения на всех уровнях⁷⁹. Проект академика был отвергнут Государственной думой, которая ссылалась на то, что предложенный проект был не до конца разработан⁸⁰. Интересно отметить, что принципы новой системы здравоохранения, предложенные Г.Е. Рейном, получили высокую оценку

⁷⁶ 50 лет советского здравоохранения... С. 71.

⁷⁷ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 56.

⁷⁸ 50 лет советского здравоохранения... С. 71.

⁷⁹ *Морозов А.В., Сорокина Т.С.* Отечественное здравоохранение и медицинское образование... С. 11–12, 21–22.

⁸⁰ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 58.

первого наркома здравоохранения Н.А. Семашко, который в своих воспоминаниях писал, что в момент обсуждения проекта Народного комиссариата здравоохранения не только многие антисоветски настроенные деятели, но и партийные работники обвиняли его в «заболевании рейновской отрыжкой»⁸¹.

Несмотря на нежелание части партийных деятелей, а также медицинской интеллигенции, бойкотирующей мероприятия большевиков, огосударствления системы здравоохранения, процесс ее создания был начат еще в октябре 1917 г. с учреждения Медико-санитарного отдела при Военно-революционном комитете Петроградского совета рабочих и солдатских депутатов. При этом еще до создания Наркомздрава в Советской республике существовало несколько временно объединяющих органов здравоохранения.

Большевики обратились к вопросу создания новой модели здравоохранения еще до победы Октябрьской революции, задолго до создания Народного комиссариата здравоохранения. Создание новой системы здравоохранения в целях охраны интересов рабочего класса было частой темой для дискуссий в среде большевиков. Если В.И. Ленин выступал за создание централизованной системы здравоохранения, то врач-большевик З.П. Соловьев, будущий заместитель наркома здравоохранения, придерживался противоположной точки зрения. В статье, опубликованной в газете «День» в феврале 1917 г., Соловьев высказался против создания Главного управления государственного здравоохранения (Министерство народного здравия)⁸².

Хотя В.И. Ленин и был сторонником создания централизованного органа здравоохранения, но после победы революции и установления советской власти не торопился с созданием Народного комиссариата здравоохранения, так как считал необходимым сперва создать на низовом уровне сеть медицинских учреждений – медико-санитарных отделов при советах и донести до граждан

⁸¹ Семашко Н.А. Избранные произведения. С. 29.

⁸² Нестеренко Н.А. Указ. соч. С. 6.

важность и необходимость централизации всего медицинского дела⁸³. Таким образом, к октябрю 1917 г. идея создания единого органа здравоохранения не нашла поддержки не только со стороны представителей общественной медицины, но и внутри самой большевистской партии.

В октябре 1917 г. был создан Медико-санитарный отдел Военно-революционного комитета Петроградского совета рабочих и солдатских депутатов, главой которого был назначен М.И. Барсуков⁸⁴. Медико-санитарный отдел (в некоторых документах Врачебно-санитарный отдел) был создан в ночь с 25 на 26 октября 1917 г. для оказания срочной медицинской помощи красногвардейцам, матросам и революционным солдатам, а также для организации врачебно-санитарного дела в республике на новых началах⁸⁵. С первого дня создания Медико-санитарного отдела его функционирование было под угрозой, поскольку часть врачей, ранее обслуживающих систему земской медицины, не были готовы к работе под новым революционным началом.

В начале ноября 1917 г. штат Медико-санитарного отдела составлял всего 7 человек, а к середине ноября – 19⁸⁶. На отдел возлагалось не только оказание медицинской помощи, но и подготовка проекта нового единого медицинского демократического органа Советской республики. В ноябре 1917 г. Барсуков впервые поднял вопрос о создании Народного комиссариата здравоохранения. В ответ на это предложение Ленин заявил о несвоевременности создания комиссариата здравоохранения ввиду «неподготовленности почвы» и ограничился рядом указаний, которые определили дальнейшую работу Медико-санитарного отдела⁸⁷. Теперь перед Медико-санитарным отделом также стояли задачи по организации на местах медико-санитарных отделов и проведению разъяснительных бесед в среде советских граждан о важности создания централизованной системы здравоохранения и их привлечению на

⁸³ *Нестеренко Н.А.* Указ. соч. С. 14.

⁸⁴ ГА РФ. Ф. Р-1236. Оп. 1. Д. 73. Л. 184.

⁸⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 488.

⁸⁶ ГА РФ. Ф. Р-1236. Оп. 1. Д. 93, Л. 181.

⁸⁷ Становление и развитие здравоохранения... С. 39–41.

добровольческой основе к работе на местах⁸⁸. Вскоре с предложением о создании Народного комиссариата здравоохранения к Ленину обратился еще один врач-большевик А.Н. Винокуров. В ответ на обращение Винокурова Ленин объяснил важность и необходимость подготовки кадрового резерва медработников, создания многоуровневой структуры медицинского обслуживания, а также раскола в среде Пироговского общества⁸⁹, что по задумке главы Советской республики станет фундаментом для создания централизованного органа⁹⁰.

Параллельно с Медико-санитарным отделом при Военно-революционном комитете функционировали медицинские учреждения, созданные в дооктябрьский период. Так, до середины 1918 г. оказание медицинской помощи относилось к компетенции Всероссийского земского союза помощи больным и раненым воинам, Центрального врачебно-санитарного совета (во главе В.И. Алмазов), которые в дальнейшем будут упразднены в ходе реорганизации военно-санитарного дела⁹¹.

В связи со сложной обстановкой в деле медицинского обслуживания мирного населения и армии, а также необходимостью организации единого медицинского органа, руководством Медико-санитарного отдела было предложено создать временный центральный медицинский орган, который бы осуществил постановку всего медико-санитарного дела в республике. Уже к ноябрю 1917 г. врачами-большевиками Винокуровым, Вегером и Барсуковым был подготовлен доклад о создании Комитета по охране народного здоровья⁹².

17 ноября 1917 г. проект Комитета был представлен для обсуждения на заседании Совнаркома. Так, на заседании было принято решение о необходимости проведения совещания врачей-большевиков и левых эсеров в ближайшие полторы недели для обсуждения проекта создания Комитета

⁸⁸ Барсуков М.И. Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения. С. 66–68.

⁸⁹ Пироговское общество – реакционное медицинское объединение в Российской империи, возникшее на основе учения Н.И. Пирогова.

⁹⁰ Винокуров Н.А. В.И. Ленин и социальное обеспечение. С. 289.

⁹¹ Становление и развитие здравоохранения... С. 54–55, 63.

⁹² ГА РФ. Ф. 130. Оп. 1. Д. 14. Л. 20.

народного здоровья. Но ввиду невозможности проведения съезда врачей по причине тяжелой внутри- и внешнеполитической обстановки проект Комитета был отклонен⁹³. Несмотря на это представители Медико-санитарного отдела подали ходатайство о повторном рассмотрении проекта. Но проект создания Комитета по охране народного здоровья вновь был отклонен снова по причине невозможности проведения съезда врачей, а также по причине саботажа значительной части медицинских работников⁹⁴.

Вскоре к вопросу вернулись. Уже в конце ноября – начале декабря 1917 г. взамен проекта Комитета по охране народного здоровья были приняты постановления о создании при Народных комиссариатах государственного призрения, внутренних дел и путей сообщения врачебных и военных дел коллегий для заведования медицинской частью⁹⁵. Состав коллегий в лице 3 человек выбирался руководством Медико-санитарного отдела и утверждался СНК⁹⁶.

Уже 2 декабря во время работы созыва представителей от медицинских коллегий, врачей, фармацевтов и фельдшеров было принято решение о создании Всероссийского союза медицинских работников⁹⁷.

В целях обеспечения плодотворной работы в деле медицинского обслуживания советского населения в декабре 1917 г. было принято решение об объединении разрозненных врачебных коллегий в составе Совета врачебных коллегий, который, в свою очередь, был признан высшим медицинским органом в стране, правда, временным⁹⁸. Хотя этот орган начал свою работу еще с декабря 1917 г., официальный статус за ведомством был признан только 31 января 1918 г. после внесения ряда поправок в проект⁹⁹. Одновременно с созданием Совета

⁹³ Становление и развитие здравоохранения... С. 41.

⁹⁴ ГА РФ. Ф. 130. Оп. 1. Д. 14. Л. 17, 20, 21–23.

⁹⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 36–37, 41, 46.

⁹⁶ ГА РФ. Ф. Р-1236. Оп. 1. Д. 93. Л. 120.

⁹⁷ *Нестеренко Н.А.* Указ. соч. С. 21.

⁹⁸ Становление и развитие здравоохранения... С. 49, 60.

⁹⁹ *Нестеренко Н.А.* Указ. соч. С. 26–27.

врачебных коллегий была озвучена идея о создании Народного комиссариата по врачебно-санитарным делам, которое тогда не получило развития¹⁰⁰.

Еще одним важным событием в деле оформления советской системы здравоохранения было образование коллегии по делам Главного военно-санитарного управления взамен Главного военно-санитарного совета (Главсанупра). Создание Главсанупра было необходимой мерой для оформления структуры медицинского обслуживания армии и флота¹⁰¹. В это же время 5 декабря 1917 г. был ликвидирован Медико-санитарный отдел при Военно-революционном комитете ввиду создания отдельных медицинских ведомств для оказания помощи мирному населению и армии¹⁰². Вслед за ликвидацией Медико-санитарного отдела при Реввоенсовете было закрыто Управление главного врачебного инспектора с передачей всех дел и имущества в ведение НКВД до образования единого органа здравоохранения¹⁰³. Именно из-за передачи части медико-санитарных дел в ведение НКВД в дальнейшем возникнут трудности при передаче дел в состав Наркомздрава.

Также с конца декабря 1917 г. Советским правительством был начат процесс ликвидации буржуазно-общественных организаций, созданных в ходе Первой мировой войны. Декретом СНК от 29 декабря 1917 г. была начата реорганизация Всероссийского Земского союза помощи раненым и больным воинам. Главный комитет союза был распущен, но вместо него был образован новый комитет, на который были возложены задачи по ликвидации Земского союза. Все имущество союза было объявлено собственностью Советской республики¹⁰⁴. Вслед за ликвидацией Земского союза была начата реорганизация Российского общества Красного Креста и Союза городов с передачей имущества в государственную собственность. Эти организации через свои медико-санитарные учреждения в значительных объемах оказывали медицинскую

¹⁰⁰ ГА РФ. Ф. А-482 Оп. 42. Д. 2540. Л. 6.

¹⁰¹ *Нестеренко Н.А.* Указ. соч. С. 22.

¹⁰² *Голубев А.А.* Центральные органы государственного здравоохранения... С. 98–99.

¹⁰³ *Нестеренко Н.А.* Указ. соч. С. 23.

¹⁰⁴ Становление и развитие здравоохранения... С. 493.

помощь пострадавшим армейцам, беженцам и гражданскому населению, проживавшему в прифронтовых районах. Проведение реорганизации вызвало сильное недовольство среди медицинских работников, настроенных враждебно по отношению к Советской власти, а также стало причиной забастовки медработников в Москве¹⁰⁵.

Процесс создания советской системы здравоохранения значительно ускорился после подписания Брестского мира. В конце марта 1918 г. вместе с Советским правительством Совет врачебных коллегий переехал в Москву, и к его составу присоединились выдающиеся врачи-большевики: Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, Б.С. Вейсборд, И.В. Русаков¹⁰⁶.

В начале апреля 1918 г. Совет врачебных коллегий приступил к обсуждению вопроса о создании Народного комиссариата здравоохранения. Уже 6 апреля на заседании Совета состоялось обсуждение о целесообразности создания Народного комиссариата здравоохранения и был заслушан доклад Соловьева о создании «Комиссариата охранения народного здоровья»¹⁰⁷. На заседании было определено, что сразу после победы Октябрьской революции, в начальный период создания советской системы медицины, не было предпосылок для создания единого центрального медицинского органа. В качестве первоочередной задачи предполагалось ликвидировать всю прежнюю систему здравоохранения, сохранившуюся со времен царской России, параллельно создавая взамен медицинские коллегии при народных комиссариатах. В свою очередь, создание Совета врачебных коллегий было временной мерой с целью скорейшего объединения медико-санитарного дела в Советском государстве¹⁰⁸.

Дальнейшее обсуждение проекта будущего народного комиссариата проходило в Малом совете врачебных коллегий, члены которого предложили Соловьеву в ближайшее время представить окончательный проект. 30 апреля на совещании Совета врачебных коллегий было проведено обсуждения проекта

¹⁰⁵ *Нестеренко Н.А.* Указ. соч. С. 25–26.

¹⁰⁶ Там же. С. 26.

¹⁰⁷ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 1а. Л. 25.

¹⁰⁸ Там же.

Соловьева и было принято постановление о проведении Съезда медицинских работников для утверждения положений проекта¹⁰⁹.

С 16 по 19 июня 1918 г. в столице проходил Всероссийский съезд медико-санитарных отделов Советов. На съезде было представлено уже два проекта о создании Народного комиссариата здравоохранения – Соловьева и Первухина. По окончании съезда два члена Совета врачебных коллегий, И.С. Вегера и М.Г. Вечеслов, подали ходатайство о признании съезда несостоявшимся. Во-первых, проекты Соловьева и Первухина не давали четкого представления о будущем устройстве Народного комиссариата здравоохранения. Проект Соловьева предполагал сосредоточить все медико-санитарное дело в составе Наркомздрава единомоментно, что тогда было невозможно. В дальнейшем за свое предложение Соловьев будет обвинен в узурпации власти. Первухин в своем докладе предложил для создания будущего народного комиссариата устройство Петроградского комиссариата здравоохранения, при этом им не было подготовлено ни устных, ни письменных положений, что было объяснено недостатком времени. Петроградский комиссариат здравоохранения создавался стихийно и оказывал медицинскую помощь наравне с учреждениями земской медицины.

Ситуацию в ходе обсуждений докладов усугубило предложение В.М. Бонч-Бруевича об ограничении времени выступающих до 5 минут. Так, в обсуждении проектов будущего народного комиссариата смогло принять участие только 15 делегатов. Ситуация осложнялась и тем, что для участников съезда не было подготовлено копий обоих проектов. Из 700 приглашенных к участию в съезде приехало лишь 68 человек, а 13 из них вовсе воздержалось от голосования. При этом от Совета врачебных коллегий в голосовании приняло участие 12 человек вместо заявленных 5¹¹⁰. В результате оба проекта получили резко негативную оценку и были отклонены.

¹⁰⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 1а. Л. 33–34.

¹¹⁰ Там же. Оп. 42. Д. 2540. Л. 21–22.

В конце съезда был подготовлен третий проект, который объединил в себе предложения Соловьева и Первухина. Предполагалось, что именно этот проект для утверждения будет представлен в Совнарком. Но в Совнарком был представлен четвертый проект, автором которого стал А.Н. Винокуров¹¹¹. При этом и он оценивался как неудовлетворительный по причине отсутствия четкой структуры устройства народного комиссариата, а также отсутствия свободного обсуждения¹¹².

Параллельно с представлением декрета Советскому правительству Совет врачебных коллегий направил проект положения о Народном комиссариате здравоохранения в наркоматы внутренних дел, народного просвещения, путей сообщения, труда и юстиции для согласования передачи дел и высказывания предложений. Проект был в целом одобрен всеми ведомствами, кроме Народного комиссариата юстиции. Так, нарком юстиции Д.И. Курский внес коррективы в проект положения, предложив значительно ограничить его законодательные полномочия, что подразумевало, что ни один декрет или постановление Наркомздрава не будет иметь силу без утверждения советским руководством. При этом нарком юстиции предложил наделить Наркомздрав полной финансовой самостоятельностью в отношении абсолютно всех медико-санитарных учреждений в Советской республике¹¹³. Предложения Д.И. Курского так и не были внесены в окончательный проект документа.

Народный комиссариат внутренних дел настаивал на сосредоточении в составе создаваемого Наркомздрава не только врачебно-санитарного дела, но и ветеринарно-санитарного при условии сотрудничества по вопросам животноводства и зоотехники с Народным комиссариатом земледелия¹¹⁴. Именно реализация этого предложения станет первым примером проявления силы наркома здравоохранения Н.А. Семашко. Также нарком юстиции отметил, что в будущем Уставе Наркомздрава в обязательном порядке должны быть четко

¹¹¹ ГА РФ Ф. А-482. Оп. 1. Д. 1а. Л. 73–74 об.

¹¹² Там же. Оп. 42. Д. 2540. Л. 24–25.

¹¹³ Там же. Л. 29.

¹¹⁴ Там же. Л. 23.

определены законодательные полномочия для установления финансового контроля над центральными и местными медико-санитарными учреждениями¹¹⁵. Таким образом, проект Народного комиссариата здравоохранения получил ряд замечаний и предложений. Однако, благодаря настойчивости отдельных партийных деятелей и наркомов проект Наркомздрава был все-таки утвержден.

11 июля 1918 г. в СНК был подписан декрет о создании Народного комиссариата здравоохранения, а также назначен временный состав его руководства: Н.А. Семашко – народный комиссар, З.П. Соловьев – заместитель, Дауге, Голубков, Бонч-Бруевич и Первухин – члены коллегии¹¹⁶. Кандидатура наркома при этом было не столь очевидной: первоначально на эту должность рассматривались Е.П. Первухин и А.Н. Винокуров¹¹⁷. Именно В.И. Ленин настоял на кандидатуре Н.А. Семашко, который в своих воспоминаниях писал, что неоднократно отказывался от должности наркома здравоохранения и предлагал другие кандидатуры¹¹⁸.

Первостепенной задачей, поставленной перед Наркомздравом, была ликвидация межведомственной раздробленности и объединение всего медицинского дела в Советской республике¹¹⁹. Для этого в народные комиссариаты по военным делам, морским делам и народного просвещения были направлены приглашения на заседания коллегии Наркомздрава с целью передачи дел¹²⁰. Однако данное приглашение было проигнорировано со стороны народных комиссаров. В свою очередь, коллегия Наркомздрава повторно направила приглашения для проведения заседания, уточнив о последствиях затягивания процесса передачи имущества и кредитов медицинских коллегий в ведение Наркомздрава¹²¹. Наркоматы неохотно передавали полномочия новому органу.

¹¹⁵ ГА РФ Ф. А-482. Оп. 42. Д. 2540. Л. 35.

¹¹⁶ Там же. Л. 30–30 об.

¹¹⁷ *Нестеренко Н.А.* Указ. соч. С. 76.

¹¹⁸ *Семашко Н.А.* Прожитое и пережитое. С. 70–71.

¹¹⁹ ГА РФ Ф. А-482. Оп. 42. Д. 2540. Л. 32–32 об., 41.

¹²⁰ Там же. Л. 46–48, 51–53.

¹²¹ Там же. Л. 57–59.

На момент создания Наркомздрава в его структуре было предусмотрено шесть отделов: военно-санитарный (в его ведении находились вопросы медико-санитарного обслуживания армии и флота), гражданской медицины (постановка медицинского дела на городском и сельском уровнях), школьно-санитарный, путей сообщения и ветеринарный. Ядром Наркомздрава стал Центральный медико-санитарный совет. Также при Наркомздраве с первых дней его учреждения стал функционировать Ученый медицинский совет¹²².

С первых дней своего существования Наркомздрав подвергался постоянным реорганизациям. Многократные структурные изменения свидетельствуют о «стихийном» развитии советской системы здравоохранения. Так, в первые несколько лет после учреждения аппарат ведомства разрастался путем создания секций и научных институтов, отвечающих запросам здравоохранения. Только в течение лета – осени 1918 г. в структуре Наркомздрава появились зубоврачебная и нервно-психиатрическая подсекции, секция по оказанию врачебно-санитарной помощи военнопленным, беженцам и эвакуированным больным и раненым воинам, секции по борьбе с туберкулезом и венерическими заболеваниями, Центральная комиссия по борьбе с эпидемическими болезнями, а 27 декабря было опубликовано Положение о создании Центрального государственного научного института народного здравоохранения¹²³.

Помимо оформления системы здравоохранения в центре, необходимо было оформить структуру органов здравоохранения на местах. Так, местные здравотделы были продолжением Наркомздрава, по этой причине их устройство было аналогично центральному органу. Во главе губернского или областного здравотдела стоял председатель, а также подчиненная ему коллегия в составе шести лиц медицинского персонала. Отдел включал шесть подотделов:

¹²² О Народном комиссариате здравоохранения РСФСР (Положение): Декрет СНК от 18.07.1918 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР М., 1942. С. 688–689.

¹²³ Становление и развитие здравоохранения... С. 107–108, 108–109, 113–114, 123–127, 134–137.

лечебный, санитарно-эпидемический, судебно-административный, школьно-гигиенический, фармацевтического и медицинского снабжения и борьбы с социальными болезнями. По примеру губернских и областных здравотделов создавались уездные и окружные. Важным моментом в деле создания системы местных медицинских органов было решение об их переводе в дальнейшем на финансирование за счет средств бюджета местных советов, за исключением мероприятий, имеющих общегосударственный характер, к примеру, повсеместного проведения чистки водомеров для борьбы с эпидемией холеры¹²⁴. Также при местных здравотделах создавались санитарные комиссии на сельском уровне, в более крупных поселениях врачебно-санитарные советы, страховые совещания, санитарно-эпидемические комиссии, советы по борьбе с проституцией, советы социальной помощи. В целях координации работы местных органов здравоохранения на регулярной основе было предусмотрено проведение съездов и совещаний медработников от здравотделов всех уровней. Кроме того, неотъемлемой чертой новой системы здравоохранения было привлечение к ее созданию и развитию рабочих и крестьян путем привлечения к участию в работе низовых ячеек¹²⁵. На предприятиях из коллектива трудящихся создавались здравячейки, на которые возлагались обязанности за соблюдением контроля санитарного состояния фабрики или завода и постановки лечебной помощи рабочим¹²⁶.

Также с лета 1918 г. было начато создание системы медицинского обслуживания на железнодорожных и водных путях сообщения, на флоте и в Красной армии.

Для обеспечения работников железных дорог медико-санитарной помощью при управлениях железнодорожных путей создавались одноименные здравотделы (первоначально врачебно-санитарные советы), подчиненные Центральному медико-санитарному совету путей сообщения в составе

¹²⁴ Становление и развитие здравоохранения... С. 81.

¹²⁵ ГА РФ. А-482. Оп. 1. Д. 514. Л. 83; Там же. Д. 509. Л. 38–39.

¹²⁶ *Семашко. Н.А.* Десятилетие Октябрьской революции... С. 28.

Наркомздрава. Для обслуживания железнодорожного здравоохранения выделялся один участковый врач и по одному фельдшеру и среднему медработнику от каждого участка. Для полноценного медицинского обслуживания железной дороги назначался старший врач. Железнодорожные здравоохранения развивались достаточно быстро, обеспечивая удовлетворение нужд работников отрасли, что во многом объяснялось развитием системы страховых взносов¹²⁷. За счет страховых взносов для железнодорожных работников был создан первый дом отдыха в СССР¹²⁸.

Для работников водных путей сообщения было создано 13 врачебно-санитарных управлений во главе с областными врачами, из которых четыре приходилось на моря (Белое, Черное, Балтийское и Каспийское) и находились в ведении Главсанупра. На врачебно-санитарные управления было также возложено медицинское обслуживание в портах и санитарная охрана границ¹²⁹.

Для медицинского обслуживания Красной армии были созданы окружные военно-санитарные управления и военно-санитарные подотделы на губернском уровне, которые также оказывали помощь пострадавшему гражданскому населению во фронтовых и прифронтовых районах, а также в военное время заведовали эвакуационным аппаратом¹³⁰.

В течение 1918–1919 гг. в состав Наркомздрава из ведения других народных комиссариатов были переданы Главсанупр, Управление санитарной частью флота, Управление железнодорожной медициной, врачебная часть водного транспорта и из ведения ВСНХ Управление всеми курортами и минеральными водами¹³¹. В сентябре 1918 г. из ведения Наркомпроса был передан школьно-санитарный отдел¹³². В 1919 г. в структуре Наркомздрава

¹²⁷ Становление и развитие здравоохранения... С. 106–107.

¹²⁸ Там же. С. 48, 122.

¹²⁹ Пять лет советской медицины... С. 23–24.

¹³⁰ Там же. С. 24.

¹³¹ Становление и развитие здравоохранения... С. 173–175, 395.

¹³² Там же. С. 396.

появятся три новых отдела – медицинских школ и персонала, лечебный и финансовый¹³³.

Не всегда реорганизации происходили гладко. Так, в августе 1919 г. возник конфликт между Н.А. Семашко и А.А. Петровым, представителем ветеринарного отдела. Как было сказано ранее, со стороны НКВД было предложено включить ветеринарный отдел в структуру Наркомздрава. Однако Комиссия ветеринарных врачей настаивала на включение отдела в состав Народного комиссариата земледелия. Предложение ветеринаров вызвало отрицательную реакцию Семашко, тот настоял на включении ветеринарно-санитарного отдела в состав Наркомздрава, аргументировав свою позицию возможностями должностного положения¹³⁴. Наркомздрав достаточно часто обвиняли в «узурпации», что имело место, например, при передаче Главного курортного управления ВСНХ и передаче Главного военно-санитарного управления из ведения Народного комиссариата по военным делам.

К 1920 г. структура Наркомздрава была преобразована и состояла из: управления делами, организационного, лечебного, санитарно-эпидемиологического фармацевтического, статистического, финансового отделов, отделов санитарного просвещения, охраны материнства и младенчества, охраны здоровья детей и подростков, медицинской экспертизы, медицинского и общего снабжения, путей сообщения, медицинских школ, лечебных местностей и Главного военно-санитарного управления¹³⁵. Также в 1921 г. при Наркомздраве были учреждены 2 научно-исследовательских института – Государственный институт физической культуры и Государственный институт дефективного ребенка¹³⁶. В 1921 г. аппарат Наркомздрава был дополнен отделом заграничной информации, что объясняется установлением контактов в сфере здравоохранения с западными государствами,

¹³³ Становление и развитие здравоохранения... С. 171, 187–188, 395.

¹³⁴ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 42. Д. 2540. Л. 63.

¹³⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 397.

¹³⁶ Там же. С. 292–293.

а также из ведения военно-санитарного управления в качестве самостоятельного отдела был выделен эвакуационный отдел¹³⁷.

Однако уже в 1922 г., по причине сокращения ассигнований на содержание советской системы здравоохранения, аппарат Наркомздрава начинает сжиматься. Так, в 1922 г. было проведено объединение отделов медицинского снабжения и хозяйственно-материального, а эвакуационный отдел был вовсе ликвидирован¹³⁸. Несмотря на упрощение структуры Наркомздрава, в 1922 г. при нем был создан Государственный институт охраны материнства и младенчества¹³⁹. С этого момента и вплоть до 1927 г. структура наркомата изменялась только за счет создания новых научно-учебных заведений (в 1922–1927 гг. создано 15 институтов¹⁴⁰).

28 марта 1927 г. было опубликовано постановление ВЦИК и СНК РСФСР о Наркомздраве РСФСР. Согласно нему, все ранее созданные отделы Наркомздрава были преобразованы в управления и объединены. Так, на 1927 г. в составе Наркомздрава функционировали административно-финансовое, санитарно-профилактическое, лечебное управления, медико-санитарное управление путей сообщений, военно-санитарное управление РККА и Главное курортное управление, а также Центральные эпидемическая и санитарно-статистическая комиссии и Центральный совет по борьбе с проституцией и ряд государственных научных институтов¹⁴¹. В течение 1928 г. при Наркомздраве был создан Государственный институт социальной гигиены, который определил давнейшую постановку санитарно-просветительской деятельности в РСФСР, и Государственный институт по изучению профессиональных болезней¹⁴².

¹³⁷ Становление и развитие здравоохранения... С. 292–293.

¹³⁸ ГА РФ. А-482. Оп. 1. Д. 523. Л. 11–16.

¹³⁹ Там же. Д. 296. Л. 606.

¹⁴⁰ Там же. Д. 334. Л. 1–2.

¹⁴¹ О Народном комиссариате здравоохранения РСФСР (Положение): Декрет СНК от 18.07.1918 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР М. 1942. С. 688–689.

¹⁴² Здравоохранение в годы восстановления... С. 92–97.

Уже через 2 года структура Наркомздрава вновь будет изменена в сторону сокращения. В августе 1929 г. Военно-санитарное Управление РККА будет передано в ведение Народного комиссариата по военным делам. Уже на следующий год постановлением ЦИК от 23 июля 1930 г. все высшие и средние медицинские учебные заведения будут переданы в ведение управлений союзных республик. В 1931 г. медико-санитарное управление путей сообщения было передано в соответствующий народный комиссариат¹⁴³. На следующий год было принято решение о создании отдельного управления яслями. Тогда же вопросы аптечного дела были переданы в компетенцию Российского аптечного объединения (РАПО)¹⁴⁴.

1 сентября 1935 г было опубликовано новое постановление ВЦИК и СНК РСФСР о реорганизации Наркомздрава¹⁴⁵. Решение об очередном изменении структуры ведомства объяснялось необходимостью устранения организационных недостатков и усовершенствования аппарата управления. Теперь в структуре Наркомздрава функционировало 12 управлений, 6 отделов, 10 вспомогательно-совещательных органов и 4 органа административно-хозяйственного управления¹⁴⁶.

В 1936 г. реорганизация Наркомздрава будет продолжена и завершится созданием Народного комиссариата здравоохранения СССР, однако первоначально этому решению предшествовал процесс передачи некоторых отраслей медицинского дела в ведение наркомздравов союзных республик. Так, например, в мае 1936 г. в ведение республиканских наркоматов были переданы профилактические-консультационные учреждения ВЦСПС¹⁴⁷.

¹⁴³ ГА РФ. А-482. Оп. 24. Д. 1. Л. 233–234.

¹⁴⁴ Каминский Г.Н. Задачи советского здравоохранения. С. 160–161.

¹⁴⁵ О реорганизации комиссариата здравоохранения РСФСР: Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 01.09.1935 // Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-Крестьянского правительства РСФСР за 1935 г. М. 1935. С. 207–208.

¹⁴⁶ Там же.

¹⁴⁷ Об образовании Народного Комиссариата Здравоохранения Союза ССР: Постановление ЦИК и СНК РСФСР от 21.07. 1936 // Известия ЦИК Союза ССР и ВЦИК от 21 июля 1936 г. № 168. С. 336–338.

Таким образом, в течение 1917–1936 гг. был пройден путь от создания Медико-санитарного совета при Реввоенсовете и объединения разрозненных медико-санитарных учреждений до создания Наркомздрава РСФСР, а впоследствии и Наркомздрава СССР.

До создания Наркомздрава в июле 1918 г. в Советской республике функционировало несколько ведомств, таких как Медико-санитарный совет и Совет врачебных коллегий, на которые были возложены задачи по централизации разрозненных медицинских учреждений и создания новой централизованной системы здравоохранения. С момента создания Наркомздрава его структура достаточно часто изменялась путем создания новых подведомственных организаций, их объединения и ликвидаций, что объясняется сложной санитарно-эпидемиологической обстановкой в первые годы существования Советской России, а также отсутствием долгосрочного перспективного плана развития системы здравоохранения. Кроме того, устройство Наркомздрава во многом определялось финансовым положением в стране. При этом, несмотря на тяжесть послевоенного времени, при Наркомздраве создавались государственные научно-исследовательские институты, нацеленные на улучшение санитарно-эпидемиологической обстановки. В 1936 г. был создан Наркомздрав СССР для заведования всем медико-санитарным делом в государстве, а более локальные и узконаправленные вопросы были переданы в республиканские наркомздравы.

1.2. Санитарное законодательство

Помимо необходимости создания налаженной системы здравоохранения, удовлетворяющей нужды населения, перед советским правительством стояла задача по созданию санитарного и страхового законодательства, что найдет отражение уже в первых декретах СНК в сфере здравоохранения. Как было сказано ранее, в Российской империи в условиях революционной обстановки Государственной думой было начато оформление рабочего законодательства

(проекты законов «Об обеспечении рабочих на случай болезни» и «О страховании рабочих от несчастных случаев» от 1912 г.). В.И. Ленин считал, что проекты законов совершенно не отвечали нормам трудового законодательства, назвав предложения Думы «грубейшим издевательством над насущнейшими интересами рабочих»¹⁴⁸. По мнению В.И. Ленина, включение в советскую модель здравоохранения социально-страховой медицины отвечало интересам рабочего класса. Содержание системы страховой медицины было подготовлено им еще задолго до победы Октябрьской революции и озвучены Н.А. Семашко в январе 1912 г. на VI Всероссийской конференции РСДРП (б)¹⁴⁹.

В первые месяцы после прихода к власти большевиков были приняты декреты СНК РСФСР, которыми было начато создание трудового законодательства и оформление системы социального страхования. 29 октября 1917 г. был принят декрет «О восьмичасовом рабочем днем...», по которому определялись трудовые нормы: рабочее время (не более 8 часов в сутки и 48 часов в неделю), продолжительность перерывов, выходные и праздничные дни¹⁵⁰.

Не менее важным документом следует считать Декрет СНК РСФСР «О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений и предприятий, в случае неимения таковых, о выдаче денежных сумм на оборудование их» (от 14 ноября 1917 г.), в соответствии с которым прежние владельцы предприятий должны были передать в ведение больничных касс все медицинские учреждения, ранее принадлежавшие предприятию, или же выделить денежные средства по причине их отсутствия или ненадлежащего состояния¹⁵¹.

¹⁴⁸ Ленин В.И. Полное собрание сочинения. Т. 21. С. 147.

¹⁴⁹ Там же.

¹⁵⁰ О восьмичасовом рабочем дне: Декрет СНК РСФСР от 29.10.1917 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР М., 1942. С. 10–13.

¹⁵¹ О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений и предприятий, в случае неимения таковых, о выдаче денежных сумм на оборудование их: Декрет СНК РСФСР от 04.11.1917 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР М., 1942. С. 29.

Декретом ЦИК от 22 декабря 1917 г. «О страховании на случай болезни» фактически создавалась система страховой медицины с больничными кассами, действие которой распространялось на все трудящееся населения, включая крестьян и ремесленников, при условии внесения взносов. Исключение составляли только лица, использующие наемный труд, и высшие должностные лица, заработок которых более чем в 3 раза превышал среднюю заработную плату в районе. Таким образом, система социального страхования возникла практически сразу при каждом предприятии за счет Страхового совета как руководящего органа и системы больничных касс на городском и окружном уровнях¹⁵².

Логичным продолжением создания системы страховой медицины стало создание одноименного отдела в составе Наркомздрава и подотделов при местных здравотделах¹⁵³. При этом, страховые взносы перечислялись в Всероссийский фонд социального обеспечения, который находился в ведении Народного комиссариата социального обеспечения¹⁵⁴.

Продолжением оформления системы страховой медицины стал декрет СНК РСФСР, по которому все больничные кассы на территории Советской республики ликвидировались, а лечебные учреждения, ранее находившиеся в их ведении, передавались в распоряжение Наркомздрава. На протяжении 1917–1919 гг. система страховой медицины находилась в совместном ведении народных комиссариатов труда и здравоохранения. К компетенции Наркомтруда относилось проведение экспертизы пострадавших на рабочем месте, а Наркомздрава – оказание лечебной помощи¹⁵⁵.

На протяжении 1918 г. продолжалось оформление трудового законодательства. 18 мая был принят декрет СНК РСФСР «О санитарной инспекции труда», целью которого стало обеспечение охраны здоровья и труда

¹⁵² О страховании на случай болезни: Декрет СНК РСФСР от 22.12.1917 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР М., 1942. С. 199–206.

¹⁵³ Известия ВЦИК. 1918. № 178. С. 5.

¹⁵⁴ Становление и развитие здравоохранения... С. 153.

¹⁵⁵ Там же. С. 153.

советских рабочих не только на рабочих местах, но и в свободное время. Для контроля за исполнением советских постановлений в области охраны труда и здоровья создавался институт инспекторов труда. Инспектора избирались представителями от страховых касс и профсоюзов. При этом Санитарная инспекция труда находилась в ведении Народного комиссариата труда и лишь в августе 1918 г. была передана в состав Наркомздрава¹⁵⁶.

Важным этапом в создании лечебного дела стал декрет СНК РСФСР «О национализации аптек» (от 28 декабря 1918 г.), согласно которому все аптечные заведения, расположенные на территории РСФСР, переходили в собственность государства с дальнейшей передачей в ведение Наркомздрава, включая все запасы медикаментов и медицинского инвентаря, а также с работниками, складами и прочими хозяйственными помещениями¹⁵⁷.

В ноябре 1919 г. при Наркомздраве была создана Всероссийская комиссия по улучшению санитарного состояния республики с местными комиссиями на низовом уровне для осуществления контроля за работой органов здравоохранения и осуществления мероприятий советского руководства в области постановки лечебного дела¹⁵⁸. Вслед за созданием Всероссийской комиссии постановлением СНК РСФСР были созданы Московская Чрезвычайная санитарная комиссия и аналогичные местные комиссии, на которые были возложены задачи по проведению очистительных и ремонтных мероприятий, а также вопросы обеспечения санитарной техникой¹⁵⁹. В целях дальнейшего улучшения санитарно-бытовых условий населения декретом СНК РСФСР «О мерах правильного распределения жилищ среди трудового населения» (от 25 мая 1920 г.) на всех уровнях создавалась санитарно-жилищная инспекция, на которую в условиях совместной работы с жилищно-земельными комитетами возлагались задачи по проведению обследований местности и обеспечения жилыми помещениями, соответствующими санитарно-бытовым

¹⁵⁶ Известия ВЦИК. 1918. № 178. С. 5.

¹⁵⁷ Там же. 1919. № 1. С. 3.

¹⁵⁸ Становление и развитие здравоохранения... С. 205–207.

¹⁵⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 206. Л. 161.

нормам. Рассматриваемый документ на законодательном уровне допускал принудительное уплотнение в квартирах и сожительство лиц, не имеющих родственных связей, а право на отдельную комнату или добавочную жилплощадь могли получить только лица, пораженные острозаразными болезнями по решению врачебно-контрольного бюро¹⁶⁰.

С ноября 1920 г. было начато создание системы лечебной медицины на промышленных предприятиях. Для осуществления поставленной задачи была выбрана группа образцовых предприятий, выявленная в результате обследования санитарных условий труда, в частности бытовых условий на рабочих местах. В области санитарных условий труда было принято решение об обеспечении трудящихся питанием, чистой водой, банными и прачечными учреждениями, создании систем канализации, ассенизации и вентиляции воздуха во избежание распространения эпидемических и других острозаразных заболеваний. Также на жилищно-санитарные инспекции возлагалась задача по обеспечению трудящихся жилыми помещениями с их обустройством. Вышеперечисленные мероприятия в большей степени относились к соблюдению норм санитарного законодательства. В свою очередь, в области постановки лечебного дела на образцовых предприятиях создавалась система амбулаторной помощи путем создания лечебных учреждений при предприятиях с коечным фондом из расчета на 1 койко-место на 100 рабочих, обязательным присутствием 1 врача-специалиста из расчета, что в течение 1 часа будет проведен осмотр 6–8 человек, также для восстановления здоровья работников предприятия должны были быть открыты дома отдыха или колонии. В обязательном порядке при приеме на работу должен был производиться медицинский осмотр поступающего на службу, которой должен был производиться не реже, чем 1 раз в 3 месяца для всех работников предприятия. Регулярный осмотр трудящихся предприятия проводился с целью раннего выявления и предупреждения профессиональных заболеваний¹⁶¹.

¹⁶⁰ Становление и развитие здравоохранения... С. 246–248.

¹⁶¹ Вестник агитации и пропаганды. 1920. № 3. С. 15–16.

Логическим продолжением этой линии стало издание декрета СНК РСФСР «О санитарных органах республики», который объединил в себе все ранее изданные отдельные распоряжения в сфере организации санитарных органов, а также разграничил права, обязанности и структуру санитарных органов. В 1923 г. было издано положение «О местных санитарных советах», а в 1925 г. положение «О сельских санитарных комиссиях»¹⁶².

Так, начиная с 1922 г. развитие санитарного дела в РСФСР проходило сразу по двум направлениям, а именно путем развития новых отраслей при их одновременном объединении. К примеру, вопрос борьбы с распространением и предупреждением профессиональных заболеваний. К 1922–1923 гг. было отмечено значительное снижение распространения эпидемических заболеваний, что позволило обратиться к проблеме борьбы с профессиональными заболеваниями. Будет неверным считать, что в рамках подготовительного периода советское руководство не обращалось к данной проблеме, подтверждением чего было создание системы страховой медицины и попытки организации врачебно-санитарного дела на предприятиях. Но данных мероприятий было недостаточно для создания полноценной сети медицинских учреждений для обслуживания застрахованных рабочих. Поскольку вопросы охраны труда были рассредоточены между ВЦСПС и народными комиссариатами труда и здравоохранения, то в основном на Наркомздрав возлагалось оказание лечебной и профилактической помощи застрахованным. Для этого в 1924 г. на V Всероссийском съезде здравотделов были определены основные задачи. Так, на Наркомздрав возлагалось ведение статистики и учета профессиональных болезней, внедрение диспансерного метода, создание системы пунктов первой помощи на всех предприятиях с наделением их санитарными, надзорными и социальными функциями, регулярное проведение осмотров. Результатом создания системы медицинского обслуживания на предприятиях стало издание распоряжения Наркомздрава «О

¹⁶²Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 68.

работе в области профессиональной заболеваемости» (от 11 марта 1924 г.), положение «О дальнейшей работе лечебно-профилактических учреждений в области изучения и борьбы с профессиональными заболеваниями» (от 13 апреля 1925 г.), в котором также была определены структура санитарных органов, обслуживающих предприятия в составе диспансеров, пунктов первой помощи, норма коечного фонда, а также нормы ведения личных санитарных журналов рабочих. В деле развития медицинской системы на предприятиях важное значение имело совместное постановление народных комиссариатов труда и здравоохранения «Об организации медицинских осмотров на вредных производствах» от 24 сентября 1925 г., которое в 1928 г. будет дополнено распоряжением «О предварительном медицинском освидетельствовании»¹⁶³. Благодаря двум вышеназванным законодательным актам будет осуществлен процесс полной передачи охраны труда и здоровья рабочих из ведения Наркомтруда в ведение Наркомздрава. Таким образом, с началом решения о создании системы медицинского обслуживания на предприятиях перед Наркомздравом стояла задача по ее законодательному оформлению¹⁶⁴.

Схожей была ситуация в вопросе борьбы с социальными болезнями, когда одновременно на всех уровнях было начато создание туберкулезной и венерологической диспансерной сети (положения Наркомздрава от 14 ноября 1926 г. и 22 октября 1927 г.), учреждения которой в 1928 г. были объединены между собой и переданы в состав санитарно-эпидемиологических отделов в центре и на местах, что также одновременно сопровождалось принятием закона о принудительном лечении (21 января 1927 г.).

Таким образом, к середине 1920-х гг. советская система здравоохранения обрела была в целом структурно оформлена, а с принятием Наркомздравом постановления от 23 ноября 1926 г. «О порядке производства судебных дознаний санитарными врачами» к ее компетенции были добавлены и судебно-следственные функции. Данное решение было принято советским руководством

¹⁶³ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 70.

¹⁶⁴ ГА РФ. А-482. Оп. 2. Д. 291. Л. 7–8.

с целью уравнивания в должностных полномочиях медицинских работников с другими работниками в судебно-следственной области ¹⁶⁵.

Еще одним важным документом в области создания санитарного законодательства стал декрет СНК РСФСР и ВЦИК от 28 июня 1926 г. «Об издании обязательных постановлений местными исполкомами и горсоветами», который 18 октября 1926 г. был дополнен постановлением Наркомздрава «О разработке и издания проектов обязательных постановлений в области охраны здоровья населения». Вышеупомянутыми документами был установлен перечень положений – 31 пункт, по которым следовало разработать и принять санитарные постановления. Так была установлена необходимость дальнейшего создания санитарного законодательства в сфере общественного питания, оздоровления населенных пунктов, санитарно-промышленного надзора и др.

Завершением работы в области санитарного законодательства в рассматриваемый период стал новый закон «О санитарных органах республики» от 8 октября 1927 г., которым были подытожены достижения за 10-летний период в деле строительства новой системы здравоохранения. Новый закон «О санитарных органах» отменял закон 1922 г., а главным различием между двумя законодательными актами стало дополнение санитарных органов функциями предупредительного надзора. Уже 19 ноября 1927 г. закон «О санитарных органах» был дополнен постановлением СНК РСФСР, согласно которому был установлен обязательный минимум санитарных органов и медперсонала на всех уровнях для общего и предупредительного надзора ¹⁶⁶.

Законодательное творчество первых 10 лет существования советской системы здравоохранения отвечало нуждам советской медицины подготовительного и восстановительного периода. При этом ранние законодательные акты имели общий характер и были направлены на оздоровление общества. 21 июня 1929 г. СНК РСФСР был подготовлен доклад о

¹⁶⁵ Год работы Народного комиссариата здравоохранения. С. 74.

¹⁶⁶ О санитарных органах республики: Постановление СНК РСФСР от 19.02.1927 // Собрание указаний и распоряжений РСФСР. М., 1927. № 21. Ст. 139.

состоянии санитарного уровня страны, после обсуждения которого Особой комиссией было озвучено решение о необходимости проведения оздоровительных отдельных мероприятий, в том числе и на уровне законодательных актов, для дальнейшего развития системы здравоохранения. Особой комиссией было обозначено, что участие в оздоровлении страны должны принимать не только медико-санитарные органы, но и другие хозяйственные ведомства, что соответствовало развитию страны по принципу «плановости»¹⁶⁷.

На последнем из рассматриваемых этапов будет принят ряд постановлений в области общественного питания, благоустройства санитарных мест и охраны труда. При этом, будет принят и ряд общих законодательных актов в сфере системы здравоохранения, что было характерно для подготовительного и восстановительного периодов.

20 мая 1930 г. было опубликовано постановление СНК РСФСР «О санитарном минимуме», которое подразумевало создание встречного плана здравоохранения и его осуществления, подготовленного населением и всеми заинтересованными учреждениями и предприятиями¹⁶⁸. Особо стоит отметить значение «санитарного минимума» в годы индустриализации, когда ускоренными темпами было начато строительство новых городов и поселений. Однако одного постановления было недостаточным для повышения санитарной грамотности населения, поэтому 11 марта 1932 г. было издано постановление «О санитарном обслуживании переселенцев», а 14 мая было опубликовано Постановление СНК РСФСР «О мероприятиях по улучшению санитарного состояния городов и новостроек», которыми были установлены задачи в области санитарного надзора не только перед органами здравоохранения, но и коммунальными и городскими советами, а также милицией¹⁶⁹. Данные

¹⁶⁷ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 75.

¹⁶⁸ О санитарном минимуме: Постановление СНК РСФСР от 20.05.1930 // Собрание узаконений и распоряжений рабоче-крестьянского правительства РСФСР, 1930 г. М., 1930. № 24. Ст. 322.

¹⁶⁹ О санитарном обслуживании переселенцев: Постановление СНК РСФСР от 11.03.1932 // Собрание узаконений и распоряжений рабоче-крестьянского правительства РСФСР, 1932 г. М., 1932. № 25. Ст. 123.

законодательные акты привели лишь межведомственной путанице, в результате которой в течение 1933 г. был принят ряд постановлений для разграничения функций¹⁷⁰.

В начале 1930-х гг. санитарное законодательство СССР было дополнено законодательными актами, регулирующими вопросы общественного питания (постановление ЦК ВКП (б) «Об улучшении общественного питания» от 19 августа 1931 г., «Об улучшении санитарного состояния предприятий пищевой промышленности» от 22 декабря 1933 г., «Об обязательных санитарных условиях для предприятий общественного питания» от 4 ноября 1933 г.)¹⁷¹.

В 1932 г. был подготовлен проект Санитарного кодекса, который стал итогом 15-летней работы советской системы здравоохранения. Стоит отметить, что проект Кодекса находился в стадии разработки на протяжении 8 месяцев и был представлен для обсуждения 11 августа 1932 г. Проект не был утвержден, поскольку объединял в себе все ранее принятые законодательные акты в сфере здравоохранения, но не раскрывал направлений советской системы здравоохранения. Как было сказано ранее, В.И. Ленин настаивал на идее создания санитарного законодательства, считая, что «декреты – это инструкции, зовущие к массовому, практическому делу...»¹⁷². По мнению И.Я. Бычкова, проект Санитарного кодекса не отвечал требованиям и содержал много утративших силу и значения законодательных актов, что не способствовало единству социалистического строительства, в том числе системы здравоохранения. С критикой проекта Санитарного кодекса также выступил один из наиболее значимых советских правоведов П. Стучка в статье, опубликованной в журнале «Революция права». Стучка отстаивал идею, что законы как правовая сфера должны быть отделены от «...чисто технических, ведомственных узаконений и распоряжений», поскольку в случае создания Санитарного кодекса многочисленные поправки и дополнения к статьям приведут к путанице. Еще

¹⁷⁰ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 77.

¹⁷¹ Там же. С. 77–78.

¹⁷² *Бычков И.Я.* Санитарный кодекс периода социалистической реконструкции. С. 7.

одним недостатком проекта Санитарного кодекса было положение, которым устанавливалось, что в случае необходимости на местном уровне могут быть самостоятельно приняты решения о проведении мероприятий в одном из направлений системы здравоохранения, что приводило к децентрализации системы¹⁷³. Несмотря на критику проекта Санитарного кодекса, сам документ послужил законодательной базой для дальнейшей разработки норм санитарного права, что нашло отражение в 1933 г., когда постановлением ЦИК и СНК СССР была создана Государственная санитарная инспекция. На протяжении 1933–1935 гг. рядом законодательных постановлений была дополнена и окончательно оформлена система и направления деятельности Государственной санитарной инспекции (ГСИ)¹⁷⁴. Постановлением СНК СССР от 26 июля 1935 г. также была создана Всесоюзная санитарная инспекция, на которую возлагались задачи по осуществлению санитарного надзора и законотворческой деятельности. Также при ГСИ в 1935 г. была учреждена Специальная противозидемическая организация¹⁷⁵. Так, к 1935 г. была завершена реорганизация системы санитарных органов в СССР путем создания ГСИ, деятельность которой на протяжении 1933–1935 гг. изменилась от осуществления всех видов санитарного контроля до плановой функции¹⁷⁶. Также на протяжении 1935 г. были окончательно определены и установлены функции санитарного инспектора положениями «О помощниках госинспекторов» от 3 октября 1935 г., «Об общественных санитарных уполномоченных в городах и промышленных центрах» от 2 ноября 1935 г.¹⁷⁷

На протяжении первой половины 1930-х гг. произошла значительная реорганизация санитарного законодательства. В рамках осуществления пятилетних планов развития народного хозяйства остро встал вопрос о благоустройстве населенных пунктов, что нашло отражение в законе «О

¹⁷³ Бычков И.Я. Указ. соч. С. 7, 13–14.

¹⁷⁴ ГА РФ. А-482. Оп. 24. Д. 138. Л. 16–19, 24.

¹⁷⁵ Там же. Д. 151. Л. 67.

¹⁷⁶ Там же. Д. 721. Л. 53–58.

¹⁷⁷ Там же. Д. 445. Л. 71, 93–96.

благоустройстве населенных мест» и «О генеральном плане реконструкции Москвы»¹⁷⁸. Создание новых городов и прочих населенных мест послужило поводом к принятию директивных актов «Об улучшении общественного питания» и «Об улучшении санитарного состояния пищевой промышленности»¹⁷⁹. Еще одним важным законодательным актом стал закон «Правила о санитарной охране границ Союза ССР»¹⁸⁰.

Таким образом, на протяжении 1917–1936 гг. развивалось санитарное законодательство сперва в РСФСР, а затем и в СССР. Все законодательные акты рассматриваемого периода отвечали нуждам текущего политического момента. При этом некоторые из законодательных актов могут быть квалифицированы как ядро санитарного законодательства СССР («О санитарных органах республики» или «Санитарный минимум»). По мере становления и распространения не только сети советской системы здравоохранения, но и осознания положительных аспектов коммунистической медицины советское руководство постепенно ослабляет рычаги управления и передает инициативу местным органам здравоохранения, что стало одним из факторов отказа от идеи кодификации советского санитарного законодательства. В результате в начале 1930-х гг. советское руководство отказалось от идеи создания Санитарного кодекса, несмотря на длительную подготовку проекта. Впрочем, этот отказ не остановил дальнейшее оформление мероприятий в сфере здравоохранения на правовой основе.

