

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО УРАЛА В 1953–1964 гг.

Здоровье нации – один из важных компонентов благополучия страны. В 1953 – 1964 гг. XX века развитие здравоохранения являлось одним из ведущих направлений в социальной политике. Государство смогло обеспечить общедоступную, бесплатную и квалифицированную медицинскую помощь всем нуждающимся.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинское обслуживание, поликлиника, Южный Урал.

Здравоохранение представляет собой систему социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих целью сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом. Здоровье нации – это один из важных компонентов благополучия страны, наиболее яркий критерий эффективности государственного управления. В СССР в 50–60-е гг. XX века была создана такая система здравоохранения, которая обеспечивала общедоступность квалифицированной медицинской помощи, предоставляемой бесплатно и равно всем гражданам независимо от их положения в обществе. В рассматриваемые хронологические рамки развитие данной отрасли становится одним из приоритетных направлений в социальной политике государства.

Перед государством стояла сложная задача: необходимо было расширить сеть медицинских учреждений, в том числе увеличить коечную сеть, повысить оснащенность учреждений медицинским оборудованием, улучшить медицинское обслуживание населения, увеличить производство медикаментов, обеспечить медицинским обслуживанием наиболее незащищенных категорий граждан (инвалидов войны и труда, семей погибших воинов и т. д.). Медицина должна была стать не только доступной для населения, но и более качественной.

В этот период растет бюджет здравоохранения. В 1953 г. на Южном Урале он составил 605,7 млн руб., из них в Челябинской области – 283,44 млн руб., в Чкаловской – 152,7 млн руб., в Башкирской АССР – 169,59 млн руб. [1].

Выполнение двух главных задач здравоохранения – предупреждение и лечение болезней – обеспечивает сеть медицинских учреждений. Это сеть дополняющих друг друга учреждений, размещенных на конкретной территории и обладающих определенной совокупностью видов медицинской помощи. На формирование и развитие сети медицинских учреждений влияли многие факторы: демографические (фактические данные и перспектива), градостроительные (формирование перспективных систем расселения, экономические связи населения и др.), медицинские (фактическая обеспеченность населения всеми видами медицинской помощи, контингенты больных и другие), организационные (экономические и кадровые) [2. С.6, 11]. Государство постоянно проявляет заботу об

* © Леонтьева Е.А., 2009

Леонтьева Евгения Анатольевна – кафедра истории, методики преподавания истории и обществознания Оренбургского государственного педагогического университета

увеличении сети лечебных учреждений ввиду расширения существующих промышленных предприятий и строительства новых, а также в связи с необходимостью замены пришедших в негодность помещений. Народно-хозяйственным планом на 1953 г. принято строительство в Чкаловской области четырех сельских больниц: Судьбодаровской больницы Покровского района на 15 коек, инфекционных больниц по 10 коек в Пономаревском и Сок-Кармалинском районах, Баклановской больницы Сорочинского района на 10 коек. К началу 1960 г. были открыты больницы в Ново-Златоустовском, Увельском районах, построены новые корпуса Магнитогорской больницы Челябинской области, в поселке Тюльган Троицкого района, в совхозе «Советская Россия» Адамовского района, онкологический диспансер в г. Орске Оренбургской области и др. Продолжалось строительство больниц и поликлиник за счет средств предприятий. Построили в 1960 г. свои больницы Черниковский нефтеперерабатывающий завод, трест «Башвостокнефтеразведка» в г. Бирске, Башкирский горно-обогательный комбинат в г. Сибай, завод медицинского стекла в Туймазах Башкирской АССР, Троицкий ГРЭС Челябинской области и многие другие предприятия Южного Урала [3; 4. С.202; 5. С.81]. За 10 лет (1953 – 1963 гг.) сеть больничных учреждений Оренбургской области увеличилась на 148,8 %. Возросла сеть больничных учреждений села на 159 %, города на 123 % [6. С.113].

