

УДК 9:93/94

Давыдова Ю.А.

(г. Москва)

**СТРУКТУРА И ДИНАМИКА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ СЕТИ
В ГОРОДАХ СИБИРИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
ВОЙНЫ: 1941-1945 гг.**

Аннотация. В статье анализируется медико-санитарная сеть сибирских городов в годы Великой Отечественной войны. Автор изучает структуру и динамику учреждений здравоохранения, показывает, в каких условиях осуществлялась их деятельность. В основе исследования лежит анализ документов Государственного архива Российской Федерации, Российского государственного архива социально-политической истории, а также областных архивов сибирских городов. Опираясь на архивные источники, автор пришел к заключению, что в течение всей войны медико-санитарная сеть была недостаточно развитой, особенно если учесть массовый приток эвакуированного населения в Сибирский регион. Этот фактор значительно затруднял оказание квалифицированной медицинской помощи сибирскому населению.

Ключевые слова: медико-санитарная сеть, отделы здравоохранения, лечебно-профилактические учреждения, санитарно-эпидемические заведения, медико-санитарные части, здравпункты.

Yu. Davidova

(Moscow)

**STRUCTURE AND DYNAMICS OF THE PUBLIC HEALTH NETWORK
IN THE CITIES OF SIBERIA DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR
OF 1941-1945**

Abstract. The article analyzes the health network of Siberian cities in the Great Patriotic war. The author studies the structure and dynamics of healthcare agencies, shows in what conditions they carried out their functions. The study is based on the analysis of the documents of the State archive of the Russian Federation, the Russian state archive of socio-political history, and regional archives of Siberian cities. Using the archival sources the author came to the conclusion that throughout the war the public health network was underdeveloped, especially the massive influx of evacuees in the Siberian region is taken into consideration. This factor significantly hampered the provision of qualified medical assistance to the population of Siberia.

Key words: public health network, health departments, medioprophylactic institutions, sanitary and epidemic institutions, clinics, aid posts.

Здравоохранение является важнейшей частью социальной сферы, поскольку выполняет функции сохранения здоровья населения, предупреждения заболеваемости, снижения инвалидности и смертности. Важность этих задач не вызывает сомнений, и поэтому изучение этой сферы представляет большой интерес для ретроспективного исследования.

Великая Отечественная война 1941–1945 гг. проявила все достоинства и недостатки советской системы здравоохранения, показала, насколько она способна отвечать требованиям времени и выполнять поставленные задачи. В ходе анализа системы здравоохранения сибирских городов в этот период обращают на себя внимание вопросы обеспеченности сибирских городов учреждениями здравоохранения различного профиля. Без рассмотрения данной проблемы затруднительно оценить достаточность медицинской помощи, быстроту и эффективность ее оказания.

Предметом нашего исследования является медико-санитарная сеть сибирских городов в рассматриваемый период времени как одна из наименее изученных проблем в историографии социальной сферы военных лет.

Задачей данной статьи выступает изучение структуры и динамики учреждений здравоохранения Сибирского региона в военный период, условий, в которых протекала их деятельность. Подобный анализ необходим для того, чтобы объективно оценить количество и качество оказанных медицинских услуг населению сибирских городов.

В предвоенное время развитие сети лечебно-профилактических и санитарно-эпидемических учреждений в Советском Союзе осуществлялось по следующим направлениям:

- создание многопрофильных поликлиник и стационарных учреждений;
- организация специализированных диспансеров (противотуберкулезных, кожно-венерологических, психоневрологических, онкологических и др.);
- формирование системы санитарно-эпидемических учреждений, которые включали в себя санэпидемстанции, дезостанции, дезокамеры, дезпункты, дез- и противоэпидемические отряды.