¹⁷⁸ О генеральном плане реконструкции Москвы: Постановление ЦК ВКП (б) и СНК РСФСР от 10.07.1936 // Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам. В 5 т.: Сб. док. за 50 лет. Т. 2. 1929–1940 гг. М., 1967. С. 534–546.

¹⁷⁹ ГА РФ. А-482. Оп. 1. Д. 627. Л. 100–102.

¹⁸⁰ Там же. Оп. 24. Д. 827. Л. 2.

1.3. Лечебное дело

В рамках советской системы здравоохранения лечебное дело подразумевало оказание больничной и внебольничной медицинской помощи, а также создание системы медицинского обслуживания на низовом уровне, для которой были характерны более медленные темпы развития по сравнению с городской.

Необходимость создания системы лечебных заведений на городском и сельском уровнях была крайне велика, поскольку если в Российской империи в довоенное время и существовали учреждения больничного типа, то в годы Первой мировой войны большая их часть была передана под военные госпитали, а другие вовсе прекратили функционирование по причине сокращения финансирования со стороны государственных ведомств, между которыми они были рассредоточены, а также прекращения денежных поступлений от благотворительных организаций.

К моменту установления советской власти на территории будущего СССР на городском уровне действовало 9496 медицинских учреждений, а на сельском – 4367 медучреждений. О неравномерности распределения сети медицинских учреждений свидетельствует то, что накануне установления советской власти на территории РСФСР на городском уровне было 896 медучреждения, а на сельском – 3007, в то время как на территории будущей Киргизской ССР на городском уровне – 67, на сельском – 124¹⁸¹. Общий коечный фонд составлял 207 тыс. коек, то есть 13 коек на 10 тыс. человек. На территории РСФСР общий коечный фонд составлял 93,2 тыс. койко-мест, то есть 3,8 койки на 1 тыс. человек. При этом в среднеазиатских республиках проблема коечного фонда обстояла значительно хуже, и показатель варьировался от 0,4 койки на 10 тыс. человек в Таджикской ССР до 3,2 койки на 10 тыс. человек в Казахской ССР¹⁸².

Хотя на территории РСФСР коечный фонд был значительно больше, чем в остальных будущих союзных республиках, его распределение было крайне

¹⁸¹ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 48–50.

¹⁸² 50 лет советского здравоохранения... С. 70.

неравномерно. Так, в 35% городов вовсе отсутствовала больничная сеть. В городах, в которых имелись больницы, размер коечного фонда не мог обеспечить все население лечебной помощью. Так, в городах с населением более 100 тыс. человек только в 28 из 33 городов имелись больницы, в городах с населением более 50 тыс. больницы имелись в 25 из 54 городов, а в городах с населением менее 50 тыс. человек больницы были только в 28 из 102 городов¹⁸³. Хуже всего ситуация обстояла в Тамбовской, Воронежской, Царицынской, Уфимской и Пермской губерниях, в которых в годы гражданской войны в результате боев была полностью разрушена система медицинских учреждений¹⁸⁴.

Обеспеченность коечным фондом была выше всего в университетских городах, что объясняется необходимостью подготовки врачебных кадров. В последние годы существования Российской империи были созданы больницы и другие лечебные учреждения выдающимися врачами конца XIX в., среди которых Ф.А. Гетье – основатель Солдатенковской больницы (переименована в больницу имени Боткина), Н.Н. Алексеев – создатель Морозовской детской больницы, Ф.А. Рейн – организатор и главный врач Первой Градской больницы. Неблагоприятно обстояла система медицинского обслуживания на промышленных предприятиях. Так, в начале XX в. для обслуживания промышленных предприятий существовало 1054 больниц с 12 262 койко-местами, то есть в среднем на 1 медицинское учреждение приходилось 10–12 коек¹⁸⁵.

Совершенно была не развита система врачебной помощи на дому: в 1913 г. на территории будущего Советского государства было зарегистрировано 391,4 тыс. посещений, из которых на РСФСР приходилось 263,7 тыс. посещения больных, на будущую УССР – 102,5 тыс., на БССР – 3,4 тыс., на ЗСФСР суммарно 21,8 тыс., а в будущих среднеазиатских республиках врачебная помощь на дому вовсе не оказывалась¹⁸⁶. Не лучше обстояла ситуация с

¹⁸³ ГА РФ. Ф-А482. Оп. 10. Д. 1. Л. 121–122.

¹⁸⁴ Там же. Л. 126.

¹⁸⁵ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 110

¹⁸⁶ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 53.

контингентом медицинского персонала. Так, в момент установления советской власти общее число врачей на территории будущего СССР составляло 19 785 высших медицинских работников, из которых на РСФСР приходилось 13 154 специалиста, на УССР – 5192, на БССР – 495, на ЗСФСР – 747, на среднеазиатские союзные республики – 196¹⁸⁷. Таким образом, сеть медико-санитарных учреждений не могла удовлетворить потребности населения, а с началом Первой мировой войны амбулаторное обслуживание гражданских лиц практически прекратилось, поскольку все медицинские силы были перенаправлены на обеспечение фронтовых и прифронтовых районов.

Таблица 1. Рост сети учреждений здравоохранения в СССР и союзных республиках¹⁸⁸

СССР и союзные республики	1913	1928	1932	1938	% прироста к 1913
СССР	49 087	59 230	116 075	153 129	212
РСФСР	38 654	42 859	5 462	104 452	170
УССР	8 668	11 269	84 007	27 720	219
БССР	646	980	20 524	2 481	284
Азербайджанская ССР	73	313	1 126	1 774	2 330
Грузинская ССР	132	328	950	2 873	2 076
Армянская ССР	72	200	1 227	559	676
Туркменская ССР	90	200	254	306	240
Узбекская ССР	142	508	2 314	3 769	2 554
Таджикская ССР	-	260	1 120	1 107	1 107
Казахская ССР	300	1 615	3 104	7 062	2 254
Киргизская ССР	22	295	674	1 225	5 468

¹⁸⁷ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 60.

¹⁸⁸ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 1. Л. 18–19.

Карело-Финская ССР	132	241	380	в составе РСФСР	-
Молдавская ССР	156	162	195	в составе УССР	-

Таким образом, опираясь на выше представленные статистические данные, можно сделать вывод о слабости развития лечебной сети в Российской империи. По этой причине перед советской системой здравоохранения стоял ряд задач: расширить больничную сеть, параллельно восстанавливая разрушенные в военное время медучреждения и объединяя уже существующие, приблизить ее максимально к населению через обеспечение ее равномерного распределения по всей территории государства и осуществить один из главных принципов здравоохранения – принцип бесплатности. Ситуация в области постановки лечебного дела на территории РСФСР осложнялась сразу по нескольким причинам: нехватка квалифицированного персонала, неразвитость медицинской промышленности и вытекающий отсюда недостаток объемов выпуска медикаментов и инвентаря.

В период с октября 1917 по 1 июня 1921 гг. шел активный процесс создания новых медицинских учреждений. Создавались не только больницы и амбулатории, но и специализированные учреждения по типу психиатрических лечебниц, а также учреждений по Охрматмладу¹⁸⁹ и ОЗДиП¹⁹⁰¹⁹¹. Задачи в области постановки лечебного дела в Советской республике решались под эгидой Наркомздрава, точнее его лечебного отдела, в то время как на местные органы здравоохранения и хозяйственные органы были возложены задачи по созданию новых лечебных учреждений¹⁹².

¹⁸⁹ Охрана материнства и младенчества.

¹⁹⁰ Охрана здоровья детей и подростков.

¹⁹¹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 3. Д. 5. Л. 17; Д. 9. Л. 12–13.

¹⁹² Там же. Л. 20–24, 32, 41–44.

На протяжении 3,5 лет с момента установления советской власти система лечебных учреждений развивалась достаточно быстро, о чем свидетельствует нижеприведенная статистическая таблица. Численность населения как на городском, так и на сельском уровне пошла на убыль по причине военного времени, а также пика распространения эпидемий и вызванного этим обстоятельством повышения уровня смертности. Как отражено в таблице, количество больниц уменьшилось к 1923 г. более чем на 17 %. Эту динамику не следует оценивать как резко отрицательную, поскольку на данном этапе происходило объединение разрозненных учреждений больничного типа, которые были объединены советским правительством в более крупные медицинские единицы. Так, например, в Москве, где накануне Первой мировой войны было 412 больниц, из которых в 173 было не более 5 койко-мест, а в 91 – не более 15, теперь действовало 65 крупных больниц¹⁹³. Несмотря на сокращение числа больниц коечный фонд увеличился на 45,9 %, также увеличилось и число врачебных участков почти на 47 %, что позволило уменьшить площадь и радиус врачебных участков.

1 июня 1921 г. в области развития лечебного дела происходит кардинальное изменение, что объясняется решением советского руководства о переводе содержания системы медицинских учреждений на местные средства в связи с начавшимся в стране экономическим кризисом¹⁹⁴. Если вновь обратиться к таблице, то можно отметить, что при сравнении показателей за 1913 и 1922 гг. слабая или отрицательная динамика наблюдалась в создании коечного фонда, что стало причиной увеличения соотношения населения на 1 койко-место¹⁹⁵.
(табл. 2)

¹⁹³ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 157. Л. 32–34.

¹⁹⁴ Там же. Оп. 3. Д. 66. Л. 20–23.

¹⁹⁵ Пять лет советской медицины... С. 141.

Таблица 2. Развитие системы медицинских учреждений СССР в 1922–1923 гг.¹⁹⁶

	1913	1 июля 1922	% измене- ния с 1913	1 января 1923	% измене- ния с 1913
кол-во населения	87 083 663	75 600 677	-13,2	75 600 677	-13,2
город. население	11 201 305	10 863 914	-3	10 863 914	-3
сельское население	75 882 358	64 736 763	-14	64 736 763	-14
число больниц	4 769	3 222	-32,4	3 937	-17,4
число больничных коек	136 117	141 217	3,7	198 471	45,9
количество населения на койку	649	535,3	-8,2	381	-41,3
число врачебных участков	2 518	3 439	36,6	3 556	41,2
число самостоятельных фельдшерских пунктов	3 051	3 674	20,4	4 479	46,8
количество населения на врачебный участок	30 138	18 873	-37,3	18 205	-39,5
площадь врачебного участка	3 466	2 717	-21,6	1 621	-24,3

¹⁹⁶ Пять лет советской медицины... С. 141.

радиус врачебного участка	33,2	29,4	-11,4	28,8	-13,2
---------------------------------	------	------	-------	------	-------

При общем росте показателей лечебного дела в масштабах страны на региональном уровне наблюдалась большая неравномерность. Для всех районов Советского государства в период с конца 1917 по 1922 г. характерен значительный рост коечного фонда – более чем на 45 % в каждом из районов. Наиболее быстрыми темпами развивалась коечная сеть в Западных губерниях и Сибири – более чем на 110 %. Число врачебных участков также возросло, позволив сократить разницу в соотношении с мощностью врачебного участка и населением, проживающим в районе:

Таблица 3. Основные показатели российского здравоохранения по губерниям¹⁹⁷

	Земские губернии*			Западные губернии**			Северные губернии***		
	1913	1922	%	1913	1922	%	1913	1922	%
общее кол-во насе- ления	61 940 258	53 843 206	-13,0	4 312 680	3 727 345	-22,0	949 853	928 349	-2,5
число больн иц	600	2 805	-22,	155	139	-10,3	115	49	-57,4

¹⁹⁷ Пять лет советской медицины... С. 136–137.

* Земские губернии на 1913 г.: Владимирская, Вологодская, Воронежская, Вятская, Калужская, Костромская, Курская, Московская, Нижегородская, Новгородская, Орловская, Пензенская, Пермская, Петроградская, Псковская, Рязанская, Самарская, Саратовская, Симбирская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Ярославская. К 1922 г. добавлены: Брянская, Северо-Двинская, Иваново-Вознесенская, Екатеринбургская, Рыбинская, Череповецкая, Царицынская губернии, Вотская, Марийская, Чувашская области и Немкоммуна.

** Западные губернии: Витебская, Могилевская.

*** Северные губернии на 1913 г.: Архангельская, Олонцкая. К 1922 г. добавлены: Мурманская, Карельская, Зырянская области.

число боль- нич- ных коек	11 840	149 161	83,7	2 890	149 611	114,8	1 430	2 492	74
кол-во насе- ление на 1 койку	53,8	339,8	-36,8	1 490	600,5	-59,0	664,2	372,5	-44
число врачеб- ных участ- ков	982	2 586	20,4	105	177	68,3	58	76	31
Кол-во насе- ления на 1 врачеб- ный учас- ток	7 000	17 975	3,4	33 088	17 564	-50,0	14 672	10 482	-29

Дон и Кавказ****			Сибирь*****			РСФСР		
19 13	1922	%	1913	1922	%	1913	1922	%
10 62 69 74	7 049 781	-33,7	9 258 892	10 052 07 6	8,6	87 083 56 3	75 300 67 7	- 13, 2

**** Дон (южные губернии) и Кавказ на 1913 г.: Астраханская, Кубанская, Черноморская, Ставропольская губернии, Терская область и область Войска Донского. К 1922 г. к ним добавлены: Карачаево-Черкесская, Кабардино-Балкарская, Калмыцкая области.

***** Сибирь на 1913 г.: Тобольская, Томская, Енисейская, Иркутская губернии, 3 северных уезда Оренбургской губернии. К 1922 г. добавлены: Тюменская, Челябинская, Алтайская, Ново-Николаевская, Омская губернии и Монголо-Бурятская области.

48 6	361	-25,7	413	584	41,4	4 769	3 937	- 17, 4
10 07 1	17 130	70	7 836	28 032	192	134 117	198 471	47
1 0 06	411,5	-61	1 173	456,4	-64	9 649	381	- 41, 6
17 9	323	80,9	194	294	103, 5	2 518	2 556	41, 2
52 58 9	18 075	-65,6	43 349	21 711	-50	30 138	19 205	- 39, 6

Решение правительства о прекращении финансирования из центра, а также свертывание кредитов и ассигнований на проведение мероприятий всесоюзного масштаба сказалось и на создании сети лечебных учреждений¹⁹⁸. Так, на протяжении 1922 г. наблюдалось сокращение сети лечебных учреждений, коечного фонда в них, а также увеличение площади и радиуса врачебных участков за счет их же сокращений (табл. 4).

¹⁹⁸ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 15. Д. 316. Л. 11–14.

Таблица 4. Изменения основных показателей сети лечебных учреждений
в 1922 г.¹⁹⁹

	1 января 1922	1 июля 1922	% изменения
число врачебных участков	3 556,0	3 439,0	-3,6
количество населения на 1 койку	281,0	535,0	40,4
в городах	79,0	113,0	41,6
в сельской местности	1 035,5	1 430,5	38,0
площадь врачебного участка (кв. верста)	2 621,0	2 717,0	3,0
радиус врачебного участка (верста)	28,8	29,4	2,0

Уже к 1923 г. вновь наблюдался рост сети лечебных учреждений.

Помимо строительства сети лечебных учреждений больничного типа, в подготовительный период были созданы и специализированные учреждения. По причине отсутствия принципа централизации и единообразия в медицинской системе Российской империи не сохранились статистические данные о количестве пунктов помощи на дому и станций скорой помощи, зубных амбулаторий и психиатрических учреждений. Известно, что последний тип специализированного учреждения находился в ведении Красного Креста, число коек для нервнобольных исчислялось единицами. К 1922 г. количество коек для нервнобольных превышало 3 тыс., число зубных амбулаторий достигло 1391 (875 учреждений в городах с общим числом кресел 1821, 516 учреждений в сельской местности, а также 83 зуботехнических лаборатории)²⁰⁰.

¹⁹⁹ Пять лет советской медицины... С. 139.

²⁰⁰ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 3. 530. Л. 71–73.

В подготовительный период все также продолжалось строительство больничной сети. В 1928 г., к началу выполнения нормативов первого пятилетнего плана развития народного хозяйства, коечный фонд в городских больницах составлял уже 158 514 против 93 223 в 1913 г.²⁰¹ Контрольные цифры первой пятилетки предполагали к 1932 г. увеличить коечный фонд на 356 158 единиц по СССР. Советское руководство осознавало, что рост больничной сети значительно отстает от нужд здравоохранения. По этой причине в 1932 г. была проведена Всесоюзная конференция по планированию здравоохранения и рабочего отдыха, на которой была подчеркнута роль учреждений больничного типа: «...высококвалифицированное, оборудованное на основе последних достижений техники и науки учреждение для оказания стационарной квалифицированной помощи...»²⁰².

Таблица 5. Рост коечного фонда в городских больницах (без психиатрических коек)²⁰³

СССР и Союзные республики	Число больничных коек			
	1913	1928	1932	1938
СССР	93 223	158 514	256 158	450 694
РСФСР	65 467	115 792	176 697	293 925
УССР	19 556	21 122	42 289	82 963
БССР	2 307	4 515	7 957	14 364
Азербайджанская ССР	1000	4 065	5 203	8 801
Грузинская ССР	1835	3 922	5 273	8 834
Армянская ССР	125	921	1 363	2 755
Туркменская ССР	187	825	1 771	4 112
Узбекская ССР	849	3 717	6 845	12 679
Таджикская ССР	40	155	959	2 618
Казахская ССР	1410	2 175	5 667	15 174

²⁰¹ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 110.

²⁰² Там же. С. 111.

²⁰³ Там же. С. 127.

Киргизская ССР	78	660	890	2 107
Карело-Финская ССР	305	559	1097	1 576
Молдавская ССР	64	86	147	786

В рассматриваемый период коечный фонд, а вместе и с ним число учреждений больничного типа значительно выросло. По всему СССР больная сеть выросла в 5,3 раза, а соотношение 1 койки на 1 тыс. населения сократилось с 8,2 в 1913 г. до 3,8²⁰⁴.

После установления советской власти перед большевиками встала крайне непростая задача в области постановки лечебного дела в молодом государстве. В первую очередь необходимо было обеспечить медицинские нужды фронта, что было не так просто ввиду того, что значительная часть медицинской общественности с недоверием отнеслась к мероприятиям большевиков в сфере здравоохранения. Ситуация также осложнялась слабым коечным фондом, пошедшим на убыль в военное время. Несмотря на все трудности, советское руководство приступило к развертыванию сети лечебных учреждений, одновременно обеспечивая нужды фронта и прифронтовых районов и объединяя ранее национализированные разрозненные медицинские учреждения.

К середине 1930-х гг. отмечается значительный рост сети лечебных учреждений и коечного фонда в них. Бесспорно, создание сети лечебных учреждений было крайне важно, но в данном случае следует отметить, что в перспективе большевики намеривались усилить предупредительный или диспансерный метод в системе здравоохранения, что подразумевало создание большего количества амбулаторно-поликлинических и профилактических учреждений, которым будет посвящен следующий раздел.

²⁰⁴ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 111.

1.4. Внебольничная помощь

Система внебольничной помощи была самой разветвленной и многообразной в системе советского здравоохранения, и в годы первых пятилеток структура учреждений достигла 38 амбулаторно-поликлинических типов, среди которых отдельно стоит выделить поликлиники, амбулатории, диспансеры и здравпункты. Система внебольничной помощи виделась советским руководством в роли проводника профилактического направления. Упор на профилактическое направление есть наглядный пример укоренения системы Н.А. Семашко, который считал, что профилактическое направление – основное в советской медицине. И если со времен Российской империи в «наследство» было получено относительно небольшое количество учреждений больничного типа, то число амбулаторно-поликлинических учреждений было единичным.

К 1913 г. на территории будущего СССР амбулаторно-поликлиническая сеть составляла 1230 учреждений (из них 896 учреждения на территории РСФСР) с ежегодной пропускной способностью в 33 571,8 посещений²⁰⁵. Только в 16 % учреждений оказывалась специализированная медицинская помощь (к примеру, физиотерапия). В довоенное время сеть амбулаторно-поликлинических учреждений существовала в 224 городах и только в 36 из них они являлись самостоятельными медицинскими учреждениями, то есть 188 амбулаторий были прибольничного типа, а общее время приема пациентов в них составляло от 1,5 до 3 часов в день. Обслуживание пациентов даже в московских амбулаториях оставляло желать лучшего. Так, в среднем на 1 амбулаторию в будущей столице приходилось 1–2 врача, а время приема пациентов не превышало 2–2,5 часов в день²⁰⁶.

Скорая медицинская помощь относилась к системе внебольничного обслуживания. В Российской империи сеть учреждений скорой медицинской

²⁰⁵ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С.47.

²⁰⁶ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 1. Л. 142–144.

помощи была неразвита. Так, накануне установления советской власти учреждения скорой медицинской помощи были созданы всего в 9 городах: Москве, Петрограде, Киеве, Варшаве, Вильно, Лодзи, Одессе, Харькове и Риге. Советскими медицинскими деятелями было отмечено, что, даже несмотря на существование сети станций скорой помощи, их работа была крайне неудовлетворительной и заключалась исключительно в перевозке больных без оказания им медицинской помощи. В годы Первой мировой войны не успевшая получить развитие скорая медицинская помощь была полностью уничтожена²⁰⁷.

Фактически советской системой здравоохранения стояла задача создать систему внебольничного обслуживания с нуля.

С завершением военного времени, значительными успехами в деле борьбы с распространением эпидемических заболеваний и, самое главное, расширением охвата территории страны врачебными участками и здравотделами постепенно стала развиваться и система внебольничной помощи. Уже к 1924 г. в СССР насчитывалось 4228 амбулаторно-поликлинических учреждений (включая сеть консультации Охрматмлада), в 1925 г. – 4624, в 1926 г. – 5115, то есть динамика роста составила почти 21 %²⁰⁸. Разрасталась сеть станций скорой помощи: в 1924 г. – 22, в 1925 г. – 46, в 1926 г. – 68, то есть увеличение более чем в 3 раза²⁰⁹. В 1924–1926 гг. расширилась и сеть пунктов для оказания медицинской помощи на дому – 457 пунктов с ежегодным посещением пациентов в 391,4 тыс. против единичных пунктов в 1913 г.²¹⁰ К середине 1920-х гг. была расширена сеть зубных амбулаторий до 2160 учреждений к 1926 г., рентгеновских кабинетов – до 408, физиотерапевтических учреждений – до 77. Росла сеть пунктов первой помощи на предприятиях: 1924 г. – 624, 1925 г. – 808, 1926 г. – 1061²¹¹. На столь значительный рост амбулаторно-поликлинической сети повлиял V Всероссийский съезд отделов здравоохранения (1924 г.), на котором З. П.

²⁰⁷ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 1. Л. 142.

²⁰⁸ Там же. Д. 742. Л. 80–83.

²⁰⁹ Там же. Л. 83–84.

²¹⁰ Там же. Л. 86.

²¹¹ Там же. Л. 88–89.

Соловьев выступил с докладом о необходимости ускоренного развертывания сети внебольничной помощи с целью наиболее успешного способа внедрение профилактического метода. Также в докладе замнаркома здравоохранения была обозначена роль медицинского пункта и врача, оказывающего помощь на дому (участкового врача). По мнению советской медицинской интеллигенции, врач, оказывающий помощь на дому, есть связующее звено между заболевшим и медицинскими органами. При этом на участкового врача были возложены задачи не только по оказанию медицинской помощи заболевшему, но и за осуществление санитарного контроля за состоянием жилищ и проведение мероприятий по просветительской, санитарно-эпидемической и оздоровительной работе.

Далее будет приведена таблица роста сети внебольничных учреждений в рассматриваемый период (включая туберкулезные и венерологические диспансер. учреждения Охрматмлада и ОЗДиП).

Таблица 6. Рост сети внебольничных учреждений в 1913–1936 гг.²¹²

СССР и Союзные республики					% роста к 1936
	1913	1928	1932	1936	
СССР	1230	5673	7340	9496	672
РСФСР	896	3307	3988	5906	559,1
УССР	187	1276	1712	1784	854
БССР	24	276	337	298	1141,7
Азербайджанская ССР	30	155	186	204	580
Грузинская ССР	11	173	247	310	2718,1
Армянская ССР	4	43	65	164	4000
Туркменская ССР	6	60	91	123	1950
Узбекская ССР	22	203	264	344	1463,6
Таджикская ССР	7	18	65	45	542,9
Казахская ССР	39	94	306	251	543,6

²¹² Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 47.

Киргизская ССР	4	23	35	67	1575
Карело-Финская ССР	3	35	31		
Молдавская ССР	-	10	13		

Анализ статистических данных, представленных в таблице, позволяет сделать вывод, что в рассматриваемый период система внебольничной помощи увеличилась почти в 7 раз. Наибольшее увеличение характерно для Средней Азии, где в 1913 г. сеть медицинских учреждений практически отсутствовала. На втором месте по увеличению числа амбулаторно-поликлинических учреждений были Кавказ и Закавказье, где на момент установления советской власти сеть амбулаторно-поликлинических учреждений находилась в крайне неудовлетворительном состоянии. Рост сети внебольничных учреждений подразумевал необходимость увеличения контингента медицинского персонала всех категорий, что будет рассмотрено в соответствующем разделе. Также разрастание сети внебольничных учреждений позволило увеличить их пропускную способность и обеспечить население большим количеством приемов и увеличить время приема (см. Таблицу 7):

Таблица 7. Рост приемов в сети внебольничных учреждений в 1913–1936

гг.²¹³

СССР и союзные республики					% процент при- роста к 1936
	1914	1928	1932	1936	
СССР	33 571,8	190 144	318 522	303 167,2	903
РСФСР	21 800,2	133 942	217 792	209 042,7	958,9
УССР	7618,2	36 537	69 720	51 848,7	720
БССР	686,6	4 340	7 421	6 684,2	996,8
Азербайджан ская ССР	984,6	9710	15 038	7 359,6	747,4
Грузинская ССР	347,5			6 276,4	1806,2
Армянская ССР	149,9			1 897,1	1265,6
Туркменская ССР	88,6			800	1 500
Узбекская ССР	648	4621	6 675	7 153,3	1 103,9
Таджикская ССР	26	194	956	1061,3	4081,9
Казахстанска я ССР	1150,9	учтены в составе РСФСР и УССР		5 507,5	478,5
Киргизская ССР	69,9			998,3	1428,2

Важно обратиться к постановлению ЦК ВКП (б) от 13 декабря 1929 г., которое установило необходимость дальнейшего развития системы профилактической помощи на промышленных предприятиях в рамках осуществления нормативов первого пятилетнего плана. Данное постановление

²¹³ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 121.

подстегнуло дальнейший рост здравпунктов в первую пятилетку. Таким образом, сеть здравпунктов в годы первой пятилетки увеличилась более чем в 3 раза. К концу второй пятилетки количество здравпунктов увеличилось до 7298.

Таблица 8. Рост сети здравпунктов в 1917–1936 гг.²¹⁴

СССР и союзные республики	1917	1928	1932	% роста
СССР	487	1 942	6 139	315,8
РСФСР	336	1 380	3 880	281,2
УССР	142	432	1 738	402,3
БССР	1	37	227	613,5
ЗСФСР	7	77	166	215,6
Узбекская ССР	1	12	82	529,9
Туркменская ССР	-	4	23	575
Таджикская ССР	-	-	23	-

Рассмотрев динамику роста сети здравпунктов, стоит охарактеризовать функции, которые выполнял здравпункт. В советской системе здравоохранения здравпункт был филиалом поликлиники или амбулатории, на который возлагались задачи по оказанию первой помощи. На одном врачебном участке располагалось несколько здравпунктов. В свою очередь, в создании сети врачебных участков был положен участково-территориальный принцип. Так, территория, которая обслуживалась поликлиникой или амбулаторией, была разделена на несколько участков. Для обслуживания каждого из участков назначался врач-терапевт и участковые ординатор и медсестра. На участкового ординатора возлагались задачи по осуществлению амбулаторного приема пациентов в медучреждениях, оказанию медицинской помощи на дому. На медицинскую сестру были возложены административные функции, которые

²¹⁴ Двадцать пять лет советского здравоохранения...С. 123.

заклучались в обеспечении бытовых нужд заболевших, к примеру, распределение детей в ясли или другие учреждения на время болезни родителей ²¹⁵. Каждое учреждение амбулаторного типа прикреплялось к больнице, в которой выделялось определенное количество койко-мест для обеспечения бесперебойной госпитализации больных.

Постепенно расширялась и система врачебной помощи на дому.

Таблица 9. Рост числа врачебных посещений на дому в 1913–1935 гг. ²¹⁶

СССР и союзные республики	Число врачебных посещений на дому (в тыс.)		
	1913	1930	1935
СССР	391,4	7304,1	14053,6
РСФСР	263,7	3924,2	9019,1
УССР	102,5	2265,4	3039
БССР	3,4	589,4	706,9
Азербайджанская ССР	21,8	452	332
Грузинская ССР			485,3
Армянская ССР			111
Туркменская ССР	-	11,3	28,4
Узбекская ССР	-	54,4	172,8
Таджикская ССР	-	7,4	25,3
Казахская ССР	-	-	113,9

Также выросла и сеть медицинских станций, о чем свидетельствуют следующие статистические данные ²¹⁷:

²¹⁵ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 3. Д. 6. Л. 41.

²¹⁶ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 125.

²¹⁷ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 58.

Таблица 10. Рост сети медицинских станций.

	1914	1931	1936	% прироста
Количество станций скорой помощи	9	154	426	4 633,3
Количество машин	-	358	616	

Стоит обратиться и к контрольным цифрам второго пятилетнего плана развития народного хозяйства в области системы медицинского обслуживания в городах и промышленных районах²¹⁸:

Таблица 11. Контрольные цифры второго пятилетнего плана развития народного хозяйства в области системы медицинского обслуживания.

	1932	1933	1934	1935	1936	1937	%
Здравпункты на предприятиях, включая врачебные	3 542	4 258	4 741	5 300	6 000	6 600	86,3
	2 588	3 071	3 441	4000	4 700	5 600	116,3
Учреждения внебольничной помощи	19 147	20 936	22 121	22 600	23 100	23 750	24
Зубные врачи	4 298	4 358	5 025	3 500	3 900	6 460	50,3
Врачи помощи на дому	3 790	4 285	4 561	4 700	5 000	5 390	42,2
Больничные койки	162	174	187	200	310	226 078	38,7
	994	980	540	540	000		
Госсанинспектора	1 909	2 582	2 972	3 400	3 890	4 200	20,1
Дезостанции	22	49	81	122	140	150	168,7
Дезпункты	296	399	521	630	720	772	160,8

²¹⁸ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 26. Л. 87.

Санбаклаборатории	388	486	562	715	849	938	141, 7
Санпропункты	136	238	328	380	430	461	238, 9
Малярийные станции	95	135	193	230	250	280	163, 1
Число мест в яслях	181 711	214 084	247 242	330 000	415 000	500 000	175, 1
Число школьно- санитарных врачей	2 190	2 211	3 528	3 100	3 750	4 504	111, 4
Койки в дневных и ночных стационарах ОЗДиП	4 535	6 033	7 310	7 310	7 310	7 310	61,1
Койки в санаторных колониях рабочих подростков	2 310	2 897	4 210	5 700	7 680	8 500	268
Койки в соматических санаториях для детей и подростков	2 142	2 768	3 430	4 100	5 000	6 425	300
Койки в санитарных лагерях для пионеров	3 632	3 625	5 878	8 956	10 700	13 000	257, 8
Койки в психиатрических школьных санаториях	1 455	1 532	1 790	2 700	3 970	5 120	251, 8
Койки в тубдиспансерах для взрослых и детей	3 345	3 819	4 294	4 800	5 400	6 200	81
Койки в тубсанаториях (кост.)	1 595	1 785	2 265	2 865	4 100	5600	251, 1
Койки в дневных и ночных санаториях	5 900	7 198	8 779	9 330	10 530	12 000	100, 3
Психиатрические койки	30 335	30 900	34 130	35 630	37 630	40 000	31,8

С первых дней установления советской власти было начато строительство сети учреждений внебольничной помощи под эгидой профилактического метода в здравоохранении. В рассматриваемый период выросла не только сеть специализированных учреждений, но также был увеличен и контингент медицинского персонала. Как неоднократно было сказано, советская система здравоохранения строилась при опоре на профилактический и оздоровительный методы, что нашло воплощение в диспансерном строительстве. Финансовые трудности не давали возможности начать строительство масштабной сети учреждений диспансерного типа сразу после революции. По этой причине советское руководство избрало следующий способ распространения профилактического метода на всех уровнях – строительство показательных учреждений, по аналогии с которыми местные здравотделы и органы власти должны были развертывать сеть своих учреждений. К середине 1930-х гг. уже можно отметить значительные достижения советской системы здравоохранения в диспансерном строительстве. Однако сеть внебольничной помощи не ограничилась только сетью диспансерных учреждений. В рассматриваемый период на территории СССР была создана система оказания помощи на дому, развернута сеть станций скорой помощи, были учреждены новые санитарные и медицинские должности. Благодаря проводимым мероприятиям удалось не только снизить уровень заболеваемости среди населения, но и предупреждать распространения заболеваний, снизить производственный травматизм, а также привить важность соблюдения санитарно-гигиенических норм.

1.5. Сельская медицина

Создание оформленной структуры системы медицинского обслуживания на всех уровнях было необходимой мерой для охраны труда советских рабочих и крестьян. Сразу после победы Октябрьской революции создание системы медицинского обслуживания в сельской местности оказалось невозможным не

только по причине отсутствия объединяющего центра, который бы мог определить дальнейшее устройство и структуру системы медицинского обслуживания на всех уровнях, но и вследствие того, что в годы Первой мировой войны система медицинского обслуживания сельского населения была практически разрушена, а в каких-то районах страны ее и вовсе никогда не существовало. Неверно было бы считать, что до создания Наркомздрава в сельской местности не проводились мероприятия по обеспечению медицинской помощью местного населения.

Система лечебной помощи в деревне была развита крайне слабо, относительный импульс для ее становления дала система земских медицинских участков. Но земские медицинские участки были крайне неравномерно распределены по территории Российской империи, большинство из них было расположено в центральных губерниях. Организация лечебной помощи в сельской местности достаточно подробно отражена в отчете Управления главного санитарного инспектора «О состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России» (1909 г.)²¹⁹. Согласно отчету, в начале XX в. на губернском уровне в среднем на 1 сельского врача приходилось 24,5 тыс. населения. При этом, в Вологодской губернии на 1 врача приходилось 39,7 тыс. человек, в Вятской – 51,8 тыс., в Пензенской – 58,9 тыс. Для земской медицинской системы была характерна проблема радиуса и площади обслуживания участка одним врачом, что было характерно для регионов с большой площадью и неравномерно проживающим населением. К примеру, в Сибири на 1 врача приходилось 33 тыс. населения, но площадь участка была огромной. Еще хуже постановка медицинского обслуживания обстояла в Средней Азии, где на 1 врача приходилось 92,8 тыс. населения²²⁰.

К 1912 г. на территории Российской империи функционировало 4142 сельских врачебных участка, при этом 3614 участков было создано в

²¹⁹ Управление главного врачебного инспектора. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1902 год / Правление главного врачебного инспектора МВД. СПб. [б. и.], 1856–1916.

²²⁰ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 130.

Европейской части империи. Слабо была развита и сеть фельдшерских пунктов, общее число которых составляло 4941 (3 859 в европейской части, 1082 в азиатской части и Закавказье²²¹).

Крайне слабо была развита и система больничной помощи в сельских местностях. Так, накануне Первой мировой войны общий размер коечного фонда в сельских местностях составлял всего 49 087. Более 90 % коек не предназначались для оказания специализированной помощи, только 1 632 койки от общего коечного фонда были родильными. Ситуация в области обслуживания медицинской помощи на сельском уровне осложнялась крайне острой нехваткой медицинского персонала, что очевидно из соотношения между 1 сельским врачом и населением. К началу военного времени на селе работало всего 6503 практикующих врача, 17 730 фельдшеров. Распределение медицинского персонала также было неравномерным, что подтверждают следующие статистические данные: на 1912 г. в Средней Азии оказывало помощь сельскому населению всего 796 врачей и 3505 фельдшеров²²².

Таким образом, унаследованная от Российской империи сельская система медицинского обслуживания определила перечень задач для советского руководства. В рамках создания и распространения советской системы здравоохранения большевикам предстояло восстановить, а в некоторых районах государства начать создание с нуля новой системы медицинского обслуживания сельского населения, одновременно создавая новые учреждения больничного и внебольничного типа и вовлекая в данный процесс местное население, при этом повышая их санитарно-культурную грамотность.

Несмотря на трудности, уже в ноябре – декабре 1917 г. были изданы первые правительственные распоряжения по созданию местных органов здравоохранения. Важнейшее значение имела «Инструкция об организации Советов рабочих и солдатских депутатов», в которой было установлено, что 1 из 11 отделов при Советах депутатов в обязательном порядке должен быть

²²¹ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 130.

²²² Там же.

врачебно-санитарным²²³. В январе 1918 г. «Инструкция» была пересмотрена и врачебно-санитарный отдел был преобразован в медицинский, а также был добавлен ветеринарный отдел²²⁴.

Также в январе 1918 г. состоялся III Всероссийский съезд Советов рабочих, крестьянских и солдатских депутатов, который в ходе работы слился с III Всероссийским крестьянским съездом. На съездах был проведен анкетированный опрос «Медицинское дело». На вопрос «Находятся ли в непосредственном ведении Совета медико-санитарные органы?» из 442 присутствующих на съезде крестьянских делегатов 268 человек дали положительный ответ²²⁵. Данный показатель свидетельствует о том, что создание системы местных органов здравоохранения уже достигло некоторых успехов.

Создание местных органов здравоохранения проходило легче в тех губерниях и областях, где ранее не были созданы участки земской медицины, поскольку в данных районах не было сопротивления со стороны оппозиционно настроенных медицинских работников. Впрочем, несмотря на саботаж со стороны медицинских работников, уже к концу зимы 1918 г. сельские органы здравоохранения были созданы в Калужской, Костромской, Нижегородской, Тамбовской и других губерниях и уездах²²⁶.

Вопросу развития местной медицины на I Съезде медико-санитарных отделов Советов (16–19 июня 1918 г.) были посвящены доклады Н.А. Семашко и С.Ю. Багоцкого. В докладе «Основные задачи советской медицины на местах» Н.А. Семашко призвал к немедленному созданию системы медицинских органов на всех уровнях, в том числе в селах и деревнях. С.Ю. Багоцкий в докладе «Основные принципы строительства местных органов здравоохранения» поддержал инициативу будущего Наркомздрава. Оба доклада были подвергнуты критике по причине отсутствия четко сформулированных целей и задач, а также

²²³ ГА РФ. Ф-393. Оп. 1. Д. 10. Л. 4.

²²⁴ Там же. Л. 5–6.

²²⁵ Там же. А-482. Оп. 1. Д. 494. Л. 17.

²²⁶ Там же. Оп. 2. Д. 18. Л. 1–3., Д. 19. Л. 1., Д. 31. Л. 1.

по причине отсутствия схемы организации местных отделов и финансовых смет. Особенно резко о содержании докладов высказывался приглашенный в качестве гостя председатель Всероссийского союза фельдшеров Н.И. Попов, за что голосованием делегатов был удален со съезда²²⁷. В результате прений и внесения ряда поправок, доклад Н.А. Семашко был принят и лег в основу дальнейшего строительства системы местных органов здравоохранения²²⁸.

Как было сказано ранее, на I Съезде медико-санитарных отделов Советов было принято решение о создании Народного комиссариата здравоохранения в составе которого будет продолжено дальнейшее создание системы медицинского обслуживания на местном уровне. Так, уже в декрете о создании Наркомздрава содержался пункт об организации медико-санитарных отделов при местных Советах рабочих и крестьянских депутатов медико-санитарных отделов²²⁹. Для дальнейшего оформления структуры медико-санитарных отделов на местах на протяжении 1918–1919 гг. Наркомздравом будут издаваться инструкции и распоряжения. Важно подчеркнуть, что Н.А. Семашко считал, что в ходе строительства местных органов здравоохранения следует избегать двух наиболее серьезных ошибок – шаблонности и копирования городских методов работы²³⁰.

Несмотря на то, что еще в 1918 г. было положено начало строительству системы медицинского обслуживания в селах и деревнях, значительное развитие данные мероприятия получили только с конца 1925 г., когда в Москве был проведен I Всесоюзный съезд участковых врачей. При этом будет неверно считать, что на протяжении 8 лет с момента создания новой системы здравоохранения советским руководством не предпринимались действия для обеспечения сельского населения медицинской помощью. В это время проводились мероприятия по восстановлению и постепенному расширению сети

²²⁷ ГА РФ. А-482. Оп. 1. Д. 1а. Л. 72–73.

²²⁸ Там же. Л. 73а.

²²⁹ Там же. А-482. Оп. 1. Д. 1а. Л. 75–77.

²³⁰ Семашко Н.А. Вопросы здравоохранения в деревне. С. 3.

врачебных участков. В свою очередь, с 1925 г. началось усиленное строительство медучреждений, в особенности диспансеров.

Связующим звеном между всеми органами здравоохранения на низовом уровне был сельский врачебный участок, который на протяжении всего рассматриваемого периода «обрастал» сетью медицинских учреждений. Если обратиться к статистическим данным (см. Таблицу 10), можно отметить, что к концу изучаемого периода, если быть точнее, то к завершению второй пятилетки, значительно выросла и распространилась сеть сельских врачебных участков. В среднем сеть увеличилась в 1,5 раза по СССР. При этом, для РСФСР и БССР характерен наименее интенсивный прирост сельских участков, что объясняется относительной развитостью системы сельской медицины в конце 1910-х гг. Наибольший прирост характерен для закавказских и среднеазиатских республик, некоторые из которых вообще не имели прежде системы сельских врачебных участков. Как было сказано ранее, до середины 1920-х гг. для сельской системы медицинского обслуживания было характерно проведение именно подготовительных работ и осознание важности соблюдения санитарных норм в быту. С 1925 г. начинается строительство системы медицинского обслуживания в селах и деревнях, однако его темпы значительно ускорил переход к выполнению пятилетних планов народного хозяйства и начало социалистической реконструкции сельского хозяйства.

Постановлением ЦК ВКП (б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» от 17 декабря 1929 г. было отмечено значительное отставание системы сельского здравоохранения от городского. Перед местными органами здравоохранения были поставлены не только задачи по ликвидации отставания, но и по скорейшему развертыванию системы медико-санитарных органов, в особенности в районах сплошной коллективизации. Также перед местными органами здравоохранения стояла еще одна сложно реализуемая задача –

увеличение «мощности» медико-санитарных органов на период сезонно-полевых работ (специальные медпункты, сезонные ясли и т.д.)²³¹.

Интересно отметить, что в деле создания системы сельских врачебных участков Н.А. Семашко не только неоднократно подчеркивал важность их равномерного распределения и постепенного создания на них дополнительных медико-санитарных учреждений, но также призывал местные органы здравоохранения в качестве примера использовать устройство врачебных участков в Московской губернии.

В среднем на один сельских врачебный участок в Московской губернии приходилось 8478 человек, а площадь и радиус составляли соответственно 157,7 кв. верст и 7,1 версту, в то время как неблагополучными считались сельские врачебные участки не только на территории среднеазиатских республик, но в Ново-Николаевской (62 895 человек на 1 участок), Омской (48 580 человек на 1 участок) или в Гомельской (44 828 человек на 1 участок) губерниях²³².

Таблица 12. Число сельских врачебных участков в 1913–1937 гг.²³³

СССР и союзные республики	1913	1928	1932	1937	% прироста к 1913
СССР	4 367	7 531	9 883	11 594	165,6
РСФСР	3 069	4 940	5 462	6 992	127,8
УССР	1 007	1 751	2 641	2 148	113,3
БССР	131	188	314	467	265,5
Азербайджанская ССР	75	153	316	390	420
Грузинская ССР	26	275	512	663	2 450
Армянская ССР	12	65	90	68	466,7
Туркменская ССР	11	15	55	28	154,5
Узбекская ССР	32	134	324	369	1053,1

²³¹ Постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян от 18.12.1929 г.»

²³² Семашко Н. А. Народное здравоохранение в деревне. С. 10.

²³³ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 130.

Таджикская ССР	4	10	169	109	2 625
Казахская ССР	нет достоверных сведений			275	
Киргизская ССР				85	

По мере распространение системы сельских медицинских участков по территории Советского государства, начался процесс их «обрастания» различными санитарными органами для оказания специализированной медицинской помощи. Постепенно было начато создание на сельском уровне амбулаторий и поликлиник (то есть создание сети внебольничной помощи), туберкулезных и венерических учреждений диспансерного типа, женских и детских консультаций, а также профилактических учреждений ОЗДиП (см. Таблицу 11). Также важно отметить, что сельское население могло получить медицинскую помощь не только при врачебных участках, но и районных центрах²³⁴.

Таблица 13. Число амбулаторно-поликлинических учреждений²³⁵

Республики	Число учреждений		
	1914	1936	% прироста
СССР и союзные республики	4 367	15 818	262,2
РСФСР	3 007	7 512	149,9
УССР	1 007	2 587	156,9
БССР	131	420	220,6
Азербайджанская ССР	75	381	408
Армянская ССР	26	623	2296,2
Грузинская ССР	12	87	625
Узбекская ССР	11	51	363,6

²³⁴ Семашко Н. А. Народное здравоохранение в деревне. С. 32.

²³⁵ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 50.

Туркменская ССР	32	412	1187,5
Таджикская ССР	4	110	2 650
Казахская ССР	57	361	533,3
Киргизская ССР	5	79	1480

Статистические данные из выше представленной таблицы свидетельствуют о том, что к окончанию рассматриваемого периода сеть внебольничной помощи в СССР выросла почти в 3 раза. Наибольший рост амбулаторно-поликлинической сети отмечался в закавказских (Армянская ССР) и среднеазиатских союзных республиках (Туркменская, Таджикская и Киргизская ССР).

Однако, если сеть внебольничной помощи имела тенденции к постоянному повсеместному росту, то организация системы специализированной помощи еще во многом не могла удовлетворить медицинские нужды сельского населения.

Таблица 14. Число тубдиспансеров и тубпунктов²³⁶.

Республики	Число учреждений	
	1914	1936
СССР и союзные республики	-	65
РСФСР	-	43
УССР	-	20
БССР	-	-
Азербайджанская ССР	-	-
Армянская ССР	-	-
Грузинская ССР	-	1

²³⁶ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 50.

Узбекская ССР	-	-
Туркменская ССР	-	-
Таджикская ССР	-	1
Казахская ССР	-	-
Киргизская ССР	-	-

К 1936 г. сеть противотуберкулезных учреждений в сельских местностях оставалась в «зачаточном» состоянии. Несколько лучше обстояли дела с постановкой борьбы с венерическими заболеваниями в сельских местностях. Так, к 1936 г. учреждения по типу вендиспансеров и венпунктов имелись практически в каждой из союзных республик (за исключением Армянской и Грузинской ССР), что подтверждается следующими статистическими данными:

Таблица 15. Число вендиспансеров и венпунктов²³⁷

Республики СССР и союзные республики	Число учреждений	
	1914	1936
РСФСР	-	26
УССР	-	3
БССР	-	3
Азербайджанская ССР	-	3
Армянская ССР	-	-
Грузинская ССР	-	-
Узбекская ССР	-	2
Туркменская ССР	-	27
Таджикская ССР	-	2
Казахская ССР	-	13
Киргизская ССР	-	10

Наиболее развитым видом специализированной медицинской помощи была сеть женских и детских консультаций. Если в деле распространения сети

²³⁷ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 50.

консультаций наблюдалась положительная динамика, то значительно хуже происходило создание сети медицинских учреждений по обслуживанию сельской молодежи. Хотя еще в июле 1925 г. всем местным органам здравоохранения был направлен циркуляр Наркомздрава об усилении медицинского обслуживания крестьянской молодежи²³⁸.

Таблица 16. Число женских и детских консультаций²³⁹.

Республики СССР и союзные республики	Число учреждений	
	1914	1936
РСФСР	-	650
УССР	-	414
БССР	-	36
Азербайджанская ССР	-	19
Армянская ССР	-	37
Грузинская ССР	-	7
Узбекская ССР	-	9
Туркменская ССР	-	97
Таджикская ССР	-	27
Казахская ССР	-	22
Киргизская ССР	-	-

Важное значение в дальнейшем становлении системы Охрматмлада имело постановление СНК РСФСР «О колхозных родильных домах», в соответствии с которым предполагалось усиление строительства системы родовспомогательных и ясельных учреждений в промышленных городах и колхозах²⁴⁰.

²³⁸ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 647. Л. 164.

²³⁹ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 50.

²⁴⁰ ГА РФ. Ф. Р-8009. Оп. 1. Д. 71. Л. 148–151.

Таблица 17. Число детских профилактических амбулаторий и пунктов ОЗДиП²⁴¹

Республики	Число учреждений	
	1914	1936
СССР и союзные республики	-	49
РСФСР	-	31
УССР	-	3
БССР	-	7
Азербайджанская ССР	-	-
Армянская ССР	-	-
Грузинская ССР	-	-
Узбеская ССР	-	5
Туркменская ССР	-	1
Таджикская ССР	-	2
Казахская ССР	-	-
Киризская ССР	-	-

Одновременно с ростом сети медицинских учреждений по оказанию специализированной помощи на сельском уровне увеличивался и коечный фонд (см. Таблицу 12). Так, средний рост коечного фонда в сельских больницах увеличился более чем в 2,5 раза. При этом, как в случае с системами учреждений внебольничной и специализированной помощи, наибольший рост был характерен для закавказских и среднеазиатских союзных республик.

11–18 февраля 1935 г. был проведен II Всесоюзный съезд колхозников и ударников, в ходе которого был принят «Примерный устав сельскохозяйственной артели», который имел огромное значение в дальнейшем становлении санитарных норм и Охрматмлада²⁴². Необходимость дальнейшего развития системы Охрмамлада была подтверждена на XVI Всероссийском

²⁴¹ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 50.

²⁴² Примерный устав сельскохозяйственной артели: Постановление СНК СССР, ЦК ВКП (б) от 17.02.1935 // Собрание законов и распоряжений рабоче-крестьянского правительства СССР. 1935. № 11. Ст. 82.

съезде советов, постановления которого ставили задачу расширить сеть колхозных родильных домов с обеспечением их обслуживания квалифицированным медицинским персоналом. Эта мера должна была быть реализована исключительно на местные средства²⁴³.

Достаточно высоко были оценены темпы медицинского строительства в сельских местностях в рамках выполнения нормативов второго пятилетнего плана. За первые годы осуществления второго плана здравоохранения, как провозглашалось в печати, «впервые крестьянину была показана, что значит настоящая медицина»²⁴⁴.

Таким образом, создание системы сельской медицины имело значительные отличия от создания системы медицинских органов в городах. До середины 1920-х гг. для сельского медицинского обслуживания характерен медленный темп развития, поскольку в первые несколько лет с момента создания советской системы здравоохранения советское руководство уделяло больше внимания становлению системы военной медицины и обеспечения фронтовых и прифронтовых районов, созданию сети лечебной и внебольничной помощи в крупных населенных пунктах. С 1925 г. была начата реализация курса «лицом к деревне», который был ускорен переходом к политике коллективизации, когда перед советской системой здравоохранения была поставлена задача – в кратчайшие сроки удовлетворить нужды сельских жителей. Отдельно также стоит отметить вклад Н.А. Семашко в создание сельской медицины. При этом будет совершенно неверно думать, что до середины 1920-х гг. советским руководством не предпринималось никаких попыток улучшения постановки медицинского дела в сельских местностях. С 1918 г. началось создание местных здравотделов и врачебных участков, при которых постепенно создавались учреждения для оказания стационарной и амбулаторной помощи. Переход к коллективизации и начало развития системы здравоохранения в рамках

²⁴³ ГА РФ. А-482. Оп. 29. Д. 1. Л. 3–4.

²⁴⁴ На фронте здравоохранения. 1932. № 13. С. 10–11.

выполнения нормативов пятилетних планов ускорили развитие и оформление системы сельской медицины.

Подводя итоги главы, следует отметить, что в рассматриваемый период советская система здравоохранения прошла несколько периодов от создания и развития, работы временных органов, образования Наркомздрава, а затем и постепенного распространения его системы на общесоюзный уровень. Процесс создания Наркомздрава был отложен на 1,5 года по причине неподготовленности не только государства, но и общественной, и медицинской интеллигенции. С созданием Наркомздрава одновременно был продолжен процесс объединения разрозненных медицинских учреждений, созданных еще в годы Российской империи, а также был начат процесс создания новых сфер здравоохранения и необходимых медицинских учреждений.