В связи с ростом количества лечебных заведений увеличивалась и их коечная сеть. Если в 1953 г. в Чкаловской области коечная сеть составляла 9424 единицы, то к 1962 г. она увеличилась до 14510, то есть в 1,5 раза (7,4 койки на одну тысячу населения); в Башкирской АССР – соответственно с 12875 до 23730 единиц, или в 1,8 раза, в городе Челябинске количество коек возросло в 2,1 раза (с 3265 до 6910) [7].

В целях повышения качества медицинского обслуживания населения Министерство здравоохранения СССР проводило серьезную реформу – объединение больниц с поликлиническими учреждениями в соответствии с Постановлением Совета Министров СССР № 3244, которое началось в конце 1947 г. и закончилось к 1954 г. Объединение позволило осуществить единый принцип в лечении больных, рационально сочетать амбулаторное лечение со стационарным, в более полном объеме применять новейшие методы лечения и планировать оздоровительные мероприятия.

Однако при объединении больниц допускались ошибки. Нередко с одной больницей объединялись сразу несколько поликлиник, в том числе далеко расположенных друг от друга.

В связи с этим был принят приказ Министерства здравоохранения СССР от 17 апреля 1954 г. «О мероприятиях по дальнейшему улучшению организационных форм медицинского обслуживания населения и исправлению ошибок, допущенных при объединении больничных и поликлинических учреждений».

Выполняя этот приказ, органы здравоохранения путем перегруппировки врачебных должностей в лечебно-профилактических учреждениях укрепили территориальные и цеховые врачебные участки, восстановили ликвидированные врачебные здравпункты.

В сентябре 1956 г. коллегия Министерства здравоохранения СССР рекомендовала Министерством союзных республик приступить к перестройке районного звена, где главный врач больницы становился главным врачом района, ликвидировался райздравотдел, а районная санэпидемиологическая станция (СЭС) объединялась с районной больницей на правах отдела.

В течение 1957 – 1958 гг. перестройка была проведена более чем в 70 % сельских районов.

Однако опыт работы по новой структуре показал, что она была не лишена ряда существенных недостатков. Главный врач района, являясь одновременно главным врачом больницы, не имел возможности часто выезжать по вызовам; в составе больницы не существовало структурного подразделения, на которое возлагалась бы работа по анализу заболеваемости населения в районе и разработке лечебно-профилактических мероприятий. Не оправдало себя и объединение больницы с районной СЭС, так как оно лишило санитарную службу самостоятельности в решении вопросов по предупредительному и текущему санитарному надзору.

В конце 1962 г. принята новая организационная структура сельского районного звена здравоохранения.

Руководство здравоохранением в сельских районах возложили на центральные районные больницы, которые организовывались на базе районных или городских больниц, находящихся в административном центре района. Организация районной центральной больницы заложила прочную основу для приближения квалифицированной медицинской помощи к сельскому населению, а также для повышения уровня организационного руководства всеми лечебно-профилактическими учреждениями района [8. С.59 – 67].

В повышении качества медицинского обслуживания населения большую роль играла проводимая государством кадровая политика. Обеспеченность медицинских учреждений специалистами, система и уровень их подготовки, повышение квалификации являются одним из главных показателей уровня развития здравоохранения. Выполняя постановление Совета Министров РСФСР от 1 января 1954 г. № 79 «О состоянии и мерах по улучшению укомплектования лечебных учреждений врачебными кадрами», можно отметить следующее: в 1955 г. на территории Южного Урала насчитывалось 8902 врача (в Чкаловской области 1987 (11 человек на 10 тысяч населения), в Челябинской области 4017 (15 человек на 10 тысяч населения), в Башкирской АССР 2898 (9 человек на 10 тысяч населения)) [9]. Однако следует отметить, что укомплектованность полностью врачами пяти основных специальностей (терапевт, хирург, акушер – гинеколог, педиатр и санитарный врач) выполнялась не всегда. Так, в 1954 г. в Чкаловской области были укомплектованы полностью больницы 13 из 39 районов (Адамовского, Екатериновского, Зиянчуринского, Ивановского, Тоцкого и других). Исходя из расчета 1,5 штатные единицы на врача, общий недостаток врачей, согласно штату, составлял 100 по городам и рабочим поселкам и 122 врача в сельской местности [10].