Данная структура вполне могла обеспечить население всеми видами медицинской помощи при условии ее достаточной развитости. Но Сибирский регион и до начала войны характеризовался дефицитностью сети медико-санитарных учреждений: не хватало больниц и больничных коек, поликлиник, практически отсутствовала специализированная медицинская помощь (туберкулезная, онкологическая, психоневрологическая и т.д.), ощущался и недостаток санитарно-эпидемических учреждений. Война усугубила данное положение, и оказание

квалифицированной медицинской помощи гражданскому населению стало достаточно затруднительным.

С первых же дней войны произошло свертывание сети гражданского здравоохранения в пользу военных медицинских учреждений. Под госпитали отводились лучшие больницы, санатории, дома отдыха.

Сокращение происходило за счет амбулаторно-поликлинической сети, что мотивировалось уменьшением населения в регионе в первые месяцы войны. Позже здания больниц и поликлиник отдавали под заводы и другие эвакуированные учреждения.

Большую проблему для Сибирского региона в течение всех военных лет представляла обеспеченность больничными койками (табл. 1).

Таблица 1

Число коек на 1000 городских жителей¹

Год	Центральная Россия	Западная Сибирь	Восточная Сибирь
1941	до 10–12	7,1–8,0	до 7,0
1946	10–12	7,1–8,0	7,1–8,0

В некоторых областях их нехватка была просто катастрофической. Так, в Алтайском крае на 1000 жителей города приходилось всего лишь 2,4 больничных койки [10, с. 15], в Красноярском – 4,8 [5, с. 22]. Массовый наплыв эвакуированных в Сибирь вызвал обострение дефицита больничных мест. Новосибирский горздравотдел в 1943 году отмечал, что коечная сеть города резко отстает от возросшего количества населения. По нормативам необходимо было иметь дополнительно не менее 2000 коек². Несмотря на значительный рост населения Омска, в конце 1941 г. были свернуты 2 клинические больницы, что составило 50% от общего количества коек в городе [9, с. 8]. В целом по региону число коечного фонда сократилось на 20% (для туберкулезных больных на 31%, для «нервных» – на 46%). Наглядно это прослеживается на следующем примере: в Новосибирске в 1942 г. было 200 туберкулезных больных, нуждающихся в немедленной госпитализации, но в городе была только 1 больница на 30 коек³.

¹ Составлено по данным: Государственный архив Российской Федерации (далее ГА РФ). Ф. 8009. Оп. 23. Л. 59

² ГА РФ. Ф.482. Оп.47. Д.515. Л.238.

³ ГА РФ. Ф.482. Оп.47. Д.2017. Л.57

Структура больничной сети во время Великой Отечественной войны не оставалась стабильной. Она изменялась в зависимости от обстановки, оказывающей определяющее влияние на задачи здравоохранения в области организации больничной помощи населению. Когда в начале войны появилась серьезная опасность возникновения и распространения инфекционных заболеваний, вырос удельный вес мест для лечения инфекционных больных. Еще более отчетливо видна эта закономерность на примере увеличения коечного фонда для лечения больных туберкулезом. 5 января 1943 г. Совет народных комиссаров СССР принял постановление №15 «О мероприятиях по борьбе с туберкулезом» [2, с. 224–246], что вызвало рост «туберкулезных коек». Приказ Народного комиссариата здравоохранения СССР от 14 мая 1943 г. №235 «Об организации специализированной лечебной помощи инвалидам Великой Отечественной войны» привел к тому, что из общего числа больничных мест были выделены койки для обслуживания инвалидов войны, а в некоторых больницах для этой цели были созданы специализированные отделения. В Новосибирске и Томске по решению правительства были открыты две больницы восстановительной хирургии, на которые возлагалась задача – путем высококвалифицированной медицинской помощи обеспечить полное восстановление трудоспособности инвалидов [2, с. 302–304].

Для «компенсации» снижения числа мест в больницах организовывались «стационары на дому». Если заболевание не требовало немедленной врачебной помощи, больного посещал врач, ежедневно приходила медицинская сестра. К уходу за больным в «стационаре на дому» широко привлекались активисты общества Красного Креста и Красного полумесяца, девушки-комсомолки.