В течение 1917–1936 гг. велась активная законотворческая деятельность в сфере здравоохранения. Хоть Санитарный кодекс так и не был принят в рассматриваемый период, именно в это время были заложены основные столпы здравоохранения, которые сохраняются и применяются в настоящее время.

Создание и развитие новых отраслей здравоохранения повлекло за собой создание систем больничной и амбулаторно-поликлинической видов помощи, учреждения которых постепенно создавались в каждом районе СССР. Для некоторых союзных республик подобные учреждения создавались впервые. Если динамика развития сети стационарных и амбулаторных учреждений была достаточно активной, то совершенно иначе обстояло дело с созданием сельской системы медицины. Сельская медицина получила должное внимание только с середины 1920-х гг. Однако, переход к индустриализации и коллективизации значительно ускорил темпы роста сельской сети медицинских учреждений, продолжавшие расти на протяжении 1930-х гг.

Глава II. Основные направления деятельности советской системы здравоохранения

Вторая глава настоящего исследования посвящена рассмотрению основных сфер деятельности советской системы здравоохранения. В первом разделе речь идет о борьбе с распространением эпидемических заболеваний. Во втором разделе рассмотрены мероприятия большевиков, направленные на борьбу с социальными болезнями, устранение которых стало возможным по мере улучшения эпидемиологической обстановки в Советской республике. В третьем разделе раскрывается постановка санитарно-просветительского дела, без которого было бы невозможным не только победить эпидемии и профессиональные болезни, но и закрепить достигнутые результаты. Следующие два раздела посвящены становлению институтов охраны материнства и детства и охраны здоровья детей и подростков. В шестом разделе рассмотрен процесс создания системы военной медицины, который в конце 1920-х гг. будет передан Народному комиссариату по военным делам, что привело к фактическому отстранению Наркомздрава от медицинского обслуживания РККА. В заключительном разделе проанализирован процесс санаторно-курортного строительства.

2.1. Постановка санитарно-эпидемиологического дела

Крайне неблагоприятные условия жизни, отсутствие санитарного законодательства и низкий уровень санитарной культуры послужили причиной резкого всплеска эпидемий, которые в начале XX в. захлестнули территорию Российской империи. Эпидемиологическая обстановка внутри страны продолжала ухудшаться в условиях вступления в Первую мировую войну, особенно с 1915 г., когда беженцами с оккупированных территорий в центр страны была занесена холера²⁴⁵. Если обратиться к статистическим данным, то в военное десятилетие 25 % смертей среди населения приходилось именно на

²⁴⁵ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 62.

эпидемические заболевания ²⁴⁶. В довоенное время смертность от эпидемиологических заболеваний составляла 28,6 смертей на 1000 человек²⁴⁷. Так, в довоенное десятилетие было зафиксировано 1 034 047 случаев заболеваний сыпным тифом, холерой заболели 9,2 % всех заболевших в стране²⁴⁸.

В области развития санитарно-эпидемического дела принято выделять следующие периоды: 1) 1917–1922 гг. – борьба с распространением эпидемий и начало оформления структуры санитарно-эпидемических учреждений; 2) 1922–1927 гг. – продолжение оформления структуры санитарно-эпидемических органов и их распространение на всех уровнях, значительное снижение распространения эпидемиологических заболеваний за счет проведения профилактических и предупредительных мероприятий; 3) 1928–1936 гг. – завершение оформления структуры санитарно-эпидемиологических органов и постановка санитарно-эпидемиологического дела в рамках осуществления пятилетних планов народного хозяйства.

В течение первого периода эпидемиологическая ситуация в стране продолжала ухудшаться. Именно по этой причине советское руководство приступило к проведению масштабных мероприятий в деле борьбы с эпидемиологическими заболеваниями, которые заключались в создании контролирующих ведомств, научно-исследовательских учреждений и системы дезинфицирующего дела, а также в регулярном проведении съездов и совещаний, привлечения внимания населения к проблеме распространения эпидемий.

С инициативой создания на государственном уровне ведомства, ответственного за санитарно-эпидемические мероприятия в Республике, выступил М.Г. Вечеслов, член Совета врачебных коллегий. Так, 25 апреля 1918 г. при врачебной коллегии НКВД была создана санитарно-просветительская

²⁴⁶ Десятилетие Октябрьской революции и охрана здоровья рабочих. С. 28.

²⁴⁷ Там же. С. 30.

²⁴⁸ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 24–25.

комиссия, на которую было возложено проведение мероприятий, направленных на борьбу с эпидемиями. Интересно отметить, что в ходе обсуждения доклада Вечеслова было предложено пригласить к участию в санитарно-эпидемической деятельности и «пироговцев», в системе органов которых также существовала санитарно-эпидемическая комиссия. Но из-за неприятия новой модели здравоохранения «пироговцы» проигнорировали это приглашение²⁴⁹.

Заседания санитарно-просветительской комиссии проводились почти каждую неделю, в ходе них обсуждались насущные вопросы борьбы с распространением эпидемий. 23 мая 1918 г. на очередном заседании комиссии заведующий Санитарно-эпидемиологическим отделом А.Н. Сысин выступил с предложением о создании санитарного законодательства и ведения санитарной статистики. Уже через несколько дней после доклада Сысина в составе врачебной коллегии НКВД была учреждена санитарно-эпидемическая комиссия под его руководством, а ответственными за ведение санитарной статистики были назначены П.А. Кувшинников и Н.А. Коста²⁵⁰. В дальнейшем до создания центрального объединяющего органа здравоохранения предполагалось, что постановка и осуществление санитарно-эпидемических мероприятий будет осуществляться санитарно-просветительской и санитарно-эпидемической комиссиями.

23 мая 1918 г. также было принято коллективное решение о необходимости провести совещание бактериологов и разработать комплекс мероприятий для ликвидации основных очагов распространения холеры. Уже 28 мая 1918 г. совещание бактериологов было проведено, на нем было решено начать усиленный выпуск противохолерной вакцины, чтобы иметь возможность как можно быстрее провести прививочную кампанию²⁵¹. Важно отметить, что рассматриваемое совещание положило начало проведению регулярных Съездов бактериологов и эпидемиологов.

²⁴⁹ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 78–79.

²⁵⁰ Там же. С. 78.

²⁵¹ Там же. С. 79.

С весны 1918 г. усиленные противоэпидемиологические мероприятия стали проводиться на основных железнодорожных узлах. Поводом к их проведению послужила докладная записка доктора Заусайлова, в которой медик спрогнозировал, что с началом передвижения армейских масс по железнодорожным путям произойдет новый скачок заболеваемости холеры, определив ее как «холерную мобилизацию железных дорог»²⁵².

2–4 июня 1918 г. было проведено совещание эпидемиологической комиссии при Обществе русских врачей в память Н.И. Пирогова, на котором был намечен план противоэпидемических мероприятий на летний сезон. В ходе совещания, к участию в котором были приглашены медики из ранее ликвидированного Центрального врачебно-санитарного совета и «пироговцы», наметилось профессиональное сближение, что нашло отражение в поддержке противоэпидемических мероприятий, проводимых советскими медиками, со стороны Е.И. Марциновского, П.Н. Диантропова, Д.К. Заболотного, А.Н. Баха, М.Н. Шатерникова. Несмотря на нескрываемую враждебность к советской власти, ряд представителей медицинской интеллигенции и выдающихся ученых участвовали в медико-санитарных мероприятиях из чувства долга и ответственности перед рабочими и крестьянами. По завершении совещания было принято решение о проведении античумной кампании, во главе которой встал Д. К. Заболотный²⁵³.

В июле 1918 г. был создан Наркомздрав, в ведение которого были переданы компетенции врачебных коллегий Народных комиссариатов внутренних дел и путей сообщения в области санитарно-эпидемического дела в Республике. С целью объединения всего санитарно-эпидемического дела и преодоления межведомственной раздробленности в составе Наркомздрава 15 августа 1918 г. была учреждена Центральная комиссия по борьбе с эпидемическими заболеваниями²⁵⁴. Проект структуры Центральной комиссии

²⁵² Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 79.

²⁵³ Там же. С. 78–79.

²⁵⁴ Становление и развитие здравоохранения... С. 109–110.

был подготовлен Советом врачебных коллегий с целью корректной передачи дел в области санитарно-эпидемиологического дела²⁵⁵.

Также в составе Наркомздрава в 1919 г. был образован санитарно-технический совет, в работе которого приняли участие врачи И.П. Аляпчиков, А.Н. Сысин, А.В. Мольков, биологи А.Ф. Вошкевич, Я.Я. Никитинский, инженеры М.И. Билан и П.К. Дурилин²⁵⁶.

Одним из первых постановлений Наркомздрава стало решение о выделении 25 млн рублей из собственного бюджета на проведение антихолерных мероприятий на всех уровнях Республики, что еще раз доказывает значимость санитарно-эпидемического благополучия населения для советского руководства²⁵⁷. Вслед за решением об ассигновании денежных средств на антихолерные мероприятия 16 июля 1918 г. было проведено объединенное экстренное совещание санитарно-эпидемиологической секции и Центральной комиссии по борьбе с заразными болезнями Наркомздрава и Центрального медико-санитарного совета Народного комиссариата путей сообщения, на котором обсуждался план мероприятий в деле борьбы с распространением заболевания²⁵⁸. Результатом работы совещания стало решение об ассигновании дополнительных 4 млн рублей на продолжение противохолерных мероприятий²⁵⁹.

27 августа 1918 г. на заседании санитарно-эпидемической секции Наркомздрава А.Н. Сысин выступил с докладом о необходимости создания Государственного института санитарной техники, Государственного института общественной гигиены и Государственного института по выработке вакцин и сывороток. Согласно проекту Сысина, в задачи Государственного института санитарной техники входили: разработка методов планировки городов и населенных пунктов; вопросы санитарной охраны воды, почвы, воздуха;

²⁵⁵ ГА РФ. Ф. 130. Оп. 2. Д. 319. Л. 38–51.

²⁵⁶ Там же. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 343. Л. 363.

²⁵⁷ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 89.

²⁵⁸ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 20. Л. 45–46, 67–69.

²⁵⁹ Там же. Ф. 130. Оп. 2. Д. 2. Л. 218.

вопросы водоснабжения, канализации и ассенизации; жилищная гигиена и вопросы санитарного зодчества; санитарная оценка мероприятий по отоплению, вентиляции, освещению зданий; разработка и оценка приборов и аппаратов по санитарному обслуживанию дезинфекционных камер, автоклавов и др.; разработка вопросов профессиональной гигиены и санитарной охраны труда. Государственный институт по выработке сывороток и вакцин должен был стать высшим научным учреждением по вопросам бактериологии и эпидемиологии, одновременно являясь Высшим контрольным институтом над другими научно-исследовательскими учреждениями и лабораториями по вопросам химиотерапии и тропической медицины²⁶⁰. Хотя проекты А.Н. Сысина и не были реализованы, они послужили фундаментом для дальнейшего оформления структуры санитарно-эпидемического дела и создания санитарного законодательства.

Вскоре А.Н. Сысин выступил с докладом о жилищной планировке и застройке городов. Предполагалось, что к процедуре жилищной планировки будет привлекаться и население, из которого будут формироваться местные ячейки для обследования застраиваемой территории. По мере сбора информации техническое бюро должно было подготовить проекты, основанные на принципах социального строительства. Кроме того, в течение 1919 г. предполагалось построить в Москве показательный квартал из 812 зданий, включая жилые и общественные помещения, с целью создания наглядного примера для распространения идей о важности «правильного» устройства жилищ²⁶¹. Таким образом, А.Н. Сысиным была предложена идея правильной планировки местности при застройке, которая отвечала бы санитарно-бытовым нормам и в дальнейшем могла предупредить распространение заразных заболеваний. Однако проект Сысина так и не был реализован по причине финансовых трудностей в условиях гражданской войны.

Несмотря на тяжелую финансовую ситуацию в стране, мероприятия по улучшению санитарно-эпидемической обстановки продолжались. Так, с 20 по 31

²⁶⁰ ГА РФ. Ф. А- 482. Оп. 1. Д. 63. Л. 8.

²⁶¹ Там же. Л. 18–19.

октября 1918 г. в Москве работал I Всероссийский съезд бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей. Главным его итогом стало решение о создании Государственного института здравоохранения²⁶². С ноября 1918 г. под руководством Е.И. Марциновского было положено начало изучению «испанской болезни» (испанского гриппа)²⁶³. 28–29 октября 1918 г. в Москве состоялся Всероссийское совещание санитарных врачей и представителей медико-санитарных отделов. На совещании были заслушаны доклады Г.К. Чистякова и А.Н. Перуанского «Об организации дезинфекционного дела на местах» (в нем был поставлен вопрос о необходимости заложить основы для развития дезинфекционного дела как временного, так и постоянного характера), инженера В.В. Войкова «Организационная схема постановки санитарно-технического дела в городах и селениях», Д.К. Заболотного «О подготовке врачей-специалистов по эпидемиологии», в которых во многом были определены дальнейшая постановка санитарно-эпидемического дела в государстве²⁶⁴. Также в ходе работы совещания было принято решение об открытии краткосрочных курсов по подготовке низшего дезинфекционного персонала. Первые бесплатные курсы были открыты уже в 1919 г., обучение на них было рассчитано на 2 месяца, из которых 3 недели отводилось на теоретическую часть и 5 недель на практические занятия²⁶⁵.

С 1918 г. было положено начало созданию сети профильных научно-исследовательских учреждений. В течение года были созданы Бактериологический институт в Тифлисе, Саратовский институт эпидемиологии и микробиологии. В 1919 г. были открыты Центральный институт эпидемиологии и микробиологии имени М.Ф. Гамалеи, Институт инфекционных заболеваний имени И.И. Мечникова, создан Государственный институт народного здравоохранения (далее – ГИНЗ). ГИНЗ подразделялся на 7 институтов: 1) Микробиологический (д. В.А. Барыкин); 2) Контроля сывороток

²⁶² Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 120.

²⁶³ Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1918. № 18. С. 20–21.

²⁶⁴ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 4. Д. 10. Л. 24, 43.

²⁶⁵ Там же. Л. 95.

и вакцин (д. Л.А. Тарасевич); 3) Тропический (Е.И. Марциновский); 4) Санитарно-гигиенический (П.Н. Диантропов); 5) Протозойных заболеваний и химиотерапии; 6) Научной и практической гигиены; 7) Санитарно-технической биологии²⁶⁶.

На протяжении 1920–1930-х гг. сеть научно-исследовательских институтов разрасталась и в зависимости от потребностей каждой из союзных республик на их территории открывались соответствующие учреждения²⁶⁷. Так, в 1921 г. был создан Московский санитарно-гигиенический институт имени Ф.Ф. Эрисмана, в 1923 г. – Институт социальной гигиены и Институт по изучению профессиональных болезней имени В.А. Обуха и др.²⁶⁸. Вслед за созданием сети научно-исследовательских учреждений и бактериологических институтов последовал Декрет СНК РСФСР «О снабжении бактериологических институтов и лабораторий», в котором были определены меры оказания всеобъемлющей поддержки со стороны местных здравотделов и продовольственных органов, народных комиссариатов по военным делам в области обеспечения скотом для проведения экспериментов, топливом, а также поиска помещений и проведения ремонтных работ в них²⁶⁹.

Итогом первого года работы в области санитарно-эпидемического дела стал циркуляр Наркомздрава, в котором было сказано, что к концу года в Советской республике была отмечена новая вспышка сыпного тифа, в особенности в Москве, Саратовской и Тульской губерниях, где в среднем за ноябрь была зафиксировано 920 случаев заболевания, а в первую неделю декабря – в среднем 455. Главными причинами вспышек были названы передвижения красноармейских масс и беженцев. По этой причине санитарно-эпидемиологической секцией была подготовлена инструкция, которая подразумевала усиление санитарного надзора, проведение очистительных и дезинфекционных мероприятий, направленных на снижение рисков

²⁶⁶ Становление и развитие здравоохранения... С. 134–137.

²⁶⁷ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 82. Л. 257.

²⁶⁸ 50 лет советского здравоохранения... С. 138.

²⁶⁹ Становление и развитие здравоохранения... С. 165–166.

распространения заболевания в близлежащие губернии и города²⁷⁰. Однако вышеперечисленные мероприятия оказались недостаточны и Декретом СНК РСФСР от 28 января 1919 г. был установлен новый план борьбы с тифозной эпидемией, который включал трудовую мобилизацию медицинского персонала, обеспечение местных медико-санитарных отделов необходимым инвентарем и продовольствием, создание комиссий для организации (поиск и обустройство помещений) дополнительных лечебных учреждений, осуществление расселения людей в жилые помещения, отвечающие санитарно-бытовым нормам, создание комиссий в тылу и гарнизонах во фронтовой зоне для проведения очистительных мероприятий в местах массового скопления людей. На ВСНХ возлагалась обязанность усилить выпуск санитарно-технических аппаратов²⁷¹.

О крайне тяжелой эпидемиологической обстановке в РСФСР свидетельствуют многочисленные докладные записки советских врачей по итогам работы в санитарных и лечебных учреждениях. Так, в протоколе санитарного осмотра Комитетом по борьбе с сыпным тифом мест общественного пользования г. Ардатов было отмечено, что при осмотре временного заразного барака бывшего дома призрения обнаружено 42 сыпнотифозных больных, из которых 17 больных лежали на деревянных койках, остальные на полу; 25 человек лежали на матрасах, набитых соломой, остальные прямо на соломе²⁷².

В течение 1919 г. была продолжена усиленная борьба с распространением эпидемических заболеваний. Логичным продолжением противоэпидемической работы 1918 г. стало проведение I Всероссийского съезда начальников санитарных управлений и политических комиссаров (1–5 февраля 1919 г.), в ходе которого были установлены нормы фронтовой санитарной организации и решены вопросы снабжения, а также установлены правила фронтовой эвакуации²⁷³. Спустя два дня, 7 февраля 1919 г. было опубликовано постановление Наркомздрава о работе санитарно-эпидемиологических

²⁷⁰ Становление и развитие здравоохранения... С. С. 138–141.

²⁷¹ Там же. С. 143–146.

²⁷² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 4. Д. 28. Л. 51 об.

²⁷³ Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1919. №5–6. С. 43–46.

подотделов при губернских, городских и уездных здравотделах, которое регламентировало обязанности и структуру учреждений. На губернском уровне санитарно-эпидемиологический подотдел был разделен на санитарное, эпидемическое, жилищно-санитарное отделения и отделение борьбы с социальными болезнями, в то время как уездный и городской подотделы не имели столь разветвленной структуры. Соответственно, в обязанности санитарно-эпидемиологических подотделов в деле оказания помощи населению относилось: проведение санитарно-технических и противоэпидемических мероприятий, лечение социальных болезней (туберкулеза, алкоголизма и венерических заболеваний)²⁷⁴.

В течение февраля – марта 1919 г. под руководством Наркомздрава состоялся ряд совещаний по вопросам вакцинации против сыпного тифа и применения серотерапии. В совещаниях приняли участие выдающиеся ученые Л.А. Тарасевич, Е.И. Марциновский и др. Главным их итогом стало принятие решения об учреждении при Ученом совете Наркомздрава Специальной комиссии для изучения и обобщения опыта экспериментальной работы по профилактике и лечению сыпного тифа. На специальную комиссию также были возложены задачи по ведению санитарной статистики о сыпных больных и проведению лекций среди медперсонала по проблеме распространения эпидемии сыпного тифа²⁷⁵.

10 апреля 1919 г. были опубликованы два важнейших декрета в области санитарно-эпидемиологического дела в РСФСР – «Об обязательном оспопрививании» и «О борьбе с эпидемиями». Декретом «Об обязательном оспопрививании» была начата прививочная кампания для всех категорий советского населения, включая даже тюремно-заключенных, а в случае уклонения от прививок предусматривалась уголовная ответственность²⁷⁶. В свою очередь, декрет «О борьбе с эпидемиями» подразумевал привлечение

²⁷⁴ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 157. Л. 37.

²⁷⁵ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 121.

²⁷⁶ Становление и развитие здравоохранения... С. 166–167.

гражданского населения к борьбе с распространением эпидемией путем участия в очистительных мероприятиях, а также участие продовольственных и хозяйственных органов местных советов в вопросах снабжения и проведения необходимых санитарно-технических и ремонтных работ, рационального распределения медицинского персонала в зависимости от очагов распространения эпидемий. Также в декрете рассматривалась система льгот и пособий для медперсонала и их семей²⁷⁷.

28–30 апреля того же года проходил II Всероссийский съезд бактериологов и эпидемиологов. По количеству присутствовавших делегатов съезд стал самым многочисленным (свыше 200 участников) по сравнению с предыдущими съездами врачей, поскольку на съезде присутствовало большинство медицинских и научных кадров по борьбе с сыпным тифом. На повестке съезда стоял вопрос о массовой вакцинации от сыпного тифа. На основании доклада, представленного комиссией Ученого совета Наркомздрава, было принято решение о продолжении изучения сыпной вакцины и отказе от ее использования среди широких слоев населения. Отрицательная оценка была дана и серотерапии в силу неизученности вопроса о последствиях применения данного метода. Ввиду того, что основные методы борьбы с сыпной эпидемией были отклонены, на съезде было принято решение о дальнейшем расширении сети бактериологических институтов, а также установлен план работ экспериментального противоэпидемического характера, в частности разработки вакцин и сывороток для борьбы с эпидемиями²⁷⁸.

Важнейшим решением в области санитарно-эпидемиологического дела стало создание Санитарной охраны жилищ (Декрет СНК РСФСР от 18 июня 1919 г.). На нее возлагалось: осуществление надзора за санитарно-бытовыми условиями жилых и общественных помещений путем создания санитарной инспекции с правом беспрепятственного посещения всех помещений с 8 утра до 8 вечера, ведение санитарно-жилищной статистики, расселение

²⁷⁷ Становление и развитие здравоохранения... С. 168–169.

²⁷⁸ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 122.

неблагополучных слоев общества, а также проведение санитарно-просветительской работы по жилищному вопросу²⁷⁹.

В период с 21 по 25 октября 1919 г. в Москве состоялся III Всероссийский съезд бактериологов и эпидемиологов. В работе данного съезда на повестку дня был поставлен вопрос о дальнейшей кампании по оспопрививанию, а также о проведении комплекса мероприятий по борьбе с социальными болезнями²⁸⁰. Еще одним значимым событием в деле улучшения эпидемиологической обстановки в РСФСР стало учреждение Всероссийской комиссии по улучшению санитарного состояния при Наркомздраве. В состав комиссии входило по 1 члену от Наркомздрава, ВЧК, Политического управления Революционного военного совета Республики, ВЦСПС и Организации работников. По аналогии с центром на местном уровне создавались подобные комиссии, на которых возлагались задачи по контролю за санитарным благосостоянием и работой медицинского персонала²⁸¹.

К 1919 г. система санитарно-эпидемического дела практически полностью стала сферой деятельности Наркомздрава, за исключением санитарной охраны труда, вопросы ведения которой были закреплены за Народным комиссариатом труда. Однако в марте 1919 г. ВСНХ выступил с инициативой о создании в своем составе научно-технического отдела по санитарной секции. Ответ Наркомздрава последовал незамедлительно. Н.А. Семашко выступил против образования секции, подчеркнув, что охрана здоровья и труда граждан уже закреплена за Народными комиссариатами труда и здравоохранения. При этом, нарком здравоохранения подчеркнул, что научная разработка техники санитарного дела «естественнее всего производить в Научно-техническом отделе ВСНХ, где сконцентрирована вся общая научная работа по вопросам прикладной техники...». Также Семашко подчеркнул, что ранее между Наркомздравом и ВСНХ уже было заключено соглашение по вопросу научных разработок и

²⁷⁹ Становление и развитие здравоохранения... С. 176–177.

²⁸⁰ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 125.

²⁸¹ Становление и развитие здравоохранения... С. 205–207.

технической охране труда, что исключало основания для создания самостоятельного отдела санитарной техники при ВСНХ²⁸². В августе 1919 г. между Наркомздравом и ВСНХ возник новый спор. По инициативе А.Н. Сысина был поднят вопрос о передаче Российского пищевого института в ведение Наркомздрава. Со стороны ведомства была даже инициирована проверка, в ходе которой было установлено, что, находясь в ведении ВСНХ, институт не выполнял поставленные перед ним задачи, публикаторская активность его сотрудников была низкой. Однако решением СНК РСФСР Пищевой институт был сохранен в ведении ВСНХ²⁸³.

Постановлением Центральной комиссии по борьбе с заразными болезнями от 16 сентября 1919 г. был начат сбор информации с мест о наличии действующих чрезвычайных органов по борьбе с заразными болезнями, комиссий по борьбе за чистоту, бань и прачечных, дезинфекционных учреждений, бюро по очистке общественных помещений, проведения санитарно-просветительских мероприятий. Вскоре последовало решение Центральной комиссии о необходимости в случае отсутствия одного из звеньев в срочном порядке приступить к созданию ведомства с целью осуществления противоэпидемической борьбы²⁸⁴.

6 октября 1919 г. был опубликован циркуляр Наркомздрава «О мерах борьбы с сыпным тифом», поскольку на зимний период 1919–1920 гг. была спрогнозирована новая вспышка эпидемии сыпного тифа по причине начала отступления армии А.В. Колчака вглубь страны, начавшегося во второй половины 1919 г.²⁸⁵ Также на VIII Всероссийской конференции ВКП (б) (2–4 декабря 1919 г.) и VII Всероссийском съезде Советов (5–9 декабря 1919 г.) вопрос о борьбе с эпидемией сыпного тифа был поднят В.И. Лениным. На съезде глава СНК назвал вошь и сыпной тиф «третьим бичом России», дальнейшая

²⁸² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 63. Л. 88.

²⁸³ Там же. Оп. 47. Д. 28. Л. 2.

²⁸⁴ Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1919. № 11. С. 3.

²⁸⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 512.

борьба с эпидемией, по его слова, должна была проходить под лозунгом «Или вши победят социализм, или социализм победит вшей!»²⁸⁶.

В 1919 г. было положено начало проведению санитарно-очистительных кампаний по типу трехдневников и недель. Так, в декабре 1919 г. была проведена «Неделя очистки» по всей сети путей железнодорожного сообщения²⁸⁷.

На протяжении 1920 г. все так же продолжалась борьба с распространением эпидемиологических заболеваний на всех уровнях. В феврале 1920 г. постановлением СНК РСФСР была учреждена Московская Чрезвычайная санитарная комиссия (далее – МЧСК), целью которой являлось проведение санитарных и противоэпидемических мероприятий по очистке города, привлечению неработающего населения путем введения трудовой повинности к участию в очистительных мероприятиях²⁸⁸. Вслед за созданием МЧСК последовал циркуляр Наркомздрава о создании чрезвычайных комиссий по борьбе за чистоту на низовом уровне. Чрезвычайные комиссии образовались в составе председателя (назначался местным Исполкомом), заведующего здравотделом и начальника эвакуационного пункта или гарнизонного врача. По аналогии с центром на местах создавались комиссии чистоты, на которые возлагалось проведение планомерных противоэпидемических мероприятий²⁸⁹. Стоит отметить, что низовые чрезвычайные комиссии создавались в качестве временной меры в деле борьбы с эпидемией тифа. В марте 1921 г. деятельность комиссий была высоко оценена советским руководством, в результате чего было принято решение о создании постоянных санитарных комиссий при местных здравотделах²⁹⁰.

На протяжении 1920 г. большое распространение получило проведение санитарно-очистительных кампаний. Так, 12–14 марта 1920 г. была проведена

²⁸⁶ Ленин В.И. VII Всероссийский съезд Советов, 5–9 декабря 1919 г. // Сочинения. Т. 30. М., 1973. С. 206.

²⁸⁷ Становление и развитие здравоохранения... С. 210–211.

²⁸⁸ Известия ВЦИК. 1920. № 39. С. 2.

²⁸⁹ Там же. № 53. С. 6.

²⁹⁰ РГВА. Ф. 35. Оп. 1. Д. 1. Л. 119–122.

санитарная очистка Москвы, к участию в которой привлекалась и трудящаяся часть населения, которую на время освободили от трудовых обязанностей²⁹¹. В марте 1920 г. с целью борьбы с эпидемией холеры и устранения основных очагов распространения заболевания была на республиканском уровне проведена Неделя водоснабжения²⁹². Еще одним нововведением стало создание санитарно-пропускных пунктов на вокзалах, что подразумевало проведение осмотра прибывающих пассажиров и их багажа по прибытии на санитарных пунктах, посещение бани и дезинфекции от вшей личных вещей (одежды)²⁹³. 30 сентября 1920 г. был опубликован Декрет СНК РСФСР «Об обязательном обеспечении населения республики банями»²⁹⁴. Настоящий декрет стал итогом долгой и плодотворной работы санитарно-эпидемической секции Наркомздрава. Еще летом 1918 г. был поднят вопрос об обеспечении банями советского населения, однако тяжелое материальное положение и низкий уровень санитарной грамотности привели к «банному кризису». На заседании санитарно-эпидемической секции от 8 ноября 1918 г. тов. Войкову было предложено разработать проекты бань (с прачечными, котлами и без них), в том числе и для фронтовых районов²⁹⁵. Разработанный Войковым проект оказался слишком дорогостоящим (72 бани стоимостью 688 тыс. рублей каждая и с ежемесячным обслуживанием в 288 тыс. рублей) и был отклонен²⁹⁶. К тому же в 1919 г. производство предметов санитарной техники было затруднено и осуществлялось только на Пресненском заводе²⁹⁷. В результате было принято решение о создании передвижных бань, а в качестве образца были использованы чертежи В.И. Крачкевича, которые уже применялись на практике в 1915–1916 гг.²⁹⁸

²⁹¹ Известия ВЦИК. 1920. № 55.

²⁹² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 190. Л. 90–91.

²⁹³ Становление и развитие здравоохранения... С. 244–245.

²⁹⁴ Там же. С. 274.

²⁹⁵ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 63. Л. 28–31.

²⁹⁶ Там же. Л. 38.

²⁹⁷ Там же. Л. 59.

²⁹⁸ Там же. Оп. 4. Д. 1. Л. 7, 16.

Итоги противоэпидемических мероприятий, проводимых в период с 1917 по 1920 гг., подвел IV Всероссийский съезд бактериологов и эпидемиологов (25 августа – 1 сентября 1920 г.). В ходе работы съезда были заслушаны доклады А.Н. Сысина, И.В. Давыдовского, Л.А. Тарасевича, П.Н. Диатропова, Е.И. Марциновского по вопросам вакцинации от сыпного тифа и этиологии заболевания. Главным достижением прошедшего периода провозглашалось снижение распространения сыпного тифа, что подтверждается статистическими данными из доклада А.Н. Сысина «О пандемии сыпного и возвратного тифа в России в 1918–1920 гг.»: если в период подъема распространения заболевания (конец 1917 – октябрь 1919 гг.) было зарегистрировано 1 576 936 случаев заражения, в период пика (октябрь 1919 – август 1920 гг.) – 2 294 971 случай, то уже с сентября 1920 г. начался спад пандемии и было зарегистрировано 42 585 случая (за месяц). В РККА за данный период было зафиксировано 547 285 случаев. Смертность от сыпного тифа снизилась с 15–16 % до 3–5 % случаев. Ситуация с возвратным тифом обстоит следующим образом: в период роста заболеваемости (начало 1918 – июль 1919 гг.) было зарегистрировано 48 454 случая, в период пика (февраль 1920 г.) – 101 594 случая. При этом наибольшее количество случаев заболевания было зарегистрировано в рядах РККА – 692 582 случая²⁹⁹. Приводимые статистические данные относительны, поскольку неравномерная сеть медицинских учреждений была не в состоянии зафиксировать все случаи заболевания, но в целом достоверно обозначает наметившиеся тенденции к росту и спаду заболеваемости. Улучшению положения способствовало то, что к концу 1920 г. была усилена постановка банно-прачечного дела в Красной армии: к тому моменту работало 20 поездов-бань (в 1919 г. их было всего 10), банно-строительных отрядов – 17 (в 1919 г. – 11), стационарных и летучих банно-прачечных отрядов – 225 (в 1919 г. – 30)³⁰⁰.

В ноябре 1920 г. был создан Санитарно-технический совет по охране водоемов с целью предупреждения распространения эпидемии холеры в

²⁹⁹ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 134–135.

³⁰⁰ Становление и развитие здравоохранения... С. 516.

дальнейшем. К ведению Санитарно-технического совета также относился контроль за предотвращением загрязнения водоемов водным транспортом, а также водно-земельными за водными мелориациями земель.³⁰¹

По мере уменьшения масштабов эпидемии тифа на смену ей пришла чумная эпидемия, вспышки которой регулярно случались на юго-востоке РСФСР на протяжении 1920 г. Так, уже в мае 1920 г. в Саратове было проведено I Краевое противочумное совещание, на котором было принято решение о начале проведения планомерной противочумной работы под эгидой Саратовского института микробиологии и эпидемиологии, который, в свою очередь стал краевым центром борьбы с эпидемией чумы³⁰².

С 1921 г. была начата усиленная борьба с эпидемией оспы. В январе 1921 г. состоялся I Всероссийский съезд по вопросам оспопрививания. В ходе съезда были заслушаны доклады Ю.И. Дьякова, М.О. Леонова, М.Г. Рафеса и А.А. Шанца «О положении оспопрививания в РСФСР и плане губернской и уездной организации оспопрививания». Главным итогом съезда стало решение о проведении оспопрививательной кампании в период с 1 апреля по 1 июля 1921 г. на всех уровнях³⁰³. В феврале 1921 г. по мере завершения боевых действий была разработана система санитарных учреждений для демобилизованных красноармейцев с целью предупреждения распространения эпидемий и других острозаразных заболеваний. Эта система имела разветвленную структуру и включала в себя изоляционные и санитарно-пропускные пункты, бани и прачечные, дезинфекционные и карантинные камеры, временные общежития и сборочно-пересыльные пункты³⁰⁴.

С марта 1921 г. декретом СНК РСФСР было начато проведение работ по улучшению водоснабжения, канализации и ассенизации на всех уровнях с целью предупреждения распространения холеры³⁰⁵. 25 июля 1921 г. был опубликован

³⁰¹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 509. Л. 52.

³⁰² Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 137.

³⁰³ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 254. Л. 209.

³⁰⁴ Известия Народного комиссариата по военным делам. 1921. № 47. С. 10.

³⁰⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 326–328.

декрет СНК РСФСР «О мероприятиях против холерной эпидемии», в котором эпидемия холеры признавалась делом чрезвычайной важности, по этой причине при местных здравотделах создавались чрезвычайные комиссии по холере, начиналась противохолерная прививочная кампания³⁰⁶. С августа 1921 г. в целях повышения санитарно-культурного уровня советского населения на местные политпросветы возлагались задачи по проведению противоэпидемической кампании в формате лекций, бесед и пр.³⁰⁷

С 15 по 22 сентября 1922 г. в Москве состоялся I Всероссийский съезд по оздоровлению жилищ, в ходе работы которого были определены нормы планировки жилых помещений и городов, предложенное ранее А.Н. Сысиным³⁰⁸. Стоит отметить, что А.Н. Семашко давал высокую оценку профессиональным качествам А.Н. Сысина в области постановки санитарно-эпидемического дела в Республике³⁰⁹.

В декабре 1921 г. был вновь подготовлен и утвержден декретом СНК РСФСР план мероприятий по борьбе с сыпным и возвратным тифами, который был составлен по аналогии с прошлогодней программой противоэпидемических мероприятий. Санитарно-эпидемиологическая ситуация в РСФСР осложнялась новыми вспышками брюшного тифа и холеры, ввиду усиления миграций демобилизованных солдат с фронтов Гражданской войны. Из-за этого было запрещено передвижение по некоторым железнодорожным направлениям для беженцев Центральной эвакуационной комиссии, а также демобилизованных красноармейцев³¹⁰. Также конца 1921 г. наблюдалось распространение эпидемии малярии, борьба с распространением которой будет активно продолжаться в ходе второго периода³¹¹.

³⁰⁶ Становление и развитие здравоохранения... С. 338–342.

³⁰⁷ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 510. Л. 64.

³⁰⁸ Становление и развитие здравоохранения... С. 519.

³⁰⁹ Бюллетень Народного комиссариата здравоохранения. 1924. № 5. С. 12.

³¹⁰ Становление и развитие здравоохранения... С. 365.

³¹¹ Материалы по пятилетнему перспективному плану здравоохранения РСФСР. С. 40.

Весной 1922 г. вновь на всех уровнях в целях борьбы с холерной эпидемией была проведена кампания «Недели очистки»³¹². Значимым событием в 1922 г. для всей советской системы здравоохранения по причине ее непризнания со стороны западной медицинской интеллигенции стало приглашение к участию советских медиков в Общеввропейской санитарной конференции (20–28 марта)³¹³. По итогам работы санитарной комиссии было достигнуто соглашение о взаимном обмене санитарной статистикой между соседними государствами³¹⁴. Но более значимыми событиями стало решение Санитарной комиссии о субсидировании курсов для советских врачей в Бельгии (для 5 специалистов), санитарных курсов в Великобритании (для 3 специалистов), малярийных курсов в Италии, а также приглашение наркома здравоохранения Н.А. Семашко к участию в сессиях Гигиенического комитета Лиги наций³¹⁵.

Также в 1922 г. был проведен VI Всероссийский съезд бактериологов и эпидемиологов. На съезде с докладом «О санитарном состоянии государств Центральной Европы» выступил А.Н. Сысин, который отметил тенденцию к ухудшению состояния здоровья и росту смертности населения в период военного времени. Представленные в докладе А.Н. Сысина сведения имели огромное значение, они легли в основу опубликованного 15 сентября постановления «О санитарных органах республики», которое определило структуру санитарных органов в системы здравоохранения³¹⁶.

Для второго периода (1922–1927 гг.) характерно снижение уровня распространения случаев заболевания. На данном этапе принимаются важнейшие государственные постановления, которые во многом определяют постановку санитарно-эпидемического дела в Советском государстве на долгие годы и предостерегут от новых всплесков эпидемий. В первую очередь это

³¹² Становление и развитие здравоохранения... С. 385–387.

³¹³ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 168.

³¹⁴ Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1922. № 2–3. С. 8

³¹⁵ Бюллетень Народного комиссариата здравоохранения. 1922. № 7–8. С. 1–2.

³¹⁶ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 169.

декрет СНК РСФСР «О санитарных органах республики», которым была определена структура санитарно-эпидемических органов на всех уровнях: бактериологических лабораторий на губернском и уездном (при численности населения больше 20 тыс. человек) уровнях, санитарно-гигиенические лаборатории в каждом губернском городе и при уездных бактериологических лабораториях, пастеровские станции на губернском уровне, оспенные телятники (сеть по всей территории СССР), малярийные станции, изоляционные дома и изопункты на губернском и уездном уровнях, дезинфекционные станции (на каждые 20 тыс. населения), санитарный транспорт, оспопрививательный пункт (1 оспопрививатель на 1 медицинский участок или на 25 тыс. человек), эпидемические и передвижные отряды, дома санитарного просвещения на губернском уровне, передвижные выставки (1 выставка на уезд), туберкулезные диспансеры с дневным и ночным стационаром на 20 коек, венерологические диспансеры на губернском и уездном уровнях³¹⁷. Таким образом, с 1922 г. санитарная организация получила оформленную структуру на всех уровнях.

К 1923 г. утихли эпидемии холеры, оспы, паразитарных тифов благодаря усиленным мероприятиям на всех уровнях. Уже в 1923 г. среди красноармейских масс не было зарегистрировано ни одного случая холеры, а число заболевших брюшным тифом составило 1,5 человека на 1000 красноармейцев против 10,52 человека в канун Первой мировой войны³¹⁸. Однако критически обстояла ситуация с эпидемией малярии, уровень заболеваемости которой продолжал расти, особенно на юге СССР. По этой причине было проведено I Всероссийское совещание по борьбе с малярией (23–26 января 1923 г.), в ходе которого был определен дальнейший план мероприятий по проведению профилактических и лечебных мероприятий, а также по устранению основных очагов ее распространения. На совещании был также рассмотрен вопрос о создании синтетического хинина, поскольку ранее вещество закупалось за границей.

³¹⁷ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 69.

³¹⁸ Вестник современной медицины. 1928. № 4. С. 231.

Также был поставлен вопрос о расширении сети малярийных станций, так как к 1923 г. в стране было всего 34 подобных учреждения.

В 1924 г. была продолжена борьба с эпидемией малярии. Благодаря комплексу противоэпидемических мероприятий уже к 1924 г. в центральных регионах процент заболеваемости вновь достиг довоенного уровня – 26,1 случая на 1000 человек, всего зарегистрировано 5,5 млн случаев заболевания малярией³¹⁹. В 1924 г. было принято постановление «О мероприятиях по борьбе с малярией», согласно которому все ведомства и учреждения обязали оказывать содействие в деле борьбы с эпидемией. Также при Наркомздраве была создана Центральная малярийная комиссия, а на низовом уровне было развернуто активное строительство противомалырийных станций.

27 июня 1924 г. состоялся V Всероссийский съезд здравоохранения, на котором были отмечены значительные успехи советской системы здравоохранения. Главным достижением предшествующего периода стало снижение уровня заболеваемости эпидемическими заболеваниями среди населения с 2,3 млн в 1920 г. до 125 тыс. в 1924 г.³²⁰ Достигнутый успех в борьбе с распространением эпидемиологических заболеваний позволил обратить внимание на другие проблемы здравоохранения и заболевания, которым было подвержено советское население. При этом проблеме распространения эпидемий также придавалось огромное значение, но мероприятия второго периода в большей степени носят профилактический и предупредительный характер. С 1925 г. в составе Наркомздрава РСФСР была учреждена санитарная охрана границ с целью предупреждения занесения новых заболеваний на территорию страны. Создание системы санитарной охраны границ подразумевало создание во всех портах СССР врачебно-наблюдательных станций и пунктов для досмотра и проведения дезинфекционных мероприятий³²¹.

³¹⁹ Становление и развитие здравоохранения... С. 461–463.

³²⁰ 50 лет советского здравоохранения... С. 52.

³²¹ Здравоохранение в годы восстановления... С. 15–16.

В 1926 г. был снова отмечен рост оспы, по этой причине было принято решение о повторном проведении привычной кампании³²². 19 февраля 1927 г. было опубликовано постановление СНК РСФСР «О санитарных органах республики». Данное постановление отменяло постановление от 1922 г. и дополняло действующее санитарно-эпидемическое законодательство. В постановлении 1927 г. строже были регламентированы функции санитарных органов, определены предметы ведения каждого ведомства и установлена специализация санитарных врачей (жилищные, пищевые, эпидемиологи, промышленные), а первостепенной задачей становилось осуществление предупредительного санитарного надзора. Кроме того, санитарная охрана труда была передана в ведение Наркомздрава, хотя на протяжении первых 10 лет существования советской системы здравоохранения она оставалась за Народным комиссариатом труда³²³. С 1927 г. в составе Наркомздрава были созданы санитарные органы для планировки городских поселений и поселков (водоснабжение, канализация и пр.). Для осуществления подготовительных мероприятий к работе привлекались санитарные врачи по жилищно-коммунальной санитарии³²⁴. Таким образом, институт санитарных врачей постоянно разрастался и становился более специализированным.

В течение второго периода наблюдалось снижение уровня заболеваемости, за исключением брюшного тифа, кори, дизентерии и дифтерии, о чем свидетельствуют статистические данные.

³²² Здравоохранение в годы восстановления... С. 66–67.

³²³ 50 лет советского здравоохранения... С. 140.

³²⁴ Здравоохранение в годы восстановления... С. 80–82.

Таблица 18. Заболеваемость по различным категориям заболеваний в
1926–1927 гг.³²⁵

Заболевание	РСФР		СССР	
	1926	1927	1926	1927
Сыпной тиф	4,4	3,1	3,9	2,7
Возвратный тиф	1,5	0,5	1,2	0,4
Оспа	1,6	1,2	1,3	0,9
Брюшной тиф	8,2	9,1	9,1	9,5
Дизентерия	17,8	17,7	16,9	19,6
Корь	30,1	34,5	29	31,7
Скарлатина	21,3	21,3	24,2	23,9
Дифтерия	4,7	4,6	5,3	5,4
Малярия	325,9	338	319,4	325,7
Грипп	328,2	234,7	318,6	244,7

Для третьего этапа характерно осуществление постановки санитарно-эпидемического дела в рамках осуществления пятилетних планов развития народного хозяйства. В рамках осуществления первого пятилетнего плана перед советской системой медицинского образования ставилась следующая задача в области санитарно-эпидемического дела: 1700 врачей с ежегодным выпуском в 340 специалистов. Подготовка санитарных врачей осуществлялась на курсах переквалификации в Москве, Ленинграде, Ростове-на-Дону, Саратове, Сибири и Ташкенте. Отдельно был определен выпуск врачей для работы на малярийных станциях путем организации курсов при Тропическом институте в Москве и в Ростове-на-Дону на 30 человек, а также 25 специалистов для работы на пастеровских станциях с ежегодным выпуском в 3 специалиста от Института экспериментальной медицины и по 1 специалисту в год от Томского и Ростовского бактериологических институтов³²⁶. Государственный заказ на

³²⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 110–111.

³²⁶ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 150. Л. 8–9.

врачей-эпидемиологов составлял 60 специалистов ежегодно, подготовка которых должна была осуществляться в ГИНЗ, Государственном бактериологическом институте в Москве, в Институте экспериментальной медицины в Ленинграде, микробиологических институтах в Саратове и Ростове-на-Дону и Государственном Бактериологическом институте в Севастополе. Также для сотрудников вышеперечисленных научных учреждений предполагалось проведение заграничных командировок, как минимум для 20% сотрудников-врачей (то есть не менее 40 человек). Для врачей губернских лабораторий предполагалось ежегодное проведение курсов и командировок в вышеперечисленные научно-исследовательские учреждения: 50 врачей должны были пройти стажировку, другие 50 окончить курсы по лабораторной технике. Для врачей уездных лабораторий предполагались также командировки для посещения курсов по лабораторной технике: 30 человек в Государственном бактериологическом институте, 10 – в Институте экспериментальной медицины, по 8 человек в Ростовский и Сибирский бактериологические институты. Нормативы по подготовке специалистов по оспенному делу составили 10 специалистов ежегодно при Центральном государственном оспопрививательном институте³²⁷.

Нормативы первого пятилетнего плана в сфере здравоохранения были выполнены досрочно и к 1932 г. были достигнуты следующие показатели в области санитарно-эпидемического дела: общее число выпуска санитарных врачей составило 1954 специалистов (общее число в СССР – 3846 врачей); сеть санитарно-бактериологических институтов и лабораторий возросла с 35 учреждений в 1927/28 гг. до 36 к 1932 г.; сеть санитарно-бактериологических лабораторий возросла с 189 до 554 к 1932 г.³²⁸ Постановка и развитие дезинфекционного дела на всей территории СССР также были включены в план³²⁹. Так, число дезинфекционных станций и пунктов возросло с 69 до 292³³⁰.

³²⁷ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 150. Л. 10.

³²⁸ На фронте здравоохранения. 1932. № 15–16. С. 1.

³²⁹ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 105.

³³⁰ На фронте здравоохранения. 1932. № 15–16. С. 1–2.

Также наряду с выполнением нормативов первого пятилетнего плана в 1930 г. было принято постановление СНК РСФСР «О санитарном минимуме»³³¹. Документ подразумевал подготовку и реализацию «встречного плана» по отношению к первому пятилетнему плану, подготовленного и реализованного за счет населения и предприятий на собственные средства³³². С 1930 г. Наркомздрав приступил к созданию Санитарного кодекса, завершить подготовку которого планировалось к 1932 г.³³³

Нормативы второго пятилетнего плана предполагали подготовку медицинского персонала по специальностям «врач-эпидемиолог» и «санитарный врач» из расчета естественной убыли в 15 % ежегодно. Общая сумма ассигнований на санитарно-эпидемическое дело в годы второй пятилетки составила 80 млн рублей³³⁴. Контрольные цифры второго пятилетнего плана установили следующие нормативы: к 1937 г. сеть дезинфекционных станций должна была возрасти с 22 в 1932 г. до 150 к 1937 г. (прирост на 368,7 %); дезинфекционных пунктов – с 296 до 772 (прирост на 160,8 %); санитарно-бактериологических лабораторий – с 388 до 938 (прирост на 141,7 %); санитарно-пропускных пунктов – с 135 до 461 (прирост на 238,9 %); малярийных станций – с 95 до 350 (прирост на 163,1 %)³³⁵.

Также в 1931 г. было опубликовано постановление СНК РСФСР о борьбе с эпидемиями, которое представляло собой план мероприятий с целью устранения последних очагов эпидемий сыпного и брюшного тифов, малярии и других острозаразных заболеваний³³⁶. В 1933 г. была создана Государственная (Всесоюзная) санитарная инспекция (ГИС) и санитарные инспекции на республиканском уровне, в задачи которых входило проведение мероприятий общесанитарного характера, а также специальных видов санитарного надзора, в

³³¹ *Здравоохранение в годы восстановления...* С. 137–138.

³³² *Двадцать пять лет советского здравоохранения...* С. 76.

³³³ Там же. С. 76.

³³⁴ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 26. Л. 71.

³³⁵ Там же. Л. 85.

³³⁶ *Здравоохранение в годы восстановления...* С. 141–145.

особенности в сфере пищевой промышленности³³⁷. В течение 1934–1935 гг. ГИСы были созданы в каждой союзной республике, а в 1935 г. было опубликовано Положение, которое добавило в обязанности ГИС разработку и осуществления планов противоэпидемической борьбы, а также санитарную охрану границ (помимо существующих санитарно-эпидемических ведомств в составе Наркомздрава, при ГИС была учреждена Специальная противоэпидемическая организация). Соответственно, увеличение круга обязанностей повлекло за собой и расширение полномочий ГИС в крупных промышленных районах³³⁸. С созданием ГИС во второй пятилетний план развития здравоохранения были включены положения о подготовке госинспекторов, контингент которых к 1937 г. должен был быть увеличен до 4200 против 2582 в 1933 г.³³⁹ Таким образом, в период с 1931 по 1936 г. была произведена реорганизация санитарного дела путем создания Государственных санитарных инспекций, в сферу деятельности которых было передано санитарно-эпидемиологическое дело в СССР.

Также в 1933 г. в Москве был учрежден Городской дезинфекционный институт, в Ленинграде – Дезинфекционная станция имени профессоров Пацановского и Окуневского³⁴⁰.

В 1934 г. было издано еще одно постановление СНК РСФСР о мероприятиях по борьбе с малярией вне выполнения нормативов Госплана, которое предусматривало создание сети противомалерийных учреждений (Государственный центральный тропический институт – местные тропические институты – краевые малярийные станции – районные и городские малярийные станции – малярийные пункты – временные малярийные отряды), мероприятия по оздоровлению территории, об увеличении использования медицинского персонала в деле лечения маляриков (откомандировании для работы на

³³⁷ Здравоохранение в годы восстановления... С. 200–201, 205–207, 235–238 205–207; Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 78.

³³⁸ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 78–79.

³³⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 26. Л. 85.

³⁴⁰ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 106.

малярийных станциях 50 медиков-выпускников 1934 г.), создании 20 медицинских техникумов по подготовке среднего медперсонала на 500 учащихся, проведении противоэпидемических мероприятий, а также ассигновании из бюджета Соцстраха 20 млн рублей на антималярийные работы³⁴¹.

Благодаря усиленным противоэпидемическим мероприятиям, проводимым на протяжении изучаемого периода, уже к 1925 г. удалось окончательно победить эпидемии холеры (в 1925 г. были зафиксировано 12 последних случаев заболевания)³⁴² оспы и возвратного тифа, значительно было снижено распространение брюшного и паразитарного тифов, что отражено в ниже представленной таблице.

Таблица 19. Коэффициенты заболеваемости³⁴³

Коэффициент на 10 тыс. чел.	1913	1929
сыпной тиф	7,3	0,2
возвратный тиф	1,9	0,2
брюшной и паразитарный тиф	26,6	11,3
дизентерия	31,4	11,6
дифтерия	34,4	6,5
оспа	4,4	0,4

В соответствии с ростом сети противоэпидемических учреждений советское руководство старалось сразу же обеспечить нужное количество медицинского персонала. Увеличение контингента санитарных врачей представлен в таблице ниже³⁴⁴:

³⁴¹ *Виноградов Н.А.* Здравоохранение в период борьбы за коллективизацию сельского хозяйства (1930–1934). С. 120–123.

³⁴² *Ерегина Н.Т.* «От борьбы с эпидемиями – к оздоровлению труда и быта!». С. 33–34.