Ряды врачей из года в год пополнялись. Выпускники медицинских институтов, согласно распределению, направлялись на работу и на территорию Южного Урала (см. таблицу).

Таблица

План распределения врачей выпуска 1961 г. [11].

Показатели	Области		Башкирская АССР
	Челябинская	Оренбургская	
Всего сельских врачебных участков	101	192	138
Из них не имеющих врачей	37	46	46
Количество врачей, направленных из выпуска	340	280	140
В том числе для работ в сельских учреждениях	95	100	80

Из данной таблицы видно, что все направляемые на Южный Урал специалисты гарантированно получали медицинские должности, а сельские участки своих врачей. В 1960 г. уже на 10 тысяч населения приходилось в Оренбургской, Челябинской областях и БАССР соответственно 13,0; 16,1 и 11,0 врачей [12]. Таким образом, за 5 лет с 1955 по 1960 гг. количество врачей на 10 тысяч населения увеличилось в 1,2; 1,3 и 1,2 раза.

Эффективность здравоохранения во многом определялась состоянием материально-технической базы. Оснащенность медицинских учреждений современным и разнообразным имуществом, его доступность для населения гарантируют возможность оказания ему качественной медицинской помощи.

Советское здравоохранение своему развитию обязано достижениям медицинской науки. Так, в лечебных учреждениях диагностика и лечение больных проводились современными для того времени методами с применением новой медицинской аппаратуры и лекарственных препаратов. Имелись клиничко-диагностические, бактериологические лаборатории, кабинеты функциональной диагностики. Лекарственная терапия сочеталась с физио- и витаминотерапией и др.

Сложными путями, в непрерывном совершенствовании шло развитие хирургии. Во многих хирургических отделениях имелись подготовленные врачи — анестезиологи и вполне совершенная аппаратура для газового наркоза. Этот новый вид наркоза позволил шире развивать грудную хирургию: операции на легких, пищеводе и др.

Ученые накопили достаточно знаний и умений, чтобы делать операции на сердце. В областных больницах имелись весь необходимый для этого инструментарий и аппаратура. В начале 1960 г. бригада хирургов и терапевтов Оренбургской области прошла четырехмесячную подготовку на базе Центрального института грудной хирургии в г. Москве. Ежегодно в клиниках Челябинской областной клинической больницы повышали свою квалификацию свыше 50 врачей [13; 14. С.81].

Во всех больницах городов и районов широко применялось переливание крови. Но, конечно, знаний и умений было бы недостаточно, если бы на помощь медицине не пришла новая техника. К 1953 г. Чкаловская область располагала 83 рентгеновскими аппаратами, из них в сельской местности — 25 (это 30,1 %), 49 физиотерапевтических кабинетами, 17 на селе (34,7 %), 60 операционными блоками, в сельской местности — 46 (76,7 %), в области имелось 99 клиничко-диагностических лабораторий, из этого числа 51 (51,5%) в сельских районах, 25 санбаклабораторий при санэпидстанциях — 19 (76 %) из них располагались на селе, в 48 районах области имелись аппараты для искусственного наложения пневмоторакса и производилось лечение больных этим методом. В 1956 г. Оренбургским облздравотделом было выкуплено за счет областного бюджета на здравоохранение и передано в районные и сельские районные участковые больницы 37 наборов для зубоорачебных кабинетов, 4 зубных кресла, 7 клиничко-диагностических лабораторий. В 1958—1960 гг. областная больница получила большое количество новой аппаратуры: 2 аппарата для дачи инкубационного и эфирно-кислородного наркоза, аппарат для управляемого дыхания, наборы для сердечной хирургии, 2 операционных стола и 2 бестеневых лампы. В одном 1960 г. расходы на медицинское оборудование и аппаратуру, а также на строительство объектов здравоохранения из бюджета области составляли 850 тысяч рублей [15].