Несмотря на поиски новых форм больничного обслуживания, стационарная помощь в первые годы войны была недостаточной и не обеспечивала возросшего за годы войны населения Сибирского региона. И с 1943 г. начинается постепенное восстановление больничной сети. Так, в конце 1943 г. органам здравоохранения города Омска были возвращены 2 типовых больничных здания и 1 молочная кухня, занятые ранее под заводы⁴. В 1944 г. была восстановлена довоенная больничная сеть в городах Кузбасса – Сталинске (Новокузнецке), Кемерово, Прокопьевске⁵.

Значительное сокращение прошло и по линии поликлиник и амбулаторий. Лучшие из них стали закрытыми лечебными учреждениями оборонных предприятий. Кроме того, снизилось и количество терри-

⁴ Государственный архив Омской области (далее ГАОО). Ф.437. Оп.9. Д.1049. Л.10.

⁵ ГА РФ. Ф.482. Оп.47. Д.2029. Л.2.

ториальных врачебных участков, обслуживающих население [6, с. 189], что сразу же сказалось на росте заболеваемости. Так же, как и с больничной сетью, положение стало улучшаться в 1943 г., когда начался постепенный рост числа учреждений гражданского здравоохранения за счет возвращения ранее ликвидированных заведений.

Говоря о динамике амбулаторной и больничной сети в военное время, следует отметить, что статистические данные не дают полной картины, поскольку в них учитываются и лечебные учреждения, обслуживающие рабочих промышленных предприятий. Поэтому не видно ни уменьшения медицинской сети в первые годы войны, ни ее частичного восстановления в 1943 г., что неоднократно отмечалось в документах областных и краевых отделов здравоохранения. Прослеживается только ее устойчивый рост, хотя и не во всех регионах, что видно из табл. 2. Из нее следует, что в целом по Сибири наблюдался рост больниц, в то время как амбулаторно-поликлиническая сеть осталась практически на том же уровне. Рост сети в Западной Сибири был значительно выше, чем в Восточной, что объясняется и большим увеличением населения и размещением там основного количества промышленных предприятий. Снижение сети в Новосибирской и Омской областях объясняется их административным переделом. В Восточной Сибири, за исключением Читинской области, наблюдалось уменьшение поликлинической сети в Красноярском крае и отсутствие динамики в Иркутской области.

Таблица 2

**Динамика больничной и амбулаторной сети
в годы Великой Отечественной войны (1945 г. в % к 1941 г.)⁶**

Область (край)	Больницы (общие и специальные)	Поликлиники и амбулатории
Алтайский край	135	136
Кемеровская обл. (в границах 1943 г.)	133	137,8
Новосибирская обл.	29,6	129,4
Омская обл.	62,5	80

Продолжение табл. 2 на стр. 6

⁶ Составлено по данным: ГА РФ. Ф. 482. Оп. 47. Д.297. Л. 1-8, 17-24; Д. 299. Л. 9-16, 25-32; Д. 300. Л. 60-81, 82-89; Д. 301. Л. 80-87; Д. 898. Л. 1-8, 10-17, 82-89, 98-105; Д. 901. Л. 79-102; Д. 902. Л. 114-121; Д. 1720. Л. 1-12, 23-34; Д. 1721. Л. 107-118; Д. 1723. Л. 73-84, 97-108; Д. 1725. Л. 158-169, 176-187; Д. 2730. Л. 1-14, 28-39; Д. 2733. Л. 170-181; Д. 2734. Л. 1-12; Д. 2735. Л. 100-111, 115-126; Д. 3995. Л. 1-13, 113-124; Д. 3999. Л. 67-78, 208-219; Д. 4001. Л. 218-229, 248-259.