³⁴³ *Двадцать пять лет советского здравоохранения...* С. 83.

³⁴⁴ *Тезисы по пятилетнему перспективному плану здравоохранения РСФСР.* С. 29.

Таблица 20. Рост числа санитарных врачей³⁴⁵

	число санитарных врачей
1913	373
1917	17
1918	24
1919	28
1920	60
1921	150
1922	194
1926	1017
1927/1928	1289
1928/1929	1392
1932/1933	1954

Таким образом, постановка санитарно-эпидемического дела в указанный период являлась одной из важнейших задач для советского руководства. Высокий уровень смертности, слабое состояние здоровья населения, низкий уровень санитарной грамотности, низкий уровень участия советских граждан в борьбе с эпидемиями были главным тормозом для дальнейшего становления советской системы здравоохранения. Мероприятия советского руководства в деле борьбы с распространением эпидемий и ликвидации основных очагов их распространения были многовекторны и масштабны, начиная с выделения ассигнований для проведения на всех уровнях очистительных мероприятий и создания обширной сети санитарных органов, заканчивая проведением санитарно-просветительских кампаний для привлечения внимания советских граждан к проблеме. Очевидно, в момент создания новой системы здравоохранения одновременное создание системы медицинских учреждений было затруднительно, однако уже в первые годы были созданы показательные

³⁴⁵ Тезисы по пятилетнему перспективному плану здравоохранения РСФСР. С. 29.

учреждения по типу диспансеров, научно-исследовательских институтов и лабораторий. Трудным моментом в постановке противоэпидемического дела в СССР стало решение о переходе к НЭПу, что повлекло за собой значительное сокращение финансирования всей системы здравоохранения. Однако достижения первого периода позволили преодолеть трудности финансового кризиса, а с переходом к выполнению нормативов пятилетних планов народного хозяйства постановка противоэпидемического дела получила «второе дыхание», соответствуя нуждам страны и учитывая профилактический метод.

2.2. Туберкулез

Борьбы с социальными болезнями, равно как и с эпидемическими заболеваниями, была признана общегосударственной задачей, поскольку для советского руководства был очевиден масштаб их распространения. В начале XX века население Российской империи было больше всего подтверждено заболеванием туберкулезом (200–270 случаев на 10 тыс. человек). При этом показатель сохранял стабильно высокое значение вплоть до 1925 г.³⁴⁶ Система медицинский учреждений, в том числе и диспансеров, для оказания помощи населению в борьбе с туберкулезом, в России начала XX века отсутствовала. Как и в случае борьбы с эпидемическими болезнями, лечением туберкулеза занимались благотворительные учреждения, расположение которых было крайне неравномерным по территории страны, а также созданная в 1909 г. Всероссийская лига борьбы с туберкулезом во главе с В.А. Воробьевым. Деятельность лиги была признана советской властью недостаточной, так как мероприятия ограничивались лишь созданием чахоточных санаториев, что, по мнению большевиков, было недостаточным для искоренения очага болезни³⁴⁷.

С установлением советской власти в октябре 1917 г. были сделаны первые шаги на пути борьбы с социальными болезнями (туберкулез, венерические

³⁴⁶ Здравоохранение в годы восстановления... С. 22.

³⁴⁷ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 25.

заболевания, трахома). Осенью 1917 г. в составе школьно-санитарного отдела Наркомпроса была учреждена детская комиссия по борьбе с туберкулезом, а с созданием Наркомздрава в его составе постановлением от 25 октября 1918 г. была образована секция борьбы с туберкулезом под руководством профессора Е.Г. Мунблита (далее – Тубсекция), деятельность которой координировал совещательный орган – Совет по борьбе с туберкулезом. В ведение секции была передана детская тубсекция Наркомпроса³⁴⁸. С июля 1919 г. было начато оформление системы противотуберкулезных органов на низовом уровне, в первую очередь при губернских здравотделах (как правило, тубсекции). В первую очередь, на губернские противотуберкулезные органы возлагалась задача по осуществлению Всероссийского плана противотуберкулезной борьбы, в их задачи входила координация работы городских и сельских здравотделов и санитарной инспекции, контроль методов лечения и санитарно-просветительской деятельности под эгидой развития диспансерного метода для предупреждения распространения профессиональных заболеваний³⁴⁹.

Всероссийский план борьбы с туберкулезом в Советской республике был утвержден на Всероссийском съезде по борьбе с социальными болезнями осенью 1919 г. и осуществлялся сразу в двух направлениях – через создание показательных учреждений на центральном уровне и проведение санитарно-просветительской работы на низовом уровне. Строительство противотуберкулезных учреждений было начато одновременно на центральном и на низовом уровнях. При создании тубучреждений советская система здравоохранения столкнулась с проблемой: на низовом уровне местные органы власти отказывались от создания тубдиспансеров, предпочитая открывать санатории, поскольку методология диспансерной работы была не до конца понятна медработникам на периферии, к тому же остро стоял вопрос нехватки квалифицированных медицинских кадров³⁵⁰. В результате к 1921 г. на низовом

³⁴⁸ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 510. Л. 99.

³⁴⁹ Там же. Д. 8. Л. 66–68.

³⁵⁰ Пять лет советской медицины... С. 105.

уровне в РСФСР было создано 221 санаторное учреждение с общим коечным фондом в 17 762 единицы, а учреждения диспансерного типа практически отсутствовали³⁵¹.

О значимости диспансерного метода в системе здравоохранения многократно говорил и писал Н.А. Семашко³⁵². В рамках советской системы здравоохранения диспансерный метод подразумевал в первую очередь выявление причин распространения заболевания и проведение комплекса мероприятий с целью ликвидации очагов распространения заболевания и предупреждения его распространения в будущем, а также оказание квалифицированной медицинской помощи заболевшим³⁵³. Подразумевалось, что диспансер как медицинское учреждение должен будет вести учет заболевших и сохранять тесный контакт с больным и его семьей, оказывать лечебную и профилактическую помощь, вести санитарно-просветительскую работу, но не только среди заболевших, но и среди здорового населения с целью предупреждения заболевания в дальнейшем. Таким образом, функции диспансера должны были быть многогранны и охватывать каждую ячейку общества, контролируя санитарно-эпидемическое положение на рабочих местах, в семейном быту, в школах и др. Помимо Н.А. Семашко, важность диспансерного метода обосновывал в своих трудах заведующий московским здравотделом В.А. Обух, под руководством которого произошло оформление столичной диспансерной модели, которая затем постепенно стала распространяться на низовом уровне³⁵⁴.

Важным этапом борьбы с социальными болезнями стало учреждение Музея социальной гигиены в 1919 г. Создание будущего музея обсуждалось на заседаниях комиссии по санитарному просвещению, на которых неоднократно возникали споры об устройстве и оформлении будущего учреждения. Так,

³⁵¹ Пять лет советской медицины... С. 106.

³⁵² Семашко Н.А. Избранные произведения. С. 67–70.

³⁵³ Там же. С. 183.

³⁵⁴ Морозов А.В., Сорокина Т.С. Отечественное здравоохранение и медицинское образование... С. 32–34.

поводом для дискуссии стал принцип, который должен был быть положен в основу проекта музей. По предложению А.Н. Сысина, в основу проекта должен лежать «принцип симбиоза», то есть в деле создания музея должны принимать участие все заинтересованные граждане и организации, что подразумевало нахождение и самостоятельное создание выставочно-музейного материала и экспонатов. При этом Сысин отмечал, что в практическом применении данный принцип является спорным и вероятнее всего будет нивелирован в дальнейшем. Предложенный А.Н. Сысиным «метод симбиоза» был поддержан доктором Я.Ю. Каном. Однако первый заместитель наркома здравоохранения З.П. Соловьев выступил с резкой критикой, предостерегая от превращения музея в выставку, поскольку материалы, полученные от Москвы и близлежащих районов – это прежде всего материалы исторического характера, которые могут служить показателем уровня санитарного дела в прошлом, но не представлять перспектив для будущего развития системы здравоохранения. Таким образом, З.П. Соловьев указывал на то, что должна быть проведена четкая грань между ретроспективной и перспективной частями музея. Еще одним камнем преткновения стал вопрос о названии музея. Предлагалось два названия: «Музей социальной медицины» или «Музей социальной гигиены». Спор о названии возник сразу после внесения З. П. Соловьевым предложения о создании в составе музея военного отдела, в котором должны были быть представлены экспонаты, связанные с Первой мировой войной. Как и в случае с принципом, которой лег в основу учреждения музея, было выбрано название, предложенное З.П. Соловьевым. Его поддержали доктора А.Б. Мольков, Каплун и Добрейцер³⁵⁵. Примечательно, что идея создания музея была поддержана «пироговцами». Так, 28 ноября наркомом здравоохранения Семашко была получена докладная записка от А.В. Молькова (ранее относился к Пироговскому обществу), в которой «пироговцы» дали согласие на включение своей коллекции и материалов в качестве экспонатов в

³⁵⁵ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 44. Л. 8–17.

Музей социальной гигиены, признав, что «Музей социальной гигиены говорит о значительных результатах, если не количественных, то качественных»³⁵⁶.

В октябре 1919 г. состоялось I Всероссийское совещание по вопросам жилищной гигиены и по борьбе с социальными болезнями, в ходе которого работала секция по вопросам борьбы с туберкулезом. В ходе работы секции были заслушаны доклады профессоров А.А. Владимирова, А.А. Киселя и врачей Е.Г. Мунблита, В.Д. Маркузона, Н.П. Васильевского и В.А. Воробьева, идеи и содержание которых во многом определили дальнейшую постановку противотуберкулезной борьбы в РСФСР. Так, в основу программы борьбы были положены диспансерный и профилактические методы, в связи с чем была утверждена программа создания сети противотуберкулезных учреждений: диспансеров, госпиталей и туботделений при больницах, санаториев и трудовых санаторных колоний, а также дневных и ночных стационаров. Предполагалось усилить и санитарно-просветительскую агитацию среди населения для предупреждения распространения профессиональных заболеваний в дальнейшем³⁵⁷. Еще летом 1919 г. было принято решение о проведении ежегодных курсов (3–4 раза в год) по подготовке врачей, ведущих борьбу с туберкулезом, и повышению их квалификации. Тогда же была определена иерархия противотуберкулезных учреждений в Советской республике: создание Центрального областного отборочного госпиталя (Москва) и отборочных областей (Петроград, Харьков, Казань, Киев, Саратов), Центрального опытно-показательных диспансера и санатория (Москва), опытно-показательных трудовых колоний, показательных загородных детской больницы-санатория и колонии³⁵⁸.

Первый показательный диспансер Тубсекции Наркомздрава из-за тяжелого положения в стране был создан только в 1920 г. Создавая показательные учреждения, советское руководство старалось доказать

³⁵⁶ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 44. Л. 18, 60.

³⁵⁷ Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1920. № 12. С. 35–36.

³⁵⁸ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 8. Л. 66–68.

практическую значимость диспансерного метода при лечении заболевших и профилактике распространения заболевания. С 1920 г. Тубсекцией был разработан план по созданию сети диспансеров на губернском и городском уровнях, поскольку предполагалось, что именно диспансерный метод позволит верно вести учет и регистрацию больных, оказывать необходимую помощь³⁵⁹.

В становлении советской системы здравоохранения 1921 г. считается годом диспансерного строительства, поскольку именно в это время была окончательно оформлена московская диспансерная модель, что подразумевало отказ от исключительно лечебных мероприятий в сторону проведения мероприятий социальной профилактики, в частности, улучшения жилищно-санитарных условий и питания³⁶⁰. Уже к концу 1921 г. в РСФСР было создано 52 тубдиспансера и 18 туберкулезных амбулаторий (в 1914 г. действовало всего 36 тубучреждений)³⁶¹.

В конце 1921–1922 гг., ввиду хозяйственного и экономического кризиса, произошло резкое сокращение коечного фонда за счет ликвидации тубсекций при местных здравотделах. Для выработки новой программы действий 10–16 февраля 1922 г. в Петрограде была проведена Всероссийская конференция по борьбе с туберкулезом, в ходе работы которой первостепенной задачей в деле постановки противотуберкулезного дела была провозглашена задача «сохранить ядро противотуберкулезной организации» путем получения помощи от профсоюзов и страховых касс, что также найдет отражение в декретах Наркомздрава³⁶². Фактически постановка и финансирование противотуберкулезного дела была полностью переведена на местные средства³⁶³. Однако изменение источников финансирования не стало препятствием для поступательного увеличения диспансерной сети. Так, если в 1920 г. в стране было всего 46 диспансеров, то к 1923 г. на территории РСФСР действовало 58

³⁵⁹ Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1920. № 3–4. С. 6–7.

³⁶⁰ Пять лет советской медицины... С. 106.

³⁶¹ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 47.

³⁶² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 303. Л. 97–100.

³⁶³ Становление и развитие здравоохранения... С. 111.

диспансеров с общим коечным фондом 2071 единица, кроме того, функционировало 139 стационарных учреждений на 8521 койку³⁶⁴. Также в 1923 г. на всесоюзном уровне был проведен «трехдневник» с целью привлечения внимания к проблеме противотуберкулезного дела среди населения³⁶⁵.

Еще одна проблема, с которой столкнулось советское руководство в ходе оформления и обслуживания противотуберкулезной сети – нехватка медицинского персонала. Так, уже в 1923 г. при Московском университете была учреждена кафедра туберкулеза, а по всей территории СССР стали организовываться краткосрочные 3-6-месячные курсы по изучению эпидемиологии заболевания и способов борьбы с ним³⁶⁶. В целях более широкого обсуждения проблем изучения и профилактики туберкулеза в мае 1923 г. при тубсекции Наркомздрава стал издаваться новый периодический печатный орган – журнал «Вопросы туберкулеза»³⁶⁷.

Вопросы борьбы с туберкулезом на сельском уровне обсуждались на Всесоюзном съезде участковых врачей (8-15 декабря 1925 г.). Основным докладчиком на съезде выступил З. П. Соловьев, который обосновал необходимость и срочность развития профилактического метода в докладе «Профилактические основы лечебного дела в деревне»³⁶⁸. Еще до созыва Съезда участковых врачей на 1925/26 гг. Тубсекцией было принято решение о переводе 17 туберкулезных пунктов на государственный бюджет, а также разработана инструкция по развитию сети туберкулезных диспансеров и пунктов: к 1928 г. должен был действовать минимум 1 сельский диспансера на уезд. В районах и волостях, в которых по финансовым или иным причинам не было возможности создать противотуберкулезный диспансер, в обязательном порядке должны были иметься туберкулезные койки при стационарных лечебных учреждениях³⁶⁹.

³⁶⁴ Становление и развитие здравоохранения... С. 107.

³⁶⁵ Там же. С. 401.

³⁶⁶ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 109.

³⁶⁷ Там же. С. 110.

³⁶⁸ Здравоохранение в годы восстановления... С. 4.

³⁶⁹ Там же. 22–23, 27–28.

Накануне перехода к выполнению первого пятилетнего плана в сфере здравоохранения на территории СССР был создан 501 туберкулезный диспансер с общим числом коек 8450, а также в стационарных учреждениях для туберкулезных больных имелась 21 019 коек³⁷⁰. Первый пятилетний план развития здравоохранения относительно противотуберкулезной борьбы предполагал создание курсов для усовершенствования врачей, которые должны были появиться при научных тубинститутах в Москве, Ленинграде, Краснодаре, Ялте и Саратове, а также при Клиническом институте усовершенствования врачей в Казани. На эти курсы могли поступить исключительно практикующие врачи с трехлетним общеклиническим стажем для врачей и со стажем в 1 год для врачей, работавших в учреждениях больничного типа. Общий заказ врачей, ведущих борьбу с туберкулезом, составил 644 специалиста. Важным нововведением в рамках пятилетнего плана был заказ на создание платных учебных мест для врачей, проходящих экстернат в тубинститутах (срок обучения 1 год, плата за обучения 50 рублей в месяц)³⁷¹.

Нормативы второго пятилетнего плана в первую очередь предполагали увеличение коечного фонда в противотуберкулезных учреждениях. Так, к 1937 г. коечный фонд в диспансерах должен был возрасти с 3425 (1932 г.) до 6200, в тубсанаториях с 1595 до 5600, в стационарах с 5990 до 12 000³⁷². Вследствие расширения сети противотуберкулезных учреждений также возрастала потребность в медицинском контингенте. Так, к концу второго пятилетнего плана должно было быть подготовлено 155 врачей для работы в туберкулезных санаториях, 140 врачей для обслуживания санаториев для заболевших костным туберкулезом и 200 врачей для работы в дневных и ночных противотуберкулезных стационарах. Также в течение второй пятилетки предполагалось увеличить обеспеченность больничных учреждений рентгеновским оборудованием: если к 1932 г. 42,9 % от общего числа больниц

³⁷⁰ Здравоохранение в годы восстановления... С. 112.

³⁷¹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 150. Л. 13–14, 16.

³⁷² Там же. Д. 28. Л. 85, 88.

были обеспечены рентгеновским оборудованием, то 1933 г. к их число должно было быть доведено до 45,1%, к 1934 г. – до 50 %, к 1935 г. – до 60 %, к 1936 г. – до 65 %, к 1937 г. – до 71,3 %³⁷³.

В декабре 1934 г. был разработан план борьбы с туберкулезом на 1935/36 гг. План содержал инструкцию по мероприятиям в деле борьбы с детским туберкулезом: увеличить коечный фонд для туберкулезнобольных в санаториях и домах инвалидов, создать минимум по 1 колхозному санаторию в каждой АССР, подготовить и распространить инструкцию об условиях работы для туберкулезников, улучшить фонд медицинского оборудования, в особенности рентгеновских аппаратов³⁷⁴.

Постановка задач в области борьбы с распространением туберкулеза дало толчок к развитию рентгенографии. Еще в 1918 г. при Наркомздраве была образована секция рентгенологии³⁷⁵. В 1924 г. в составе ГИНЗа был создан Институт рентгенологии³⁷⁶. Первый пятилетний план развития здравоохранения включал нормативы по увеличению выпуска рентгеновских аппаратов. Так, контрольные цифры установили, что должен быть как минимум 1 рентгеновский кабинет на 250 соматических коек в краевых городах, 1 рентгеновский кабинет на 350 соматических коек в губернских городах³⁷⁷.

С 1922 г. в учебные программы Высшей медицинской школы обязательно включался курс рентгенологии. С учебного года 1933/34 гг. для всех медицинских институтов Советской республики в учебную программу 4-го курса обязательно включался расширенный курс рентгенологии³⁷⁸. К окончанию первой пятилетки количество рентгеновских аппаратов составляло 800 экземпляров, а ежегодный выпуск врачей-рентгенологов составлял 80 специалистов³⁷⁹. К 1932 г. количество рентгеновских аппаратов существенно

³⁷³ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 150. Л. 84.

³⁷⁴ Здравоохранение в годы восстановления... С. 219–220.

³⁷⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 396.

³⁷⁶ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 103.

³⁷⁷ Здравоохранение в годы восстановления... С. 98.

³⁷⁸ Там же. С. 195.

³⁷⁹ Здравоохранение в годы восстановления... С. 9.

увеличилось по сравнению с 1925 г., когда общее количество аппаратов составляло всего 75 аппаратов³⁸⁰.

Нормативы второго пятилетнего плана также установили, что к 1937 г. в каждой сельской больнице должна быть 1 рентгено-установка³⁸¹. Соответственно контрольные цифра второй пятилетки предполагали ежегодный выпуск рентгеновской аппаратуры от 750 до 1000 аппаратов в год³⁸². Также для обслуживания населения рентгеновской помощью при медицинских институтах создавались специальные техникумы с 2-годовалным обучением для подготовки рентгенотехников и лаборантов средней квалификации³⁸³. В Москве и Ленинграде были созданы институты рентгенологии³⁸⁴.

Таким образом, постановка противотуберкулезного дела в Советском государстве, как и в случае с эпидемиологическими заболеваниями, была начата практически с нуля, поскольку система органов и ведомств, сохранившихся со времен Российской империи, не могла не только удовлетворить медицинские нужды населения, но и наладить профилактику заболевания. По мере улучшения эпидемиологической обстановки в РСФСР для советской системы здравоохранения появилась возможность искоренения главной пролетарской болезни – туберкулеза.

Ядром противотуберкулезной борьбы стал диспансер. Характерной чертой советской системы здравоохранения стало создание показательных учреждений, по аналогии с которыми на местном уровне должна была создаваться сеть схожих лечебных или профилактических учреждений. Так, развитие противотуберкулезной сети учреждения было начато с создания показательного диспансера. Постепенно разрасталась сеть противотуберкулезных учреждений на всех уровнях по типу диспансеров и тубпунктов. Развитие противотуберкулезного дела повлекло за собой и развитие рентгеновской

³⁸⁰ 50 лет советского здравоохранения... С. 187.

³⁸¹ *Ермаков В.В.* Высшее медицинское образование в СССР... С. 31.

³⁸² *Каминский Г.Н.* Задачи советского здравоохранения. С. 69.

³⁸³ Там же. С. 149.

³⁸⁴ Отчет Народного комиссариата здравоохранения к XII Всероссийскому съезду Советов... С. 76.

помощи населению, которая была крайне важна и при определении других заболеваний.

В рассматриваемый период удалось значительно снизить процент заболеваемости туберкулезом, однако до конца победить заболевание так и не удалось.

2.3. Венерические заболевания

Венерические болезни были еще одним «бичом», доставшимся советской системе здравоохранения от Российской империи. Низкий уровень санитарных знаний стал главной причиной распространения венерических заболеваний, особенно среди детей. Во второй половине XIX – начале XX вв. правительством было предпринято несколько попыток постановки дела борьбы с венерическими болезнями, однако все из них вскоре сворачивались. Так, в 1897 г. Медицинским департаментом при Министерстве внутренних дел во главе с директором Л.В. Рогозиным был проведен I Всероссийский съезд по выработке мер по борьбе с сифилисом, на котором врач-общественник Ельцина выступила с предложением о проведении усиленной санитарно-просветительской работы среди населения, особенно в сельской местности. Однако сама доктор в ходе выступления выразила опасения, что даже просветительская работа не получит должного воплощения и будет тормозиться на практике³⁸⁵. После революции 1905–1907 гг. постановка борьбы с венерическими болезнями не улучшилась, было предпринято несколько попыток создания медицинских учреждения для борьбы венерическими заболеваниями на общественных началах, которые так и не увенчались успехом. В 1914 г. была создана Всероссийская лига борьбы с венерическими болезнями, которая к концу года перестала существовать в связи с вступлением Российской империи в Первую мировую войну и сокращением финансирования сферы здравоохранения. Также в июне 1917 г. по инициативе Пироговского общества было созвано Всероссийское совещание, в ходе работы которого был создан Всероссийский союз по борьбе с венерическими болезнями,

³⁸⁵ Пять лет советской медицины... С. 112.

однако ввиду отсутствия поддержки со стороны Временного правительства организация прекратила свое существование. В результате к моменту установления советской власти ситуация в области постановки венерического дела обстояла следующим образом: к 1914 г. на территории будущего СССР было всего 12 учреждений по типу венерических пунктов (11 на территории РСФСР и 1 на территории УССР) с общей мощностью 126 тыс. посещений в год, а в сельской местности и вовсе не было венучреждений³⁸⁶. Статистика заболеваемости венерическими болезнями в 1914 г. свидетельствует о том, что на 10 тыс. городского населения приходилось 180,3 заболевших сифилисом в городах и 53,7 в селах, а гонореей 126,2 случая в городах и 13,7 в селах³⁸⁷. При этом распространение сифилиса шло преимущественно не половым путем. Например, во Владимирской и Курской губерниях больше 90 % заражений сифилисом произошло не половым путем, а по причине санитарной неграмотности, в особенности среди матерей-работниц, откуда и пошло понятие «бытовой сифилис»³⁸⁸.

Борьба с венерическими болезнями в рамках новой советской системы здравоохранения была возложена на созданную в октябре 1918 г. Подсекцию по борьбе с венерическими болезнями, при которой была также учреждена Центральная комиссия по борьбе с венерическими болезнями³⁸⁹. Уже в ноябре 1918 г. Подсекцией был подготовлен план мероприятий по борьбе с венерическими болезнями, который состоял из двух частей – санитарно-лечебной и общественно-профилактической³⁹⁰. В плане содержалось положение о создании на низовом уровне подотделов по борьбе с венерическими болезнями при местных советах³⁹¹. Также при подотделах образовались губернские венкомиссии³⁹². Еще одной проблемой, которая возникла перед советской

³⁸⁶ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 49–50.

³⁸⁷ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 138.

³⁸⁸ Пять лет советской медицины... С. 112–113.

³⁸⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 498. Л. 4–5.

³⁹⁰ Там же. Л. 40–41.

³⁹¹ Там же. Л. 38–39.

³⁹² Там же. Л. 8–10.

системой здравоохранения в контексте борьбы с венерическими болезнями, помимо низкого уровня санитарной грамотности, стал недостаток медикаментов (в частности, препаратов по типу «914» – новоарсола и новоарсолана) и медицинского инвентаря, поскольку необходимые препараты ранее закупались в Германии, а в конце 1910-х гг. их производство было налажено только на одном из заводов Москвы³⁹³.

Значительное улучшение ситуации произошло к 1919 г. Статистика свидетельствует, что к этому моменту 1 венерическая койка приходилась на 27 тыс. человек, а 1 медучреждение по типу вендиспансера или амбулатории на 123 тыс. человек³⁹⁴. В том же году при Подсекции была открыта первая показательная венерическая амбулатория³⁹⁵. Проблема распространения венерических заболеваний была затронута на I Всероссийском совещании по вопросам жилищной гигиены и по борьбе с социальными болезнями. В ходе работы Секции были заслушаны доклады Б.М. Броннера, И.М. Малышева, А.Ю. Зуева, П.Г. Гельмана и Т.М. Гершуна, высказавшихся в пользу развития системы вендиспансеров, а также обративших особое внимание на проблему жилищно-санитарных условий и необходимости развертывания равномерной сети вендиспансеров или венпунктов³⁹⁶.

Ситуация значительно улучшилась к началу 1921 г., чему способствовало проведение санитарно-просветительских кампаний – «Недель борьбы с венерическими болезнями», – в ходе которых пропагандировалась важность профилактики заболеваний, даже в скрытой форме, а также проводились осмотры населения³⁹⁷. В ходе проведения «недель» перед советской системой здравоохранения встала новая проблема – нехватка квалифицированного медицинского персонала. Решение данной проблемы было поручено

³⁹³ Пять лет советской медицины... С. 114.

³⁹⁴ Отчет Народного комиссариата здравоохранения к XII Всероссийскому съезду Советов... С. 11.

³⁹⁵ Морозов А.В., Сорокина Т.С. Отечественное здравоохранение и медицинское образование... С. 2.

³⁹⁶ Становление и развитие здравоохранения... С. 196.

³⁹⁷ Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1920. № 1–2. С. 35–36.

учрежденному в 1921 г. Государственному венерологическому институту, который подразделялся на институты клинической, социальной и экспериментальной сифилидологии, венерологии, дерматологии и Экспериментальный институт³⁹⁸. Ежегодно институт выпускал 60 переквалифицированных врачей-специалистов по венерическим заболеваниям и 120 врачей, окончивших краткосрочные 4-месячные курсы³⁹⁹. Также в качестве показательного учреждения при институте был открыт диспансер, обслуживающий район Красной Пресни⁴⁰⁰. В среднем диспансер ежедневно посещали 700 человек, при наличии 80 коек все были заняты, ежедневно проводилось около 200 анализов и исследований⁴⁰¹. В учебную программу высшей медицинской школы на 5–6 курсах в обязательном порядке был включен курс по кожно-венерическим болезням⁴⁰². С 1924 г. при Венерологическом институте стал издаваться журнал «Венерология и дерматология»⁴⁰³.

К 1921 г. в РСФСР в деле борьбы с венерическими заболеваниями были достигнуты следующие показатели: 1 венкойка приходилась на 9,6 тыс. человек, а 1 венерическое учреждение – на 44 тыс. человек⁴⁰⁴. К началу 1922 г. при венсекции Наркомздрава функционировало уже 139 вендиспансеров и венамубаторий⁴⁰⁵. Экономическая ситуация в стране в период перехода к НЭПу отрицательно сказалась на дальнейшем развитии постановки борьбы с венерическими заболеваниями, о чем свидетельствуют следующие статистические данные: уже к концу 1922 г. 1 венкойка приходилась на 19 тыс. человек, а количество уменьшилось до 2. Но уже к концу 1923 г. начинается новый прирост сети венучреждений и их количество возрастает до 26. Параллельно с ростом сети венучреждений мероприятия с целью

³⁹⁸ История медицины СССР... С. 8.

³⁹⁹ Бюллетень Народного комиссариата здравоохранения. 1922. № 5–6. С. 8.

⁴⁰⁰ Морозов А.В., Сорокина Т.С. Отечественное здравоохранение и медицинское образование... С. 26.

⁴⁰¹ Пять лет советской медицины... С. 117.

⁴⁰² Учебные планы медицинских институтов Наркомздрава РСФСР... С. 15, 17.

⁴⁰³ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 176.

⁴⁰⁴ Там же. С. 114.

⁴⁰⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 401.

предупреждения заболеваний доходят и до сферы охраны материнства и младенчества, охраны здоровья детей и подростков путем проведение совместной работы диспансеров с органами Охрматмлада и школьной санитарии в организации консультаций, в которых проводились предупредительные мероприятия, а также разъяснялись различные аспекты полового вопроса⁴⁰⁶. В целях проведения мероприятий по общественной профилактике начинается кампания по борьбе с проституцией как одним из главных источников распространения заболеваний. При Народном комиссариате соцобеспечения была создана Межведомственная комиссия по борьбе с проституцией. На практике комиссия проработала всего лишь несколько месяцев и в марте 1922 г. была ликвидирована, а все ее полномочия были переданы венерологической секции Наркомздрава (с октября 1922 г.)⁴⁰⁷. Уже в Наркомздраве началась разработка комплекса мероприятий по борьбе с проституцией. Главным принципом этих мероприятий было «не уничтожение проститутки, а устранение проституции», что подразумевало вовлечение женщин и детей в трудовой процесс, а также борьбу с их беспризорностью⁴⁰⁸.

6–10 июня 1923 г. был проведен I Всероссийский съезд по борьбе с венерическими болезнями, на котором была подчеркнута важность диспансерного метода, а также роль высоко оценена роль Советов по борьбе с проституцией и инициатив, исходящих от работниц женотделов и профсоюзов в оказании помощи женщинам⁴⁰⁹.

С 13 по 19 мая 1925 г. работал II Всесоюзный съезд по борьбе с венерическими болезнями⁴¹⁰. К 1924 г. на территории СССР было 60 вендиспансеров и 20 венотрядов⁴¹¹. К 1925 г. на территории СССР число

⁴⁰⁶ Пять лет советской медицины... С. 115.

⁴⁰⁷ Там же. С. 118.

⁴⁰⁸ Там же. С. 119.

⁴⁰⁹ Отчет Народного комиссариата здравоохранения к XII Всероссийскому съезду Советов... С. 23.

⁴¹⁰ Бюллетень Народного комиссариата здравоохранения. 1925. № 12–13. С. 22.

⁴¹¹ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 159.

вендиспансеров достигло 115, а к 1926 г. – 120⁴¹². К 1926 г. отмечается значительный рост количества венерических коек (их число достигло 7072)⁴¹³. Контрольные цифры за 1927 гг. подтверждают расширение сети венучреждений. Так, на территории СССР к отчетному периоду было создано 270 вендиспансеров⁴¹⁴. При этом, как и в момент установления советской власти, сеть вендиспансеров лучше всего была развита на территориях РСФСР (212) и УССР (110). Важным моментом в деле борьбы с венерическими заболеваниями стало Постановление ВЦИК и СНК РСФСР «О мерах борьбы с венерическими болезнями» от 26 марта 1927 г., в котором содержались положения о предоставлении права принудительного освидетельствования и лечения со стороны медико-санитарных органов, а в случае отказа предусматривалась уголовная ответственность по статьям 150 или 192⁴¹⁵. Согласно циркуляру Наркомздрава от 28 октября 1927 г., были объединены туберкулезные и венерологические диспансеров в целях осуществления планомерной борьбы с профессиональными заболеваниями⁴¹⁶

К моменту перехода к осуществлению пятилетних планов развития здравоохранения в 1928 г. на территории СССР было создано уже 183 вендиспансера и 278 венпунктов, однако на сельском уровне борьба с венерическими заболеваниями все так же находилась на начальной стадии⁴¹⁷. С 1 по 7 июня 1929 г. был проведен III Всероссийский съезд венерологов, посвященный эпидемиологии гонореи и сифилиса⁴¹⁸.

В ходе выполнения нормативов первого пятилетнего плана сеть венучреждений росла ускоренными темпами. Так, в 1929/30 гг. уже насчитывалось 263 вендиспансера, с 1931 г. было начато развертывание сети

⁴¹² Десять лет (к 10-летию Наркомздрава РСФСР). С. 17.

⁴¹³ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 16.

⁴¹⁴ Там же. С. 16–17.

⁴¹⁵ Здравоохранение в годы восстановления... С. 49–50.

⁴¹⁶ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 70.

⁴¹⁷ Здравоохранение в годы восстановления... С. 112.

⁴¹⁸ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 223.

венпунктов и концу года их число достигло 1415⁴¹⁹. Первый пятилетний план в области венерологии предполагал увеличение сети вендиспансеров на 56 %, то есть с 183 до 287 и венпунктов на 114 % – с 278 до 597⁴²⁰. С расширением сети венучреждений были установлены следующие контрольные цифры по выпуску медицинских кадров – венерологов-дерматологов. Для сельской участковой сети было необходимо подготовить 500 врачей из расчета 1 специалист на уезд и 2–3 на окружном уровне. Таким образом, к началу 1933 г. на низовом уровне должно было быть не менее 500 врачей⁴²¹. Для оказания специальных видов помощи требовалась подготовка еще 300 квалифицированных врачей, также для лечебной не участковой сети государственный заказ составлял 25 врачей-венерологов⁴²². Общее число венерологов-дерматологов в рамках первого пятилетнего плана здравоохранения составляло 825 специалиста. Из них 686 врачей должно было быть именно венерологов, подготовка которых осуществлялась в Государственном венерологическом институте в рамках годичной стажировки, 175 врачей и выпуска 30 врачей-ординаторов. Остальной резерв медицинских кадров должен был быть подготовлен при крупных диспансерах: в Москве – 10, Ленинграде – 5, Казани – 5, Саратове – 4, Новосибирске – 4, Ростове-на-Дону – 4, Краснодаре – 4, Омске – 3, Иркутске – 3, Перми – 2, Свердловске – 2, Астрахани – 2, Воронеже – 2 (всего – 50 врачей). Также подготовка специалистов была проведена посредством ежегодного командирования в 100–120 врачей на курсы при Государственном венерологическом институте⁴²³. Заявка на сестер-обследовательниц для работы в вендиспансерах и венпунктах составила 517 единиц⁴²⁴.

К концу рассматриваемого периода можно отметить значительный рост коечного фонда – до 11 464 койко-мест. Значительно вырос контингент дерматологов-венерологов (до 3620), из которых на сельскую медицину

⁴¹⁹ На фронте здравоохранения. 1932. № 15–16. С. 7.

⁴²⁰ Тезисы по пятилетнему перспективному плану здравоохранения РСФСР. С. 4, 17, 29.

⁴²¹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 150. Л. 1.

⁴²² Там же. Л. 1–2.

⁴²³ Там же. Л. 17.

⁴²⁴ Там же. Л. 32.

приходилось всего 234 специалиста. К 1936 г. значительно снизился уровень заболеваемости: на 10 тыс. населения приходилось 18,6 случаев заболевания сифилисом против 180,37 случаев в 1913 г.⁴²⁵.

Таким образом, постановка борьбы с венерическими заболеваниями протекала в том же духе, что и в случае с противоэпидемической и противотуберкулезной войной, то есть для данной сферы здравоохранения характерно на начальном этапе практически полное отсутствие сети лечебных и профилактических учреждений, затем постепенное распространение лечебной сети вплоть до начала 1920-х гг., а затем ее усиленное развитие в годы пятилетних планов. В рассматриваемый период уменьшить распространение венерических болезней удалось не только за счет создания сети медицинских учреждений, но и масштабной санитарно-просветительской работы, которая проводилось не только среди взрослого населения, но и среди детей. Всеобъемлющая санитарно-просветительская работа позволила вырастить новое поколение советских граждан, которые были менее подвержены заражению венерическими болезнями не только в области полового аспекта, но и бытового.

2.4. Санитарно-просветительская работа

Одной из наиболее серьезных проблем, с которой столкнулись большевики при создании новой системы здравоохранения, было санитарное неблагополучие основной части населения. О низком уровне санитарной культуры свидетельствуют статистические данные о смертности в начале XX в. Так, в 1913 г. смертность среди взрослого населения составляла 29,1 на 1000 человек, то есть 3 % от общей численности населения⁴²⁶. Ситуация в области санитарного просвещения осложнялась сразу несколькими факторами: во-первых, на начальном этапе создания советской системы здравоохранения по всей стране свирепствовали эпидемии тифа, холеры, малярии, с фронта была занесена «испанка», распространение которых усиливалось постоянными

⁴²⁵ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 161–163.

⁴²⁶ 50 лет советского здравоохранения... С. 43.

передвижениями действующей армии; во-вторых, в России начала XX в. практически не проводились мероприятия по популяризации гигиенических знаний и отсутствовала система санитарно-просветительских учреждений. В Российской империи санитарно-просветительская работа находилась практически под запретом. Так, в качестве примера можно привести инициативу Харьковского медицинского общества об издании брошюр для предупреждения венерических болезней. Со стороны правительства был получен отказ, аргументированный тем, что борьбу с распространением венерических заболеваний, а также мероприятия санитарно-просветительского характера следует осуществлять путем устной пропаганды – лекциями и беседами⁴²⁷. Даже после подъема революционного движения лишь в исключительных случаях удалось получить разрешение на чтение лекций по вопросу санитарно-гигиенических норм, но только при условии предварительного представления подробной программы лекции, а также обязательного присутствия полицейского пристава или околоточного надзирателя⁴²⁸. Исключением была деятельность «Пироговской комиссии» и нескольких благотворительных организаций, например, Лиги борьбы с туберкулезом или Общества борьбы с детской смертностью⁴²⁹.

Таким образом, перед советским руководством стояла неотложная задача повышения санитарного уровня грамотности населения. Осуществление поставленной задачи планировалось реализовать путем проведения масштабной просветительской и агитаторской деятельности с обязательным вовлечением горожан и селян. Санитарно-просветительская деятельность рассматривалась советским руководством как «органическое звено» профилактической медицины⁴³⁰. О важности санитарно-просветительской работы писали советские газеты и журналы, к примеру, практически в каждом номере журнала «Работница» печатались статьи, посвященные профилактическим аспектам

⁴²⁷ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 168.

⁴²⁸ Там же. С. 169.

⁴²⁹ 50 лет советского здравоохранения... С. 200.

⁴³⁰ Там же. С. 201.

(способы поддержания жилых помещений в соответствии с санитарными нормами, прививание, средства контрацепции и другие полезные советы)⁴³¹.

До создания Наркомздрава санитарно-просветительская деятельность относилась к компетенции школьно-санитарного отдела Наркомпроса. Советское руководство было убеждено, что именно через детей, а точнее через трудовую школу все население может быть перевоспитано в санитарно-гигиенической области⁴³². Кроме того, при санитарно-эпидемической секции НКВД был создан санитарно-просветительский подотдел. Оба учреждения функционировали вплоть до осени 1918 г., когда все дела по санитарно-просветительской работе были переданы в ведение Наркомздрава⁴³³. С августа 1918 г. при Санитарно-эпидемиологической секции был создан Отдел санитарного просвещения⁴³⁴. Также проведение мероприятий в области санитарного просвещения возлагалось на Пролетарский Красный Крест⁴³⁵.

Несмотря на объединение санитарно-просветительского дела в составе Наркомздрава, продолжалось постоянное сотрудничество и взаимодействие между народными комиссариатами. Так, в ноябре 1918 г. было созвано общее совещание по санитарно-просветительской деятельности между комиссиями от Наркомздрава, Наркомпроса и НКВД. В ходе работы совещания были определены структура и устройство будущего аппарата по санитарно-просветительской деятельности, который включал лекционный, издательский и музейно-выставочный отделы, что и определило дальнейшее устройство санитарно-просветительского отдела Наркомздрава⁴³⁶.

На протяжении октября 1918 – января 1919 гг. продолжались регулярные совещания представителей от санитарно-просветительских комиссий под председательством З.П. Соловьева. В ходе работы совещаний был выработан

⁴³¹ Работница. 1924. № 7. С. 30.

⁴³² Пять лет советской медицины... С. 60.

⁴³³ *Шерстнева Е.В.* Организация санитарного просвещения населения в первые годы Советской власти. С. 121.

⁴³⁴ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1 Д. 116. Л. 28.

⁴³⁵ 50 лет советского здравоохранения... С. 201.

⁴³⁶ Пять лет советской медицины... С. 61.

проект будущего санитарно-просветительского отдела Наркомздрава, а также рассмотрен проект Музея социальной гигиены, предложенный А.В. Мольковым⁴³⁷. Фундамент для создания отдела был заложен на основании положений доклада доктора Сысина о деле санитарного просвещения в Советской республике⁴³⁸. Структура отдела санитарного-просвещения была разветвленной и включала в себя 6 подведомств: литературно-издательское, библиотечное, выставочное, музейное и лекторские группы, а также группу по изготовлению наглядных пособий⁴³⁹.

На I Всероссийском совещании по вопросам жилищной гигиены и по борьбе с социальными болезнями (окт. 1919 г.) был заслушан доклад доктора Л. Исаева «Задачи санитарного просвещения в современных условиях России». Автор доклада подчеркнул обязательное участие самих советских граждан в «строительстве здоровой жизни», но также отметил, что для этого должны регулярно проводиться собрания для объяснения гражданам важности участия в данном процессе, а также должна быть создана разветвленная сеть санитарно-просветительских учреждений⁴⁴⁰.

К 1919 г. при Наркомздраве был также создан Государственный музей социальной гигиены по инициативе А.В. Молькова, который в апреле 1928 г. будет преобразован в Государственный институт социальной гигиены при Наркомздрав (ГИСГ)⁴⁴¹. Как было сказано ранее, А.В. Мольков ранее был членом Пироговского общества, однако по мере становления советской системы здравоохранения проникся идеями создания коммунистической медицины и не только принял участие в разработке проекта Государственного музея социальной гигиены, но и передал музею «пироговские» коллекции и наработки⁴⁴².

По мере оформления структуры советской системы здравоохранения санитарно-просветительские отделы стали открываться при местных

⁴³⁷ Пять лет советской медицины... С. 62.

⁴³⁸ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 10. Л. 77.

⁴³⁹ Там же. Л. 81.

⁴⁴⁰ Известия Народного Комиссариата здравоохранения. 1920, № 1–2. С. 35–36.

⁴⁴¹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 44. Л. 8–14.

⁴⁴² Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 168.

здравотделах. Но процесс шел достаточно медленно. Так, к началу 1920 г. подотделы санитарного просвещения были созданы в Москве и Петрограде, а также в 11 губерниях. В течение 1920 г. санитарно-просветительские отделы появились еще в 36 губерниях⁴⁴³. К концу 1920 г. были достигнуты значительные успехи в области массового санитарного просвещения – было выпущено и распространено 5,5 млн листовок, 1 млн брошюр и 100 тыс. плакатов⁴⁴⁴.

В ходе распространения на низовом уровне санитарно-просветительских знаний советская система здравоохранения столкнулась с серьезной проблемой – нехваткой санитарных врачей. Ранее проведение различного рода мероприятий, связанных с популяризацией санитарно-гигиенических знаний, возлагалось на школьно-санитарных врачей, жилищно-санитарных инспекторов, но по мере роста масштабов санитарно-просветительской деятельности остро встал вопрос о санитарных активах. Так, перед советской высшей медицинской школой встал вопрос об институте санитарных врачей, поскольку к началу 1920-х гг. на медицинских факультетах выпуск данной категории специалистов был крайне незначительным⁴⁴⁵. В перспективе советское руководство предполагало подготавливать универсальных врачей независимо от их специальностей как «агитаторов по распространению гигиенических знаний»⁴⁴⁶.

Если рассматривать мероприятия советской системы здравоохранения в начале 1920-х гг. в области санитарно-просветительской деятельности, то одним из первых мероприятий на государственном уровне стало проведение различного рода агитаторских кампаний по типу недель «недель», «трехдневников» или санитарных субботников – санитарных митингов, нацеленных на привлечение внимания советских граждан к определенной проблеме. Проведение санитарных кампаний ставило главной целью привлечение широких масс населения к проведению и участию в санитарно-оздоровительных мероприятиях. Зачастую санитарные кампании могли

⁴⁴³ Пять лет советской медицины... С. 63.

⁴⁴⁴ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 169.

⁴⁴⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 208.

⁴⁴⁶ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 148.

завершиться массовым участием населения в наведении порядка в санитарных учреждениях, банях или близлежащих источниках водоснабжения⁴⁴⁷. Так, в декабре 1919 г. была проведена «Неделя чистики» по всем железнодорожным путям в РСФСР, к участию в ней приглашались не только работники путей сообщения, но и все заинтересованные организации и профессиональные союзы, а также неравнодушные советские граждане⁴⁴⁸. Тогда же приказом Реввоенсовета и Наркомздрава были созданы войсковые комиссии чистоты в красноармейских частях. Помимо проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий, на комиссии чистоты возлагались задачи по популяризации санитарных знаний в среде красноармейцев через лекции, беседы, показы фильмов, распространение брошюр и пр.⁴⁴⁹ Одновременно с комиссиями чистоты в воинских частях были созданы и санитарно-просветительские ячейки⁴⁵⁰.

С 1920 г. проведение различного рода «Недель» стало регулярным. Проводимые мероприятия были направлены на привлечение широких народных масс к проведению очистительных, профилактических мероприятий, а также помощь отдельным категориям населения, что трактовалось советским правительством как один из важнейших шагов на пути к строительству «нового быта»⁴⁵¹. Так, в течение года были проведены «Неделя водоснабжения», «Неделя ребенка» и др.⁴⁵²

Еще одним значимым событием 1920 г. в области санитарно-просветительской деятельности стало создание санитарных домов просвещения. Первоначально они возникали стихийно на местном уровне, становясь организационным центром по проведению различного рода санитарно-просветительских мероприятий. Как правило, санитарный дом просвещения создавался при постоянном музее-выставке, а уже в дальнейшем при нем

⁴⁴⁷ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 170.

⁴⁴⁸ Становление и развитие здравоохранения... С. 210–211.

⁴⁴⁹ Там же. С. 218–219.

⁴⁵⁰ Известия Народного комиссариата здравоохранения. 1920. № 19. С. 2.

⁴⁵¹ Семашко Н.А. Избранные произведения. С. 214.

⁴⁵² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 190. Л. 33.

появлялась библиотека, лекционные залы, мастерские и передвижные выставки. К концу 1920 г. санитарные дома просвещения существовали уже в 11 губерниях⁴⁵³.

Рассмотрев основные мероприятия советского руководства в области санитарно-просветительской деятельности, необходимо обратиться к статистике и проанализировать достижения в данной области здравоохранения. Так, к концу 1920 г. по РСФСР было распространено 500 тыс. плакатов, 1 млн брошюр, 5,5 млн листовок. Также в данный период было создано 11 постоянных музеев-выставок, 22 выставки на уездном уровне, 7 передвижных выставок, 17 вагонов-выставок, а также открыто 11 санитарных домов просвещения⁴⁵⁴. К 1922 г. было проведено 12,5 тыс. лекций и бесед, количество постоянных выставок увеличилось до 67, а передвижных до 14, было создано 27 библиотек и издано 13 тыс. экземпляров научных трудов и 28 тыс. выпусков научно-популярных журналов. За 1920–1922 гг. количество распространенных листовок увеличилось до 9 млн, брошюр – до 1,6 млн, плакатов – до 730 тыс.⁴⁵⁵ Также с начала 1920-х гг. появилось еще два интересных варианта организации санитарно-просветительской деятельности – проведение показательных судов и сценических постановок, например, «Эпидемии» О. Мирбо⁴⁵⁶. Также развивается общественная самодеятельность, подразумевавшая участие активистов в работе комиссий оздоровления труда и быта – «котибах». Отдельно стоит отметить деятельность художников-карикатуристов (Дени, Д. Моора, В. Маяковского) в работе по созданию плакатов и санитарной агитации общественности⁴⁵⁷.

В марте 1921 г. было проведено I Всероссийское собрание по вопросам санитарного просвещения. Первоначально предполагалось проведение съезда, однако в реалиях Кронштадтского мятежа, а также по причине тяжелых

⁴⁵³ Пять лет советской медицины... С. 64.

⁴⁵⁴ Становление и развитие здравоохранения... С. 299.

⁴⁵⁵ Там же. С. 409.

⁴⁵⁶ Пять лет советской медицины... С. 64.

⁴⁵⁷ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 169.

транспортных условий было принято решение о проведении собрания⁴⁵⁸. В результате работы собрания была установлена необходимость дальнейшего повышения уровня санитарно-гигиенических знаний путем использования профилактического метода. При этом доктор Исаев подверг критике прежнюю систему повышения санитарного уровня за то, что ранее основные мероприятия ограничивались распространением научно-информационных источников без контроля за их применением на практике. По мнению Исаева, мероприятия в области санитарно-просветительской работы должны стать неотъемлемой частью политического воспитания советских граждан, они должны были осознать, что бытовые и социальные условия жизни взаимосвязаны, именно по этой причине вновь была подчеркнута необходимость повышения санитарной грамотности, начиная с школьной скамьи⁴⁵⁹. Также в ходе работы совещания было отмечено, что в настоящий политический момент отсутствует возможность создать полноценно-функционирующий аппарат по санитарно-просветительской работе, поэтому необходимо привлекать советских граждан к ликвидации санитарной безграмотности через специальные курсы для взрослого населения и включение дополнительных предметов в школьную программу, а также усиление работы домов санитарного просвещения⁴⁶⁰. Так, опираясь на предложение доктора Исаева, с 1921 г. к повышению уровня санитарной грамотности стали привлекать и политпросветы. Предполагалось, что политпросветы с местными здравотделами начнут усиленную санитарно-пропагандистскую работу посредством создаваемых на низовом уровне агитпунктов, при которых будут проводиться беседы, лекции, а также распространяться научно-просветительская литература⁴⁶¹.

⁴⁵⁸ Пять лет советской медицины... С. 65.

⁴⁵⁹ Шертснева Е.В. Указ. соч. С. 124.

⁴⁶⁰ Пять лет советской медицины... С. 65.

⁴⁶¹ Становление и развитие здравоохранения... С. 333.

Таблица 21. Издание санитарно-просветительской литературы в РСФСР⁴⁶²

	Число наименований	Общий тираж
1917–1921	260	5 488 000
1922–1925	893	10 296 000

Переход к НЭПу в начале 1921 г. сказался и на работе санитарно-просветительского отдела Наркомздрава: были резко сокращены кредиты и ассигнования, что лишило возможности бесплатного выпуска и распространения популярной периодики и «летучки»⁴⁶³. В условиях НЭПа вся санитарно-просветительская деятельность была переведена на финансирование из местного бюджета местных советов и здравотделов, что стало причиной сокращения и форм устной агитации. Если в первом полугодии 1921 г. было открыто еще 10 домов санитарного просвещения и 15 передвижных музеев-выставок, то уже к осени начинается упадок в области санитарно-просветительской деятельности⁴⁶⁴. Однако, несмотря на значительное уменьшение ассигнований на проведение санитарно-просветительских мероприятий, к концу НЭПа на местном уровне было создано 42 самостоятельных дома санпросвета⁴⁶⁵. Достижения в области повышения санитарно-гигиенических знаний в период НЭПа объясняются усилением самодеятельности в организации кружков, уголков здоровья, стенгазет и пр., а также привлечением профсоюзов⁴⁶⁶. В связи с сокращением ассигнований в области санитарно-просветительской работы, но в условиях необходимости постоянного повышения санитарной грамотности населения в рамках восстановительного периода был увеличен тираж научно-методических статей (от 48 в 1920 г. до 156 в 1924 г.⁴⁶⁷).

⁴⁶² Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 170.

⁴⁶³ Там же. С. 409.

⁴⁶⁴ Пять лет советской медицины... С. 66.

⁴⁶⁵ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 150. Л. 24.

⁴⁶⁶ Здравоохранение в годы восстановления... С. 36–37.