Дореволюционная Россия не имела своей медицинской промышленности. Снабжение населения медикаментами находилось в полной зависимости от им-

порта, главным образом из Германии. Созданная за годы советской власти медицинская промышленность не только стала обеспечивать страну всем необходимым, но и позволила экспортировать ряд медикаментов и медицинское оборудование. Выпуск изделий в 1960 г. увеличился по сравнению с 1940 г. в 20 раз, их номенклатура достигла 3250 наименований. По решению ЦК КПСС и Совета Министров с 1 апреля 1960 г. были снижены розничные цены на медикаменты в среднем на 14 %, в том числе на пенициллин – на 46 %, тетрациклин – на 54 %, витамин С – на 43 % и др. [16. С.26; 17. С.1].

В советском государстве в один ряд с положительными результатами развития здравоохранения можно поставить профилактический принцип, который нашел свое выражение в широком применении диспансерного метода, в устранении противотуберкулезных, кожно-венерологических, психоневрологических, онкологических и других заболеваний. Диспансеры организовывали обслуживание по территориальному принципу, что позволило им охватить профилактической и лечебной работой все население на обслуживаемой ими территории, обеспечить выявление и диспансерное наблюдение за всеми больными. Только в 1956 г. на территории Южного Урала действовало 50 диспансеров, из них 16 в Чкаловской, 17 в Челябинской, 30 в Башкирской АССР [18].

Внимание государства к развитию здравоохранения позволило снизить показатели по ряду заболеваний. Большое внимание уделяло государство такому опасному заболеванию, как туберкулез. Число коек в туберкулезных больницах и санаториях на 1 января 1959 г. составляло в Челябинской области 3138 единиц, в Оренбургской – 1279, в Башкирской АССР – 2348. В целях дальнейшего снижения заболевания туберкулезом и улучшения медицинской помощи больным туберкулезом Совет Министров РСФСР постановил: открыть в течение 1960 – 1962 гг. противотуберкулезные кабинеты во всех сельских районных больницах; в целях выявления ранних форм туберкулеза организовать рентгенологические исследования всех жителей городской и сельской местности не реже 1 раза в 2 – 3 года; к 1965 г. планировалось открыть соответственно в Челябинской, Оренбургской областях и Башкирской АССР – 1015, 670, 1709 коек для больных туберкулезом [19].

В 1953 г. в Чкаловской области удалось снизить по сравнению с предшествующем годом число детей, больных дизентерией с 60,1 до 53,8 %; коклюшем – с 43,9 до 40,9 %. Борьба с дифтерией позволила снизить показатель заболевших. Так, в Челябинской области с 1958 по 1965 гг. число больных дифтерией сократилось в 106 раз [20; 21. С.300].

Таким образом, в 1953 – 1964 гг. на территории Южного Урала была проведена колоссальная работа по улучшению медицинского обслуживания населения. Увеличение расходов на здравоохранение позволило расширить больничную сеть. Проведение реорганизации лечебно-профилактических учреждений дало возможность приблизить и улучшить медицинскую помощь населению. Укрепление материальной базы учреждений здравоохранения, рост квалификации врачебных кадров, а также внедрение в практику работы новых средств и методов диагностики и лечения позволили органам здравоохранения улучшить качество медицинской помощи населению. Однако оставались такие проблемы, как недоукомплектованность больниц врачами основных специальностей, новейшие достижения техники поступали в первую очередь в городские учреждения здравоохранения, неполный охват населения профилактическими прививками и другие, которые необходимо было решать с целью недопущения вспышки заболевания среди населения.