Продолжение табл. 2

Область (край)	Больницы (общие и специальные)	Поликлиники и амбулатории
Красноярский край	102	93,3
Иркутская обл.	115	100
Читинская обл.	111	121,4
В целом по Сибири	115	99,7

Но, несмотря на общее увеличение больниц и амбулаторий по региону, следует отметить условия, в которых протекала их деятельность. Очень часто больницы и поликлиники располагались в изношенных, неотапливаемых, не приспособленных для лечебной работы помещениях. Проверкой Народного комиссариата государственного контроля РСФСР состояния здравоохранения Кемеровской области в 1942 г. было установлено, что городская больница г. Ленинско-Кузнецка находилась в обветшалом неотапливаемом помещении. В холодное время года температура в больнице была всего 9–10° С. Больные находились в палатах в верхних платьях, шерстяных кофтах и шубах. В инфекционной больнице г. Кемерово обвалилась штукатурка, в 10 рамах из 20 отсутствовали стекла, а ремонт не осуществлялся.⁷

В крайне запущенном состоянии на всем протяжении войны находились многие сибирские городские поликлиники. В Новосибирске в 1944 г. при проверке уполномоченным Наркомата здравоохранения РСФСР состояния здравоохранения города выяснилось, что Центральная городская поликлиника к зиме не подготовлена, отопительная система не отремонтирована, в кабинетах холодно, врачи принимают больных в пальто, стены были грязными, окна забиты фанерой. Тяжелобольные, не попавшие на прием в часы записи, оставались без медицинской помощи⁸. При таком положении вещей оказание лечебной помощи населению было весьма затруднено.

Большое значение в условиях роста общей заболеваемости населения имела противотуберкулезная сеть. Однако Сибирский регион имел крайне незначительное число противотуберкулезных учреждений (табл. 3). Количество больниц и коек было недостаточным несмотря на рост, начиная с 1943 г. в Западной Сибири и Красноярском крае. Особенно тяжелое положение сложилось в Иркутской области, где только в 1944 г. была образована 1 больница на 150 коек, а также в Читинской,

⁷ ГА РФ. Ф.339. Оп.1. Д.869. Л.20.

⁸ Российский государственный архив социально-политической истории (далее РГА-СПИ). Ф.17. Оп.44. Д.1034. Л.67-68.

в которой на протяжении всего военного времени существовала только 1 больница с количеством коек на 80 человек. Учитывая приток эвакуированного населения и рост заболеваемости туберкулезом, противотуберкулезная сеть не справлялась со своими обязанностями.

Таблица 3

Сеть туберкулезных больниц в городах Сибири в годы Великой Отечественной войны⁹

Область (край)	Больницы	Годы войны				
		1941	1942	1943	1944	1945
Алтайский край	Число	3	3	6	6	6
	количество коек	65	80	213	198	215
Кемеровская обл. (в границах 1943 г.)	Число	4	6	9	7	7
	количество коек	195	240	445	700	565
Новосибирская	Число	6	4	1	-	1
	количество коек	365	220	135	-	135
Омская обл.	Число	3	4	4	1	1
	количество коек	95	215	215	150	150
Иркутская обл.	Число	-	-	-	1	1
	количество коек	-	-	-	150	150
Красноярский край	Число	1	1	2	3	4
	количество коек	50	50	85	110	120
Читинская обл.	Число	-	1	1	1	1
	количество коек	-	80	80	80	80

Для лечебно-профилактического обслуживания женщин и детей еще до войны была создана система учреждений, состоящая из женских и детских

⁹ Составлено по тем же данным, что и Таблица 2.

консультаций, родильных домов, детских поликлиник и больниц, яслей. В годы войны при детских консультациях организовывали особые группы, так называемые «дневные стационары» для воспитания и лечения ослабленных и страдавших рахитом детей. По примеру «стационаров на дому» создали «ясли на дому». Их воспитанники находились дома, а питание получали из кухни ближайших яслей, за их здоровьем следили медицинские работники. Указом Верховного Совета СССР «О помощи матерям в воспитании детей»¹⁰ в 1941 г. были созданы молочные кухни. Их целью было снабжение молоком и другими продуктами детского питания детей ранних возрастов. Однако острота продовольственного вопроса в стране не позволяла в должной мере решить эту задачу. В конце 1941, – начале 1942 г. молочные кухни города Омска обслуживали лишь 8–12% заказов¹¹.