⁴⁶⁷ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 170.

В годы восстановительного периода также стала развиваться массовая периодика – тематические журналы, посвященные различным отраслям здравоохранения, среди которых можно выделить наиболее популярные в СССР: «Здоровая деревня», «За новый быт», «Гигиена и здоровья рабочей семьи». В то же время для санитарного просвещения была характерна тенденция аполитичности по причине массовой вовлеченности органов культуры и здравоохранения. Вышеперечисленные недочеты в области санитарно-просветительского дела были отмечены в постановлении ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян»⁴⁶⁸.

Дальнейшая постановка санитарно-просветительского дела в Советском государстве осуществлялась в рамках пятилетних планов. В качестве первоочередных задач составители плана провозгласили борьбу с профессиональными и социальными болезнями, в особенности с алкоголизмом, повышение производительности труда, проведение санитарно-просветительской пропаганды среди середнячко-бедняцкой массы в деревне, повышение уровня знаний санитарной обороны страны⁴⁶⁹.

Государственный заказ в ходе осуществления первого пятилетнего плана на медицинский персонал составлял 2 тыс. санитарных врачей⁴⁷⁰. Ежегодная заявка на врачей по санитарному просвещению составила от 30 до 80 специалистов, подготовка которых должна была осуществляться при Институте социальной гигиены с выпуском с среднем 60 человек в год⁴⁷¹. Также к 1932/33 г. количество домов санпросвета должно было быть увеличено до 69, а количество постоянных выставок должно было составить 307 вместо 95 в 1928 г.⁴⁷²

В ходе выполнения первого пятилетнего плана особое внимание было уделено проблеме повышения санитарного уровня в деревне. Для этого

⁴⁶⁸ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 170.

⁴⁶⁹ Здравоохранение в годы восстановления... С. 24.

⁴⁷⁰ Там же. С. 79.

⁴⁷¹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 150. Л. 25.

⁴⁷² Здравоохранение в годы восстановления... С. 24.

создавалось 2 очага распространения знаний. Первым из них становилась школа с обязательным наличием при учебном заведении школьно-санитарного врача. В учебную программу на год обязательно включалось от 5 до 10 уроков, на которых крестьянская молодежь должна была осознавать важность «здоровой жизни», чтобы затем приступить к ее созданию. Вторым очагом становилась изба-читальня, которую Н.А. Семашко сравнил с «главным фонарем, который распространяет свет в деревне». Изба-читальня должна была обслуживаться медицинским персоналом из близлежащего медицинского учреждения под руководством санитарного врача ⁴⁷³. Таким образом, развитие сельской медицины происходило сразу с «двух концов» – лечением и санитарным просвещением ⁴⁷⁴.

В целях выполнения задач пятилетнего плана по борьбе с распространением профессиональных и социальных болезней при Наркомздраве был создан Государственный институт по изучению профессиональных болезней ⁴⁷⁵. Также в октябре 1928 г. был начат культпоход комсомола, к участию в котором по решению Наркомздрова присоединялись органы здравоохранения, а с 1931 г. присоединилась и советская трудовая школа ⁴⁷⁶. Предполагалось, что в ходе культпохода будет осуществлена всесторонняя санитарно-просветительская деятельность, в особенности на Кавказе и Средней Азии: борьба с профессиональными и социальными болезнями путем создания специализированных диспансеров, санаториев, ячеек пр. в зависимости от ситуации на месте, проведение обследований рабочих мест и учебных заведений и др. Результатом культпохода начальник санитарно-профилактического управления Журевский видел создание и деятельность самодеятельно-просветительских групп ⁴⁷⁷. Помимо культпохода, в 1930-е гг. возникли новые формы санитарно-просветительской работы – массовые санкультрейды и

⁴⁷³ Семашко Н.А. Народное здравоохранение в деревне. С. 13.

⁴⁷⁴ Там же. С. 14–15.

⁴⁷⁵ Здравоохранение в годы восстановления... С. 94–95.

⁴⁷⁶ На фронте здравоохранения. 1931. № 22. С. 9.

⁴⁷⁷ Здравоохранение в годы восстановления... С. 104–105.

«месячники»⁴⁷⁸. В годы первой пятилетки была создана сеть учебных заведений для формирования актива по санитарно-просветительской работе с подходящим наименованием – «рабочие санитарные университеты»⁴⁷⁹. С целью дальнейшего развития санитарно-просветительского дела в СССР в Москве был открыт Научный институт по санитарному просвещению, в дальнейшем реорганизованный во Всесоюзный научно-методический центр⁴⁸⁰.

Отдельно стоит отметить рост интереса населения к участию в санитарно-просветительской работе. В начале 1930-х гг. в Азербайджане было сформировано Геокчайское движение, названное по имени района создания, с целью борьбы за снижение заболеваемости и улучшение санитарно-бытовых условий жизни. Вскоре подобные движения стали появляться во многих районах СССР, среди которых наиболее известными и массовыми были общественные движения в Горловке (Донбасс), Рогачевском (БССР) и Дмитровском (Московская область) районах⁴⁸¹.

Нормативы по выпуску санитарных врачей были перевыполнены. Однако нарком здравоохранения М. Ф. Владимирский был недоволен результатами санитарно-просветительской деятельности в медицинских учреждениях и в своем докладе сетовал на неправильную постановку санитарно-культурной работы, неудовлетворительные результаты которой были выявлены в ходе обследования больниц и прочих леченых учреждений⁴⁸². Таким образом, задача по повышению уровня санитарно-просветительской деятельности определила нормативы второго пятилетнего плана. Многие медицинские и общественные деятели, в частности нарком здравоохранения Владимирский, обращали внимание на то, что переход к индустриализации подразумевал создание новых промышленных районов и районов массового строительства, в том числе и жилищного, что требовало быстрого внедрения санитарных навыков в

⁴⁷⁸ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 173.

⁴⁷⁹ Там же. С. 172.

⁴⁸⁰ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 171.

⁴⁸¹ *Виноградов Н.А.* Здравоохранение в предвоенный период (1935–1940). С. 30.

⁴⁸² На фронте здравоохранения. 1933. № 5–8. С. 46.

практическую деятельность, к чему система санитарного просвещения была еще не подготовлена⁴⁸³.

В ходе выполнения нормативов второго пятилетнего плана в области санитарно-просветительской деятельности ставилась задача создать «штат культурников» из врачей и среднего медицинского персонала. Предполагалось, что на одного «культурника» будет приходиться 300–350 больных, а в крупных больницах должны были создаваться культбюро. При разработке нормативов второго пятилетнего плана в сфере здравоохранения было установлено, что в среднем пребывание больного в медучреждении составляет от 13 до 17 дней. Согласно данному расчету, было установлено, что для больных в хирургическом, гинекологическом, стоматологическом, «ушном» и терапевтическом отделениях охват санитарно-просветительской работы должен составить от 3 до 5 дней, в «глазном», нервном, урологическом, ортопедическом – от 8 до 10 дней, а в родильном – 1–2 дня⁴⁸⁴. Также второй пятилетний план в сфере санитарно-просветительской деятельности подразумевал налаживание печати бумажных изданий, приведение в порядок библиотек⁴⁸⁵. В ходе осуществления второго пятилетнего плана здравоохранения в области санитарно-просветительской деятельности постановлением ЦК ВКП(б) от 22 декабря 1933 г. был взят курс на улучшение постановки санитарной пропаганды на пищевых предприятиях, а также в угольной промышленности⁴⁸⁶.

В ходе выполнения второго пятилетнего плана с 1934 г. было положено начало обучению советского населения программе «Готов к санитарной обороне СССР» (ГСО), а детей школьного возраста – программе «Будь готов к санитарной обороне СССР» (БГСО) с целью повышения санитарной грамотности. Также в период второй пятилетки стали повсеместно создаваться комиссии по оздоровлению труда и быта (КОТиБ)⁴⁸⁷. Также значительное

⁴⁸³ Владимирский М.Ф. Вопросы советского здравоохранения. С. 58.

⁴⁸⁴ На фронте здравоохранения. 1933. № 5–8. С 46.

⁴⁸⁵ Там же. С. 48.

⁴⁸⁶ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 174.

⁴⁸⁷ 50 лет советского здравоохранения... С. 203–204.

влияние на дальнейшую постановку санитарного просвещения в СССР имело решение о запрете аборт (1936 г.), вследствие которого перед советской системой здравоохранения встала задача по снижению проведения операций, что было возложено на созданный институт женщин-общественниц⁴⁸⁸.

Таким образом, санитарно-просветительская деятельность в рассматриваемый период стала неотъемлемой сферой советской системы здравоохранения и стала главным каналом пропаганды достижений советской системы здравоохранения. В момент установления советской власти перед большевиками стояла первоочередная задача – повышение уровня санитарно-гигиенических знаний среди населения, что позволило бы в ближайшие годы искоренить проблему распространения эпидемий и других острозаразных заболеваний и снизить крайне высокий уровень смертности. К процессу повышения санитарно-культурного уровня знаний советское руководство привлекало не только органы здравоохранения и образования, профсоюзы, но и старалось максимально вовлечь самих советских граждан, параллельно популяризируя важность соблюдения санитарных норм в быту и на рабочих местах.

Широкомасштабная санитарно-просветительская работа в первые годы советской власти показала отличные результаты: к 1922 г. основные очаги распространения эпидемий были ликвидированы. Однако с 1921 г. в условиях перехода к НЭПу практически прекратилось выделение ассигнований на проведение санитарно-просветительской работы из бюджета. В то же время энтузиазм и самодеятельность советских граждан позволили продолжить повышение санитарно-культурного уровня знаний путем создания санитарных домов просвещения.

С завершением НЭПа санитарно-просветительская деятельность определялась нормативами пятилетних планов здравоохранения. Однако между первым и вторым пятилетним планом существуют значительные различия.

⁴⁸⁸ Двадцать пять лет советского здравоохранения... С. 173.

Государственный заказ в рамках первого пятилетнего плана подразумевал увеличение численных показателей контингента санитарных врачей, выпускаемой научно-просветительской литературы, листовок и пр., создание санитарных домов просвещения, музеев-выставок и т.д. В свою очередь, второй пятилетний план был рассчитан на улучшение качества санитарно-просветительской деятельности путем реорганизации санитарно-культурной работы в медицинских учреждениях, обучения в рамках специальных программ ГСО И БГСО, а также создания на всех уровнях и при предприятиях КОТиБов.

2.5. Создание института охраны материнства и младенчества

Концептуальной основой создания института охраны материнства и детства стала позиция большевистского руководства, заключавшаяся в том, что «Охрматмлад – это профилактика в широком смысле слова, профилактика социальная для борьбы с заболеваемостью и смертностью, борьбы с вырождением, борьбы за улучшение будущего поколения и улучшения расовой гигиены»⁴⁸⁹. Неслучайно на одном из первых собраний Охрматмлада было установлено, что «охрана здоровья советского гражданина начинается с внутриутробной жизни»⁴⁹⁰.

В Российской империи система органов по охране материнства и детства была не развита, отсутствовали и специализированные учреждения для оказания медицинской и юридической видов помощи. В конце XIX – начале XX вв. существовало всего несколько небольших учреждений, в сферу деятельности которых входили вопросы охраны женского и детского здоровьях – Всероссийское попечительство по охране материнства, Воспитательный дом в Санкт-Петербурге (был переименован в Петроградский воспитательный дом), а также Московский воспитательный дом⁴⁹¹. Деятельности вышеперечисленных учреждений было крайне недостаточно для обслуживания нужд матерей и их

⁴⁸⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 56. Л. 6.

⁴⁹⁰ Там же. Л. 5.

⁴⁹¹ Становление и развитие здравоохранения... С. 56, 62.

детей, о чем свидетельствуют статистические данные. Так, накануне установления советской власти и перехода к созданию новой модели здравоохранения в стране было не более 7,5 тыс. койко-мест для медицинского обслуживания беременных женщин и рожениц, функционировало всего 9 женских консультаций, из-за чего не более 5 % рожениц могли получить медицинскую помощь. Вследствие неразвитости, а в некоторых городах и вовсе отсутствия сети медицинских и акушерских учреждений ежегодно умирало порядка 30 тыс. женщин⁴⁹². Ситуация в медицинских учреждениях, обслуживающих нужды детей в возрасте до 3 лет обстояла не лучше: смертность детей до года составляла в среднем 31 %⁴⁹³. К тому же в дореволюционной России преобладали учреждения закрытого типа для оказания помощи детям, как правило это были воспитательные дома, а процент смертности в них достигал 80 %⁴⁹⁴. Таким образом, советскому руководству предстоял большой фронт работы по развертыванию сети медицинских, вспомогательно-воспитательных и санитарно-просветительских учреждений для оказания всеобъемлющей помощи советским матерям-труженицам и их детям.

Идея создания института охраны материнства и младенчества была сформулирована большевиками задолго до прихода к власти. Положения об охране здоровья матерей и их детей были определены в программе партии, принятой на II съезде РСДРП в 1903 г. «Апрельские тезисы» В.И. Ленина содержали положения о запрещении женского труда при условии вредного воздействия на здоровье работницы, освобождение беременной женщины от трудовой деятельности за 8 недель до и после родов с сохранением заработной платы, создание учреждений ясельного типа и специальных помещений для грудного вскармливания при промышленных предприятиях, а также выплату пособий кормящим матерям и сокращение рабочего дня до 6 часов⁴⁹⁵.

⁴⁹² Становление и развитие здравоохранения... С. 60–61.

⁴⁹³ Отчет Народного комиссариата здравоохранения к XII Всероссийскому съезду Советов... С. 23.

⁴⁹⁴ 50 лет советского здравоохранения... С. 102.

⁴⁹⁵ Там же. С. 103.

Как отмечали большевики, главное отличие создаваемого института охраны материнства и младенчества в Советской республике от подобной системы капиталистических стран Запада являлся социальный аспект, а не только комплекс мероприятий, направленный на борьбу с детской смертностью. При этом большевики безоговорочно принимали тот факт, что в странах Запада мероприятия по борьбе с детской смертностью имели большую эффективность, чем в Советской республике⁴⁹⁶.

Создание института материнства подразумевало в первую очередь освобождение женщины от «капиталистической эксплуатации» и бесправия в быту, в частности, избавления от «кухонного рабства» и частично – от воспитания детей с целью вовлечения в трудовой процесс и «эмансипации»⁴⁹⁷. Таким образом, институт материнства подразумевал борьбу с материальной необеспеченностью женщины путем улучшения ее социальных условий. Под термином «эмансипация» следует понимать установление равноправия между мужчиной и женщиной через вовлечение женщины в систему трудовых отношений с целью достижения финансовой независимости и возможности собственного обеспечения, а также своих детей. Проблеме роли женщины в коммунистическом обществе или «женскому вопросу» и ее участию в трудовом процессе посвящены труды Н.К. Крупской, А.М. Коллонтай и И.Ф. Арманд. По мнению А.М. Коллонтай, для решения «женского вопроса» было необходимо освободить женщину от ведения домашнего быта и искоренить уклад о значимости патриархальной семьи как основной ячейки общества. Достижение поставленной цели А.М. Коллонтай видела в создании разветвленной системы вспомогательных учреждений, которая включала бы в себя детские медицинские и воспитательные заведения, а также общественные столовые, фабрики-кухни и др. Подобная система позволила бы полностью освободить работницу-мать от материальных затрат на содержание и воспитание детей, передав их государству,

⁴⁹⁶ Пять лет советской медицины... С. 86.

⁴⁹⁷ Советская социальная политика 1920–1930-х годов: идеология и повседневность: сборник статей / под ред. П.В. Романова, Е.Р. Ярской-Смирновой. М.: Медицина, 2007. С. 48–49.

а также позволить женщине возвращаться в систему трудовых отношений по мере истечения декретного отпуска. При этом А.М. Коллонтай оставляла за матерями заботу о детях, лишь освобождая их от груза домашнего быта с целью полноценного вовлечения в рабочий процесс. Однако данная идея в значительной степени разнилась с предложениями Н.К. Крупской по «женскому вопросу»⁴⁹⁸. Так, Н.К. Крупская предполагала полностью освободить работниц-матерей от воспитания своего потомства путем передачи данной функции государству. Она также считала, что малообразованные матери не смогут воспитать будущее поколение советских граждан, отмечая значимость всестороннего воспитания детей⁴⁹⁹. Также по инициативе А.М. Коллонтай уже в первые годы существования РСФСР появились женские отделы (далее – женотделы) – добровольные объединения передовых работниц и крестьянок на низовом уровне, а также при крупных промышленных предприятиях с целью оказания помощи беременным и матерям, оказавшимся в затруднительном положении. На практике большая часть предложений советских феминисток так и не была реализована, а одной из главных причин стало мнение первого наркома здравоохранения Н.А. Семашко, который отстаивал точку зрения о значимости патриархальной семьи в системе социальных отношений в советском обществе и роли матери в воспитании ребенка, а также нравственности в половом вопросе⁵⁰⁰. Хотя мнение каждой из деятельниц и разнилось по данному вопросу, но их труды и предложения заложили фундамент будущей сети детских вспомогательно-воспитательных учреждений, начиная от яслей и заканчивая дополнительными секциями и мероприятиями для детей во внеурочное время.

Завершив рассмотрение социальной стороны института материнства и младенчества, далее необходимо рассмотреть процесс оформления структуры и функционирования института охраны материнства и детства, а также оценить эффективность деятельности его подконтрольных учреждений.

⁴⁹⁸ Коллонтай А.М. Семья и коммунистическое государство. С. 14–15; Минаева О.Д. Журналы «Работница» и «Крестьянка» в решении «женского вопроса» в СССР в 1920–1930-е г. С. 177.

⁴⁹⁹ Спутник по охране материнства и младенчества... С. 9.

⁵⁰⁰ Семашко Н.А. Избранные произведения. С. 107.

В отличие от других отраслей советской системы здравоохранения деятельность института охраны материнства и младенчества достаточно подробно изучена в советской и постсоветской историографии, в особенности с медицинской и юридической точек зрения. Отечественные исследователи склонны выделять два этапа, в ходе которых происходил процесс оформления Охрматмлада. Первый этап (1918–1922 г.) характеризуется теоретическим обоснованием необходимости создания системы как медицинской, так и социальной охраны здоровья матерей и младенцев, а также созданием образцово-показательных учреждений и проведением масштабной санитарно-просветительской работы. На втором этапе (1922–1936 гг.), который, в свою очередь, можно разделить на два подэтапа – с 1922 по 1927 гг. и с 1928 по 1936 гг., происходит завершения оформления структуры системы охраны материнства и младенчества, а также разграничение полномочий между народными комиссариатами, в ведение которых относились вопросы социального благополучия и здоровья матерей и их детей. В период с 1922 по 1927 гг. происходит оформление и постепенное распространение сети лечебных и профилактических учреждений Охраматмлада, в свою очередь, для периода с 1928 по 1936 гг. в большей степени характерно развитие в соответствии с пятилетними планами, а также развитие сети учреждений в сельской местности⁵⁰¹.

Создание института охраны материнства и младенчества в РСФСР было начато 31 декабря 1917 г. с назначением Специальной коллегии при Народном комиссариате государственного призрения в составе М.П. Шувалова, Ф.К. Скибинского, Е.Н. Миндлинг, Прохоровой, Н.Д. Королева и А.М. Коллонтай⁵⁰². На коллегия была возложена первостепенная задача по созданию всероссийской государственной организации по охране материнства и младенчества как главного органа для оказания медицинской помощи и заботы

⁵⁰¹ Альбицкий В.Ю., Шер С.А., Серебряный Р.С. Указ. соч. С. 242–245.

⁵⁰² Становление и развитие здравоохранения... С. 56.

о вышеперечисленных категориях советских граждан – Дворца младенчества⁵⁰³. Однако после нескольких заседаний комиссии и определения плана дальнейших действий было принято решение о преобразовании ведомства в отдел Охраны материнства и младенчества под руководством А.М. Коллонтай⁵⁰⁴. С созданием Охрматмлада было практически сразу же ликвидировано Всероссийское попечительство по охране материнства и был начат процесс передачи всего его имущества, включая немногочисленные медицинские учреждения, в состав Народного комиссариата государственного призрения⁵⁰⁵. Петроградский воспитательный дом также передавался в ведение Народного комиссариата призрения, а Московский воспитательный дом был объединен с только что созданным Московским институтом младенчества. Также с целью привлечения внимания к важности проблемы охраны материнства и младенчества при Коллегии была создана комиссия в составе представителей от советов, больничных касс от всех уровней, передовых рабочих, на которых также возлагались задачи по распространению на государственном масштабе идей важности создания социалистической семьи и обеспечения условий для воспитания будущего советского поколения⁵⁰⁶.

Одной из первостепенных задач, стоявших перед Охрматмладом, было создание и распространение системы медицинских, а также социальных учреждений для оказания медицинской и воспитательной помощи советским матерям и их новорожденным детям. Создание разветвленной сети учреждений по охране материнства и детства было возможно только при условии наличия подготовленного медицинского персонала, крайняя нехватка которого была характерна в первые годы существования Советской республики. Ситуация с организацией сети учреждений по охране материнства и младенчества также осложнялась по той причине, что в первые годы после установления советской

⁵⁰³ Становление и развитие здравоохранения... С. 56.

⁵⁰⁴ Шерстнева Е.В. Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества (к 100-летию со дня основания). С. 151.

⁵⁰⁵ Там же. С. 151–152.

⁵⁰⁶ Становление и развитие здравоохранения... С. 61–62.

власти большевики были вынуждены обращаться к созданию учреждений закрытого типа, таких как приюты для сирот и дома ребенка, по причине потерь в годы Первой мировой войны, начавшейся Гражданской войны, а также голода и тяжелого материального положения населения. Так, в первые годы существования Советской республики суммарно было создано 574 приюта для сирот и домов ребенка при 154 консультациях⁵⁰⁷. Таким образом, перед советским руководством стояли три важнейших задачи в области Охрматмлада – борьба с высоким уровнем детской смертности и сиротством, а также проституцией.

Одним из наиболее значимых решений в рассматриваемый хронологический период стала передача всего дела охраны материнства и младенчества как в центре, так и на местах из ведения Народного комиссариата государственного призрения в ведение Наркомздрава. Так, 16 апреля 1920 г. был опубликован циркуляр народных комиссариатов труда, социального обеспечения и здравоохранения о передаче дел⁵⁰⁸. Однако решению о передаче института Охрматмлада в ведение Наркомздрава предшествовала длительная борьба за сохранение ведомства в составе Народного комиссариата государственного призрения. Так, первоначально был поставлен вопрос о включении института охраны младенчества в состав отдела охраны здоровья детей и подростков⁵⁰⁹. Но еще в ходе работы первого совещания Охрматмлада было установлено, что институт охраны материнства неотделим от института охраны здоровья младенцев. Также было установлено, что в случае принятия решения о передаче или слиянии Охрматмлада с другими советскими ведомствами, Охрматмлад может быть передан исключительно в ведение Наркомздрава⁵¹⁰.

Достижения в области становления Охрматмлада на момент передачи были значительны при сравнении с начальным периодом. К 1920 г. было открыто

⁵⁰⁷ Пять лет советской медицины... С. 86–87.

⁵⁰⁸ Становление и развитие здравоохранения... С. 239–240.

⁵⁰⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 156. Л. 9.

⁵¹⁰ Там же. Л. 5.

567 яслей, 108 домов матери и ребенка, 197 консультаций, 108 молочных кухонь, а также 267 приютов и домов ребенка в возрасте от 1 до 3 лет. Также в 1919 г. в Москве были открыты первые курсы по подготовке инспекторов-организаторов Охрматмлада в целях увеличения медицинского персонала⁵¹¹. Для быстрого и равномерного распространения сети учреждений Охрматмлада при здравотделах на низовом уровне стали создаваться одноименные подотделы⁵¹². Эти организации помогали с устройством женщин на работу и их вовлечением в систему социально-трудовых отношений. Большое значение данные учреждения имели и в борьбе с подкидышами.

В составе Наркомздрава было продолжено становления института Охрматмлада. Так, в декабре 1920 г. было проведено I Всероссийское совещание по охране материнства и младенчества, в ходе которого Лебедева выступила с докладом и подвела итоги работы за два года. Главным достижением первых двух лет работы системы Охрматмлада стало открытие порядка 1500 учреждений для оказания помощи матерям и младенцам. В ходе работы совещания был определен дальнейший вектор работы – усиление внимания к вынашиванию и рождению здорового ребенка, что непосредственно подразумевало увеличения числа учреждений открытого типа, в особенности консультаций и Домов матери и ребенка. Консультация рассматривалась советским руководством в качестве связующего звена в система Охрматмлада, поскольку в консультацию должны были обращаться все беременные женщины как минимум за профилактической помощью. В дальнейшем функции консультаций будут только расширяться. В консультации предполагалось оказание всесторонней помощи будущим матерям, которые в соответствии с последовательностью далее попадали в родильный дом, а потом вновь уже обращались в детскую консультацию. На практике значение консультаций было огромным: так, помимо оказания профилактической помощи беременным и матерям, их же обучали организации санитарно-гигиенического режима заботы

⁵¹¹ 50 лет советского здравоохранения... С. 105.

⁵¹² Становление и развитие здравоохранения... С. 253.

о ребенке⁵¹³. Уже достаточно скоро работа консультаций дала свои плоды, что подтверждается следующими статистическими данными: если в 1913 г. в Московской губернии уровень детской смертности до 1 года составлял 27,6 % от общего числа деторождений, то уже к 1923 г. он снизился до 13,7 %. Положительная динамика была характерна для каждой губернии, а в некоторых даже обгоняла столичные показатели, к примеру, в Тверской губернии за 10 лет уровень детской смертности снизился с 32,4 % до 14,8 %⁵¹⁴.

Также с передачей Охрматмлада в ведение Наркомздрава было продолжено ясельное строительство на всех уровнях, особенно перед началом сельскохозяйственных работ в деревне⁵¹⁵. Параллельно с Всероссийским совещанием проводилось III Всероссийское совещание женотделов, в ходе которого был подтвержден курс на увлечение числа учреждений открытого типа, а также установлена необходимость привлечения передовых работниц к созданию социальных учреждений для оказания всесторонней помощи беременным и матерям с новорожденными⁵¹⁶. Отдельно стоит остановиться на учреждениях ясельного типа. Так, в Советском государстве ясли рассматривались как одно из главных учреждений культурно-бытового строительства, по этой причине советское руководство приступило к ускоренному развертыванию сети ясельных учреждений.

Одним из знаковых решений 1920 г. стало издание 18 ноября постановления «Об охране женского здоровья». Документ подтвердил легальность проведения операций по пребыванию беременности в целях одновременной охраны здоровья советских женщин и сокращения количества проведения подпольных операций. Если обратиться к статистике, то в конце 1910-х гг. в среднем 50 % подпольных абортот заканчивались заражением крови, а 4 % женщин вовсе умирало. Сами большевики рассматривали легализацию абортов

⁵¹³ 50 лет советского здравоохранения... С. 104.

⁵¹⁴ Десять лет (к 10-летию юбилею Наркомздрава РСФСР). С. 32.

⁵¹⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 291–292.

⁵¹⁶ Там же. С. 518.

как революционную меру, значительно отличавшую советскую модель здравоохранения от западной⁵¹⁷.

В декабре 1920 г. были открыты Государственный институт физической культуры и Государственный институт дефективного ребенка. С учреждением Института дефективного ребенка только за 1920–1921 гг. было открыто 280 лечебно-воспитательных колоний и домов для морально дефективных, 97 учреждений для умственно-дефективных, 12 детских отделений при психиатрических больницах и 74 учреждения для телесно-дефективных детей⁵¹⁸.

Однако достижения Охрматмлада значительно омрачил неурожай и голод 1921 г. Практически все силы Охрматмлада были направлены на оказание помощи беременным и матерям с детьми в голодающих губерниях. Ситуация была катастрофической. Так, в Астраханской губернии число голодающих беременных и матерей с детьми составляло 125 552 человек, в Вятской губернии – 481 281 человек, в Марийской области – 117 527 человек, в Немкоммуне – 226 879 человек, Самарской губернии – 1 161 043 человека, в Саратовской губернии – 1 507 405 человек, в Симбирской губернии – 744 373 человека, в Уфимской губернии – 597 511 человек, в Царицынской губернии – 220 016 человек, в Татарской республике – 1 264 220 человек, в Чувашской области – 251 078 человек, в Башкирской республике – 243 тыс. человек, в Челябинске – 166 тыс.⁵¹⁹ Оказание помощи осуществлялось через местные отделы Охрматмлада, а в случае их отсутствия на низовом уровне создавались врачебно-питательные пункты. На проведение мероприятий для улучшения обстановки в голодающих губерниях было ассигновано 200 млн рублей⁵²⁰. Комплекс мероприятий подразумевал создание новых учреждений Охрматмлада с полной комплектацией необходимым инвентарем и медикаментами (было создано 40 яслей), отправку медицинского персонала (было отправлено 20 врачей, 5 врачей-инструкторов, 150 медицинских сестер и 32 сестры-специалистки), а также

⁵¹⁷ Становление и развитие здравоохранения... С. 285–286.

⁵¹⁸ Там же. С. 292–293, 408.

⁵¹⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1 Д. 308. Л. 62.

⁵²⁰ Там же. Л. 70.

эвакуацию⁵²¹. При этом эвакуация рассматривалась в качестве крайней меры, когда было невозможным быстро развернуть сеть учреждений на местах, особенно для беспризорных и брошенных детей. Также было оговорено, что эвакуации не подлежат матери с младенцами, поскольку это могло нанести вред здоровью ребенка⁵²². Несмотря на дипломатическую изоляцию РСФСР заграничные организации оказали помощь голодающим. Так, организация квакеров взяла на свое попечение 68 тыс. детей и 15 тыс. взрослых, организация Нансена – 130 тыс. детей, Шведский Красный крест – 24 тыс. детей и взрослых⁵²³. Урожай 1922 г. позволил продолжить создание и распространение сети учреждений Охрматмлада, хотя, как было сказано ранее, с 1 июня 1921 г. был осуществлен перевод системы органов здравоохранения на финансирование за счет средств из местного бюджетов.

Введение НЭПа привело к сокращению ассигнований на систему здравоохранения в целом. Статистические данные наглядно демонстрируют, что число учреждений Охрматмлада ежегодно увеличивалось вплоть до 1922 г. К примеру, число учреждений по охране материнства и младенчества (фабричные и районные ясли, дома матери и ребенка, консультации и пр.) в 1922 г. составляло 2529 единиц (в 1917 г. таких учреждений было всего 34, в 1918 г. – 248)⁵²⁴. Число учреждений системы Охрматмлада уменьшилось только в 1923 г., а с 1924 г. снова начался рост сети.

⁵²¹ Становление и развитие здравоохранения... С. 345–348.

⁵²² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1 Д. 308. Л. 2.

⁵²³ Там же. Л. 4.

⁵²⁴ Отчет Народного комиссариата здравоохранения к XII Всероссийскому съезду Советов... С. 12.

Таблица 22. Рост числа учреждений Охрматмлада⁵²⁵

Наименование учреждений	Число учреждений							1 янв. 1924	1 июля 1924	1 окт. 1924
	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923			
Ясли фабричные и районные	14	78	126	620	713	921	457	510	533	555
Дома матери и ребенка	0	10	17	108	127	239	111	95	91	92
Дома ребенка	7	92	121	426	177	770	504	371	358	347
Консультации для детей	6	39	58	180	216	184	163	183	247	262
Консультации для беременных	-	-	-	-	-	29	29	96	144	159
Выставки, отделения молочной кухни, распределители, санатории, родильные дома	7	29	46	96	116	386	138	46	53	55
Сельские консультации	-	-	-	-	-	-	-	7	117	117

⁵²⁵ Отчет Народного комиссариата здравоохранения к XII Всероссийскому съезду Советов... 28.

Юридические консультации	-	-	-	-	-	-	-	30	30	108
Итого:	34	248	368	1 430	1 659	2 529	1 402	1 338	1573	1 695

Несмотря на стремления большевиков оказать советским матерям-работницам и их детям не только медицинскую помощь, но и профилактическую, первые юридические консультации были открыты только в 1924 г.⁵²⁶ Также с лета 1922 г., в частности по причине неурожая 1921 г. и необходимости усиления участия женщин в сельскохозяйственных работах, на время летнего периода стали создаваться сезонные (летние или полевые) ясли. Если в 1922 г. на время сельскохозяйственных работ было создано 125 яслей, то в 1923 г. уже 209, а в 1924 г. – 524⁵²⁷.

Еще одним значимым событием периода оформления структуры Охрматмлада стало создание в 1922 г. Государственного научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества имени Сперанского⁵²⁸. Институт охраны материнства и младенчества был создан путем слияния ранее созданного Института акушерства, Дома охраны младенца, а также ряда показательных учреждений. Структура института была разветвленной, что отвечало нуждам текущего времени, и включала в себе следующие формы: клиники с лабораториями, опытно-показательные учреждения, курсы по подготовке и усовершенствованию медицинского персонала (например, школы для акушерок со сроком обучения 2 года или курсы сестер-воспитательниц со сроком обучения в 2,5 года), консультации для матерей, а также периодические органы – «Журнал по изучению детей раннего возраста» под редакцией Г.Н.

⁵²⁶ Отчет Народного комиссариата здравоохранения к XII Всероссийскому съезду Советов... С. 13.

⁵²⁷ Там же. С. 12.

⁵²⁸ Становление и развитие здравоохранения... С. 418–419.

Сперанского и журнал «Охрана материнства и младенчества» под редакцией В.П. Лебедевой⁵²⁹. Постепенно подобные институты по аналогии с центром создавались в Ленинграде, Киеве, Харькове, Ростове-на-Дону, Казани, Свердловске, Баку и Алма-Ате⁵³⁰.

В апреле 1922 г. состоялось II Всероссийское совещание по охране материнства и младенчества. По завершении работы Совещания был взят курс на усиление культурно-просветительской работы и оказания медицинской помощи на дому, увеличение числа медицинских работников, а также поставлен вопрос об усилении оказания медицинской помощи в деревне, что послужило важным фактором к обращению внимания к проблеме сельской медицины⁵³¹.

Далее нами будет рассмотрен следующий период системы Охрматмлада, в ходе которого завершался процесс оформления структуры и постепенного распространения системы медицинских и вспомогательно-воспитательных учреждений. Наглядным примером распространения системы Охрматмлада стало проведения санитарно-просветительской кампании «Неделя охраны материнства и младенчества». Целью данного мероприятия было привлечение внимания к важности работы системы Охрматмлада, проведение просветительских мероприятий с целью поднятия культурно-гигиенических знаний и привлечения советских граждан к самостоятельному созданию учреждений Охрматмлада, в частности уголков матери и ребенка на низовом уровне или при предприятиях, а также сбор пожертвований для снабжения медицинских учреждений, мебели и инвентаря для проведения ремонтных работ в новых учреждениях, а также сбора детского приданного⁵³². С целью упрощения механизма сбора материальных пожертвований и прочих предметов, необходимых для оказания помощи беременным, женщинам и их детям,

⁵²⁹ Пять лет советской медицины... С. 91–93.

⁵³⁰ 50 лет советского здравоохранения... С. 106.

⁵³¹ Там же. С. 106.

⁵³² Становление и развитие здравоохранения... С. 430–431.

постановлениям СНК РСФСР от 6 марта 1923 г. был создан Специальный фонд⁵³³.

В течение 1925 г. были проведены III и IV Всероссийские совещания по охране материнства и младенчества. На III Всероссийском совещании с докладом выступил доктор А.М. Рахманинов, он предложил заменить старое название «Консультация для беременных» на новое «Консультация для женщин», тем самым значительно расширив функции консультации как медицинского учреждения. Теперь в функции консультации относилось половое просвещение и советы о противозачаточных средствах, вопросы бесплодия и борьба с абортами, беременность и роды, а также вопросы быта. В ходе IV Всероссийского совещания был взят курс на развитие системы Охрматмлада в сельской местности и в национальных республиках, особенно в Средней Азии⁵³⁴. Дело в том, что сеть медицинских учреждений для оказания помощи беременным, матерям и их детям в национальных республиках была развита крайне слабо. Так, в момент установления советской власти на Узбекскую, Киргизскую и Туркменскую республики в совокупности приходилось менее 100 коек для беременных, а в Казахской и Таджикской республиках вовсе не было медицинских коек, что обуславливало крайне высокий процент детской смертности и смертности при родах⁵³⁵.

Еще в 1924 г. на низовом уровне при сельсоветах были созданы постоянные комиссии по охране материнства и младенчества с целью скорейшего оформления сети медицинских и социальных учреждений⁵³⁶. Уже в течение 1925 г. количество сельских консультаций достигло 130, что свидетельствовало о том, что они становятся массовыми учреждениями Охрматмлада⁵³⁷.

⁵³³ Здравоохранение в годы восстановления... С. 48.

⁵³⁴ 50 лет советского здравоохранения... С. 107.

⁵³⁵ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 57.

⁵³⁶ 50 лет советского здравоохранения... С. 106.

⁵³⁷ Там же.

К 1927 г. значительно увеличивается число учреждений Охртамлада. Так, на территории РСФСР было создано 631 ясли, 447 детских консультаций, 270 женских консультаций, 351 Дом матери и ребенка⁵³⁸. С конца 1926 г. было усилено оказание юридической помощи матерям, распространение получила системы местных учреждений Бюро по пропаганде права на местах⁵³⁹. Число юридических консультаций возросло для рассматриваемой категории женщин в 1927 г. увеличилось до 128⁵⁴⁰.

Дальнейшие формы и функционирование Охртамлада были определены переходом к политике индустриализации и коллективизации. Так, с началом индустриализации развитие сети учреждений Охртамлада стало определяться государственным заказом в рамках пятилетних планов. В свою очередь, переход к политике коллективизации позволил обратиться к нуждам крестьянства, в частности в ходе осуществления кампании «Лицом к деревне». К 1928 г. в РСФСР функционировало почти 1824 консультации, 102 учреждения ясельного типа приходилось на национальные республики, также было создано 404 женские консультации, 1284 яслей, 304 дома ребенка и 6 576 летних яслей на время полевых работ в сельских местностях⁵⁴¹.

Заявка первого пятилетнего плане в сфере Охртамлада требовала выпуска 849 врачей, 8096 человек среднего медицинского персонала и 500 медицинских сестер⁵⁴². Важно отметить, что информация об открытии новых учреждений Охртамлада в пятилетнем плане не содержалась по причине того, что еще в середине 1920-х гг. был взят курс на распространение сети медицинских и вспомогательно-воспитательных учреждений на низовом уровне, при этом осуществление данной меры возлагалось на оздравдеты⁵⁴³. Однако план предполагал увеличение числа мест в яслях для обслуживания нужд работниц-матерей горной, металлургической, химической и текстильной промышленности

⁵³⁸ Десять лет (к 10-летию юбилею Наркомздрава РСФСР). С. 3.

⁵³⁹ Здравоохранение в годы восстановления... С. 50–51.

⁵⁴⁰ Десять лет (к 10-летию юбилею Наркомздрава РСФСР). С. 3.

⁵⁴¹ Здравоохранение в годы восстановления... С. 113.

⁵⁴² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 150. Л. 11, 26.

⁵⁴³ Тезисы по пятилетнему перспективному плану здравоохранения РСФСР... С. 9.

и советских активисток. К концу первой пятилетки количество мест в яслях при предприятиях должно было увеличиться с 32 до 248 тыс.⁵⁴⁴ Выполнение нормативов по подготовке врачей осуществлялось в Московском и Ленинградском институтах охраны материнства и младенчества, а также на специально открытых курсах в Саратове, Ростове-на-Дону и Казани. Ежегодно в Московском и Ленинградском институте в сумме выпускалось до 100 врачей, на курсах ежегодно выпускалась по 25 врачей⁵⁴⁵. Заявка на средний медицинский персонал определялась из расчета, что на одного практикующего врача должно было приходиться не менее 3 медицинских сестер. Таким образом, за 1928–1932 гг. должно было быть подготовлено свыше 5000 кадров среднего медицинского персонала: 1662 медсестры на обслуживание 554 яслей, 1600 медсестер на 332 консультации, 252 медсестры для домов матери и ребенка и 1500 медсестер для работы в здравотделах⁵⁴⁶. Для подготовки контингента медицинских сестер были открыты дополнительные курсы в Ростове, Иваново-Вознесенске, Казани, Иркутске, Астрахани, Воронеже, Гомеле, Томске, Перми, Самаре, Смоленске, Свердловске, Орле, Великом Устюге с ежегодным выпуском по 50 человек⁵⁴⁷. Государственный заказ на акушерок определялся предположением о возрастании в ближайшее пятилетие уровня рождаемости ориентировочно на 20 %. Так, контрольные цифры по подготовке акушерок составили 8291 человек. Также в рамках выполнения пятилетнего плана с целью усиления профилактической помощи предполагалось дополнительно подготовить 3500 сестер-обследовательниц⁵⁴⁸.

Помимо выполнения нормативов первого пятилетнего плана, ежегодно проводились культурно-просветительские мероприятия с целью пропаганды важности Охрматмлада («недели», «трехдневники»⁵⁴⁹).

⁵⁴⁴ Материалы по пятилетнему перспективному плану здравоохранения РСФСР. С. 45.

⁵⁴⁵ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 150. Л. 11.

⁵⁴⁶ Там же. Л. 28.

⁵⁴⁷ Там же. Л. 28.

⁵⁴⁸ Там же. Л. 26.

⁵⁴⁹ Здравоохранение в годы восстановления... С. 86–89.

В рамках проведения кампании «Лицом к деревне» 5 января 1929 г. был опубликован циркуляр Наркомздрава «Об организации акушерской помощи». В целях создания равномерной сети родовспомогательных учреждений в деревне акушерские пункты создавались в сельских населенных пунктах с населением от 2,5 до 3 тыс. жителей вблизи врачебного участка. Если же число жителей было менее 2,5 тыс. человек, то акушерские пункты должны были также обслуживать и прилегающие территории⁵⁵⁰.

В рамках выполнения второго пятилетнего плана предполагалось увеличить количество детских и женских консультаций, а также консультаций для беременных (чтобы в каждом районе функционировало не менее 1 учреждения), увеличить количество родильных коек до 36 тыс. С 1936 г. предполагалось приступить к строительству показательного детского курорта на Черном море⁵⁵¹.

К 1936 г., которым заканчивается верхняя хронологическая граница исследования, в рамках выполнения нормативов пятилетнего плана было создано 1208 колхозных родильных домов. Еще одним важным событием 1936 г. стало решение советской власти о запрете абортов, за исключением случаев, когда это было необходимо по медицинским показаниям. Данное решение объяснялось негативным воздействием прерывания беременности на женский организм⁵⁵².

Завершив рассмотрение главных мероприятий и решений советского руководства в области Охрматмлада, необходимо обратиться к количественным достижениям системы в 1917–1936 гг. Так, можно отметить значительный рост числа родильных коек, что стало одним из обуславливающих факторов снижения уровня детской смертности.

⁵⁵⁰ Здравоохранение в годы восстановления... С. 121–122.

⁵⁵¹ Там же. С. 227.

⁵⁵² Там же. С. 244, 247.

Таблица 22. Число родильных коек по СССР и союзным республикам⁵⁵³

СССР и союзные республики	Число родильных коек			
	1914	1918	1931	1936
СССР	6 824	5 584	31 297	46 340
РСФСР	5 513	4 696	23 433	33 987
УССР	984	879	5 291	7 626
БССР	87	79	887	1 322
Азербайджанская ССР	177	142	630	703
Грузинская ССР				441
Армянская ССР				181
Туркменская ССР	13	11	166	212
Узбекская ССР	50	47	730	984
Таджикская ССР	-	-	-	195
Казахская ССР	нет сведений			1 022
Киргизская ССР				267

⁵⁵³ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 57.

Таблица 23. Сеть женских консультаций СССР и союзных республик⁵⁵⁴

СССР и союзные республики	в городах			в сельской местности		
	1914	1931	1936	1914	1931	1936
СССР	9	1 371	2 094	-	882	1 325
РСФСР	6	855	1 395	-	554	650
УССР	3	295	334	-	245	414
БССР	-	88	76	-	17	36
Азербайджанская ССР	-	73	44	-	16	19
Грузинская ССР			76	-		37
Армянская ССР			16	-		7
Туркменская ССР	-	52	63	-	41	97
Узбекская ССР	-	нет сведений	30	-	нет сведений	9
Таджикская ССР	-	8	10	-	9	27
Казахская ССР	нет сведений		39	-	нет сведений	22
Киргизская ССР			11	-		7

⁵⁵⁴ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 58.

Таблица 24. Ясельная сеть СССР и союзных республик⁵⁵⁵

СССР и союзны е респуб лики	в городах				в сельской местности			
	1914	1918	1929	1936	1914	1918	1929	1936
СССР	550	2 050	52 413	275 839	10 558	23 110	204 590	4 451 803
РСФСР	550	870	40 584	189 168	9 294	19 510	141 876	2 818 881
УССР	-	1 180	7 492	46 218	1 264	3 600	44 904	1 144 848
БССР	-	-	1 411	10 307	-	-	12 805	182 861
Азербайджанская ССР	-	-	400	6 031	-	-	110	21 199
Грузинская ССР	-	-	110	3 203	-	-	205	15 232
Армянская ССР	-	-	115	2 249	-	-	290	15 585
Туркменская ССР	-	-	330	2 895	-	-	110	35 780
Узбекская ССР	-	-	936	8 727	-	-	-	123 303
Таджикская ССР	-	-	30	1 333	-	-	-	18 610

⁵⁵⁵ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник. С. 58.

кая ССР								
Казах- кая ССР	-	-	1 005	4 674	-	-	4 290	68 371
Кир- гизская ССР	-	-	нет сведен ий	1 034	-	-	нет сведени й	6 061

Таким образом, в рассматриваемый период система Охрматмлада достигла значительных успехов в области создания сети лечебно-воспитательных органов. Если в дореволюционное время на территории РСФСР, УССР и БССР имелось небольшое количество учреждений по охране женского и детского здоровья, то в закавказских и среднеазиатских республиках они вовсе отсутствовали. К 1936 г. на территории всей страны была создана устойчивая сеть детских яслей и женских консультаций. Не менее значимым достижением рассматриваемого периода стало создание законодательства по охране труда беременных, женщин и детей. Благодаря комплексу оздоровительных и просветительских мероприятий удалось значительно снизить процент детской смертности.

2.6. Создание системы охраны здоровья детей и подростков

В 1920–1930-е гг. советские врачи считали, что по достижении трехлетнего возраста заканчивался период младенчества и начался период детства, который продолжался до 14 лет. Соответственно, подростковый период приходился на 15– 17 лет. Важнейшими задачами в области охраны здоровья детей и подростков стало создание системы учебно-воспитательных, профилактических и спортивных учреждений, а также охрана труда советской молодежи и обеспечение их удовлетворительными санитарно-бытовыми условиями. Стоит отметить, что институт ОЗДиП первоначально предполагал осуществление оздоровительно-профилактических мероприятий, а не лечебных, то есть

стационарная помощь детям старшего возраста оказывалась в лечебных учреждениях для взрослого населения. Сеть амбулаторно-поликлинических учреждений для охраны здоровья детей и подростков получила оформление уже позднее, в ходе оформления института ОЗДиП.

Прежде чем обратиться к мероприятиям советской власти, следует рассмотреть состояние системы медицинского обслуживания детей и подростков в Российской империи. К октябрю 1917 г. мероприятия ОЗДиП проводились исключительно в Москве в рамках общесанитарного обслуживания школ и занятий физической культурой для закаливания детского организма. Система ОЗДиП существовала при коммерческих учреждениях, таких как Лесное или Тенишекское училища, в которых работали наиболее «прогрессивные» для своего времени врачи и педагоги. Учреждения для оказания помощи дефективным детям отсутствовали, помощь им оказывали благотворительные организации⁵⁵⁶.

Первым мероприятием в деле заботы о здоровье подрастающего поколения стало создание при Народном комиссариате просвещения в декабре 1917 г. Главного школьно-санитарного совета во главе с В.М. Бонч-Бруевич⁵⁵⁷. На Совет возлагались задачи по оказанию медицинской помощи для детей от 3 до 17 лет, а также распространению знаний о важности физической культуры и санитарно-гигиенических знаний в учебных заведениях через масштабную просветительско-агитаторскую работу и привлечение всех равнодушных и заинтересованных граждан к проблеме охраны здоровья подрастающего поколения⁵⁵⁸.

Уже на первом заседании коллегии Совета В.М. Бонч-Бруевич высказалась о необходимости переустройства школьного режима – «оздоровления школы», сравнив его с «камнем на шее, пригнетающего ребенка к земле»⁵⁵⁹. По мнению Бонч-Бруевич, для детей был необходим не только умственный труд, но и

⁵⁵⁶ Пять лет советской медицины... С. 95.

⁵⁵⁷ Там же.

⁵⁵⁸ 50 лет советского здравоохранения... С. 184.

⁵⁵⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 11. Д. 19. Л. 68–71.

физический, под которым подразумевались занятия спортом и сельскохозяйственными работами. В основу оздоровление единой трудовой школы был положен принцип, в соответствии с которым обучение в школе должно строиться на идее разделении труда на учебный и производительный. Однако сразу же был поставлен вопрос и о занятии физическим трудом. Бонч-Бруевич отметила, что в физическом воспитании школьников учителя-предметники бессильны – нужны врачи-педагоги, которые с медицинской точки зрения могли бы определить необходимые нормы физической нагрузки и рацион питания. При школьно-санитарном совете Наркомпроса функционировали подотделы физической культуры, по борьбе с детским туберкулезом, питания, дефектных детей, деятельность которых определила основные направления деятельности Оздравдета.

Физическое воспитание советской молодежи рассматривалось в качестве главного инструмента культурной революции, предоставлявшего возможности оздоровления населения в целом. По этой причине советское руководство приступило к созданию системы физического воспитания именно с детского возраста путем введения уроков физкультуры как обязательных в учебные планы школ, начиная с 1918 г.⁵⁶⁰ Как было сказано ранее, идея создания Института физической культуры возникла практически одновременно с учреждениями школьно-санитарного совета. Задача по разработке проекта Института физической культуры была возложена на соответствующий отдел школьно-санитарного совета. В основу создания учреждения была положена идея о необходимости объединения рационального физического воспитания в едином центре, управляемым специалистами-врачами и педагогами физической культуры⁵⁶¹. Институт должен был стать медицинским учреждением, которое бы объединило научные ресурсы, показательные и вспомогательные учреждения и

⁵⁶⁰ Хорошева А.В. «В здоровом теле – здоровый дух!». Концепция естественного оздоровления населения Н.А. Семашко и культурная революция // Российская история. 2022. № 2. С. 146–147.

⁵⁶¹ Год работы Народного комиссариата здравоохранения... С. 18.

лаборатории⁵⁶². Для разработки проекта будущего Института физической культуры на базе детского отделения Николаевского института была учреждена опытная трудовая школа, на обучение в которую были направлены дети-сироты с целью «научиться быть детьми, а не заморышами». Нахождение в опытной школе подразумевало не только обучение по школьной программе, что соответствовало научному труду, но и самообслуживание, что приравнивалось к производительному труду, а также выполнение физических нагрузок под наблюдением врачей-специалистов с целью научного наблюдения за тем, как различные виды упражнений влияют на детский организм⁵⁶³. Вскоре была создана опытная загородная школа-интернат в имении Нагорное, на базе которой велись разработки нового типа сельской трудовой школы⁵⁶⁴.

В 1918 г. был создан Государственный институт физической культуры. Помимо проведения научных исследований и наблюдений, при институте практически сразу была создана опытно-показательная площадка на Девичьем поле с беговой дорожкой на 350 метров, местами для прыжков и метаний и теннисными кортами. Спортивная площадка на Девичьем поле стала не только главным центром физического воспитания среди детей и подростков, но и образцово-показательным учреждением, по аналогии с которым предполагалось создание подобных площадок на местах. Также с момента создания при спортивной площадке стали функционировать спортивные организации, такие как «Русское гимнастическое общество», кружок теннисистов, спортивный кружок «Центросоюз» и др.⁵⁶⁵

Оздоровление советской трудовой школы было невозможно без введения должности школьного врача, а в дальнейшем – педолога, который должен был быть ответственным не только за оказание медицинской и психологической помощи и распространение санитарно-гигиенических знаний в учебных заведениях, но и стать связующим звеном между школьниками и школьными

⁵⁶² Год работы Народного комиссариата здравоохранения... С. 21.

⁵⁶³ Пять лет советской медицины... С. 98.