Библиографический список

1. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. 374. Оп. 30. Д. 2586. Л. 153 – 155.
2. Формирование сети амбулаторно-поликлинических, стационарных медицинских учреждений / под ред. В. Машенского. – М.: Медицина, 1980. – 240 с.
3. Государственный архив Оренбургской области (ГАОО). Ф. 1014. Оп. 7. Д. 495. Л. 4; Центр документации новейшей истории Оренбургской области (ЦДНННО). Ф. 371. Оп. 20. Д. 458. Л. 14.
4. Кузеев, Р. Г. Формирование и развитие Советского рабочего класса Башкирской АССР / Р. Г. Кузеев. – Уфа: Баш. кн. изд-во, 1975. – Ч. 2. – 349с.
5. Челябинская область от XX к XXI съезду КПСС (цифры и факты). – Челябинск: Челябинское кн. изд-во, 1958. – 109 с.
6. Оренбургская область за 50 лет Советской власти: стат. сб. – Челябинск: Челябинское кн. изд-во, 1967. – 140 с.
7. ГАОО. Ф. 846. Оп. 4. Д. 73. Л. 59; Ф. 1465. Оп. 6. Д. 1061. Л. 21; Объединенный государственный архив Челябинской области (ОГАЧО). Ф. 386. Оп. 4. Д. 142. Л. 3; Д. 131. Л. 18; Центральный государственный архив общественных объединений Республики Башкортостан (ЦГАОО РБ). Ф. 122. Оп. 32. Д. 1068. Л. 7; Центральный государственный исторический архив Республики Башкортостан (ЦГИА РБ). Ф. 804. Оп. 7. Д. 40. Л. 44.
8. Трофимов, В.В. Здравоохранение РФ за 50 лет / В.В. Трофимов. – М.: Медицина, 1967. – 332 с.
9. ГАРФ. Ф. 630. Оп. 1. Д. 394. Л. 67.
10. ГАОО. Ф. 846. Оп. 3. Д. 873. Л. 142 – 143.
11. Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ). Ф. 556. Оп. 23. Д. 126. Л. 6.
12. РГАСПИ. Ф. 556. Оп. 23. Д. 126. Л. 159.
13. ЦДНННО. Ф. 371. Оп. 20. Д. 921. Л. 3.
14. Челябинская область от XX к XXI съезду КПСС (цифры и факты). – Челябинск: Челябинское кн. изд-во, 1958. – 109 с.
15. ГАОО. Ф. 1014. Оп. 7. Д. 489. Л. 144 – 145; ЦДНННО. Ф. 371. Оп. 17. Д. 1132. Л. 5; Оп. 20. Д. 912. Л. 59.
16. Курашов, С.В. Охрана здоровья народа / С.В. Курашов. – М.: Знание, 1961. – 48 с.
17. О снижении розничных цен на медикаменты // Советская Башкирия. – 1960. – 2 апреля.
18. ГАРФ. Ф. 374. Оп. 30. Д. 9660. Л. 127, 129, 131.
19. ГАОО. Ф. 846. Оп. 3. Д. 1238. Л. 95, 98.
20. ГАРФ. Ф. 630. Оп. 1. Д. 342. Л. 82.
21. Малышев, В.А. Итоги работы по ликвидации дифтерии в Челябинской области / В.А. Малышев, З. Я. Назаров // Материалы конференции ученых Челябинской области, посвященной 50-летию Советской власти. – Челябинск, 1967.

*E.A. Leonteva***MEDICAL CARE OF SOUTHERN URAL'S POPULATION IN 1953–1964**

Health of the nation is one of the important components of well – being of the country. Since 1953 to 1964 of the twentieth century the development of public health services was one of leading direction of social policy. The state could provide the popular, free-of-charge and qualified medical service by all requiring.

Key words: public health, medical care, polyclinic, South Ural.