В отличие от медицинских учреждений, оказывающих помощь взрослому населению, детская медицинская сеть на протяжении всей войны оставалась неизменной, несмотря на увеличение детского контингента в связи с эвакуацией и, соответственно, недостаточной. В таком крупном городском центре, как Новосибирск, в 1942 г. не было детской больницы, существовало только одно детское отделение при 1-й клинической больнице, которое удовлетворяло потребность города на 10–12%¹². В городах Алтайского края в 1941–1945 гг. даже произошло сокращение детских больниц с 9 до 5, обслуживающих всего 275 коек, и детских поликлиник с 15 до 9¹³.

Не хватало и ясель. В Омске в 1942 году отмечалась чрезмерная скудность детей в яслях: план годового прироста был перевыполнен на 480,5%, при этом в большинстве яслей отсутствовал изолятор для больных¹⁴. Все это приводило к тому, что ясли на протяжении всей войны были одним их источников детских инфекций.

Аналогичное положение сложилось и с медико-санитарной сетью, обслуживающей женщин. В Сибири было недостаточно родильных домов и до войны, к тому же в 1942 году по сравнению с 1941 родильно-кочечная сеть уменьшилась на 24,8% и охват родовспоможением составлял 73,2% всех женщин. В Новосибирске существовало всего 5 родильных домов на 340 коек. В двух районах города роддомов не было, что значительно затрудняло оказание помощи родящим¹⁵.

¹⁰ ГА РФ. Ф.339. Оп.1. Д.77. Л.5.

¹¹ ГАОО. Ф.1143. Оп.1. Д.118. Л.42.

¹² Новосибирский государственный городской архив (далее НГГА). Ф. 33. Оп.1. Д. 521. Л. 25; Государственный архив Иркутской области (далее ГАИО). Ф. 1893. Оп.2. Д. 216. Л. 68.

¹³ ГА РФ. Ф. 482. Оп.47. Д. 3995. Л.12.

¹⁴ ГАОО. Ф. 1143. Оп.1. Д. 120. Л.50.

¹⁵ ГА РФ. Ф. 482. Оп.47. Д. 515. Л.8, НГГА. Ф.33. Оп.1. Д. 630. Л.1.

Большой проблемой для медицинских учреждений в военное время было оказание скорой медицинской помощи. Сеть станций скорой помощи почти не сократилась, однако ее работа была крайне затруднена. Основная причина подобной ситуации крылась в том, что в первый год войны количество машин скорой помощи сократилось до 70% [5, с. 22]. Даже в таком областном центре, как Новосибирск, существовала только 1 санитарная машина на весь город, что породило множество фактов отказа в выезде больным, приводившее в ряде случаев к тяжелым и смертельным исходам¹⁶.

Наиболее критическое положение в годы войны сложилось с санитарно-эпидемической сетью. Она подвергалась максимальному сокращению, и так и не была восстановлена. В Алтайском крае в конце 1941 – начале 1942 годов число санэпидемстанций сократилось в 2 раза, были свернуты 2 дезостанции, сокращено количество дезпунктов с 5 до 3, дезотрядов с 6 до 1, противоэпидемических отрядов с 5 до 3¹⁷. Похожая ситуация наблюдалась в других сибирских областях: в Красноярском крае и Кемеровской области не было противоэпидемических отрядов в течение всех военных лет¹⁸.