⁵⁶⁴ Год работы Народного комиссариата здравоохранения... С. 21.

⁵⁶⁵ Там же. С. 23.

работниками⁵⁶⁶. Так, уже в начале 1918 г. были открыты первые краткосрочные полуторамесячные курсы по подготовке школьных врачей, программа которых, несмотря на короткий срок обучения, включала в дисциплины от «Основных задач советской санитарии» до «Психопатологии детского возраста»⁵⁶⁷. К 1919 г. была подготовлена брошюра «Врач в единой трудовой школе», в которой были зафиксированы все обязанности школьно-санитарного врача⁵⁶⁸.

На подотдел по борьбе с детским туберкулезом была возложена задача по созданию опытно-показательных учреждений по типу диспансеров со столовыми-клубами, выставок-музеев с библиотеками. Детский туберкулезный диспансер или детское отделение при взрослой амбулатории, по мнению школьно-санитарного совета, должны были стать «ареной для борьбы» с дальнейшим распространением заболевания. Центром «борьбы» стала организация, существовавшая ранее – «Группа борьбы с детским туберкулезом», – при которой были организованы первые курсы по подготовке медперсонала и созданы опытно-показательные учреждения. В июне 1918 г. при школьно-санитарном отделе была также создана Специальная комиссия для выработки плана по борьбе с детским туберкулезом. С передачей Оздравдета в состав Накромздрава Специальная комиссия продолжила свою деятельность. В области борьбы с детским туберкулезом на момент нахождения подотдела в составе Наркомпроса было зафиксировано 8191 посещение тубучреждений и была поставлена реакция Пирке 830 детям, что свидетельствует об эффективности проводимых мероприятий⁵⁶⁹.

В контексте теоретического обоснования важности правильного рациона питания для подрастающего советского поколения на подотдел были возложены задачи по разработке научных вопросов детского питания, созданию и обустройству показательных учреждений по типу столовых-клубов и диетических столовых, а также оказанию содействия в создании аналогичных

⁵⁶⁶ Год работы Народного комиссариата здравоохранения... С. 76.

⁵⁶⁷ Там же. С. 19.

⁵⁶⁸ Пять лет советской медицины... С. 98.

⁵⁶⁹ Там же. С. 24–25.

учреждений на местах и устройству показательных выставок. За период нахождения подотдела детского питания в составе Наркомпроса на выполнение поставленных задач было ассигновано 40 млн рублей, однако на практике это удовлетворило нужды лишь 15–25 % советских детей. Низкие показатели в сфере обеспечения детей питанием объяснялись тяжелыми финансовыми условиями и слабым инвентарным оснащением⁵⁷⁰. Дальнейшие поиски решения проблемы детского питания будут вестись уже после передачи подотдела в состав Наркомздрава в ходе оформления системы детского коммунального питания.

Сложной проблемой являлся вопрос работы с дефективными детьми. В системе земской медицины отсутствовали учреждения для помощи морально-дефективным детям, на практике они рассматривались как малолетние преступники и, как правило, содержались в тюрьмах с совершеннолетними преступниками, исключение составляли лишь специальные колонии казенного типа, которые существовали далеко не везде. Еще в царские времена при Министерстве народного просвещения был создан школьно-санитарный отдел, но, обратившись к имеющимся статистическим данным, были найдены лишь сведения о количестве школьных самоубийств, которые собирала рассматриваемая структура⁵⁷¹.

Таким образом, в первый год работы школьно-санитарного совета перед ведомством стояла амбициозная задача – создание и развитие системы учреждений для обслуживания нужд ребенка. Еще одной проблемой, с которой столкнулась советская система здравоохранения в ходе создания системы учреждений для дефективных детей, была передача подходящих учреждений, в частности инвентаря, под войсковые медицинские части в военное время⁵⁷².

Важнейшей составляющей в системе школьного образования Бонч-Бруевич считала проведение регулярных экскурсий. Таким образом, она

⁵⁷⁰ Год работы Народного комиссариата здравоохранения... С. 27.

⁵⁷¹ Пять лет советской медицины... С. 94.

⁵⁷² Год работы Народного комиссариата здравоохранения... С. 27.

намеревалась «сделать школу радостью ребенку, а не горем, каким она была при царском режиме»⁵⁷³. В этом деле огромное значение придавалось правильному досугу. Наглядным примером может служить пионерский лагерь «Артек», который по праву считают «детищем» первого наркома здравоохранения Н.А. Семашко. Важно отметить, что первоначально все лесные школы, пансионаты и детские лагеря находились в ведении Наркомздрава РСФСР. Пребывание детей и подростков в вышеперечисленных учреждениях было направлено не только на улучшение физических, но и умственных показателей⁵⁷⁴.

Помимо теоретического обоснования необходимости реорганизации системы охраны здоровья детей и подростков, школьно-санитарным советом были сделаны значительные шаги на пути к созданию показательных лечебных и профилактических учреждений. Так, в период с мая по ноябрь 1918 г. были учреждены 2 показательные лесные школы в селе Всевятском под Петроградом и в Сокольниках. На примере лесной школы в Сокольниках мы можем поэтапно рассмотреть трудоемкий процесс создания лечебного учреждения. Для создания показательной лесной школы к сотрудничеству была привлечена Жилищная инспекция летнего отдыха, совместно с которой представителями от Наркомпроса был проведен осмотр бывших усадеб и дач. В результате осмотра для создания лесной школы была выбрана дача Замятина. При подборе помещения для создания будущих показательных учреждений старались находить здания, которые практически не нуждались в проведении ремонтных работ. Дача Замятина этим требованиям соответствовала. Представители ведомств приступили к ее оснащению мебелью и прочей бытовой утварью из расчета в 30 детей. Также сразу же был начат подбор персонала – как медицинского, так и педагогического. Предполагалось, что на 30 детей должно приходиться 2 врача, 4 педагога и по 1 завхозу, кухарке и посудомойке. Если рассматривать финансовую составляющую, то 1 месяц содержания школы обходился в среднем в 76 тыс. рублей, из которых 19 тыс. рублей приходилось

⁵⁷³ Год работы Народного комиссариата здравоохранения... С. 72–74.

⁵⁷⁴ На фронте здравоохранения. 1932. № 7. С. 59–60.

на содержание малолетних пациентов (по 7 рублей в день на ребенка) и 11 служащих. Практически сразу после выбора помещения был начат подбор служащих для медучреждения, для этого на сотрудников Наркомпроса возлагалась задача по распространению информации о приеме на работу. Сведения о наборе персонала очень быстро получила отклик среди педагогов: так, только за май в Наркомпрос поступило 46 заявлений о приеме на работу⁵⁷⁵.

Деятельность школьно-санитарного отдела не ограничивались организацией двух показательных школ. Летом 1918 г. были открыты Опытная воспитательная школа для дефективных детей и Колония опытной воспитательной школы при Институте дефективного ребенка⁵⁷⁶. Но уже в сентябре 1918 г. Отдел школьной санитарии был передан в ведение Наркомздрава⁵⁷⁷. Это событие вызвало серьезное возмущение внутри школьно-санитарного совета Наркомпроса, особенно выражала недовольство Бонч-Бруевич. Несмотря на несколько докладных записок Бонч-Бруевич о нецелесообразности данной меры, школьно-санитарный совет все-таки был передан в состав Наркомздрава, поскольку нарком Семашко отстаивал точку зрения, что вопросы школьного образования неразрывно связаны со здоровьем учащегося. В результате для улаживания споров в декрете о передаче отдела было добавлено положение о тесном сотрудничестве между Наркомздравом и Наркомпросом. При этом обязанности и полномочия обоих комиссариатов были четко разграничены во избежание конфликтов в деле охраны здоровья подрастающего советского поколения. Так, за Наркомздравом были закреплены функции по проведению противоэпидемических, профилактических мероприятий и организации санаторно-курортного дела, а за Наркомпросом – все вопросы школьно-санитарного характера. Также с передачей школьно-санитарного отдела в ведение Наркомздрава было принято решение о необходимости создания на местном уровне отделов школьной санитарии⁵⁷⁸.

⁵⁷⁵ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 11. Д. 7. Л. 4–7, 18, 45–48, 65.

⁵⁷⁶ Там же. Д. 19. Л. 1–10, 54а.

⁵⁷⁷ Становление и развитие здравоохранения... С. 115.

⁵⁷⁸ Там же. С. 115–116.

Важно подчеркнуть, что с передачей школьно-санитарного отдела Наркомздравом была продолжена реализация планов, намеченных Бонч-Бруевич, сохранившей место руководителя ведомства.

Переезд советского правительства в Москву в марте 1918 г. повлек за собой не только переезд школьно-санитарный совет Наркомпроса и ускорил процесс оформления системы Оздравдета, но и приблизил передачу ведомства. Сразу же были созданы дополнительные детские комиссии, на которые были возложены задачи по разработке будущей системы учреждений Оздравдета. Так, за первый месяц работы дополнительных комиссий была разработана модель городка детского здоровья как для центра, так и для провинции, система опытно-показательных учреждений, включавшая 2 высших научно-учебных учреждения – институты физической культуры и дефективного ребенка, которые уже были упомянуты ранее⁵⁷⁹.

Возвращаясь к межведомственной борьбе за передачу отдела, уже летом 1918 г. с созданием Наркомздрава был поднят вопрос о передаче школьно-санитарного совета. Следует обратиться к предложению о передаче совета, исходившего от Наркомздрава, в котором объяснялась необходимостью единства систем охраны материнства и младенчества и охраны здоровья детей и подростков. Основу единства советские теоретики и медики видели в профилактическом направлении, что подразумевало строгое наблюдение за санитарным состоянием детских учреждений и здоровьем учащихся (педология), а также физическое воспитание советских детей. Главными «тормозами» для осуществления намеченных задач в области Оздравдета являлись неудовлетворительное состояние оборудования и помещений, предназначенных для детских лечебных, профилактических и учебно-воспитательных учреждений, проблемы снабжения, в особенности питания, а также острая нехватка квалифицированного медицинского персонала⁵⁸⁰.

⁵⁷⁹ Пять лет советской медицины... С. 95.

⁵⁸⁰ Там же. С. 95–96, 98.

В июле 1918 г. на совместном заседании народных комиссариатов здравоохранения и просвещения на повестке дня стоял вопрос о передаче школьно-санитарного отдела. В ходе заседания были заслушаны мнения касавшие статуса школьно-санитарного отдела. Первым выступил Е.П. Радин, который поддержал идею передачи отдела в состав Наркомздрава, аргументировав свою точку зрения тем, что на текущий момент имеется острая нехватка врачей и среднего медицинского персонала, и будет целесообразнее, если контингентом медиков будет распоряжаться центральный орган здравоохранения, что позволило бы избежать кустарности в постановке медицинского дела для детей и взрослых. Также Радин добавил, что в период «строительства» советской системы здравоохранения нет возможности бороться за школьно-санитарный отдел, однако не исключил возможности обратного слияния «педагогов с медиками» или образования детского комиссариата здравоохранения. Выступавший Титов также высказался за передачу школьно-санитарного отдела в ведение Наркомздрава, поскольку был склонен считать, что в условиях тяжелой финансовой обстановки в стране и отсутствия возможности выделения ассигнований, отвечающих нуждам Оздравдета, Наркомпрос не в состоянии удовлетворить нужды школьно-санитарного отдела. В своем докладе доктор Игнатъев также высказался за передачу отдела в состав Наркомздрава, при этом подчеркнул значительный вклад в постановку Оздравдета на момент нахождения в составе Наркомпроса: «...школьный врач был пасынком, главное место отводилось общей санитарии...Теперь же школьно-санитарный врач не является “придатком”, а является необходимостью и должен иметь место в школе и губернском Совдепе...». Доктор Игнатъев подытожил, что Оздравдету, в частности детским врачам, нужна самостоятельность, которой не будет в составе Наркомпроса. Следующим высказался доктор Гуревич, который заявил, что он не просто поддерживает идею передачи школьно-санитарного отдела в состав Наркомздрава, но и настаивает на этом, а также выступил с предложением о передаче всех детских учреждений, даже тех, которые ранее относились к компетенции Народного

комиссариата социального обеспечения. В ходе работы заседания последней высказалась Бонч-Бруевич, которая была немногословна и оказалась вынуждена согласиться на передачу школьно-санитарного отдела в состав Наркомздрава по причине мнения большинства⁵⁸¹. Таким образом, единогласно было принято решение о передаче школьно-санитарного отдела в состав Наркомздрава с целью соблюдения одного из главных принципов советской системы здравоохранения – единства. При этом вклад сотрудников школьно-санитарного отдела в постановку охраны здоровья детей и подростков, в особенности В.М. Бонч-Бруевич, неумолим. Благодаря работе школьно-санитарного отдела в составе Наркомпроса были созданы первые опытно-показательные учреждения и разработаны проекты будущих Институты физической культуры и дефективного ребенка.

В составе Наркомздрава было продолжено оформление структуры Оздравдета. Окончательное разграничение полномочий между Наркомздравом и Наркомпросом было произведено только к началу 1921 г.: все профилактические и медико-педагогические и лечебные учреждения (Государственные научные институты, дома физической культуры, учреждения санаторного типа) были переданы в ведение Наркомздрава, в свою очередь, все педагогические учреждения сохранилась за Наркомпросом⁵⁸². В составе Наркомздрава в качестве главного центра охраны здоровья детей и подростков был создан одноименный отдел – Отдел охраны здоровья детей и подростков, за которым были закреплены школьная санитария, физическое воспитание, забота о морально и умственно дефективных детях. При этом оказание помощи физически дефективным детям было оставлено в ведение Наркомпроса⁵⁸³. Также для решения вопросов смешанного типа был учрежден Совет охраны здоровья детей и подростков⁵⁸⁴.

⁵⁸¹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 11. Д. 34. Л. 19–20.

⁵⁸² 50 лет советского здравоохранения... С. 107.

⁵⁸³ Становление и развитие здравоохранения... С. 407.

⁵⁸⁴ 50 лет советского здравоохранения... С. 108.

В период разграничения обязанностей и полномочий в сфере охраны здоровья детей и подростков между Наркомздравом и Наркомпросом продолжалось дальнейшее создание системы учреждений. Важнейшим событием на этапе «строительства» Оздравдета стало решение о создании Совета защиты детей. 4 января 1919 г. было опубликовано постановление «О создании Совета защиты детей». Деятельность Совета относилась к компетенции Наркомпроса, его первым председателем был назначен нарком просвещения А.В. Луначарский⁵⁸⁵. Важно подчеркнуть роль Совета по защите детей, в особенности наркома Луначарского, в распространении школьно-санитарных норм, в вопросах строительства единой трудовой школы. Практически сразу после учреждения Совета о защите детей по губерниям Советской России был отправлен санитарно-просветительский поезд Луначарского для информирования о принципах строительства новой школы⁵⁸⁶. С началом проведения просветительской работы о важности знания и соблюдения норм школьной санитарии с целью контроля в каждом районе была создана санитарная тройка в составе врача, педагога и члена местного совета. Также предполагалось развить и детскую самодеятельность в деле соблюдения санитарно-гигиенических норм. Для этого создавались детские санитарные комиссии в составе врача, педагога и детей старших групп⁵⁸⁷. Задачи, возложенные на новый орган, были направлены на улучшения условий жизни подрастающего поколения и одновременно борьбу с детской беспризорностью и преступностью⁵⁸⁸.

В условиях совместной работы Наркомздрова и Наркомпроса на низовом уровне постепенно стала создаваться сеть детских лечебных и профилактических учреждений. В качестве постоянных консультативных органов в губерниях создавались оздравдеты, в уездах – уездздравдеты⁵⁸⁹. При

⁵⁸⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 141–142.

⁵⁸⁶ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 11. Д. 34. Л. 12.

⁵⁸⁷ Пять лет советской медицины... С. 98.

⁵⁸⁸ Становление и развитие здравоохранения... С. 141.

⁵⁸⁹ Пять лет советской медицины... С. 97.

этом еще раньше в деле постановки медицинского обслуживания на низовом уровне при местных здравоохранениях функционировали школьно-санитарные подотделы⁵⁹⁰. К ноябрю 1918 г. структура Оздравдета получила оформление на местном уровне в виде отделов школьной санитарии при местных советах депутатов⁵⁹¹.

Декретом СНК РСФСР от 1 декабря 1920 г. были учреждены Государственный институт физической культуры и Государственный институт дефективного ребенка⁵⁹². Напомним, что подготовка проектов вышеназванных научно-учебных учреждений была начата еще в момент нахождения отдела школьной санитарии в составе Наркомпроса.

С начала 1921 г. было положено начало оформления системы коммунального питания для детей. Эта деятельность предполагала совместную работу Наркомздрава и Наркомпрода, включая разработку рационов питания для детей различных возрастов с целью обеспечения необходимыми продуктами. В целом профилактический метод, который главенствовал в системе советского здравоохранения, подразумевал, что сбалансированный рацион питания – это один из способов предупреждения болезней. Для распространения системы коммунального питания также предполагалось создание столовых и раздаточных пунктов в советских детских учреждениях⁵⁹³. Также важно отметить значительный вклад Центральной комиссии ВЦИК по улучшению жизни детей не только в рамках создания и распространения системы коммунального питания, но и оказания всеобъемлющей помощи в период голода 1921 г.⁵⁹⁴

За первые три года с момента начала создания системы Оздравдета были достигнуты следующие показатели: создано 165 детских амбулаторий, 4 специальных врачебно-педологических кабинета, 15 диспансеров, 3 дома

⁵⁹⁰ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 83. Л. 4–8.

⁵⁹¹ Там же. Д. 498. Л. 12.

⁵⁹² Там же. Д. 207. Л. 389; Д. 221. Л. 37.

⁵⁹³ Становление и развитие здравоохранения... С. 318–319.

⁵⁹⁴ Там же. С. 409.

физической культуры, 40 лесных школ, 16 школ-санаториев, 83 дома-изолятора, 43 врачебно-наблюдательных пункта, 49 учреждений для умственно-дефективных детей, 12 детских отделений при психиатрических больницах, 74 учреждения для телесно-детективных детей⁵⁹⁵.

Несмотря на сокращение размеров ассигнований на развитие Оздравдета, с 1922 г. было введено обязательное освидетельствование подростков перед трудоустройством, а также ежегодное переосвидетельствование с целью соблюдения соответствий между состоянием здоровья и степенью тяжести рабочих нагрузок⁵⁹⁶.

На XII съезде советов был взят курс на усиление медицинского обслуживания в сельских местностях, в особенности в среде крестьянской молодежи. Осуществление курса «Лицом к деревни» найдет свое отражение в дальнейших мероприятиях советской системы здравоохранения, которые будут рассмотрены далее⁵⁹⁷.

На 1927 г. было создано 187 профилактических амбулаторий на всей территории РСФСР, в качестве показательных учреждений функционировало 33 ночных и дневных санатория, 32 летних и 19 постоянных лесных школ-санаториев и 24 психоневрологических школы-санатория. Общее число коек в медицинских учреждениях достигло 4162 (по РСФСР). Помимо роста количества медицинских учреждений также увеличилось число профилактических учреждений: к началу 1928 г. на территории РСФСР было создано 26 санаторных колоний для рабочих подростков, 102 оздоровительные площадки для физически слабых детей. При этом отмечается значительный рост профилактических учреждений для детей и подростков в союзных республиках. Так, к 1928 г. в УССР было создано 1336 оздоровительных учреждений, в БССР только за 1926/1927 гг. было создано 8 санаторных лагерей, а в Туркменской ССР

⁵⁹⁵ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 523. Л. 12–17.

⁵⁹⁶ Становление и развитие здравоохранения... С. 415–416.

⁵⁹⁷ Здравоохранение в годы восстановления... С. 4.

пропускная способность в детских учреждениях к 1927 г. возросла до 12 110 детей в год против 3873 в 1926 г.⁵⁹⁸

Как и в случае с Охрматмладом, дальнейшее развитие Оздравдета будет определяться пятилетними планами развития. В рамках первого пятилетнего плана народного хозяйства общее число врачей, обслуживающих Оздравдет, должно было увеличиться на 1715 при условии, что к 1928 г. было всего 1624 практикующих детских врача. Для обслуживания городов требовалось увеличить контингент врачей. Из-за государственного заказа в 1715 врачей 1294 медика после выпуска должны были быть направлены в городские учреждения Оздравдета, 150 врачей – в сельскую местность и 271 врач – для обслуживания общих учреждений Оздравдета. Подготовка детских врачей должна была осуществляться в медицинских институтах, научных институтах Наркомздрава, а также на краткосрочных курсах из расчета ежегодного выпуска в 100 врачей из Врачебно-педологического отделения Гинфизкульта, в 80 врачей из Государственного института усовершенствования врачей в Ленинграде, в 50–55 врачей после прохождения переподготовки на краткосрочных курсах при Гинфизкульте и в центральных учреждениях Оздравдета, в 80 врачей по окончании краткосрочных курсов в Ростове-на-Дону и в крупных университетских центрах Северо-Кавказского края и района Среднего и Нижнего Поволжья, в 30 врачей после окончания краткосрочной стажировки при учреждениях Оздравдета в Иваново-Вознесенском губздравотделе и в 30 врачей после прохождения краткосрочной стажировки в здравотделах Сибирского края и Дальне-Восточной области⁵⁹⁹. По среднему и младшему медицинскому персоналу нормативы Госплана предполагались следующие нормативы: 585 медицинских сестер (245 для работы в детских профилактических амбулаториях, 120 для районных амбулаторий и 220 для работы в изоляторах, обслуживающих детские дома), 570 сестер-обследовательниц (120 для профилактических амбулаторий в крупно-

⁵⁹⁸ Здравоохранение в годы восстановления... С. 113.

⁵⁹⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 150. Л. 10–12.

промышленных центрах, 120 для профилактических амбулаторий среднего и районного типа, 330 для пунктов охраны здоровья детей и подростков в деревне и для кабинетов физкультуры и педологии), 185 сестер-воспитательниц (120 для профилактических амбулаторий крупно-городского типа и 65 для детских амбулаторий среднего-городского типа)⁶⁰⁰.

Как известно, первый пятилетний план здравоохранения был выполнен досрочно. С выполнением его показателей одновременно было начато усиление диспансерной (туберкулезная и венерическая) помощи среди детей и подростков. Так, санитарные врачи совместно с членами советов социальной помощи (КОТИБ) приступили к усиленному контролю за санитарным состоянием жилищ и мест общественного питания, проведению мероприятий по оздоровлению очагов распространения заболеваний, а также к санитарно-просветительской работе, в особенности в консультативной форме⁶⁰¹.

Нормативы второго пятилетнего плана в сфере здравоохранения предполагали увеличение совершенно иных показателей и областей развития. Так, в качестве важнейшей задачи была установлена необходимость расширения сети учреждений или увеличения пропускной способности в уже существующих учреждениях для детей и подростков, поскольку в годы первой пятилетки была устранена нехватка квалифицированного медицинского и воспитательного персонала. Соответственно, нормативы второго пятилетнего плана в области ОЗДиП устанавливали: увеличение коечного фонда в дневных и ночных санаториях с 4535 до 7310 мест к 1937 г. (+ 61,1 %), в санитарных колониях для рабочих подростков – с 2310 до 8500 мест (+ 268 %), в соматических санаториях для детей – с 2143 мест до 6424 мест (+ 200 %), в санитарных лагерях для юных пионеров – с 3632 до 13 000 (+ 257,8%), в психиатрических школьных санаториях – с 1455 до 5 120 (+ 251,8 %). Таким образом, государственный заказ во втором пятилетнем плане здравоохранения подразумевал значительное расширение

⁶⁰⁰ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 26. Д. 28. Л. 4–6.

⁶⁰¹ Вопросы здравоохранения. 1928. № 23. С. 88–90.

системы лечебных и профилактических учреждений для заботы о подрастающем советском поколении.

Подводя итоги, стоит отметить, что создание системы ОЗДиП было начато в крайне тяжелых условиях военного времени. При этом советское руководство с первых дней прихода к власти приступило к мероприятиям не только по защите здоровья детей и подростков, но и по распространению знаний о важности физической культуры и в целом правильного досуга. Также в деле создания системы ОЗДиП отдельно нужно отметить вклад В.М. Бонч-Бруевич. Еще больше внимания проблема ОЗДиП получила, начиная с середины 1920-х гг., когда на всесоюзном масштабе стала создаваться сеть медицинских, профилактических и спортивных учреждений. В годы осуществления пятилетних планов развития здравоохранения система ОЗДиП только увеличила свои масштабы, что объясняется заинтересованностью советского руководства в воспитании здорового поколения.

2.7. Военная медицина

Создание системы военной медицины в рамках советской системы здравоохранения было начато под лозунгом всего периода Гражданской войны «Все для Красной армии»⁶⁰².

Проблеме медицинского обслуживания Красной гвардии, а в дальнейшем Рабоче-крестьянской Красной армии (далее – РККА) Советское правительство придавало первостепенное значение, поскольку предыдущая система медицинского обеспечения войск, несмотря на все усилия передовых отечественных врачей того времени и деятельность отдельных благотворительных организаций, не могла в должной степени удовлетворить потребности военного времени. В период Первой мировой войны оказание военно-санитарной помощи возлагалось на военное ведомство, которое, как

⁶⁰² Здравоохранение в годы восстановления... С. 103–104.

отмечают исследователи, не справлялось с медицинскими нуждами фронта⁶⁰³. С началом Первой мировой войны для улучшения военно-санитарного обслуживания армии были созданы Всероссийский земский союз помощи раненым и больным воинам и Всероссийский союз городов помощи раненым и больным воинам⁶⁰⁴. Помимо работы военного ведомства и нескольких благотворительных организаций, оказание медицинской помощи для армии возлагалось на Российское общество Красного Креста (далее – РОКК). Однако существование нескольких организаций, занимающихся оказанием медицинской и лечебной помощи армии, вызывало межведомственный параллелизм, с которым большевики намеривались покончить с созданием новой системы здравоохранения.

Состояние медицинского дела в армии также осложнялось тем, что работа военно-санитарного аппарата на местах имела хаотичный порядок из-за отсутствия связи и согласованности действий между центром и периферией. На местах зачастую могли стихийно возникать новые военно-санитарные учреждения, в особенности передвижные госпитали и медицинские склады⁶⁰⁵. В свою очередь, отсутствие связи в области военно-санитарного дела на общегосударственном уровне приводило не только к параллелизму в работе, но и перерасходованию и так немногочисленных врачебных сил и медицинских ресурсов. Таким образом, перед советским руководством в сфере медицинского обслуживания армии стоял ряд задач: собрать и объединить в центральном органе все ранее созданные и действующие медицинские учреждения и все медицинское «имущество»; создать сеть санитарных, лечебных и эвакуационных учреждений; провести мобилизацию медицинского персонала; создать эвакуационный аппарат для помощи раненым, военнопленным и беженцам; наладить кредитование и снабжение военно-санитарных учреждений; разработать план противоэпидемической борьбы на фронте.

⁶⁰³ *Нестеренко А.И.* Вопросы здравоохранения и военной медицины в документах Коммунистической партии и Советского правительства (1917–1921 гг.). С. 4.

⁶⁰⁴ Там же. С. 5.

⁶⁰⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 59.

Как было сказано ранее, большевики придавали огромное значение военно-санитарному делу. Так, накануне Октябрьской революции при Военно-революционном комитете был создан Медико-санитарный отдел (далее – МСО) во главе с М.И. Барсуковым⁶⁰⁶. Одновременно с созданием МСО под его контролем был организован Пролетарский Красный Крест⁶⁰⁷. Также в канун Революции и в первые дни после установления советской власти оказанием медицинской помощи занимались Московский и Петроградский революционные комитеты⁶⁰⁸. Интересно отметить, что осенью 1917 г. оказанием медицинской помощью на фронте одновременно занимались и Пролетарский Красный Крест, и РОКК, вплоть до его ликвидации в 1918 г.⁶⁰⁹

В первые дни после установления советской власти МСО при Военно-революционном комитете стал центральным органом здравоохранения в республике, на который были возложены задачи по ликвидации разрозненных царских медицинских учреждений и созданию новой системы медицинских учреждений, строго подчиненных центру. Несмотря на то, что советское правительство предполагало полностью ликвидировать прежнюю систему здравоохранения, в том числе и военно-санитарное дело, в условиях Первой мировой войны, совершившейся Октябрьской революции и начинавшейся Гражданской войны большевики были вынуждены временно отказаться от идеи создания нового аппарата здравоохранения и использовать силы царских медицинских ведомств. При этом в правительственных декретах и на заседаниях МСО неоднократно подчеркивалась необходимость ликвидации прежних медицинских ведомств с передачей их в собственность советскому государству, что было осуществлено в первые месяцы после установления большевистского режима. Однако ломка прежней системы медицинского обслуживания армии и

⁶⁰⁶ Гладких П.Ф. Российская военная медицина в первые годы Советской власти. С. 8.

⁶⁰⁷ Там же. С. 8–9.

⁶⁰⁸ Материалы о деятельности военно-революционных комитетов в области здравоохранения в 1917–1918 гг. С. 35.

⁶⁰⁹ ГА РФ. Ф. 130. Оп. 2. Д. 331. Л. 4.

национализация лечебных заведений была крайне негативно встречена большей частью медицинской интеллигенции, в частности, военными врачами.

В момент установления советской власти на медицинской службе в армии состояло 1950 врачей и зауряд-врачей, 1536 фармацевтов и около 60 тыс. лекарских помощников⁶¹⁰. Мероприятия советской власти вызвали серьезный протест и в среде военной медицинской интеллигенции, в результате чего перед большевиками возникала задача – максимально сохранить врачебный контингент на фронте. Со страниц периодических изданий стал звучать призыв к сохранению кадрового резерва и поступления на службу гражданских врачей. Однако первоначальные призывы большевиков были бойкотированы, но с началом интервенции в феврале 1918 г. кадровый резерв для обеспечения фронта медицинской и лечебной помощью начал увеличиваться. Отдельно стоит отметить роль Военно-медицинской академии и ее директора В.Н. Тонкова в преодолении неприязни к советской власти⁶¹¹.

Одним из важнейших вопросов в области военно-санитарного дела была проблема деятельности Главного военно-санитарного управления (далее – Главсанупр) с его центральным органом управления – Главным санитарным советом, которое ранее находилось в подчинении военного ведомства. Как было сказано ранее, в дальнейшем большевики намеревались ликвидировать прежние органы здравоохранения, но в условиях военного времени были вынуждены использовать их ресурсы, в особенности Главсанупра, в ведении которого находилась большая часть военных госпиталей. Для в этого 4 декабря 1917 г. была образована коллегия в составе М.И. Барсукова, И.С. Вегера, А.И. Винокурова и М.В. Головинского для заведования, а в дальнейшем и передачи дел при Главсанупре⁶¹². В марте 1918 г. в составе коллегии произошли изменения: на доктора И.С. Вегер и М.В. Головинский были заменены докторами Н.А. Костой и Л.П. Капланом, поскольку первые двое были

⁶¹⁰ *Гладких П.Ф.* Указ. соч. С. 12.

⁶¹¹ Там же. С. 13–14.

⁶¹² Становление и развитие здравоохранения... С. 46.

переведены на службу в Народный комиссариат путей сообщения и НКВД для заведования медико-санитарным делом⁶¹³. Несмотря на изменения в составе, перед коллегией все так же стоял ряд первостепенных задач: 1) демобилизации медперсонала; 2) реорганизация Главсанупра с передачей всей системы военно-санитарных учреждений⁶¹⁴.

Реализации поставленных перед коллегией задач осложнялась тем, что некоторые решения органа встречали крайне негативную реакцию со стороны Народного комиссариата по военным делам, в особенности вопрос о передаче военно-санитарного дела в ведение будущего центрального органа здравоохранения. В частности, Народный комиссариат по военным делам настаивал на передаче в свое ведение заведования Главсанупром и замене коллегиального управления единоличным⁶¹⁵. Так, приказом народного комиссара по военным делам от 15 июня 1918 г. коллегия Главсанупра была распущена, а начальником был назначен доктор А.А. Цветаев⁶¹⁶. Первоначально на должность начальника Главсанупра рассматривались две другие кандидатуры – профессор Шевкуненко и товарищ Лукомский, а кандидатура А.А. Цветаева была сразу отменена, поскольку доктор находился на службе при Наркомпросе и не видел возможности руководить Главсанупром «при царящей тьме и разрухе»⁶¹⁷. Оба кандидата получили положительные характеристики. Профессора Шевкуненко описали как «...хорошего организатора и деятельного работника Красного Креста Северного района», однако в характеристике отмечалось, что «...со стороны политической считается элементом правым, но достаточно либеральным. Работает с советской властью энергично». Товарища Лукомского охарактеризовали как «...давнего партийного работника, меньшевика-интернационалиста левого крыла, являющегося организатором общегородской больничной кассы Петербурга»⁶¹⁸. Таким образом, в момент

⁶¹³ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 26. Л. 7–12.

⁶¹⁴ Становление и развитие здравоохранения... С. 491.

⁶¹⁵ *Гладких П.Ф.* Указ. соч. С. 12.

⁶¹⁶ Становление и развитие здравоохранения... С. 491.

⁶¹⁷ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 26. Л. 3.

⁶¹⁸ Там же. Л. 38.

создания новой системы здравоохранения советское руководство было готово отказаться от идеологических установок для того, чтобы привлечь к службе наиболее выдающихся и способных деятелей. Однако, несмотря на положительные характеристики, оба кандидата отказались от должности начальника Главсанупра по причине занятости и ответственности за организационную работу на прежнем месте службы⁶¹⁹. К тому же, к этому времени доктор Цветаев оставил службу при Наркомпросе⁶²⁰.

Постановка военно-санитарного дела в РСФСР также осложнялась тем, что 15 января 1918 г. Декретом СНК РСФСР была создана РККА, при которой сразу же был создан Санитарный отдел⁶²¹. Таким образом, в начале января 1918 г. существовало 4 ведомства, к компетенции которых относилась постановка военно-санитарного дела. Однако, несмотря на возникший межведомственный параллелизм в области военно-санитарного дела, советское руководство приступило к реорганизации и передаче имущества Всероссийского земского союза помощи больным и раненым воинам, РОКК, Всероссийского союза городов и прочих ведомств, в собственности которых ранее были лечебные учреждения для обеспечения нужд армии⁶²². К середине 1918 г. этот процесс был завершен, и в собственность РСФСР было передано 369 медицинских учреждений, из которых 56 было ликвидировано по финансово-хозяйственным причинам⁶²³.

Обращаясь к деятельности Совета врачебных коллегий, который, как было сказано ранее, в январе 1918 г. был организован в качестве переходного «собирающего» органа до создания Наркомздрава, по отношению к Главсанупру, можно отметить, что в апреле 1918 г. на совещании представителей двух ведомств было достигнуто соглашение о взаимном обмене докладами и отчетами и сотрудничестве в области военно-санитарного дела⁶²⁴.

⁶¹⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 26. Л. 40.

⁶²⁰ Там же. Л. 17.

⁶²¹ Становление и развитие здравоохранения... С. 59.

⁶²² Там же. С. 54–55, 57–58.

⁶²³ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 26. Л. 29.

⁶²⁴ Там же. Д. 26. Л. 1.

С созданием Наркомздрава в июне 1918 г. вопрос о положении Главсанупра вновь обострился. На протяжении лета 1918 г. регулярно проводились совещания между представителями Наркомздрава и Главсанупра по вопросу передачи последнего в ведение первого. Обращаясь к материалам протоколов совещаний, можно также отметить, что каждое из ведомств старалось сконцентрировать постановку военно-санитарного дела в собственном ведении⁶²⁵.

Уже на первом совещании в июне 1918 г. между представителями Наркомздрава и Главсанупра возникли разногласия по вопросу объединения деятельности военно-санитарного управления в составе Наркомздрава. Представители Главсанупра доктора Замятин и Николаев выступили с предложением, чтобы приказы по военно-санитарному управлению как решения, относящиеся к ведению Народного комиссариата по военным делам, не выносились на рассмотрение и согласование со стороны Наркомздрава, но подлежали его обязательному осведомлению. Однако по результатам совещания было принято решение о том, что все вопросы, решения и постановления, касающиеся военной медицины и относящиеся к деятельности военного ведомства все равно должны были проходить согласование в Наркомздраве⁶²⁶. Таким образом, уже по материалам первого собрания по вопросу о передаче военно-санитарного дела в ведение Наркомздрава мы можем отметить, что представители Главсанупра намеревались добиться сохранения ведомства при Народном комиссариате по военным делам.

С началом проведения совещаний по вопросу о передаче военно-санитарного дела в состав Наркомздрава в Народный комиссариат по военным делам был направлен проект передачи Главсанупра со всеми подведомственными ему учреждениями. Направленный проект 1 августа был возвращен в Наркомздрав вместе с докладной запиской заместителя наркома по военным делам Склянского, в которой говорилось о том, что с процессом

⁶²⁵ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 1. Л. 12–15.

⁶²⁶ Там же. Л. 75–76.

объединения стоит повременить, в том числе и с вопросом «частного характера – о выяснения взаимоотношений РОКК к Военно-санитарному ведомству»⁶²⁷.

В ответ на решение Народного комиссариата по военным делам коллегия Наркомздрава провела внеочередное собрание с представителями Военного комиссариата Замятиным и Кузьминским по вопросу о переходе Главсанупра в ведение Наркомздрава, на котором с медицинской точки зрения была обоснована необходимость создания центрального аппарата, обслуживающего военно-санитарные нужды и одновременно выполняющего функции организации санитарного дела, медицинского снабжения, противоэпидемических мероприятий и пр.⁶²⁸

На этом межведомственная борьба не прекратилась, и 6 августа 1918 г. было проведено еще одно совещание по вопросу передачи между Наркомздравом и представителями от Главсанупра и Наркомата по военным делам. На совещании начальник Главсанупра А.А. Цветаев в очередной раз высказался против объединения, сетуя на то, что уже ранее Совет врачебных коллегий не справился с подобной задачей и был «непригоден для работы». По вопросу включения Главсанупра в состав Наркомздрава Цветаев говорил о том, что последний «не сможет выполнить задания военного ведомства и военно-санитарное дело, особенно на периферии, пострадает». В поддержку Цветаева выступил Кузьминский, который сообщил, что ранее он подробно ознакомился с декретом об образовании Наркомздрава, и в документе не было прямых указаний на то, что Главсанупр должен быть подчинен Наркомздраву. В заключении он отметил, что декрет об образовании Наркомздрава можно использовать для «доказательств автономии Главсанупра». Вслед за Кузьминским последовало обвинение со стороны Замятина Наркомздрава в «наличности тенденции к подчинению». На совещании также высказался Кондрашов, который также выступал против объединения Главсанупра и Наркомздрава, говоря «о полной неразберихе внутри Народного комиссариата

⁶²⁷ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 26. Л. 83.

⁶²⁸ Там же. Л. 85.

здравоохранения» и акцентируя внимания на том, что в случае объединения Наркомздрав не сможет самостоятельно организовать дело снабжения. Несмотря на прения со стороны представителей Главсанупра и военного комиссариата, по итогу совещания была внесена резолюция, в которой была признана необходимость передачи Главсанупра в состав Наркомздрава при условии установления тесных контактов и сотрудничества с сохранением автономии Главсанупра в составе Наркомздрава⁶²⁹.

Предложения о сохранении автономии Главсанупра в составе Наркомздрава оказалось недостаточным и уже на следующий день был подготовлен доклад с предложениями Цветаева по работе Главсанупра и Наркомздрава. Цветаев предложил ввести в состав Наркомздрава в качестве второго заместителя Н.А. Семашко начальника Главсанупра, то есть себя, сохранить за Главсанупром со всеми ранее подчиненными ему органами полную автономию, а все вопросы, в том числе возможного слияния, решать через второго заместителя наркома Семашко. Цветаев также предложил подчинить Пролетарский Красный Крест, хотя бы на театре военных действий, Главсанупру и поставить в прямое подчинение от него установление санитарного порядка и обслуживание всеми силами и средствами фронт⁶³⁰. Предложения доктора Цветаева были отклонены, поскольку они противоречили одному из главных принципов советской системы здравоохранения – принципу централизации.

29 августа 1918 г. было опубликовано Постановление СНК РСФСР о слиянии Военно-санитарного управления с Наркомздравом с преобразованием Главсанупра в Военно-санитарный отдел при Наркомздраве⁶³¹. Главой Военно-санитарного отдела был назначен Барсуков, а бывший начальник Главсанупра

⁶²⁹ О слиянии Военно-Санитарного Управления с Народным Комиссариатом Здравоохранения (Положение): Постановление СНК РСФСР от 29.08.1918 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР М. 1942. С. 865.

⁶³⁰ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 26. Л. 103.

⁶³¹ Становление и развитие здравоохранения... С. 110–111.

был переведен на должность главного начальника полевого-санитарного отдела⁶³².

При слиянии Главсанупра и Наркомздрава против передачи выступил Реввоенсовет. Л.Д. Троицкий высказался в том смысле, что в текущий политический момент «нет времени заниматься экспериментами», а также подчеркнул, что в действительности должно быть сотрудничество между Главсанупром и Наркомздравом, который, в свою очередь, должен снабжать Главсанупр медицинским персоналом и медикаментами, а также брать на попечение тяжелораненых и больных⁶³³. На протест со стороны Троцкого Семашко высказался, что «телеграммы Реввоенсовета не могут отменять постановлений Совета Народных Комиссаров»⁶³⁴. Таким образом, несмотря на усилия и борьбу со стороны Главсанупра и Народного комиссариата по военным делам, вся система военно-санитарного дела была передана в ведение Наркомздрава. В июне 1919 г. в состав Наркомздрава было также передано управление санитарной частью флота⁶³⁵.

Если к середине 1918 г. в области военно-санитарного дела удалось объединить или реорганизовать созданные при царской России разрозненные медицинские учреждения в составе Наркомздрава, то нерешенной оставалась задача по обеспечению нужд армии, которые заключались в увеличении численности медицинского контингента, его повторной мобилизации, создании эвакуационного аппарата, улучшении санитарно-эпидемиологической обстановки во фронтовых районах и проведении санитарно-просветительской работы.

Одновременно с объединением разрозненных военно-санитарных ведомств советское правительство приступило к созданию новой системы медицинских учреждений для армии и ее распространению. В недельный срок с момента передачи Главсанупра в состав Наркомздрава было выработано

⁶³² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 26. Л. 114.

⁶³³ Там же. Л. 167.

⁶³⁴ Там же. Л. 169.

⁶³⁵ Становление и развитие здравоохранения... С.173–175.

Положение о работы военного-санитарных учреждений на местном уровне. Так, помимо ранее созданных военных госпиталей и прочих медицинских учреждений, обслуживающих красноармейцев, создавались местные военно-санитарные отделы в качестве подотделов медико-санитарных отделов советов⁶³⁶.

Одним из наиболее важных мероприятий в области военного-санитарного дела стало Постановление СНК РСФСР от 23 апреля 1918 г. об учреждении Центральной коллегии по делам пленных и беженцев (далее – Центропленбеж)⁶³⁷. Первоначально Центропленбеж был создано как самостоятельное учреждение, входящее в состав Народного комиссариата по военным делам⁶³⁸. Однако уже в октябре 1918 г. Центропленбеж был передан в состав Наркомздрава в статусе секции и возглавлялся коллегией⁶³⁹.

Напомним, что ранее при Главсанупре функционировал эвакуационный отдел, а мероприятия по эвакуации из прифронтовых районов и фронтов осуществлялись согласно «Положению об эвакуации» 1914 г. В августе 1918 г. была созвана комиссия для пересмотра и переработки «Положения», поскольку оно не соответствовало ситуации на фронте по ряду причин: 1) в документе не учитывалась эпидемиологическая обстановка на фронте и в прифронтовых районах, пик обострения которой приходился на 1918 г.; 2) отсутствовала связь с «путейскими» органами; 3) неясность системы подчиненности армейским органам и внутренних взаимоотношений эвакуационных органов⁶⁴⁰. В результате работы комиссии была выработана «Временная инструкция учреждениям и заведениям, ведающим эвакуацией больных, раненых и военнопленных инвалидов» или «Временное положение»⁶⁴¹. Также в ходе

⁶³⁶ Становление и развитие здравоохранения... С. 110–111.

⁶³⁷ Там же. С. 72–73.

⁶³⁸ Там же.

⁶³⁹ Там же. С. 123–124.

⁶⁴⁰ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 13. Л. 18.

⁶⁴¹ Там же. Л. 19.

работы комиссии одним из ее участников, доктором Покровским, было озвучено мнение, что Инструкция должна «разрабатываться» в мирное время⁶⁴².

С выработкой «Временного положения» продолжились еженедельные заседания Центропланбежа, на которых, как правило, рассматривались вопросы локального характера, касающиеся обслуживания и финансирования эвакуационных пунктов и эвакуационных госпиталей на местном уровне⁶⁴³. В то же время рассматривались и вопросы общегосударственного характера, например, создание передвижных бань для обслуживания фронтов⁶⁴⁴. Отметим, что на 1918 г. ситуация с эвакуационными учреждениями оценивалась крайне отрицательно: в Москве было всего 2 эвакуационных распределителя⁶⁴⁵.

Дальнейшее развитие системы эвакуационно-распределительного аппарата для советской системы здравоохранения определили доклады А.Н. Меркулова «Цикл лечебных заведений, потребных для восстановления здоровья и трудоспособности пострадавших воинов» и «Объем и состав лечебной помощи пострадавшим на войне за весь период», профессора В.А. Воробьева «Организация санаториев и условий, которым они должны удовлетворять» и «Меры предотвращения заноса туберкулеза в среду населения вернувшимися из плена», доктора Г.А. Комранского «Организация физиотерапевтических и травматологических институтов». Содержание докладов положило начало созданию многоуровневой системы сети эвакуационных пунктов, включающей бани в прифронтовых районах, дезинфекционные камеры и питательные пункты на железнодорожных путях и пересадочных пунктах и заканчивающейся госпиталями, в том числе и психиатрическими, для пострадавших во время войны⁶⁴⁶.

Крайне тяжелым для новой системы здравоохранения оказался вопрос с медицинским персоналом, обслуживавшим нужды фронта. В 1919 г. некомплект

⁶⁴² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 13. Л. 19.

⁶⁴³ Там же. Л. 44.

⁶⁴⁴ Там же. Л. 45.

⁶⁴⁵ Там же. Д. 50. Л. 47.

⁶⁴⁶ Там же. Д. 13. Л. 23–31.

медицинского персонала составлял 40–50 %. В течение первого полугодия 1918 г. советским руководством была предпринята неудачная попытка найма медработников для работы во фронтовых медучреждениях и эвакуационных ⁶⁴⁷. Однако данная мера не способствовала увеличению медицинского персонала на фронте. Тогда в апреле и декабре 1918 г. была дважды проведена мобилизация медперсонала и фармацевтов в возрасте до 35 лет для обслуживания нужд РККА ⁶⁴⁸. Несмотря на Постановление Накромздрава о трудовой повинности медицинского персонала в среде медработников начались некоторые брожения в попытках уклонения от службы. Так, были установлены случаи, когда за несколько дней до объявления призыва некоторые врачи «добровольно» переводились на должности, освобожденные от службы. К примеру, в Курске и Курской губернии из 42 врачей, подлежащих призыву на военную службу, для освидетельствования прибыло только 9 человек ⁶⁴⁹. Ситуацию с «переводом» на новые должности под личный контроль взял Управляющий делами Высшей военной инспекции Ягода ⁶⁵⁰. Сразу с началом мобилизации медперсонала была создана Комиссия по освобождению или отсрочке медперсонала, которая рассматривала ходатайства мобилизованных. Несмотря на тяжесть военного времени, Комиссия добросовестно рассматривала многочисленные ходатайства и выносила решения. Так, в материалах архива по работе комиссии нам удалось найти более 500 решений по поданным ходатайствам, среди которых были решения о предоставлении отсрочки, о полном освобождении от службы, а также и отклонения ходатайств. Например, врачу Д. И. Беляеву предоставили отсрочку от службы на 3 месяца по причине воспаления почек, а лекарский помощник М.Ф. Сочнев был вовсе освобожден от военной службы по причине его командирования на службу в Кремль; аптекарскому помощнику К.Д. Смирнову предоставили отсрочку до конца обучения как слушателю фармацевтических лекций при Московском

⁶⁴⁷ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 13. Л. 43.

⁶⁴⁸ Становление и развитие здравоохранения... С. 98, 132–134.

⁶⁴⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 140. Л. 84.

⁶⁵⁰ Там же.

университете⁶⁵¹. Зачастую ходатайства подавались не самими медработниками, а учреждениями, в которых они работали. Так, от имени больницы послеродовых больных имени Тимистера было подано ходатайство об освобождении от службы врача А.С. Маджугинского, но прошение было отклонено⁶⁵².

Комиссия по распределению мобилизованного медицинского персонала старалась оставлять врачей-женщин для работы в городах и с целью замены на рабочих местах мобилизованных врачей-мужчин, а не направлять их во фронтовые районы. Если обратиться к статистике по г. Москве, то из 203 мобилизованных врачей-женщин было оставлено 128 человек для работы в филиалах Алексеевской, Басманной, Пироговско-Голицынской и других больниц⁶⁵³.

В 1919 г. вновь была проведена мобилизация медицинского персонала, однако на этот раз указ о мобилизации распространялся только на врачей-стоматологов и лекарских помощников. На этот раз решение о дополнительном призыве врачей на военную службу положительно отразилось на комплектации медперсонала на фронте. Так, к 1920 г. нехватка медицинского персонала во фронтовых и прифронтовых районах составляла 20–22 %, то есть 6 тыс. врачей было мобилизовано для оказания медицинском помощи красноармейцам (40 % от всего контингента советских врачей находились на военной службе)⁶⁵⁴.

Уже с 1920 г. по мере завершения Гражданской войны был начат процесс демобилизации медицинского персонала⁶⁵⁵. Для этого на местном уровне были созданы комиссии по откомандированию⁶⁵⁶. Для откомандирования на прежнее место службы было необходимо возбудить ходатайство и заполнить анкету, содержащую личную информацию о медработнике, а также результаты освидетельствования комиссий, информацию об отношении к воинской

⁶⁵¹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 114. Л. 118, 143, 245.

⁶⁵² Там же. Л. 275.

⁶⁵³ Там же. Л. 842–844.

⁶⁵⁴ Становление и развитие здравоохранения... С. 508–509.

⁶⁵⁵ Там же. С. 333–335.

⁶⁵⁶ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 413. Л. 9.

повинности и представление о занимаемой должности на гражданской службе⁶⁵⁷. Так, в течение 1921–1922 гг. была уволена большая часть мобилизованного медперсонала, рожденная в период с 1882 по 1890 гг., за исключением начальников санитарных округов, санитарных фронтов и их заместителей⁶⁵⁸. В целях контроля над военнообязанными медработниками был издан приказ Реввоенсовета от 9 января 1920 г. «Об учете и регистрации проживающего в уезде/губернии санитарного персонала, подлежащего призыву на военную службу и «Инструкция по учету и призыву лиц медицинского состава»⁶⁵⁹.

Помимо издания инструктивных материалов, была пересмотрена система обучения в Военно-медицинской академии, поскольку в ходе мобилизации медицинского персонала рассматривался вопрос и о мобилизации студентов 4–5 курсов. Однако, после докладной записки президента Академии В.Толкова было установлено, что с передачей учебного заведения из ведения военного ведомства в Наркомпрос в целях сокращения расходования средств на содержание учебного заведения из учебного плана были исключены профильные дисциплины, такие как преподавание уставов внутренней службы, военного законовещения и пр.⁶⁶⁰ В 1919 г. большевики по причине нехватки и откомандирования части медицинского персонала были вынуждены призвать на военную службу студентов-медиков выпускного курса и ранее отчисленных студентов-медиков в качестве младшего медицинского персонала⁶⁶¹.

Также к задачам советского руководства в области военно-санитарного дела относилось повышение санитарно-гигиенических знаний среди красноармейцев. Хотя в составе Наркомздрав и был создан Отдел санитарного просвещения при Санитарно-эпидемиологической секции, но проведение санитарно-просветительской работы в рядах РККА в основном возлагалось на санитарно-просветительские отделения⁶⁶².

⁶⁵⁷ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 413. Л. 9, 64, 248–250.

⁶⁵⁸ Там же. Д. 301. Л. 6–27.

⁶⁵⁹ Там же. Д. 301. Л. 30–39, 47.

⁶⁶⁰ Там же. Оп. 1. Д. 91. Л. 2.

⁶⁶¹ Становление и развитие здравоохранения... С. 209–210.

⁶⁶² Там же. С. 154–155.

Еще одной задачей в области военно-санитарного дела была борьба с распространением эпидемиологических заболеваний. Для этого была создана система учреждений, включавшая в себя санитарные поезда, передвижные бани, дезинфекционные камеры и пр. Кроме того, с целью скорейшего устранения очага распространения заболеваний в качестве временной меры создавались летучие медицинские отряды, санитарные городки, санитарные тройки⁶⁶³. Еще одним не менее важным решением в деле повышения санитарно-гигиенических знаний красноармейцев и борьбы с распространением эпидемических заболеваний стало создание войсковых комиссий чистоты, на которые возлагалось проведение санитарных мероприятий (дезинфекции, банные дни и пр.) и санитарно-просветительской работы в форме лекций, личных бесед, создания уголков здоровья и др.⁶⁶⁴ Об успешности противоэпидемической работы в РККА свидетельствуют статистические данные по тифозной эпидемии:

Таблица 25. Заболеваемость тифом в РККА⁶⁶⁵

	Заболело (на 1000 человек)	
	брюшной тиф	паразитарный тиф
1913	4,9	нет сведений
1920	11	314,82
1921	6,79	122,28
1922	2,76	125,68
1923	1,15	5,95
1924	0,28	1,04

После рассмотрения статистики по снижению уровня заболеваемости тифозной эпидемий в среде красноармейских масс следует также обратиться к

⁶⁶³ Становление и развитие здравоохранения... С. 170–171, 201, 215–216.

⁶⁶⁴ Там же. С. 217–219.

⁶⁶⁵ Отчет Народного комиссариата здравоохранения к XII Всероссийскому съезду Советов... С. 104.

статистике по оказанию медицинской помощи общего характера для бойцов РККА.

Таблица 26. Оказание медицинской помощи красноармейцам⁶⁶⁶

	на 1000 чел. оказание помощи в лечебных заведениях
1913	384,5
1920	997
1921	632,63
1922	756,77
1923	378,94
1924	385

Советская система военно-медицинской помощи предусматривала оказание помощи пострадавшим и искалеченным солдатам. В конце октября 1919 г. был создан Комитет помощи раненым и больным красноармейцам, в задачи которого входило оказание помощи в период эвакуации и в ходе дальнейшего восстановления вплоть до возвращения трудоспособности. Также с целью привлечения общественного внимания к проблеме помощи пострадавшим на фронте красноармейцам проводились кампании «Неделя помощи инвалидам» для того, чтобы улучшить содержание и снабжение инвалидных домов, «увеличить продуктивность протезных мастерских», вовлечь инвалидов войны в трудовой процесс⁶⁶⁷.

С 1921 г. был начат процесс демобилизации красноармейцев. Так, для оказания медицинской помощи возвращающимся с фронта красноармейским массам, а также в целях сдерживания распространения эпидемических заболеваний была разработана отдельная системы учреждений, которая включала в себя изоляционно-пропускные и санитарно-пропускные пункты,

⁶⁶⁶ Отчет Народного комиссариата здравоохранения к XII Всероссийскому съезду Советов... С. 103.

⁶⁶⁷ Становление и развитие здравоохранения... С. 197–199, 432–433.

бани и прачечные, дезинфекционные и карантинные камеры, сборочно-пересыльные пункты и общежития, а также продовольственные пункты⁶⁶⁸.

Как было сказано ранее, с окончанием Гражданской войны большая часть медицинского континента была откомандирована на прежние места службы, временные и полевые учреждения были свернуты. При этом были изданы постановления об учете медицинского персонала, подлежащего призыву на военную службу, а также постановление об усиленной военной подготовке обучающихся в учебных медицинских учреждениях⁶⁶⁹.

Дальнейшая постановка военно-санитарного дела определялась внутренними постановлениями Наркомздрава, которые затрагивали вопросы санитарного состояния помещений, санитарно-просветительской работы в рядах РККА⁶⁷⁰. Об успехах постановки санитарного просвещения в красноармейских массах могут свидетельствовать следующие статистические данные⁶⁷¹:

Таблица 27. Число санитарно-просветительских выступлений в РККА

	Общее количество выступлений	Общее количество слушателей
1920	66 000	6 400 000
1921	143 000	9 500 000
1922	120 000	6 000 000
1923	106 000	5 600 000

Новым витком в развитии военно-санитарного дела стало принятие первого пятилетнего плана развития народного хозяйства (1928 г.). Так, в области военной медицины заявка на медперсонал определялась ежегодным увольнением по достижении 30-летнего возраста, а также естественной убылью. По этой причине комплектация РККА медицинским персоналом определялась

⁶⁶⁸ Становление и развитие здравоохранения... С. 316–317.

⁶⁶⁹ Там же. С. 348.

⁶⁷⁰ Там же. С. 16–20.

⁶⁷¹ Отчет Народного комиссариата здравоохранения к XII Всероссийскому съезду Советов...С. 107.

ежегодным «приростом» из расчета ежегодного выпуска в 10 врачей из Военно-медицинской академии и в 160 человек среднего медицинского персонала⁶⁷².

Важнейшим событием в области военно-санитарной медицины стало постановление ЦИК и СНК РСФСР о включении Военно-санитарного управления РККА в состав Народного комиссариата по военным делам от 7 августа 1929 г. Однако, несмотря на передачу военно-санитарного ведомства, между наркоматами здравоохранения и по военным и морским делам предполагалось тесное сотрудничество, оговаривалось непосредственное участие Наркомздрава в делах и решениях, затрагивающих сферу здравоохранения. Несмотря на межведомственную борьбу при создании советской системы здравоохранения, в начале 1930-х гг. двум народным комиссариатам удалось наладить совместную работу в области военно-санитарного дела, что подтверждает совместная выработка «Инструкции об улучшении медицинского обслуживания бывших красных партизан, бывших красноармейцев и членов их семей». Также совместными усилиями в 1933 г. был разработан план мероприятий по повышению уровня военной подготовки врачей⁶⁷³.

Таким образом, процесс создания системы военной медицины был начат в условиях военного времени, когда санитарные нужды армии обслуживались сразу несколькими учреждениями: как бывшими царскими, так и советскими. В 1918–1919 гг. была проделана масштабная работа по объединению разрозненных военно-санитарных учреждений, которая завершилась включением Главсанупра в состав Наркомздрава. Помимо борьбы с межведомственным параллелизмом, советское руководство стремилось максимально удовлетворить нужды фронта, в особенности по части некомплекта медицинского персонала. В этих целях проводились мобилизации врачей и медиков. Также в период военного времени был создан эвакуационный аппарат и была разработана система учреждений и

⁶⁷² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 150. Л. 6, 35.

⁶⁷³ Здравоохранение в годы восстановления...С. 126–127, 148–149, 190.

мероприятий для борьбы с распространением эпидемиологических заболеваний в среде красноармейцев.

С завершением Гражданской войны был начат процесс откомандирования медицинского персонала и демобилизации красноармейцев. Если мобилизованные медицинские работники охотно возвращались на прежние места службы, то совсем иначе обстоял вопрос с демобилизованной красноармейской массой. Так, для возвращения с фронта и оказания всеобъемлющей медицинской помощи была создана сеть лечебных учреждений, а также проводились просветительские кампании для оказания помощи пострадавшим и искалеченным красноармейцам и вовлечения их в трудовую деятельность.

Советским руководством был также принят ряд постановлений, определяющих дальнейшую постановку военно-санитарного дела в стране. В 1929 г. было принято решение о передаче военно-санитарного управления в ведение Народного комиссариата по военным и морским делам, что в целом уменьшило роль Наркомздрава в вопросах военной медицины. При этом сотрудничество между народными комиссариатами в области военно-санитарного дела продолжалось, однако для Наркомздрава оно ограничилось исключительно оказанием лечебной помощи. В то же время именно в составе Наркомздрава система военной медицины получила структурное оформление, что сыграло положительную роль в годы Великой Отечественной войны.

2.8. Санаторно-курортное строительство

«Курорты для трудящихся, курорты для пролетарских рабочих масс!» – под этим лозунгом было начато курортно-санаторное строительство в Советской России⁶⁷⁴. До революции курорты расценивались как не выгодные для правительства предприятия, в связи с этим их финансирование было незначительным, а отдых был доступен только привилегированным слоям населения. Совсем иное отношение к курортной помощи было у советского руководства, которое ставило задачей обеспечить рабочих и крестьян регулярным санаторным отдыхом, поскольку профилактический метод в советской системе здравоохранения предполагал лечение и предупреждение заболеваний граждан, в том числе детей и подростков, в санаторных и курортных учреждениях.

Первым мероприятием в деле курортно-санаторного строительства стала национализация с дальнейшей передачей в ведение секции минеральных вод и соли горного отдела ВСНХ и Народного комиссариата земледелия уже существовавших курортов, здравниц, помещичьих усадеб и дач. Также были национализированы все санатории бывшего Министерства путей сообщения и бывшие военно-санитарные станции⁶⁷⁵. На ведомства были возложены задачи по обследованию национализированных объектов, восстановлению и благоустройству будущих курортов⁶⁷⁶.

Уже в сентябре 1918 г. управление курортами было передано в ведение Наркомздрава. Для дальнейшего курортного строительства в составе наркомата были созданы специальный отдел лечебных местностей во главе с Н.И. Тезяковым и санаторно-курортная подсекция под руководством доктора А.С. Залманова⁶⁷⁷. Также при подсекции была создана Курортная комиссия в качестве совещательного органа в целях скорейшего объединения и восстановления

⁶⁷⁴ Пять лет советской медицины. С. 198.

⁶⁷⁵ Год работы Народного комиссариата здравоохранения. С. 44.

⁶⁷⁶ Становление и развитие здравоохранения... С. 110–111.

⁶⁷⁷ ГА РФ. А-482. Оп. 1, Д. 11. Л. 16.

курортов в РСФСР⁶⁷⁸. На отдел лечебных местностей возлагалось дальнейшее проведение ремонтных работ, а на санаторно-курортную подсекцию – вопросы обеспечения советских граждан лечением.

Мероприятия по восстановлению курортов были ударными: уже летом 1918 г. курорт Кавказские минеральные воды принял 27 тыс. лечащихся⁶⁷⁹. И это несмотря на то, что существовали большие трудности при транспортировке больных. Так, регулярно случались железнодорожные перебои по пути на курорт, а иногда и вовсе не хватало вагонов для транспортировки лечащихся⁶⁸⁰. В дальнейшем предполагалось создать отдельный транспортный аппарат для перевозки отдыхающих⁶⁸¹.

По завершении курортного сезона остро встал вопрос о дальнейших мероприятиях в деле курортно-санаторного строительства, в особенности о распределении больных. Уже с конца 1918 г., по мере прекращения масштабов боевых действий в ходе Гражданской войны, стали возвращаться красноармейцы, нуждавшиеся в курортно-санаторном лечении. В связи с этим А.С. Залманов поставил задачу обеспечить ежегодным курортным лечением порядка 1,2 млн человек из 70 млн советских граждан⁶⁸². В связи с этим возник вопрос о создании отборочного аппарата для распределения больных.

В докладе доктора Меркулова, с которым он выступил 25 сентября на совещании Курортной комиссии, были озвучены предложения о создании отборочных аппаратов в Москве, Петрограде, Смоленске, Орле, а также в крупных губернских городах. Необходимость создания большого числа отборочных пунктов Меркулов обосновал тем, что из 60 тыс. бойцов, возвратившихся с фронта, только 425 зарегистрировано для оказания курортной помощи, но также стоял вопрос и о регистрации гражданского населения. Но

⁶⁷⁸ ГА РФ. А-482. Оп. 1. Д. 11. Л. 18–19.

⁶⁷⁹ Голубев А.А. Работа Наркомздрава РСФСР и Н.А. Семашко по организации санаторно-курортной помощи населению в первые годы Советской власти // Вестник новых медицинских технологий. 2016. Т. 26. № 4. С. 247.

⁶⁸⁰ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 11. Л. 1–2.

⁶⁸¹ Год работы Народного комиссариата здравоохранения... С. 44.

⁶⁸² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 11. Л. 21–22.

данные, которыми апеллировал Меркулов, оказались неверными: из 60 тыс. возвратившихся было зарегистрировано 4,5 тыс. больных, 425 из которых были записаны как туберкулезно-больные. В конфликт с Меркуловым вступил доктор Н. А. Михайлов. Уже на следующем совещании Курортной комиссии Михайлов выступил с ответным докладом, в котором обосновал идею о том, что при создании отборочных пунктов лечебные и отборочные функции будут разделены, а в условиях небольшого числа оборудованных санаториев невозможно обеспечить всех больных курортным лечением. В связи с этим предложение о создании отборочных пунктов было отклонено, а дальнейшую регистрацию больных, как и ранее, предполагалось проводить на эвакуопунктах. При этом, было установлено, что каждый зарегистрированный в обязательном порядке получит амбулаторную помощь, а при наличии свободных мест и курортное лечение⁶⁸³.

В результате, в период с 11 декабря 1918 г. по 20 июня 1919 г. из 4,5 тыс. обратившихся на эвакуопункты было обследовано 977 человек, из которых 664 было направлено на курортное лечение, 168 человек получили отказ, а 43 умерло⁶⁸⁴.

Начиная с 1918 г. оказание санаторно-курортной помощи было круглогодичным. Так, практически ежедневно в Наркомздрав поступали обращения о наличии свободных мест для приема больных. В свою очередь, Наркомздрав старался удовлетворить все потребности советских граждан. К примеру, уже в ноябре 1918 г. был открыт набор на курорты на 200 мест для зарегистрированных военнопленных и беженцев⁶⁸⁵. Однако полностью удовлетворить потребности граждан в курортах и санаториях удавалось не всегда. Так, в конце 1918 г. в Наркомздрав поступило обращение от Главного управления Рабоче-крестьянского Красного Военно-воздушного флота о создании отдельного санатория для травматиков-инвалидов. На обращение со

⁶⁸³ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 11. Л. 21–22, 26–28.

⁶⁸⁴ Год работы Народного комиссариата здравоохранения... С. 45.

⁶⁸⁵ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 11. Л. 66.

стороны Наркомздава был направлен отказ в связи с тяжелым финансовым положением в республике, однако было обещано, что каждый нуждающийся травматик в обязательном порядке получит амбулаторную помощь⁶⁸⁶.

Следующей мерой стало введение должности санитарных врачей. Новая должность подразумевала обследование национализированных объектов, проведение мероприятий по санитарной охране лечебных местностей и прилегающих территорий, а также поддержание благоустройства. Для обследования курортов в Наркомздраве была разработана специальная анкета, благодаря которой санитарные врачи могли определить хозяйственное состояние курортов. По мнению доктора Залманова, создание института санитарных врачей было необходимой мерой в связи с централизацией управления лечебными местностями, поскольку в большинстве своем они находились в крайне неблагоприятном санитарном состоянии. Вскоре было принято решение об отправке по 1 санитарному врачу на 10 советских курортов, которые в период с 1918 по 1919 гг. находились в стадии восстановления, а именно: Ессентуки, Железноводск, Кашин, Кисловодск, Липецк, Пятигорск, Сергиевские минеральные воды, Столыпинские минеральные воды, Тинаки и Элтон⁶⁸⁷. Также для скорейшего введения в эксплуатацию на каждый курорт из бюджета Наркомздрава были выделены кредиты в 15 млн рублей⁶⁸⁸. Уже в начале декабря 1918 г. санитарные врачи были откомандированы для обследования курортов. Так, уже 5 декабря от санитарного врача Рыхлинского, направленного на обследование курорта Сергиевские минеральные воды, была получена телеграмма о дополнительном ассигновании в 100 тысяч рублей на проведение срочных ремонтных работ⁶⁸⁹.

Вслед за введением института санитарных врачей последовал декрет СНК от 20 марта 1919 г. о разделении лечебных местностей на общегосударственные и местные, а также установлены положения об их управлении. К лечебным

⁶⁸⁶ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 11. Л. 55.

⁶⁸⁷ Там же. Л. 79.

⁶⁸⁸ Там же. Л. 81.

⁶⁸⁹ Там же. Л. 80.

местностям общегосударственного значения относились все ранее восстановленные курорты, а также объекты, за которыми были признаны лечебные свойства (к примеру, лечебные грязи или кумысолечение). В свою очередь, к лечебным местностям или курортам, за которыми не было признано общегосударственного значения, относились все ранее национализированные помещичьи усадьбы, дачи и монастырские земли. На общегосударственных курортах обслуживались рабочие из всех республик, входивших в состав СССР, тогда когда местные курорты оказывали лечебную помощь только гражданам отдельных губерний и областей⁶⁹⁰.

Система управления лечебными местностями складывалась следующим образом. Высшее управление возлагалось на Наркомздрав. Местное управление курортами общегосударственного значения возлагалось на Курортную коллегия во главе с председателем или директором, назначаемым коллегией наркомата. Лечебные местности и курорты негосударственного значения передавались в управление медико-санитарных отделов местных советов. Особо оговаривалось, что в управление курортами вне зависимости от их уровня не могут вмешиваться уездные, губернские, областные и краевые власти, поскольку все лечебные местности находились в исключительном ведении Наркомздрава⁶⁹¹.

Сразу после определения системы управления курортами возникли первые трудности. Так, замнаркомздрава З.П. Соловьеву пришла телеграмма от смотрителя Липецкого курорта Долматова, в которой сообщалось о том, что жилищный отдел не принимает каких-либо мер к освобождению гостиниц от местных жильцов, что мешает дальнейшему восстановлению курорта. Для решения сложившейся ситуации на курорт был командирован доктор Кан, который был назначен директором Липецких вод. Также в жилищный отдел было направлено распоряжение о немедленном выселении жильцов и освобождении гостиницы, а также было сообщено, что в случае неисполнения последует обращение в суд, а материальные убытки будут возложены на

⁶⁹⁰ Пять лет советской медицины... С. 198.

⁶⁹¹ Там же. С. 160–162.

местный исполком. В результате гостиница была передана смотрителю, а восстановление курорта продолжено⁶⁹².

Несмотря на активное «собираение» курортов в составе Наркомздрава, о многих санаториях и лечебных станциях не было известно советской власти. К примеру, только в конце 1919 г. в Наркомздраве стало известно о существовании санатория № 4 Красного Креста, расположенного недалеко от Старой Руссы⁶⁹³.

С весны 1920 г. стало возможным освоение Крыма и развертывание на его территории дальнейшего курортного строительства. Уже в июне 1920 г. первая группа лечащихся была отправлена в Крым. По прибытии выяснилось, что большая часть санаториев не была готова к приему больных. В связи с этим во все губздравотделы была направлена телеграмма, запрещающая дальнейшую отправку больных в Крым и на другие курорты до особого распоряжения Наркомздрава⁶⁹⁴. В связи с провалом курортного сезона 1920 г. был разработан план на следующий год, согласно которому в Крыму к зиме 1921 г. должно было быть подготовлено 5 тыс. койко-мест, а к весне – уже 25 тыс. Отбор и распределение лечащихся на крымские курорты были возложены на ВЦСПС, а также на представителей профсоветов⁶⁹⁵. В целях продолжения курортно-санаторного строительства при ВЦСПС была создана Центральная курортная комиссия, во главе которой встал первый нарком здравоохранения Н.А. Семашко⁶⁹⁶.

С 1921 г. постановлением СНК разрешалась организация домов отдыха – государственных лечебных учреждений, открывавшихся исключительно за счет местного бюджета и средств профсоюзов и предназначавшихся для лечения служащих отдельных отраслей. Так, первый советский дом отдыха был открыт для оказания помощи работникам железнодорожных путей⁶⁹⁷. Постановка

⁶⁹² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 11. Л. 163, 166, 174.

⁶⁹³ Там же. Л. 255.

⁶⁹⁴ Там же. Л. 399.

⁶⁹⁵ Становление и развитие здравоохранения... С. 297–298.

⁶⁹⁶ Морозов А.В. Указ. соч. С. 248.

⁶⁹⁷ Становление и развитие здравоохранения... С. 329–330, 434–436.

лечебного дела в домах отдыха относилась к компетенции местных здравотделов в отличие от курортов государственного и местного значения⁶⁹⁸.

Введение НЭПа ознаменовало значительные перемены в области курортно-санаторного дела. Если в 1918 г. предполагалось централизовать систему управления курортами, то в 1921 г., наоборот, была предложена децентрализация. С начала 1922 г. разрешалось создание частных санаториев и сдача в аренду отдельных курортов профсоюзам, а также допускался перевод некоторых курортов на хозрасчет⁶⁹⁹. В условиях НЭПа для определения последующих мероприятий в области курортно-санаторного лечения в 1921 г. были проведены I и II Всероссийские съезды по вопросам курортного дела⁷⁰⁰.

Несмотря на переход к НЭПу, советское руководство старалось продолжать курортно-санаторное строительство в интересах трудящихся масс. Так, при условии введения платы за лечение на курортах бесплатный отдых сохранялся за следующими категориями населения: рабочие, красноармейцы, дети, инвалиды труда и войны⁷⁰¹. Для обеспечения вышеперечисленных категорий населения курортным лечением предстояло создать соответствующий отборочный аппарат. Так, на I Всероссийском съезде по вопросам курортного дела было принято решение о создании санитарно-курортных комиссий или отборочных курортных комиссий при губздравотделах для проведения освидетельствования обратившихся. Также подчеркивалось, что при отборе должны учитываться не только медицинские показания, но и социальные, по этой причине в работе комиссий участвовали представители профсоюзов⁷⁰². На II Всероссийском съезде по вопросам курортного дела было принято решение о переводе большей части санаториев на хозрасчет и создании платных койкомест, предусмотренных для «нетрудовых элементов республики»⁷⁰³.

⁶⁹⁸ Борисова А.В., Иерусалимский Ю.Ю. История развития санаторно-курортного строительства дела в России // Современные проблемы сервиса и туризма. 2009. № 3. С.33.

⁶⁹⁹ Морозов А.В. Указ. соч. С. 248–249.

⁷⁰⁰ Становление и развитие здравоохранения... С. 434–436.

⁷⁰¹ Пять лет советской медицины... С. 200.

⁷⁰² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 11. Л. 162.

⁷⁰³ Становление и развитие здравоохранения... С. 434–436.

По мнению руководителя санаторно-курортной подсекции Наркомздрава Н.И. Тезякова, к началу 1922 г. были достигнуты значительные успехи в области курортного дела. Но уже к середине 1922 г. Наркомздрав был вынужден вдвое сократить оказание курортной помощи в условиях нехватки ассигнований. Так, для решения данной проблемы и дальнейшего расширения бесплатного курортного лечения была образована Особая комиссия по улучшению курортного дела⁷⁰⁴. Также, начиная с 1922 г., при Курортной секции Наркомздрава стал выпускаться журнал «Курортное дело», посвященный вопросам санаторного строительства. Для обследования курортов и прилегающих территорий в составе Наркомздрава были организованы Бальнеологический институт и Центральный институт курортологии⁷⁰⁵.

С 1923 г. был начат перевод всех советских курортов на полный хозрасчет. Для этого в составе Наркомздрава было создано Управление эксплуатацией курортов (далее – Упэкскурорт) во главе с председателем П.И. Обросовым⁷⁰⁶. Предполагалось, что под контролем Упэкскурорта в течение следующих трех лет все советские курорты будут переведены на хозрасчет благодаря сохранению собственных доходов от платных койко-мест и их траты на дальнейшее укрепление и благоустройство. Однако финансовая проверка отчета за первые 6 месяцев деятельности Упэкскурорта выявила недостатки в работе организации. Во-первых, отсутствовал план мероприятий по переводу советских курортов на хозрасчет. Во-вторых, на выделенные 678 млн рублей на содержание коек и проведение ремонтно-технических работ не последовало отчета по их расходованию, а также возникли сомнения о порядке расчета с посредниками⁷⁰⁷.

По мнению наркома здравоохранения Н.А. Семашко, главной причиной неудачи в функционировании Упэкскурорта было то, что сам орган создавался в качестве коммерческого аппарата, а фактически находился на полном

⁷⁰⁴ Пять лет советской медицины... С. 204–205.

⁷⁰⁵ Антонюк М.В., Гвозденко Т.А. Исторические аспекты развития санаторно-курортного лечения в России // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2018. №2(74). С. 6.

⁷⁰⁶ ГА РФ. Ф. А-483. Оп. 1. Д. 4. Л. 1.

⁷⁰⁷ Там же. Л. 2–10.

государственном снабжении. Кроме того, задачи с переводом курортов на хозрасчет сочетались с управленческими функциями санаторно-курортной подсекции, что вызывало параллелизм в работе ведомств⁷⁰⁸.

Вскоре после обследования счетоводства Упэкскурорта и выявления явных недостатков в работе организации было принято решение о создании временного Главного курортного управления, которому передавались в управление все дела, обязанности и функции ранее созданных Отдела лечебных местностей и Упэкскурорта⁷⁰⁹. Главное курортное управление, возглавляемое Н.А. Семашко, вскоре получило статус постоянного на правах высшего органа управления курортами общегосударственного значения⁷¹⁰.

С созданием управления были определены новые задачи в деле курортно-санаторного строительства. В ближайшие несколько лет предполагалось достичь самокупаемости курортов, максимального развития эксплуатационных возможностей, децентрализации, а также перевода курортов всех уровней на финансирование за счет средств местного бюджета⁷¹¹. Также к компетенции Главного курортного управления относилось проведение расследований по жалобам отдыхающих, которые поступали регулярно. Например, в мае 1923 г. поступила жалоба от группы рабочих Московского райкома Всероссийского союза горнорабочих, отдыхающий в санатории № 25 Подалупкинского района. Отдыхающие жаловались, что им выдают неполный паек масла и хлеба, качество которого, к тому же, оставляет желать лучшего. После получения жалобы было проведено расследование, в ходе которого было запрошено меню и отчеты о покупках. Было установлено, что в период с 16 по 18 мая в результате перебоев с транспортировкой продуктов питания вместо сливочного масла выдавалось растительное, а хлеб, получаемый со склада, был неудовлетворительного качества. Также в рассматриваемый период поступила жалоба от некоего П-ского, прибывшего на лечение в Крым. П-ский намеревался опубликовать свою жалобу

⁷⁰⁸ ГА РФ. Ф. А-483. Ф. 847. Оп. 1. Д. 3. Л. 66.

⁷⁰⁹ Там же. Д. 4. Л. 18–20.

⁷¹⁰ Там же. Л. 22–24.

⁷¹¹ Там же. Д. 9. Л. 31.

в газете «Правда», но реакция газеты предварительно направила запрос в Наркомздрав для подтверждения информации. Недовольство больного вызвала не только длительная дорога на военно-курортную станцию в Гурзуфе, по середине которой, со слов больного, вагон поезда наполнился «вшивыми из наркомздравского эвакоприемника», но и качество питания. В жалобе П-ского содержатся сведения о том, что больные называют еду «блеватином». После обращения к администрации курорта качество питания значительно улучшилось, правда, всего на несколько дней. Также отдыхающего смутил тот факт, что более половины персонала были бывшие белогвардейцы. В результате более 30 отдыхающих подали рапорт о досрочном возвращении. В ответ на поступившую жалобу староврач А.Г. Бечак провел расследование, в ходе которого было установлено, что в период с 1 января по 5 июня 1923 г. не было досрочного отъезда групп 6 человек. Однако информации о качестве питания в расследовании не содержится. В свою очередь, администрация санатория по окончании расследования настаивала на привлечение П-ского к уголовной ответственности⁷¹². Подобные жалобы были единичны. Так, в Наркомздрав неоднократно поступали сигналы от отдыхающих по поводу долгой дороги и антисанитарных условиях в пути, скудном рационе питания, а также отсутствии ремонта в лечебно-санаторных учреждениях⁷¹³.

Уже к 1924 г. взамен Упэкскурорта при Наркомздраве был создан Центроторгкурорт. В отличии от Упэкскурорта, новая структура была сразу создана как коммерческое ведомство. Предполагалось, что Центроторгкурорт не только не ляжет бременем на казну Наркомздрава, но и станет приносить прибыль. Так, на него возлагались задачи: 1) приобретение для курортов на выгодных условиях предметов питания, оборудования, строительных материалов и др. инвентаря; 2) выгодная реализация продукции курортных предприятий и промыслов. Для реализации намеченных планов предлагалось заключение двусторонних договоров между Центроторгкурортом и отдельными

⁷¹² ГА РФ. Ф. А-483. Оп. 1. Д. 4. Л. 40, 41а, 41б.

⁷¹³ Там же. Д. 9. Л. 34, 40, 41, 41а.

курортными направлениями. Цетроторгкурорт просуществовал только до 1926 г. и был ликвидирован в связи с финансовой неэффективностью⁷¹⁴.

На XII Всероссийском съезде советов в отчетном докладе Наркомздрава было отмечено, что «эволюция» курортно-санаторного строительства была достигнута еще в 1924 г. Как было сказано ранее, на съезде было принято решение о разработке пятилетнего плана развития здравоохранения, который также будет включать в себя положения о дальнейшем курортно-санаторном строительстве⁷¹⁵.

Таблица 28. Коечный фонд курортов СССР (по группам)⁷¹⁶

Курорты			1924 (койки Курупра)
	1923	1924	
Кавказская группа	5 220	5 831	3 812
Крым	6 487	5 987	4 317
Кубано-Причерноморье	2 211	2 636	1 807
Украина	2 869	3 775	2 973
Замкнутые курорты	1 453	2 046	1 926
Сибирь	727	1 136	1 136
ДВО	895	849	849
Абхазия (Гагры)	-	100	100
Кумысные районы	1 492	1 543	1 543
Туркестан	392	349	349
Итого:	22 355	24 252	18 912

К 1926 г. в ведении Главного курортного направления находилось 14 курортов общегосударственного значения, составлявших 9 хозяйственных

⁷¹⁴ ГА РФ. Ф. А-483. 847. Оп. 1. Д. 3. Л. 35.

⁷¹⁵ Отчет Народного комиссариата здравоохранения XII Всероссийскому съезду Советов... С. 90.

⁷¹⁶ Там же. С. 96.

объединений: 1) Кавказские минеральные воды (Пятигорск, Ессентуки, Кисловодск и Железноводск); 2) Южный берег Крыма (Ялта с прилегающими к ней районами: Мисхор, Симеиз, Алупка и Ливадия); 3) Евпатория-Саки, 4) Сочи-Мацеста; 5) Старая Русса; 6) Сергиевские минеральные воды; 7) Шафрановский кумысолечебный район; 8) Оренбургский кумысолечебный район; 9) Боровое. Оставшиеся два курорта – Анапа и Сестрорецк были сданы в аренду: первый Северо-Кавказскому крайисполкому, второй – Ленинградскому губисполкому⁷¹⁷. Общее число санаторно-курортных коек на 1926 г. составляло 22 538 единиц⁷¹⁸.

К 1927 г. был разработан проект мероприятий по курортному делу, включенный в пятилетний план развития здравоохранения. Пятилетний план курортно-санаторного дела включал в себя план развития как курортов общегосударственного, так и местного значения. Первоочередной задачей пятилетнего плана было увеличение показателей обслуживания санаторно-курортной помощью застрахованных рабочих, крестьян, детей и подростков. Так, предполагалось, что показатель обслуживания курортной помощью активно-застрахованных и производительных рабочих будет увеличен с 59 до 70 % от общего числа застрахованных, а доля крестьян будет увеличена с 3,9 до 9 %. Относительно оказания курортной помощи детям предполагалось увеличить коечный фонд до 8 % от общего числа коек, то есть вместо 2080 коек в 1927 г. создать 3960 к 1932 г.⁷¹⁹ На курортах общегосударственного значения коечный фонд должен был возрасти на 11 698 мест, на курортах местного значения – на 5897 мест. Еще одним пунктом было увеличение пропускной способности курортов. Для общегосударственных курортов пропускная способность должна была возрасти с 89 996 до 187 509 человек в год, для курортов местного значения – с 26 253 до 60 740 человек⁷²⁰. Пропускная

⁷¹⁷ Статистические материалы по состоянию народного здоровья и организации медицинской помощи в СССР. М., 1926–1927. С. 50;

⁷¹⁸ Николаев И. Десять лет (К 10-летию юбилею Наркомздрава РСФСР). Харьков, 1926. С. 12.

⁷¹⁹ Материалы к пятилетнему плану здравоохранения. М. С. 71–72.

⁷²⁰ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 482. Л. 14–15.

способность должна была увеличиться не только за счет увлечения коечного фонда, но и удлинения курортных сезонов с 152 до 213 дней в году, что позволяло увеличить процент обслуживания больных на 131,4 %.

Помимо увеличения показателей курортно-санаторного обслуживания и коечного фонда, еще одной задачей было создание курортов местного значения, в особенности в Сибири, на Урале и Дальнем Востоке. Для обслуживания ранее созданных и новых курортов должен был быть увеличен контингент медицинского персонала: 50 % должны были составлять кадровые врачи, 40% – средний медицинский персонал ⁷²¹. Также на курортах все уровней предполагалось создание поликлинических пансионатов и амбулаторий, на что были выделены ассигнования в размере 3250 рублей для курортов общегосударственного значения, 4850 рублей – для курортов местного значения. Также предполагалось проведение мероприятий по благоустройству и проведению капитальных работ (работы по созданию водопровода и канализации). Так, на каждый курорт общегосударственного значения было выделено 27 093 рубля, а на курорты местного значения по 2770 рублей. Отдельным пунктом было прописано строительство Большого Кавказского водопровода, на что было выделено еще 20 тыс. рублей⁷²².

Таким образом, первый пятилетний план по курортному делу заключался в увлечении показателей по курортному обслуживанию и коечному фонду, а также в увеличении штата медицинских сотрудников, создании новых курортов местного значения, проведению работ по благоустройству курортов и прилегающих территорий.

В 1931 г. в составе Наркомздрава было создано Всероссийское объединение курортов (далее – ВОК). ВОК объединил следующие курорты: Саки, Ялту и Гурзуф, Симеиз, Мисхор-Алупку, Ливадию, Эреклил и Тузлер, Чокраки, Сочи-Мацеста, Шафраново, Оренбург, Боровое, Старую Руссу, Сергиевские минеральные воды и трест «Кавминрозлив». Первостепенной

⁷²¹ Материалы к пятилетнему плану... С. 72.

⁷²² Там же. С. 72–73.

задачей, стоявшей перед ВОКом, был окончательный перевод курортов на хозрасчет за счет децентрализации в управлении. Также на новый орган возлагались задачи по проведению мероприятий социалистической реконструкции⁷²³.

Еще одной характерной чертой советских курортов 1930-х гг. был большой приток иностранных туристов. Иностранцы стали чаще прибывать на советские курорты по причине мирового экономического кризиса, который привел к росту цен на европейские курорты. Особенно часто интуристы ехали на черноморские курорты: стоимость путевок для них варьировалась от 90 до 210 рублей в зависимости от условий проживания. В свою очередь, советская сторона положительно относилась к большому числу иностранных туристов, высоко оценивая собственное курортное строительство⁷²⁴. Для развития иностранного туризма в СССР еще в 1929 г. было создано специализированное ведомство – «Интурист»⁷²⁵.

В 1932 г. в стране вновь была осуществлена реорганизация курортного дела. Все курорты общегосударственного значения Закавказья и Северного Кавказа, Крыма, Одессы, Боровое, а также кумысные лечебницы были объединены в 11 трестов под руководством Союзкурорта, на который были возложены задачи по проведению обследований курортов с целью их скорейшего перевода на хозрасчет, а также увеличению объемов оказания курортной помощи советским гражданам и увлечению показателей в реализации сельскохозяйственных товаров и бутилированной минеральной воды, производимых на курортах⁷²⁶.

⁷²³ ГА РФ. Ф. А-482, Оп. 1. Д. 676, Л. 2–3.

⁷²⁴ Орлов И.Б. Советский курорт 1930-х годов: на «экспорт» и для внутреннего пользования... С. 26.

⁷²⁵ *Он же*. Рождение и первые шаги «Интуриста» // Социальное развитие России: состояние, проблемы, перспективы. Материалы Всероссийской научно-практической конференции / под ред. Т.П. Хлынина. Майкоп: Изд-во ООО «Аякс», 2005. С. 199–206.

⁷²⁶ Кузнецова Л.А. Курортное строительство в 1920-1950-е годы: вопросы организации и управления // Труды Института Российской истории РАН. Т. 12. М., 2014. С. 244.

Также к 1932 г. был полностью выполнен и даже перевыполнен пятилетний план по курортному делу. О перевыполнении плана свидетельствуют следующие статистические данные: коечный фонд на курортах общегосударственного значения вырос на 14 511 мест вместо запланированных 11 698, а на курортах местного значения на 11 167 вместо запланированных 5987⁷²⁷.

Вскоре началась реализация второго пятилетнего плана. Доклад о мероприятиях в области курортно-санаторного строительства в рамках второй пятилетки подготовил Т. Тимченко. Для подготовки пятилетнего плана была разработана специальная методология обследования курортов и определения комплекса необходимых мероприятий. Так, была проведена классификация курортов общегосударственного значения. Все курорты были разделены на 3 типа: 1) бальнеологические и грязевые; 2) использующиеся с лечебной целью; 3) климато-профилактические станции, базы отдыха и туризма. Перед каждым типом курортов стояли свои задачи. Так, для бальнеологических курортов первоочередной задачей было ускорение темпов строительства питьевых курортов и бурение скважин для добычи минеральной воды, тогда как для климатических курортов – ускоренное увеличение жилфонда за счет создания домов отдыха, турбаз, санаторных лагерей, благоустроенных пляжей⁷²⁸.

Главной особенностью второго пятилетнего плана в области курортного дела было составление отдельного плана по каждому курорту общегосударственного значения. Это касалось не только увеличения коечного фонда или показателей пропускной способности курортов, но и открытия дополнительных лечебных учреждений, разлива минеральной воды, проведения работ по благоустройству курортов и курортных городков. К примеру, общей задачей для треста «Кавминвод» было дальнейшее устройство Большого

⁷²⁷ ГА РФ. Ф. А-483. Оп. 2. Д. 5а. Л. 4–5.

⁷²⁸ Там же. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 3624. Л. 2.

Кавказского водопровода, электрификации, строительство малярных станций и проведение гидротехнических работ для изучения новых скважин⁷²⁹.

Индивидуальные планы каждого курорта имели существенные различия. К примеру, план курорта «Ессентуки» включал в себя создание физиотерапевтического института для подготовки медицинского персонала, проведение мероприятий по изучению запасов природных богатств и бурению новых скважин, а также строительства ванного здания на 60 кабин⁷³⁰. План курорта «Пятигорск» содержал положение о строительстве новой туристической базы и перестройки гостиницы-общежития. В плане курорта «Сочи-Мацеста», не входившего в трест «Кавминводы», ставились задачи по проведению перепланировки курорта, постройке новой поликлиники с водолечебницей⁷³¹.

Был также установлен единый план по увеличению коечного фонда и удлинению курортного сезона. Так, предполагалось в среднем увеличить показатели на 44 %: для курортов общегосударственного значения коечный фонд должен был быть увеличен с 90 до 255 тыс. мест, для курортов местного значения – с 20 до 50 тыс. мест. В свою очередь, длительность работы курортов должна была достичь 319 дней в году вместо 213 дней в 1932 г.⁷³² Также общий план предполагал как для курортов общегосударственного, так и местного значения проведение мероприятий по электрификации, увеличению численности кадров курортных и медицинских работников за счет создания курортных институтов по типу советских ВУЗов и техникумов, а также создания транспортного аппарата при каждом лечебном учреждении⁷³³.

С выполнением плана второй пятилетки возник ряд проблем, особенно в финансовой части. Уже в 1934–1935 гг. в отчетах курортов, представленных в ВОК, были отмечены значительные перерасходы на проведение мероприятий по благоустройству курортов. При этом, несмотря на контрольные цифры бюджета,

⁷²⁹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 3624. Л. 3.

⁷³⁰ Там же. Ф. А-483. Оп. 2. Д. 5а. Л. 4.

⁷³¹ Там же.

⁷³² Там же. Л. 6.

⁷³³ Там же. Л. 2.

ассигнование на проведение дальнейших мероприятий по благоустройству было единожды увеличено⁷³⁴.

Ситуация осложнялась тем, что начиная с 1933 г. регулярно наблюдался «недоезд» больных, что не позволяло выполнить установленный план. К примеру, в 1933 г. план был выполнен только на 93,3 %. В ВОКе «недоезд» был объяснен непопулярность курортного лечения в осенне-зимний период, дороговизной железнодорожных тарифов, исключением из системы организации двух санаториев и изъятием части путевок по причине незаконченного строительства санаториев «Ударник» и «Ленин». К удивлению руководителя К. Миньовича, проверки о причинах «недоезда» отдыхающих были проведены только на курорте «Ессентуки», после чего директорам остальных курортов были направлены телеграммы о необходимости проведение проверок и сдачи отчетов в ВОК⁷³⁵.

В результате выявления невыполнения установленного плана в 1936 г. ВОКом была проведена промежуточная проверка курортов. В ходе проверки был выявлен крупный недостаток в жилищном фонде, что свидетельствовало об отставании от плана по увеличению коечного фонда. Также были проведены расследования по жалобам, поступившим в Наркомздрав, о постановке питания больных. В результате расследования были выявлены нехватка диет-столовых, плохое оборудование кухонь, в особенности недостаток холодильников и морозильных камер, что служило главной причиной порчи продуктов. Помимо недостатков в деле постановки питания, были выявлены проблемы в работе медицинских кадров, что объяснялось нехваткой медицинского персонала⁷³⁶.

В результате проверки курортов в 1936 г. оказание курортной помощи и работа лечебно-диагностических учреждений были признаны удовлетворительными. При этом мероприятия в деле создания жилищно-

⁷³⁴ ГА РФ. Ф. 8042. Оп. 1. Д. 27. Л. 120.

⁷³⁵ Там же. Л. 124, 126.

⁷³⁶ Там же.

коммунального фонда, постановки питания больных, финансов были признаны крайне неудовлетворительными⁷³⁷.

После проверки ВОКа второй пятилетний план в области курортного дела был скорректирован. К 1937 г. общее число лечащихся на курортах должно было составить 610 965 человек вместо установленных в 1932 г. 631 691. Также были изменены в меньшую сторону установленные цифры по разливу минеральных вод – с 600 млн до 400 млн бутылок в год. Для дальнейшего увеличения жилищного фонда и завершения мероприятий по благоустройству было дополнительно выделено 160 млн рублей. Из выделенного ассигнования 88 млн рублей должно было быть потрачено на строительство санаториев, 20 % от суммы было выделено на создание санаториев облегченного типа и 10 % было выделено на строительство надстроек в уже работающих санаториях. Дополнительно для треста «Кавминрозлив» было выделено 21 118 тыс. рублей на дальнейшее строительство Большого Кавказского водопровода⁷³⁸.

По мнению Л. А. Кузнецовой, со второй половины 1930-х гг. курорты перестают быть местом для лечения больных и все чаще начинают рассматриваться в качестве поощрения за хорошую работу, в том числе за перевыполнение плана передовиками. Она также отмечает, что именно в середине 1930-х гг. происходит поворот к дореволюционному устройству курортов, когда отдых был привилегией⁷³⁹. В действительности, если обратиться к материалам о социальном составе отдыхающих на советских курортах в 1930-х гг., то значительных изменений не было. Отношение путевок, выдаваемых ударникам, составляло не более 9 % от общего числа отдыхающих⁷⁴⁰.

Таким образом, для постановки курортного дела в Советском государстве в 1918–1936 гг. характерно несколько этапов. С 1918 по 1920 гг. происходил процесс «собирания» разрозненных курортов, созданных еще в царской России,

⁷³⁷ ГА РФ. Ф. 8042. Оп. 1. Д. 27. Л. 124, 127.

⁷³⁸ Там же. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 3624. Л. 3–4.

⁷³⁹ Кузнецова Л.А. Дискуссии о форме и содержании советского курортного отдыха (1920-е – 1930-е гг.) // Вестник Пермского университета. Серия: «История». 2018. № 4(43). С. 98–106.

⁷⁴⁰ ГА РФ. Ф. А-8042. Оп. 1. Д. 27. Л. 36–37.

а также поместий, усадеб и дач, ранее принадлежавших буржуазии. В 1920–1921 гг. были определены основные принципы курортно-лечебной помощи, а в 1922–1923 гг. оформилась специализация курортной помощи в условиях курортного строительства в Крыму и Черноморье. Начало проведения НЭПа также послужило причиной пересмотра постановки курортного дела и предполагало постепенный перевод курортов как общегосударственного, так и местного значения на хозрасчет. Также было установлено, что к 1924 г. курортно-санаторное строительство в Советской республике достигло максимума. В 1928 г. был взят курс на проведение социалистической реконструкции, в связи с чем дальнейшее развитие курортного дела продолжалось в условиях выполнения двух первых пятилетних планов развития здравоохранения. Помимо внесения корректив в становление курортного дела, зачастую создавались вспомогательные организации, однако их деятельность была малоэффективной и создавала межведомственный параллелизм.

Несмотря на трудности, в деле создания системы курортно-санаторного лечения для советских граждан были достигнуты значительные успехи, а большинство советских курортов до сих пор принимают отдыхающих.

2.9. Система медицинского образования

Медицинское образование было важнейшей компонентой советской системы здравоохранения. По мнению советского руководства, система медицинского образования, как и другие отрасли здравоохранения, нуждалась в реорганизации. Действительно, в условиях только что закончившейся революции и начинавшейся Гражданской войны остро ощущалась нехватка медицинских кадров не только для обеспечения нужд армии, но и для гражданского населения. В конце 1917 г. число практикующих врачей не превышало 27–29 тыс. человек⁷⁴¹. Ситуация с нехваткой медицинских кадров

⁷⁴¹ *Петровский В.Б.* Опыт и некоторые перспективы высшего медицинского образования и усовершенствования врачей в СССР. С. 13–16.

осложнялась тем, что в дореволюционной России для подготовки врачей существовало всего 13 факультетов, а общий контингент студентов-медиков составлял 8,5–9 тыс. учащихся, что не позволяло в короткий срок увеличить количество медицинских кадров⁷⁴². К тому же в некоторых российских губерниях вовсе отсутствовала система земской медицины, а оказанием медицинской помощи населению занимались либо частнопрактикующие врачи, либо знахари. С последними советской власти пришлось вести активную борьбу посредством проведения масштабной санитарно-просветительской работы и повышения социально-гигиенических знаний среди населения.

Еще одной причиной для реорганизации системы медицинского образования, в особенности высшей школы, было отсутствие единого учебного плана и методик преподавания. Вплоть до середины 1920-х гг. система медицинского образования не была централизована, не был разработан и утвержден единый учебный план, а преподавание на медицинских факультетах осуществлялось по программам середины XIX в.⁷⁴³ Таким образом, необходимость реорганизации назрела.

Одной из характерных черт советской высшей медицинской школы, которой очень гордился Н.А. Семашко, было нахождение медицинских факультетов в составе многопрофильных университетов. В своих воспоминаниях первый нарком здравоохранения подчеркивал, что неотрывность медицинских факультетов от других направлений в ВУЗах отличает советскую модель здравоохранения от западных, в которых подготовка будущих медиков осуществляется в обособленных медицинских университетах или академиях. По мнению Семашко, советская система позволяет подготавливать всесторонне развитых специалистов в условиях контактов со студентами и преподавателями других специальностей⁷⁴⁴. Кроме того, большим преимуществом высшего медицинского образования в РСФСР была его бессословность и бесплатность.

⁷⁴² *Петровский В.Б.* Опыт и некоторые перспективы высшего медицинского образования и усовершенствования врачей в СССР. С. 15.

⁷⁴³ *Остапенко В.М., Коноплева Е.Л., Нагорная С.В.* История медицины. С. 103.

⁷⁴⁴ *Семашко Н.А.* Избранные произведения. С. 277–278.

Первым мероприятием в деле реорганизации высшей медицинской школы стало принятие декрета о пролетаризации системы образования на VIII съезде партии в 1919 г.⁷⁴⁵ Данный декрет отменил сословный принцип при поступлении в высшие учебные заведения, существовавший в дореволюционной России. По мнению советского руководства, в условиях пролетаризации всей системы образования рабочая молодежь должна была сразу же устремиться поступать в университеты, в том числе и на медицинские факультеты. При этом, хоть в Советском государстве и был введен бессословный принцип при поступлении, в анкету абитуриента обязательно вносилась информация о социальном происхождении поступающего⁷⁴⁶.

Решение о пролетаризации системы образования возымело колоссальный эффект: с начала приемной кампании 1919 г. на всех медицинских факультетах Советской республики конкурс при поступлении резко возрос. В Наркомздрав даже неоднократно поступали телеграммы с просьбой об увеличении количества мест на медицинских факультетах⁷⁴⁷. В конце 1910-х – начале 1920-х гг. ежегодно на медицинские факультеты принималось от 60 до 100 поступающих⁷⁴⁸.

В 1919 г. для удобства проведения дальнейшей реорганизации системы медицинского образования в составе Наркомздрава был создан отдел медицинских школ и медицинского персонала⁷⁴⁹. Но уже в 1921 г. было принято решение о передаче всей системы высшего медицинского образования в ведение Главного комитета по профессионально-техническому образованию Наркомпроса (далее – Главпрофобр)⁷⁵⁰. При этом было сохранено тесное сотрудничество между Наркомздравом и Главпрофобром по вопросам

⁷⁴⁵ О правилах приема в высшие учебные заведения РСФСР: Декрет СНК РСФСР от 02.08.1918 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР М. 1942. С. 770.

⁷⁴⁶ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 73. Л. 65–67.

⁷⁴⁷ Там же. Д. 72. Л. 71, 116.

⁷⁴⁸ Там же. Л. 19.

⁷⁴⁹ Становление и развитие здравоохранения... С. 187–188.

⁷⁵⁰ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 137. Л. 3.

реорганизации и дальнейшего функционирования системы высшего медицинского образования, что подтверждают изученная нами переписка между советскими ведомствами⁷⁵¹.

Летом 1920 г. был проведен I Всероссийский съезд по медицинскому образованию, на котором были рассмотрены тезисы, подготовленные Государственным ученым советом, по вопросу дальнейшей реорганизации системы медицинского образования. В результате работы съезда была установлена необходимость разработки единого учебного плана для высшей медицинской школы с углубленным изучением санитарно-гигиенических и профилактических дисциплин. Кроме того, было принято решение о необходимости дальнейшей реорганизации системы высшего медицинского образования, в особенности развития профилактического направления⁷⁵².

В 1922 г. был разработан единый учебный план для медицинских факультетов, который имел существенные отличия от дореволюционной программы обучения. Новый план был рассчитан на шестилетний срок обучения за счет добавления новых теоретических и клинических дисциплин. Важнейшим нововведением стало добавление в новый учебный план изучения социальной гигиены, что положило начало развитию профилактического направления в системе высшего медицинского образования⁷⁵³. Впоследствии образовательные стандарты неоднократно менялись. Так, уже в 1924 г. Главпрофбром было принято решение о необходимости пересмотра действующего учебного плана с целью более глубокого изучения профилактического направления в рамках учебной программы высшей медицинской школы. Предполагалось, что на медицинских факультетах должны будут готовиться врачи – будущие организаторы оздоровительных мероприятий, которые придут на смену практикующим универсальным врачам дореволюционной России⁷⁵⁴. Важно отметить, что в советской модели здравоохранения врач рассматривался не

⁷⁵¹ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 73. Л. 224–226.

⁷⁵² Грибовский М.В. Реформа высшей медицинской школы. С. 143.

⁷⁵³ Петровский Б.В. Указ. соч. С. 15.

⁷⁵⁴ Грибовский М.В. Реформа высшей медицинской школы. С. 144.

только как специалист для оказания медицинской помощи, но и как проводник в мир санитарно-гигиенических знаний и пропагандист идеи улучшения условий жизни⁷⁵⁵.

Несмотря на то, что в начале 1920-х гг. система высшего медицинского образования практически ежегодно дополнялась нововведениями, а учебные планы пересматривались с завидной регулярностью, уже к 1922 г. на всей территории СССР имелось 34 медицинских факультета с общим контингентом учащихся в 30–31 тыс. человек. При этом нехватка врачей ощущалась все так же сильно, в численном эквиваленте она составляла примерно 15–18 тыс. специалистов⁷⁵⁶.

В 1923 г. в систему высшего медицинского образования вновь были внесены коррективы. Теперь для 75 % студентов-медиков вводилась плата за обучение – 5 % от заработной платы студента⁷⁵⁷. Правительство объяснило данную меру необходимостью укрепления государственного бюджета. Таким образом, принцип бесплатности советской системы образования сохранялся недолго. Правда, уже в 1927 г. плата за обучение была отменена.