Но и существующие объекты осуществляли работу с большими переборами. В Кемерово в 1943 году единственная дезостанция не работала целый год и очаги детских и кишечных инфекций не обрабатывались¹⁹. В Новосибирске в том же году при проверке Народным комиссариатом государственного контроля РСФСР выполнения противоэпидемических мероприятий было обнаружено, что из 7 дезокамер города 3 не работали, действующий санпропускник не отремонтирован, полы в нем сгнили, окно раздевалки разбито, штукатурка обвалилась, стены покосились²⁰. При такой ситуации санитарная обработка населения и очагов инфекции проводилась нерегулярно и теряла свой противоэпидемический эффект.

Во время войны исключительно важное значение имели санитарно-предупредительные мероприятия на железнодорожном и водном транспорте. Для проведения санитарно-эпидемического надзора, санитарной обработки эшелонов и барж с эвакуированными людьми, а при необходимости – и изоляционно-карантинных мероприятий, на

¹⁶ Государственный архив Новосибирской области (далее ГАНО). Ф. П-4. Оп.33. Д. 747. Л.131.

¹⁷ ГА РФ. Ф. 482. Оп.47. Д. 898. Л.1-8.

¹⁸ Там же. Д. 299. Л.9-16; Д. 3999. Л.113-124.

¹⁹ ГАНО. Ф.29. Оп.1. Д.334. Л.17.

²⁰ Там же. Оп.1. Д.898. Л.3-4.

железных дорогах и водных путях была создана система противоэпидемических учреждений. Она включала санитарно-контрольные, обсервационные и изоляционно-пропускные пункты (ИПП). К примеру, обсервационный пункт, развернутый на станции Омск с целью изоляции больных, имел общежитие на 100 коек, санитарный пропускник с 2 дезинфекционными камерами, изолятор на 50 коек со своим санитарным пропускником, столовую на 250 посадочных мест [3, с. 208].

Для систематического осмотра эшелонов были организованы санитарно-контрольные пункты. Однако возникшая сеть противоэпидемических учреждений не отвечала потребностям эвакуируемого населения, его обработка осуществлялась не всегда и не регулярно (табл. 4). Положение осложнилось в феврале—марте 1943 года, когда обрабатывалась только 10% эвакуированных; общий же процент санитарной обработки эшелонов составлял 54,3, санитарной обработки людей – 42,2, что было недостаточным для сохранения эпидемического благополучия в регионе.

В числе задач, выдвинутых войной перед органами здравоохранения, одной из важнейших являлась организация медико-санитарного обслуживания рабочих предприятий оборонной промышленности. В соответствии с приказом Наркомата здравоохранения СССР № 57 от 12 ноября 1941 г. [2, с. 58–60] медико-санитарная часть объединяла все лечебно-профилактические учреждения предприятия: здравпункт, амбулаторию, поликлинику, больницу или стационар, детские ясли и другие оздоровительные учреждения.

Таблица 4

**Обработка эвакуированного населения
санитарно-контрольным пунктом Новосибирского
железнодорожного узла в конце 1942 – начале 1943 гг.²¹**

Количество эшелонов и людей	Месяцы 1942 г.			Месяцы 1943 г.			За весь период
	10	11	12	1	2	3	
Всего эшелонов	53	38	15	14	35	7	162
подверглось санобработке	22	23	15	9	11	2	82
в %	41,5	60,5	100	64,2	31,4	28,5	54,3

²¹ Составлено по данным: ГА РФ. Ф. 482. Оп. 47. Д. 575. Л. 169.