В условиях необходимости дальнейшей реорганизации системы высшего медицинского образования, в том числе и пересмотра учебного плана, в 1924 г. были проведены I Всероссийская конференция по медицинскому образованию и Всероссийское совещание по реформе медицинского образования. Особое значение на конференции имели два доклада: «Каких врачей должна готовить высшая медицинская школа» и «Задачи здравоохранения Советской республики и типы работников медико-санитарного труда высшей квалификации» З.П. Соловьева⁷⁵⁸. Главная идея докладов заключалась в том, что при подготовке будущих советских врачей необходимо делать акцент на важности проведения социально-профилактических мероприятий, а также на представлении о болезни

⁷⁵⁵ Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.). С. 194.

⁷⁵⁶ Овчаров В.К. К истории развития высшего медицинского образования в СССР. С. 32.

⁷⁵⁷ О порядке взимания платы за обучение в учреждениях Народного комиссариата просвещения: Декрет СНК СССР от 22.03.1923 // Собрание узаконений и распоряжений Рабочего и Крестьянского правительства за 1923 г. М. 1923. № 24. Ст. 279.

⁷⁵⁸ Грибовский М.В. Реформа высшей медицинской школы. С. 144–145.

как о биологическом и социальном явлении. Так, в основу дальнейшей реорганизации системы медицинского образования была положена идея о необходимости придания клиническим дисциплинам социально-профилактического содержания.

Весной 1925 г. по инициативе Главпрофобра состоялось Всероссийское методическое совещание по медицинскому образованию, на котором была поддержана идея разработки нового учебного плана. По окончании совещания на все медицинские факультеты были направлены письма с приглашением к участию в разработке нового документа⁷⁵⁹.

К учебному 1926/27 г. был разработан и утвержден новый единый учебный план, который был рассчитан уже на 5-летний срок обучения. По причине сокращения срока обучения было убрано изучение общетеоретических дисциплин, таких как биология и зоология, однако взамен были добавлены профессионально-подготовительные дисциплины, а также изучение социальных болезней⁷⁶⁰. Однако, утвержденный учебный план не удалось реализовать с осени 1926 г. по причине финансовых трудностей. В результате, на все медицинские факультеты были отправлены телеграммы о необходимости разработки собственных учебных планов и их представлении на утверждение в Главпрофобр не позднее 1 октября 1926 г.⁷⁶¹

С 1928 г. все же началась реализация нового единого учебного плана для высшей медицинской школы. К тому моменту в него была добавлена обязательная летняя производственная практика для студентов IV курса. Теперь практическая подготовка студентов-медиков осуществлялась в медицинских учреждениях с обязательным использованием инвентаря и осмотра пациентов⁷⁶².

Последующие мероприятия в области высшего медицинского образования определял переход к проведению социалистической индустриализации и коллективизации. В условиях перехода к новому курсу в советской политике

⁷⁵⁹ Грибовский М.В. Реформа высшей медицинской школы. С. 144–145.

⁷⁶⁰ Остапенко В.М., Коноплева Е.Л., Нагорная С.В. История медицины. С. 103–104.

⁷⁶¹ Грибовский М.В. Реформа высшей медицинской школы. С. 148.

⁷⁶² Там же. С. 149–150.

остро встал вопрос о необходимости увеличения количества практикующих врачей, поскольку во всесоюзном масштабе происходило освоение новых территорий и создание новых городов и промышленных объектов, что вызывало необходимость не только в создании кадров для оказания медицинской помощи, но и осуществления контроля за бытовыми условиями и санитарным надзором.

С переходом к коллективизации для обеспечения нужд деревни, особенно с началом проведения кампании «Лицом к деревне», было необходимо увеличить количество врачей на местном уровне. К концу 1920-х гг. ощущался сильнейший недостаток медицинского персонала в деревне, в особенности при сопоставлении с обеспеченностью городской медицинской сети⁷⁶³.

Говоря о проведении политики индустриализации, важно отметить, что увеличение числа врачей было также включено в первый и второй пятилетние планы, поскольку в условиях наращивания промышленного потенциала возрастала необходимость в хорошо подготовленном медицинском персонале, который должен был обслуживать трудящихся на предприятиях и их семьи. В первом пятилетнем плане было установлено подготовить 10 360 врачей, из которых 4 160 врачей должны были быть отправлены для обслуживания медицинских нужд деревни. Предполагалось, что ежегодно медицинские вузы будут выпускать 2 тыс. врачей, из которых 1 тыс. будет направлена на компенсацию медперсонала в результате естественной убыли, а другая 1 тыс. будет составлять прирост в среде медицинских кадров⁷⁶⁴.

В условиях осуществления пятилетнего плана продолжались вноситься нововведения в систему высшего медицинского образования, которые, в свою очередь, были направлены на выполнение нормативов. В течение 1930 г. в системе высшего медицинского образования произошли кардинальные преобразования. Так, в 1930 г. все медицинские факультеты СССР были преобразованы в самостоятельные учебные заведения, что противоречило идеям первого наркома Семашко о неотрывности медицинских факультетов от других

⁷⁶³ Грибовский М.В. Реформа высшей медицинской школы. С. 150.

⁷⁶⁴ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 72. Л. 47.

специальностей в высших учебных заведениях. Также все медицинские факультеты были разделены на лечебно-профилактические, охраны материнства и детства и санитарно-профилактические⁷⁶⁵. Как заявлялось, разделение на отдельные факультеты было осуществлено с целью улучшения качества обучения и увеличения выпуска врачей⁷⁶⁶. Однако, по мнению Главпрофобра, данной меры было недостаточно, и в этом же году все советские медицинские факультеты получили статус самостоятельных учебных заведений, срок обучения был сокращен с 5 до 4 лет, а на специальностях санитарно-профилактического факультета – до 3,5 лет⁷⁶⁷.

Сокращение срока обучения затронуло систему преподавания и проверки знаний. Так, началась борьба с многопредметностью, а на смену устоявшимся методам обучения пришел бригадно-лабораторный метод, который достаточно быстро получил негативную оценку от отдела медицинских школ Наркомздрава⁷⁶⁸. Этот метод серьезно снижал значимость университетских преподавателей, поскольку с переходом к нему студенты-медики 70 % учебного времени должны были заниматься самостоятельно⁷⁶⁹. Также в 1930 г. были внесены коррективы на заявку медперсонала по первой пятилетке, теперь из ежегодного выпуска в 2 тыс. врачей: 1 тыс. студентов медиков должна была набираться из молодежи, окончивший рабфаки, а еще 1 тыс. из школьников⁷⁷⁰.

В 1931 г. было проведено Всесоюзное совещание по медицинским кадрам, по итогам которого было принято решение об увеличении приема в медицинские институты. Также с 1931 г. с целью увлечение выпуска медперсонала в некоторых республиках были созданы больницы-вузы, в которых студенты-медики, как правило из числа среднего медперсонала, сразу приступали к практическим занятиям⁷⁷¹.

⁷⁶⁵ Материалы по пятилетнему перспективному плану здравоохранения РСФСР. С. 8.

⁷⁶⁶ Грибовский М.В. Реформа высшей медицинской школы... С. 152.

⁷⁶⁷ Здравоохранения в годы... С. 139.

⁷⁶⁸ Грибовский М.В. Реформа высшей медицинской школы... С. 148.

⁷⁶⁹ Там же. С. 149.

⁷⁷⁰ Здравоохранения в годы... С. 140.

⁷⁷¹ Грибовский М.В. Реформа высшей медицинской школы... С. 150.

Выполнение нормативов первого пятилетнего плана за счет увеличения мест в медицинских вузах и изменения учебной программы не могло не отразиться на качестве образования. Уже в январе 1932 г. на совещании директоров медицинских вузов нарком здравоохранения М.Ф. Владимирский выступил с докладом, в котором подверг критике бригадно-лабораторный метод и призвал к возвращению к лекционному и демонстрационному методам преподавания. На I Всесоюзной учебно-методической конференции медвузов РСФСР руководитель отдела высшего медицинского образования нарком В.М. Банщиков выступил с докладом, в котором выразил сомнения касаясь качества высшего медицинского образования и также призвал отказаться от бригадно-лабораторного метода в обучении, предложив пересмотреть роль преподавательского состава⁷⁷².

В 1933 г. был подготовлен доклад Наркомздрава о достижениях в области высшего медицинского образования. В докладе отмечалось, что контингент студентов-медиков был увеличен до 28 тыс. учащихся против 8,5–9 тыс. накануне Октябрьской революции, а за последние 3 года было открыто 24 медвуза в союзных республиках⁷⁷³.

Важно отметить, что нормативы второго пятилетнего плана в области подготовки медицинских кадров повторяли первый. Так же предполагалось ежегодно выпускать порядка 10 тыс. врачей, но существенным различием было увеличение доли врачей-стоматологов и фармацевтов среди выпускавшихся⁷⁷⁴.

Становится очевидным, что в условиях выполнения пятилетних планов качество медицинского образования значительно ухудшилось. По этой причине уже в следующем учебном 1933/34 году был осуществлен полный отказ от бригадно-лабораторного метода, а в целях улучшения качества образования были возвращены в учебный план лекционные, демонстрационные и практические методы⁷⁷⁵.

⁷⁷² Грибовский М.В. Реформа высшей медицинской школы... С. 150.

⁷⁷³ Здравоохранения в годы... С. 197–198.

⁷⁷⁴ Там же. С. 199.

⁷⁷⁵ Грибовский М.В. Реформа высшей медицинской школы... С. 151.

В сентябре 1934 г. было принято постановление ВЦИК «О подготовке врачей». В документе было отмечено не только неудовлетворительное качество высшего медицинского образования, но и слабость руководящего аппарата. В результате было принято решение о возвращении 5-летнего срока обучения, а также о создании новых направлений на факультетах охраны материнства и детства и санитарной гигиены. К примеру, факультет охраны материнства и детства подразделялся на 14 направлений подготовки, а на лечебном факультете появились хирургические, акушерские и другие направления с целью усовершенствования подготовки будущих врачей⁷⁷⁶.

Также с 1934 г. в целях скорейшего увеличения численности высшего медицинского персонала и выполнения нормативов второго пятилетнего плана вводилась заочная форма обучения⁷⁷⁷. С середины 1930-х гг., по решению советского руководства, было увеличено количество курсов по повышению квалификации и переподготовки врачей, в особенности узконаправленных, например, венерологов. Для этого в Москве открывались курсы, на которые командировались практикующие врачи со всей страны, а также был создан Центральный институт усовершенствования врачей⁷⁷⁸. Особое значение имело постановление «О работе высших учебных заведений и о руководстве высшей школой», которое установило сроки обучения и правила приема в медвузы⁷⁷⁹.

В целом к середине 1930-х гг. оформление системы медицинского образования завершилось. Была оформлена новая образовательная структура, разработан единый учебный план. К 1936 г. контингент учащихся уже составил 48 тыс. человек, медвузы действовали в каждой союзной республике⁷⁸⁰.

⁷⁷⁶ О подготовке врачей: Постановление ЦИК СССР от 03.09.1934 // Собрание узаконений и распоряжений Рабочего и Крестьянского правительства за 1934 г. М. 1934. № 44. Ст. 348.

⁷⁷⁷ Голубев А.А. Правовое регулирование подготовки врачебного персонала. С. 109.

⁷⁷⁸ здравоохранение в годы... С. 8.

⁷⁷⁹ О работе высших учебных заведений и о руководстве высшей школой: Постановление СНК СССР и ЦК ВКП(б) от 23.06.1936 // Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам. В 5 т.: Сб. док. за 50 лет. Т. 2. 1929–1940 гг. М.1967. С. 588–589.

⁷⁸⁰ здравоохранение в годы... С. 213–216.

Параллельно с реорганизацией системы высшего медицинского образования советское руководство приступило к созданию сети учебных заведений для подготовки среднего и младшего медицинского персонала. Для этого, как было сказано ранее, в составе Наркомздрава был создан отдел медицинских школ и медицинского персонала⁷⁸¹.

В первые годы существования Советской республики подготовка вспомогательного медицинского персонала осуществлялась по следующим направлениям: медицинские сестры, фармацевты, фельдшеры, акушерки. Подготовка вышеперечисленного медперсонала осуществлялась в специализированных школах и на курсах. К примеру, в фармацевтическую школу, на фельдшерские или сестринские курсы мог поступить любой желающий гражданин, достигший 16-летнего возраста. Стоит также отметить, что обучение в фармацевтических школах было первым этапом в ходе получения химико-фармацевтического образования. Документ, подтверждающий обучение в фармацевтической школе, значительно облегчал процесс поступления на соответствующий факультет. При этом совершенно иначе выглядел процесс поступления на медицинские факультеты, а в дальнейшем и в медицинские вузы проходил для практикующих фельдшеров, акушерок и медицинских сестер. Вышеназванные категории среднего и младшего медицинского персонала поступали в общем конкурсе наравне с советской молодежью, только что закончившей школу. В связи с этим в приемные комиссии медицинских факультетов и Наркомздрав регулярно поступали телеграммы и обращения со стороны местных советов, губздравотделов и др. о зачислении вне конкурса или «засталбливании мест» для определенных кандидатов. Например, в 1920 г. в Наркомздрав пришла телеграмма от саратовского губздравотдела с просьбой «застолбить» место на Петроградском медфакультете для фельдшера, который поступал под номером 5014⁷⁸².

⁷⁸¹ Становление и развитие здравоохранения... С. 187–188.

⁷⁸² ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 72. Л. 131.

Практически сразу с началом проведения реформы медицинского образования стали создаваться экспериментально-показательные учебные заведения. Одним из наиболее ярких примеров могут служить открытие школы слепых массажистов. По мнению большевиков, открытие школы слепых массажистов не только сократило бы нехватку медицинского персонала, но также вовлекло в трудовой процесс инвалидов. Однако содержание данных курсов оказалось непосильным даже для бюджета Наркомздрава, не говоря о финансовых возможностях местных здравотделов при создании аналогичных учреждений по примеру центральных. Первоначально на поиск помещения и проведение ремонтных работ было выделено 200 тыс. рублей, а для оплаты преподавателей и административно-хозяйственного персонала еще 1,677 млн, кроме того, 1,64 млн было выделено на канцлерские и хозяйственные расходы. Итого, содержание 3-месячной школы слепых массажистов обошлось в 2,354 млн рублей⁷⁸³

Как правило, советское руководство содействовало открытию нескольких показательных учреждений, а далее давало распоряжение о создании подобных учреждений на низовом уровне, но по причине тяжелого финансового положения в стране открытие подобных учреждений откладывалось.

В 1921 г. в Советской России было открыто 20 медицинских школ, каждая на 100 учащихся. Если обратиться к сметам Наркомздрава за 1921 г. их содержание обошлось в 81 904 800 рублей. Стоимость преподавательских услуг в школе на 1 месяц составляла 34 560 рублей, также по 5 тыс. ежемесячно выделялось на каждую школу на содержание и обновление библиотек, а также 35 тыс. на хозяйственные и ремонтные расходы. Самой дорогой статьёй расходов было содержание общежитий, включая питание, а также снабжение учащихся одеждой, бельем, обеспечение прачечными услугами, а также культурно-просветительским досугом. В среднем на 1 учащегося выделялось 2,5–2,6 тыс. рублей⁷⁸⁴. Важно отметить, что в начале 1920-х гг. учебные заведения для

⁷⁸³ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 72. Д. 62. Л. 3.

⁷⁸⁴ Там же. Д. 67. Л. 7–7а.

младшего и среднего медицинского персонала открывались только в крупных городах.

Начиная с 1919 г., с момента закрытия частных учебных учреждений, в Наркомздрав стали поступать ходатайства с просьбой об открытии государственных курсов и школ на местном уровне. Так, на протяжении 1920–1921 гг. между самарским губздравотделом и отделом медицинских школ Наркомздрава велась переписка об открытии акушерских курсов по причине закрытия акушерских курсов частнопрактикующих докторов Бродского и Якуба. В ходе рассмотрения ходатайства в самарскую губернию была направлена делегация от Наркомздрава для обследования губернии на предмет необходимости создания акушерской школы. В результате в 1921 г. в самарской губернии была открыта акушерская школа на 100 мест⁷⁸⁵.

Хотя в начале 1920-х гг. курсы по подготовке младшего и среднего медперсонала только начали выпускать молодых советских специалистов, однако практически сразу вся система обучения была повергнута жесткой критике на одном из заседаний коллегии отдела медицинских школ Наркомздрава. Так, член коллегии Корнеев выступил с докладом, в котором настаивал на увеличении продолжительности курсов по подготовке сестер-воспитательниц с 5–9 месяцев до 1,5 лет, а существующие 5-месячные курсы предложил и вовсе отменить, поскольку, по мнению советского деятеля, выпускники краткосрочных курсов не только не могут оказать пациентам должной помощи, но и могут навредить⁷⁸⁶. Вскоре появилась инициатива по совершенствованию фельдшерских школ, подразумевавшая увлечение учебных часов на практику. Однако оба предложения были отклонены большинством присутствующих на заседании⁷⁸⁷.

Уже в 1921 г., с переходом к НЭПу, выделение кредитов на открытие новых учебных учреждений резко сократилось, даже в центре. В это же время

⁷⁸⁵ ГА РФ. Ф. А-482. Оп. 14. Д. 73. Л. 576–579.

⁷⁸⁶ Там же. Л. 3–4.

⁷⁸⁷ Там же. Л. 15.

Главпрофобром была начата разработка единой учебной программы для средних медицинских учебных заведений⁷⁸⁸. Только к 1926 г. был разработан новый единый учебный план для подготовки младшего персонала, который так и не был реализован на практике по итогу решений II Всероссийской конференции. Так, по итогам конференции было принято решение о необходимости реорганизации всей системы среднего медицинского образования. Теперь все средние учебные заведения по подготовке медперсонала – школы и курсы – преобразовывались в отдельные медицинские техникумы, которые, в свою очередь, находились в ведении Наркомздрава и Наркомпроса⁷⁸⁹.

Процесс создания системы подготовки среднего и младшего медицинского персонала был завершен уже к началу 1927 г. В дальнейшем система не претерпела существенных изменений и корректив, за исключением определения показателей ежегодного выпуска медицинских работников. Единственным значительным нововведением в рассматриваемый период после 1927 г. стало решение, принятое на Всесоюзном совещании по медицинским кадрам в 1931 г., о возможности обучения и подготовки младшего и среднего медицинского медперсонала в специализированных больницах-вузах. При этом было строго оговорено, что данное нововведение вводится в целях быстрого увеличения контингента медперсонала⁷⁹⁰. На 1935–1936 гг. приходится еще одна реформа сфере среднего медицинского образования, содержание которой заключалось в установлении 3-годичного срока обучения по всем специальностям. Также предполагалось создание сети курсов при Наркомздраве по повышению квалификации среднего медицинского персонала.

Таким образом, система подготовки среднего медицинского персонала была также несколько раз реорганизована в процессе становления советской системы здравоохранения. В качестве характерных черт для рассматриваемого периода мы можем выделить следующие: проведение мероприятий с целью

⁷⁸⁸ Остапенко В.М., Коноплева Е.Л., Нагорная С.В. История медицины. С. 103.

⁷⁸⁹ Здравоохранение в годы... С. 6.

⁷⁹⁰ Там же. С. 8.

увлечения выпуска контингента среднего медицинского персонала, а также создание показательных учреждений на центральном уровне по причине финансовых трудностей и невозможности выделения дополнительных ассигнований и кредитов из госбюджета и бюджета Наркомздрава и указание на создание сети учреждений на периферии по аналогии с центром.

Подводя итоги главы, можно сделать вывод, что в исследуемый период были созданы и получили свое оформление основные отрасли советской системы здравоохранения. Одной из важнейших задач была борьба с распространением эпидемиологических и социальных болезней. Необходимость улучшения медико-санитарной обстановки и снижения уровня заболеваемости обусловило создание широкой сети лечебных и профилактических учреждений, а также проведению масштабной санитарно-просветительской пропаганды. Однако, тяжелое финансовое положение в Советской республике замедляло процесс строительства сети медицинских учреждений, по этой причине было принято решение о переходе к созданию показательных учреждений на центральном уровне с последующим созданием аналогичных учреждений на местном уровне за счет бюджетов местных исполкомов, что, как правило, было малоэффективно.

Еще одной задачей, которая стояла перед советской системой здравоохранения, была организация оказания медицинской помощи для различных категорий населения. Создание института охраны материнства, младенчества и детства с разветвленной сетью лечебных, консультативных, профилактических и учебно-воспитательных учреждений позволило решить насущные проблемы – снизить уровень детской смертности, беспризорности и сиротства, а также решить «женский вопрос» и трансформировать представления об институте семьи.

Создание системы военной медицины было обусловлено как реалиями военного времени, так и дальнейшей необходимостью в медицинском обслуживании РККА. По мере развития системы военной медицины был преодолен межведомственный параллелизм, созданы эвакуационный аппарат и

сеть медицинских учреждений для военного актива, а также налажен выпуск военных врачей и среднего медицинского персонала.

В деле санаторно-курортного строительства советская система здравоохранения столкнулась с проблемами освоения и восстановления уже национализированных учреждений и создания новых, увеличения коечного фонда, решения вопросов транспортировки и питания, что на первых этапах осложнялось тяжелой финансовой ситуацией в Советском государстве.

По мере решения вышеперечисленных проблем, советские граждане были обеспечены санаторно-курортным лечением, а также отечественные курорты стали объектом интереса для иностранных туристов.

Однако, для всех отраслей здравоохранения была свойственна общая проблема – нехватка медицинского персонала. В исследуемый период была создана эффективная система образования путем открытия медицинских институтов и медицинских факультетов в многопрофильных вузах, специализированных школ и техникумов, создании курсов для повышения квалификации и переквалификации, а также стандартизации всей системы медицинского образования.

В заключении стоит отметить, что создание каждой из рассматриваемых отраслей здравоохранения было необходимо для оказания должной помощи всему советскому населению, а также все сферы взаимодополняли друг друга.

Заключение

Установление советской власти ознаменовало собой начало строительства нового социалистического государства, важная роль в котором отводилась системе здравоохранения. После октября 1917 г. большевики были вынуждены временно отложить идею создания Народного комиссариата здравоохранения в связи с напряженной социально-экономической ситуацией в Республике. Однако уже в июне 1918 г. на I Всероссийском съезде представителей медико-санитарных отделов советов советское руководство вновь вернулось к идее создания Наркомздрава. Вскоре были подготовлены проекты организации ведомства, а 11 июля 1918 г. СНК был подписан декрет об учреждении Наркомздрава.

Создание новой системы здравоохранения было обусловлено реалиями военного времени, необходимостью оказания медицинской помощи участникам Гражданской войны, низким уровнем здоровья населения в целом, а также раздробленностью прежней системы. Идейное содержание новой системы здравоохранения имело в себе черты утопичности, но это не мешало вере в реализуемость подобных проектов. Главное было достичь поставленной цели – создать нового человека с высоким уровнем санитарно-гигиенических и социокультурных знаний, что позволило бы искоренить все заболевания и максимально использовать трудовые ресурсы.

В создании советской модели здравоохранения можно выделить три периода. К первому относится объединение раздробленной системы здравоохранения царской России и создание централизованной в составе Наркомздрава РСФСР, а также мероприятия советской власти в деле организации медицинской и лечебной помощи на всех уровнях. С образованием СССР совпадает второй период, для которого характерно распространение модели здравоохранения РСФСР во всех союзных республиках. Однако на данном этапе не были созданы народные комиссариаты здравоохранения в союзных республиках, а основные решения все также принимались в центре

Наркомздравом РСФСР. К заключительному периоду относится завершение оформления структуры Наркомздрава, улучшение организации медицинского дела в сельской местности и дальнейшее развитие в соответствии с нормативами пятилетних планов развития здравоохранения.

Именно советское руководство выступало «заказчиком» нового здорового советского гражданина, то есть сама идея оздоровления насаждалось сверху и оставалось долгое время непонятной для простого рабочего или крестьянина. Проблема заключалась в том, что советское руководство одновременно бралось за создание или улучшение различных сфер здравоохранения. Бесспорно, это была необходимая мера в условиях санитарно-эпидемиологической кризиса конца 1910-х гг. Одновременно создавалась система военной медицины, происходило оформление института охраны материнства и младенчества, борьба с эпидемиями и социальными болезнями, проведение усиленной санитарно-просветительской работы. Однако проводимые мероприятия осложнялись проблемой недостатка кадров, отсутствием оборудованных медицинских учреждений, бойкотированием мероприятий советской власти старой медицинской интеллигенцией, а сам советский гражданин вовсе был далек от идеалов молодой советской системы здравоохранения, так как привык к прежнему укладу и зачастую антисанитарным условиям жизни, казавшимся ему нормой.

В мероприятиях советской власти в деле создания новой системы здравоохранения можно выделить следующие направления. Каждый новый этап включал в себя достижения предыдущих и в целом модернизировал систему медицинского обслуживания. Первоочередной задачей было создание сети лечебных учреждений для оказания помощи пострадавшим в Первой мировой войне и революции. С первых дней существования Советской республики большевики приступили к созданию сети лечебных учреждений на фронтах и в прифронтовых районах, что положительно скажется на дальнейшем создании сети военно-медицинских учреждений. Одновременно был начат процесс ликвидации или же, в случае необходимости, реорганизации прежних органов

здравоохранения. На данном этапе также были предприняты первые попытки создания единого централизованного органа здравоохранения, которые, однако, закончились неудачей.

Как известно, большая часть эпидемических заболеваний заносилась на территорию Советской республики через фронты. К тому же, из-за низкого уровня санитарной культуры населения, эпидемии достаточно часто перерастали в пандемии. В связи с этим перед большевиками стояла задача остановить дальнейшее распространение эпидемий путем создания лечебно-профилактических учреждений и проведения широкой санитарно-просветительской работы. Создание лечебно-профилактических учреждений также предполагалось для оказания помощи советским гражданам, пораженным профессиональными и социальными болезнями. Еще одна задача, стоявшая перед советским правительством – создание института охраны материнства и детства для освобождения женщин от тягот быта и их вовлечения в трудовой процесс, который по мере взросления детей перетекал в институт охраны здоровья детей и подростков.

Свое начало советская система здравоохранения брала от Врачебно-санитарного отдела при Петроградском совете, также при народных комиссариатах были созданы врачебные коллегии для заведования определенной областью в медицинском обслуживании. Учреждение Совета врачебных коллегий было временной мерой. Однако уже в составе Совета был начат процесс объединения разрозненных медицинских ведомств.

С созданием Наркомздрава РСФСР был продолжен процесс объединения разрозненных медицинских учреждений. Параллельно было начато создание системы здравоохранительных органов на всех уровнях. Благодаря выработанному советским правительством комплексу противоэпидемических мероприятий уже к середине 1920-х гг. удалось устранить основные очаги распространения заболеваний. По всей территории республики было начато создание сети лечебных и вспомогательно-воспитательных учреждений для

детей и женщин. С окончанием Гражданской войны было начато санаторно-курортное строительство для восстановления здоровья трудящихся.

Не все мероприятия большевиков в деле создания новой системы здравоохранения были приняты советским населением. Так, отрицательно были восприняты попытки создания страховой медицины. Достаточно сложно происходило создание системы медицинских органов на местном уровне из-за отсутствия поддержки из центра и желания самих советских людей. Однако после принятия решения о переходе к проведению коллективизации было начато активное строительство лечебных учреждений в колхозах, селах и деревнях, в особенности в рамках выполнения пятилетних планов здравоохранения. С конца 1920-х гг., с началом ускоренного социалистического строительства, изменились и требования к системе здравоохранения. Так, в первую очередь была поставлена задача в рамках выполнения пятилетних планов увеличить число медицинских учреждений и медицинского контингента, отодвинув на задний план качество и уровень оказываемой помощи, на что сетовали даже наркомы здравоохранения.

Отдельно стоит отметить значение проведения санитарно-просветительской работы и пропаганды гигиенических знаний среди советского населения. Советское руководство возлагало большие надежды на санитарно-просветительскую агитацию, надеясь, что это позволит в кратчайшие сроки донести до советских граждан важность идеи оздоровления и уже продолжить дальнейшее создание системы здравоохранения и сверху, и снизу. Для этого предполагалось создание просветительских ячеек и агитпунктов на всех уровнях для проведения широкомасштабной работы посредством распространения листовок, брошюр, литературы, показа кинематографических лент, создания музеев и проведения выставок и др. Однако в момент установления советской власти крайне не хватало санитарных врачей, которые, по мнению большевиков, должны были заниматься санитарно-просветительской работой. По этой причине к участию в агитации стали привлекаться рядовые советские граждане с целью развития личной инициативы.

Как было сказано ранее, переход к развитию системы здравоохранения в рамках выполнения нормативов пятилетних планов ускорили ее дальнейшее развитие на всесоюзном уровне. Как известно, благодаря трудовому энтузиазму советского населения пятилетние планы выполнялись досрочно, что относилось и к выполнению пятилетних планов здравоохранения. Однако зачастую темпы выполнения государственных нормативов не отвечали качественным показателям, в особенности с началом массового жилищного и промышленного строительства. По этой причине нормативы пятилетних планов здравоохранения иногда могли быть пересмотрены или же в зависимости от необходимости в одну из отдельных отраслей медицинского обслуживания могли быть внесены коррективы. Несоответствие темпов роста мощностей системы здравоохранения и качества оказываемой медицинской помощи стали главной причиной принятия решения о создании Народного комиссариата здравоохранения СССР и подчиненных ему республиканских народных комиссариатов здравоохранения, что позволило более глубоко и детально обратиться к медицинским нуждам каждой из республик.

Таким образом, в рассматриваемый период была создана новая система здравоохранения, которая позволила преодолеть многие трудности и проблемы прежней системы здравоохранения. Несмотря на несовершенство и пробелы молодой системы здравоохранения, мероприятия, осуществленные в изучаемый период, стали основой для дальнейшего становления системы здравоохранения, что сыграло положительную роль в годы Великой Отечественной войны.

В настоящее время Россия как правопреемница СССР унаследовала советскую модель здравоохранения и ее основные принципы. При этом советская модель здравоохранения, которая в первой половине XX в. имела поистине революционный характер, сегодня в модернизированном виде функционирует во многих государствах. Таким образом, несмотря на ранее названные недостатки, советская модель здравоохранения задала высокий стандарт обеспечения бесплатной квалифицированной медицинской помощи, став образцом для подражания во всем мире.

Библиография

Источники

1) Архивные документы:

Государственный архив Российской Федерации (ГА РФ):

Ф. Р–1236. Военно-революционный комитет (Петроградский, ВРК, ПВРК)

При Всероссийском Центральном исполнительном комитете.

Ф. 847. Государственная Центральная курортная торгово-эксплуатационная контора Главного курортного управления (ЦЕНТРОКУРТОРГ) Наркомата здравоохранения РСФСР.

Ф. А–482. Министерство здравоохранения РСФСР.

Ф. А–483. Главное курортное управление Наркомата здравоохранения РСФСР.

Российский государственный военный архив (РГВА):

Ф. 35. Военно-санитарная инспекция при Главнокомандующем всеми вооруженными силами республики.

2) Сборники документов и материалов:

Здравоохранение в годы восстановления и социалистической конструкции народного хозяйства СССР 1925–1940: Сборник документов и материалов. М., 1973. 327 с.

Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти. 1917–1924 гг.: Сборник документов и материалов. М., 1966. 544 с.

3) Законодательные постановления:

О восьмичасовом рабочем дне: Декрет СНК РСФСР от 29.10.1917 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР. М., 1942. С. 10–13.

О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений и предприятий, в случае неимения таковых, о выдаче денежных сумм на оборудование их: Декрет СНК РСФСР от 04.11.1917 г. // Собрание

узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР. М., 1942. С. 29.

О страховании на случай болезни: Декрет СНК РСФСР от 22.12.1917 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР. М., 1942. С. 199–206.

О Народном комиссариате здравоохранения РСФСР (Положение): Декрет СНК от 18.07.1918 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР. М., 1942. С. 688–689.

О правилах приема в высшие учебные заведения РСФСР: Декрет СНК РСФСР от 02.08.1918 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР. М., 1942. С. 770.

О слиянии Военно-Санитарного Управления с Народным Комиссариатом Здравоохранения (Положение): Постановление СНК РСФСР от 29.08.1918 // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917–1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР. М., 1942. С. 865.

О порядке взимания платы за обучение в учреждениях Народного комиссариата просвещения: Декрет СНК СССР от 22.03.1923 // Собрание узаконений и распоряжений Рабочего и Крестьянского правительства за 1923 г. М., 1923. № 24. Ст. 279.

О санитарных органах республики: Постановление СНК РСФСР от 19.02.1927 // Собрание указаний и распоряжений РСФСР, 1927. М., 1927. № 21. Ст. 139.

О санитарном минимуме: Постановление СНК РСФСР от 20.05.1930 // Собрание узаконений и распоряжений рабоче-крестьянского правительства РСФСР, 1930 г. М., 1930. № 24. Ст. 322.

О санитарном обслуживании переселенцев: Постановление СНК РСФСР от 11.03.1932 // Собрание узаконений и распоряжений рабоче-крестьянского правительства РСФСР, 1932 г. М., 1932. № 25. Ст. 123.

О подготовке врачей: Постановление ЦИК СССР от 03.09.1934 // Собрание узаконений и распоряжений Рабочего и Крестьянского правительства за 1934 г. М., 1934. № 44. Ст. 348.

Примерный устав сельскохозяйственной артели: Постановление СНК СССР, ЦК ВКП (б) от 17.02.1935 // Собрание законов и распоряжений рабоче-крестьянского правительства СССР. 1935. № 11. Ст. 82.

О реорганизации комиссариата здравоохранения РСФСР: Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 01.09.1935 // Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-Крестьянского правительства РСФСР за 1935 г. М., 1935. С. 207–208.

О работе высших учебных заведений и о руководстве высшей школой: Постановление СНК СССР и ЦК ВКП(б) от 23.06.1936 // Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам. В 5 т.: Сб. док. за 50 лет. Т. 2. 1929–1940 гг. М., 1967. С. 588–589.

О генеральном плане реконструкции Москвы: Постановление ЦК ВКП (б) и СНК РСФСР от 10.07.1936 // Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам. В 5 т.: Сб. док. за 50 лет. Т. 2. 1929–1940 гг. М., 1967. С. 534–546.

Об образовании Народного Комиссариата Здравоохранения Союза ССР: Постановление ЦИК и СНК РСФСР от 21.07. 1936 // Известия ЦИК Союза ССР и ВЦИК от 21 июля 1936 г. № 168. С. 336–338.

4) Статистические сборники:

Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР: Статистический сборник / Под ред. И.А. Кравалю. М, 1936. 221 с.

Отчет Народного комиссариата здравоохранения XII Всероссийскому съезду советов. М., 1925. 122 с.

5) Периодическая печать:

Бюллетень Народного комиссариата здравоохранения (выпуски 1922–1927 гг.)

Вестник агитации и пропаганды. 1920.

Вестник современной медицины. 1928.

Вопросы здравоохранения (выпуски 1928–1931 гг.)

Известия ВЦИК (выпуски 1918–1919 гг.)

Известия Народного комиссариата здравоохранения (выпуски 1918–1925 гг.)

На фронте здравоохранения (выпуски 1931–1935 гг.)

б) Труды народных комиссаров здравоохранения:

Владимирский М.Ф. Вопросы советского здравоохранения. М., 1960. 316 с.

Каминский Г.Н. Задачи советского здравоохранения. М., 1934. 316 с.

Каминский Г.Н. О работе и задачах в области народного здравоохранения РСФСР.: Доклад на XVI съезде советов РСФСР. Л., 1935. 45 с.

Семашко Н.А. Вопросы здравоохранения в деревне. М., 1925. 219 с.

Семашко Н.А. Десятилетие Октябрьской революции и охрана здоровья рабочих. М., 1927. 32 с.

Семашко Н.А. Избранные произведения. М., 1967. 379 с.

Семашко Н.А. Народное здравоохранение в деревне. М., 1927. 80 с.

Семашко Н.А. Новый быт и половой вопрос. М., 1926. 32 с.

Семашко Н.А. Прожитое и пережитое. М., 1960. 119 с.

Семашко Н.А. Физическая культура, а не только физические упражнения // Известия физической культуры. 1924. № 2. С. 2–3.

Литература

1.15 лет социалистического здравоохранения. 1918–1933 / Отд. здравоохранения, Ин-т социалистического здравоохранения и гигиены Западной обл. Сб. ст. / Отв. ред. Р. Е. Абрамович. Смоленск, 1933. 211 с.

2. 50 лет советского здравоохранения. 1917–1967 / ред. Б. В. Петровский. М., 1967. 698 с.

3. 70 лет советского здравоохранения, 1917–1987 / О.П. Щепин, [и др.]; ред. Е.И. Чазов, [и др.]. М., 1987. 510 с.

4. Альбицкий В.Ю., Серебряный Р.С., Шер С.А., Яремчук О.В. К истории борьбы с туберкулезом у детей раннего возраста в СССР (по материалам Москвы и Самары) // История педиатрии. 2017. № 20. С. 58–64.

5. Альбицкий В.Ю., Шер С.А., Серебряный Р.С., Яремчук О.В. Охрана здоровья детей в советской России во время голода 1932–1933 гг. (по материалам Москвы и Самары) // Вопросы современной педиатрии. 2019. Т. 18. № 4. С. 240–246.

6. Антипова Е.И. Организация санаторно-курортного дела органами социального страхования в период НЭПа (на материалах Уральской губернии) // Социум и власть. 2012. № 3(35). С. 113–116.

7. Антонюк М.В., Гвозденко Т.А. Исторические аспекты развития санаторно-курортного лечения в России // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2018. № 2(74). С. 4–10.

8. Барсуков М.И. Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения. М., 1950. 51 с.

9. Барсуков М.И. За социалистическую реконструкцию здравоохранения. Основные положения второго пятилетнего плана здравоохранения в СССР. М., 1932. 65 с.

10. Басов Н.Ф. Особенности социальной помощи семьям в России в период становления новой общественной системы (февраль 1917 – начало 1990-

х гг.) // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2015. Т. 21. С. 228–232.

11. *Баранов А.А., Альбицкий В.Ю.* 100 лет советской системе охраны здоровья матери и ребенка: успехи, проблемы, уроки // Социальная педиатрия и организация здравоохранения. 2018. № 17(1). С. 11–15.

12. *Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Шер С.А.* Вера Павловна Лебедева – организатор Института охраны материнства и младенчества // Педиатрия и фармакология. 2013. Т. 10. № 2. С. 6–9.

13. *Бейлин И.Б.* Борьба с туберкулезом в Москве за 30 лет // Проблемы туберкулеза. 1940. № 12. С. 93–98.

14. *Береговская Н.А.* Правовая политика по охране здоровья детей в первые годы Советской власти (голод в Поволжье 1921–1922 годов) // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2012. № 1(83). С. 36–41.

15. *Богатырева К.В.* Деятельность З.П. Соловьева в системе здравоохранения Советской России в 1918–1927 гг. // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. Тамбов. 2016. № 12(74). С. 28–32.

16. *Борисова А.В., Иерусалимский Ю.Ю.* История развития санаторно-курортного строительства дела в России // Современные проблемы сервиса и туризма. 2009. № 3. С. 31–34.

17. *Бычков И.Я.* Санитарный кодекс периода социалистической реконструкции // Гигиена и санитария. 1932. № 5. С. 4–15.

18. *Васеха М.В.* Политика охраны материнства и младенчества 1920-х гг. и «конструирование» матерей нового типа: опыт сибирской деревни // Женщина в российском обществе. 2019. № 2. С. 107–119.

19. *Василевский Л.В.* Половой вопрос. Проституция и рабочая молодежь: социально-гигиенический очерк. М., 1924. 75 с.

20. *Виноградов Н.А.* Здравоохранение в период борьбы за коллективизацию сельского хозяйства (1930–1934). М., 1955. 41 с.

21. *Виноградов Н.А.* Здоровоохранение в предвоенный период (1935–1940). М., 1955. 39 с.
22. *Винокуров Н.А.* В.И. Ленин и социальное обеспечение. М., 1921. 16 с.
23. *Девятков С.В., Жиляев В.И., Зимин И.В., Кайкова О.К., Невежин В.А.* Медицина и власть в России. Лечебно-санитарное управление Кремля. М., 2024. 304 с.
24. Двадцать пять лет советского здравоохранения. [1918–1943] / под ред. Г.А. Митерева. М., 1944. 294 с.
25. *Гладких П.Ф.* Российская военная медицина в первые годы Советской власти // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2017. № 3. С. 5–17.
26. *Грибовский М.В.* Реформа высшей медицинской школы на рубеже 1920–1930-х годов // Вопросы образования. 2016. № 3. С. 141–153.
27. Год работы Народного комиссариата здравоохранения. 1918–1919 гг. М., 1919. 92 с.
28. *Голубев А.А.* Правовое регулирование подготовки врачебного персонала в РСФСР в 1917–1941 гг. // Вестник Московского университета. Серия 11. Право. 2010. № 3. С. 106–113.
29. *Голубев А.А.* Центральные органы государственного управления здравоохранения РСФСР в октябре 1917 – первой половине 1918 г. // Вестник Московского университета. Серия 11. Право. 2009. № 4. С. 94–103.
30. *Давыдова Т.В.* Советское законодательство о здравоохранении в довоенный период (1917–1941 гг.): историко-правовой аспект // Вестник Томского государственного университета. 2015. Т. 20. № 11 (151). С. 79–85.
31. *Егорышева И.В., Шерстенева Е.В.* Охрана здоровья промышленных рабочих в годы восстановления и индустриализации страны (к 100-летию Народного комиссариата здравоохранения РСФСР) // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. №. 61 (4). С. 220–224.
32. *Ерегина Н.Т.* «От борьбы с эпидемиями – к оздоровлению труда и быта!» // История в подробностях. 2013. № 4. С. 30–35.

33. *Ермаков В.В.* Высшее медицинское образование в СССР. М., 1967. 47 с.
34. *Жаркова А.А.* Деятельность дальневосточных органов здравоохранения по охране здоровья детей и подростков в 20–30-е гг. XX века // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2006. № 10. С. 22–27.
35. *Ильин М.В., Хлапов А.Л., Першина Н.К.* Правовое регулирование курортного дела (историко-правовой анализ) // Организация здравоохранения. 2012. Т. 17. № 1. С. 5–9.
36. История здравоохранения СССР / под ред. Е.Д. Ашуркова, М.И. Барсукова. М., 1953. 96 с.
37. История медицины СССР / под ред. проф. Б.Д. Петрова. М., 1964. 646 с.
38. *Кежутин А.Н.* Борьба отечественной медицинской общественности с венерическими болезнями в СССР в 1920-е гг. // Манускрипт. 2019. Т. 12. № 1. С. 40–43.
39. *Клементьева Н.В.* Деятельность медико-санитарных органов Южного Урала по борьбе с малярией в первые десятилетия Советской власти // Самарский научный вестник. 2017. Т. 6. № 2 (19). С. 158–162.
40. *Ковалева И.П.* Развитие здравоохранения России: исторический аспект // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. 2015. № 31. С. 125–131.
41. *Ковтюх Г.С., Полунина Н.В., Трефилова О.А.* Роль Г.Н. Сперанского в борьбе с детской смертностью в 1920–1940-е годы. // Лечебное дело. 2008. № 4. С. 74–80.
42. *Коллонтай А.М.* Семья и коммунистическое государство. М., 1918. 24 с.
43. *Колемасов В.Н.* Борьба с пьянством и алкоголизмом в России в 1917–1930 годах // Наука. Общество. Государство. 2016. Т. 4. № 2 (14). С. 17–24.
44. *Корсунский А.А., Смирнова Г.И.* История кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета Первого

Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова: краткий очерк // Российский педиатрический журнал. 2015. № 18 (1). С. 60–64.

45. *Кузнецова Л.А.* Дискуссии о форме и содержании советского курортного отдыха (1920-е–1930-е гг.) // Вестник Пермского университета. Серия: «История». 2018. № 4(43). С. 98–106.

46. *Ладодо К.С.* Воспоминания об Александре Ивановне Доброхотовой // История педиатрии. 2010. № 9(4) С. 171–172.

47. Ленин В.И. Собрание сочинений. Т. XV, изд. 3-е. М., 1958–1965. 791 с.

48. *Ливенцев Д.В., Макерова С.Ю.* Плавучий пароход-санаторий и борьба с туберкулезом в первые годы советской власти // Журнал: Березиня: Общество. Политика. Экономика: научный журнал. 2017. № 2 (33). С. 36–37.

49. Материалы к пятилетнему плану здравоохранения РСФСР. М., 1930. 152 с.

50. Материалы по пятилетнему перспективному плану здравоохранения РСФСР. Л., 1929. 29 с.

51. *Минаева О.Д.* Борьба журнала «Работница» за аудиторию и тиражи в 1920–1930-е гг. // Вестник Московского университета. Серия 10. Журналистика. № 5. С. 7–8.

52. *Минаева О.Д.* Журналы «Работница» и «Крестьянка» в решении «женского вопроса» в СССР в 1920–1930-е гг. М., 2015. 230 с.

53. *Микиртичан Г.Л.* К 100-летию со дня основания Всероссийского попечительства об охране материнства и младенчества // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. 2014. № 1. С. 260–274.

54. Министры здравоохранения. Очерки истории здравоохранения в России в XX веке / под ред. О.П. Щепина. М. 1999. 479 с.

55. *Морозов А.В.* Работа Наркомздрава РСФСР и Н.А. Семашко по организации санаторно-курортной помощи населению в первые годы советской власти // Вестник новых медицинских технологий. 2016. Т. 23. № 4. С. 246–250.

56. *Морозов А.В., Сорокина Т.С.* Отечественное здравоохранение и медицинское образование в первой половине двадцатого века. М., 2017. 55 с.

57. *Нестеренко А.И.* Вопросы здравоохранения и военной медицины в документах Коммунистической партии и Советского правительства (1917–1921 гг.). Л., 1953. 87 с.

58. *Нестеренко А.И.* Как был образован Народный комиссариат здравоохранения РСФСР. М., 1965. 96 с.

59. *Николаев И.* Десять лет (К 10-летию юбилею Наркомздрава РСФСР). Харьков, 1928. 22 с.

60. *Овчаров В.К.* К истории развития высшего медицинского образования в СССР. М., 1957. 126 с.

61. *Орлов И.Б.* «Болезнь Венеры»: пережиток «проклятого прошлого», или «изнанка» индустриализации? // Повседневный мир советского человека 1920–1940-х гг. Ростов н/Д. 2009. С. 339–348.

62. *Остапенко В.М., Коноплева Е.Л., Нагорная С.В.* История медицины. Смоленск, 2013. 126 с.

63. *Островкин Д.Л.* «Или вши победят социализм, или социализм победит вшей»: о санитарно-эпидемиологической ситуации на Урале в 1920-е гг. // Вестник Адыгейского государственного университета. 2017. № 1 (194). С. 50–60.

64. *Островкин Д.Л.* Становление органов здравоохранения на Урале в преодолении эпидемий в регионе в годы Революции и Гражданской войны (1917 – начало 1921 гг.) // Вестник Академии наук Республики Беларусь. 2019. Т. 32. №3 (95). С. 82–91.

65. Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.) / под ред. М.И. Барсукова. М., 1957. 394 с.

66. Периодическая печать СССР. 1917–1949: библиографический указатель. М., 1955–1963. 864 с.

67. *Петровский Б.В.* Опыт и перспективы высшего медицинского образования и усовершенствования врачей в СССР // Советское здравоохранение. 1967. № 6. С. 3–14.

68. *Поддубный М.В., Егорышева И.В., Морозов А.В.* Международное сотрудничество Наркомата здравоохранения РСФСР в период 1920–1930 годов // Вестник современной клинической медицины. 2017. Т. 10. № 5. С. 74–78.

69. *Прохоров Б.Б., Горшкова И.В.* Кризисы общественного здоровья в России и СССР в XX веке // Мир России. 1999. № 4. С. 125–137.

70. Пять лет советской медицины. 1918–1923. Пг., 1923. 259 с.

71. *Радин Е.П.* Что делает советская власть для охраны здоровья детей. Вятка, 1921. 46 с.

72. *Ростовская И.В.* Эволюция отечественного законодательства о несовершеннолетних: дореволюционный и советский периоды // Вестник Удмуртского университета. 2012. № 2. С. 98–101.

73. *Русецкая Э.А.* Формирование и развитие системы медицинского страхования: Дис... канд. эконом. наук. Ставрополь, 2004.

74. *Саятова А.С., Аликеева Г.М., Шахиева А.М.* История организации системы охраны материнства и детства в Казахстане в 20-е гг. // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2016. № 2. С. 444–450.

75. *Семенова И.Ю.* Охрана детства в первые годы Советской власти (на материалах законодательных актов) // Вестник Чувашского университета. 2019. № 2. С. 153–160.

76. *Скачкова Е.И., Нечаева О.Б., Пунга В.В.* Организация противотуберкулезной помощи в России // Социальные аспекты здоровья населения. 2008. Т. 6. № 2. С. 1–17.

77. Советская социальная политика 1920–1930-х годов: идеология и повседневность: сборник статей / под ред. П.В. Романова, Е.Р. Ярской-Смирновой. М., 2007. 430 с.

78. Спутник по охране материнства и младенчества. М., 1921. 105 с.

79. *Тарасюк А.Я.* Реализации государственных мероприятий в области охраны материнства и младенчества в 1920-е годы (на материалах Зауралья) // Вестник Челябинского государственного университета. История. 2011. № 1 (216). № 43. С. 55–60.

80. Тезисы по пятилетнему перспективному плану здравоохранения РСФСР. М., 1929. 30 с.

81. *Тополянский В.Д.* Конец Пироговского общества // Актуальный архив. 2014. № 4. С. 168–191.

82. *Фалалеева Л.А.* «Маленькие винтики огромной государственной машины». Становление и развитие системы ясельных учреждений в 1920–1930-е годы (по материалам республики немцев Поволжья) // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 4: История. Регионоведение. Международные отношения. 2017. Т. 22, № 2. С. 98–108.

83. *Федоров А.Н.* Охрана материнства и детства в Советской России в условиях Революции и Гражданской войны (1917–1920 гг.) // Научные ведомости. 2009. № 9 (64). С. 175–182.

84. *Хабриев Р.У., Егорышева И.В., Шерстенева Е.В.* Николай Александрович Семашко – первый народный комиссар здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. №26 (3). С. 164–168.

85. *Хорошева А.В.* «В здоровом теле – здоровый дух!». Концепция естественного оздоровления населения Н.А. Семашко и культурная революция // Российская история. 2022. № 2. С. 145–155.

86. *Хорошева А.В.* «Даешь здоровье!»: комсомол и физическая культура в 1923–1926 гг. (по материалам газеты «Комсомольская правда») // Вестник Московского университета. Серия 8. История. 2021. № 4. С. 61–87.

87. *Христенко Д.Н., Красовская Ю.В.* Коллективизация и становление системы здравоохранения на селе // Самарский научный вестник 2019. Т. 8. № 4 (29). С. 200–204.

88. *Чвыкалов В.В.* Гендерная политика советского государства в социальной сфере в целях защиты прав женщин // Юристъ-правоведъ. Ростов-на-Дону. 2011. № 3. С. 74–79.

89. *Чебаковская А.В.* Система государственного управления сферой охраны детства в 1920–1935 гг. // Петербургский исторический журнал. 2018. № 2. С. 80–86.

90. *Шаяхметова В.Р.* Становление социального обеспечения в РСФСР // Актуальные вопросы общественных наук: социология, политология, философия, история. 2015. № 9 (49). С. 42–47.

91. *Шерстнева Е.В.* Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества (к 100-летию со дня основания) // Из истории педиатрии. 2013. Т. 12. № 2. С. 150–152.

92. *Шерстнева Е.В.* Организация санитарного просвещения населения в первые годы Советской власти // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. 2015. № 7. С. 121–125.

93. *Шерстнева Е.В.* Санитарное просвещение и пропаганда в борьбе с пьянством и алкоголизмом в СССР в 1920-е годы. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. Т. 22, № 4. С. 54–58.

94. Gantt W.H. A Medical Review of Soviet Russia. L., 1928.

95. Newsholme A., Kingsbury J. A. Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia. NY, 1933.

96. Sigerist H.E. Medicine and health in the Soviet Union. NY, 1947.

97. Lazarvitch I. La Medecine en URSS. P., 1953.