Количество эшелонов и людей	Месяцы 1942 г.			Месяцы 1943 г.			За весь период
	10	11	12	1	2	3	
Количеством людей в эшелонах	34232	25041	10580	7172	29620	3390	110035
подверглось санобработке	10241	13391	10308	3141	5140	404	42627
в %	29,9	53,4	97,4	43,8	17,3	11,9	42,2

В Новосибирской области во исполнение приказа в конце 1941 – начале 1942 гг. было организовано 30 здравпунктов, 10 закрытых амбулаторий и 7 медсанчастей. Так, на комбинате «Сибметаллстрой» до войны не было своих лечебных учреждений. В 1941 г. в цехах комбината открыли 7 здравпунктов, построили инфекционную и туберкулезную больницы, амбулаторию. В сентябре 1942 г. создали медико-санитарную часть, увеличив медицинские учреждения еще на 2 поликлиники и 8 здравпунктов²². Однако сеть по медицинскому обслуживанию промышленных предприятий продолжала оставаться недостаточной, так как органы здравоохранения сосредоточили основные усилия и средства на развертывании эвакуогоспиталей. В городе Прокопьевске в 1942 году на 13 шахт с количеством 28 000 человек существовали 1 больница, 1 поликлиника, 4 амбулатории для их обслуживания²³. Катастрофический рост заболеваемости в конце 1941 – начале 1942 гг. среди рабочих оборонной промышленности заставил центральные органы здравоохранения вновь вернуться к этому вопросу. 29 июля 1942 г. Наркомат здравоохранения СССР издал приказ «Об улучшении медико-санитарного обслуживания рабочих оборонной промышленности»²⁴. Приказом предусматривалось создание на всех предприятиях оборонной промышленности, где имелись поликлиники, амбулатории и здравпункты, медико-санитарных частей как наиболее эффективной формы медицинского обслуживания рабочих. Данный приказ дал мощный импульс расширению сети медико-санитарных частей, что, в свою очередь, позволило значительно повысить уровень медицинского обслуживания рабочих оборонной промышленности.

Перестройка организации медико-санитарного обслуживания рабочих в период войны должна была учитывать серьезные изменения

²² ГАНО. Ф.29. Оп.1. Д.210. Л.148, Ф.1065. Оп.1. Д.20. л.7, Д.46. Л.6-18.

²³ ГАНО. Ф.29. Оп.1. Д.513. Л.62.

²⁴ Советское здравоохранение. 1944. № 10-11. С.10.

в составе трудящихся. В первую очередь, они характеризовались массовым вовлечением в процесс материального производства женщин и подростков. Уже в 1942 г. женщины стали основной производительной силой во многих отраслях народного хозяйства. В промышленности женщины-работницы составляли в течение всей войны до 53 % рабочих, в отдельных отраслях тяжелой индустрии – от 55 до 60 % [7, с. 385], а доля подростков в возрасте 14–17 лет к 1945 г. насчитывала 10,5 % от общего числа работающих [8, с. 90].

По вопросам охраны здоровья работающих женщин центральными органами здравоохранения был принят ряд специальных постановлений. Большое значение имел приказ Наркомздрава РСФСР от 10 ноября 1942 года «О медико-санитарном обслуживании женщин, работающих на оборонных предприятиях страны» [2, с. 202–203]. В соответствии с приказом при закрытых медико-санитарных учреждениях оборонных заводов организовывались врачебные акушерско-гинекологические кабинеты. Основными задачами врачебного персонала было оказание лечебно-профилактической помощи женщинам-работницам, участие в разработке и осуществлении плана мероприятий по охране здоровья женщин на производстве и в быту, изучение санитарной обстановки и условий труда женщин, проведение соответствующих профилактических мероприятий.

В первые военные годы рабочие-подростки не обеспечивались медицинским обслуживанием как отдельная категория трудящихся. Им оказывалась медицинская помощь вместе со взрослыми работниками, без учета специфики возраста. И только с 1944 г. на крупных предприятиях, где работало не менее 1500 рабочих-подростков, стали создаваться фельдшерские подростковые кабинеты, на крупных медсанчастях возникли специальные кабинеты, исходя из нормы 1 врач на 1000 подростков.

В работах В.С. Кожурина, Н.Г. Иванова, А.С. Георгиевского, О.С. Лобастого, Ф.Г. Захарова, Н.К. Хотько [4; 3; 1] и др. говорится о том, что советское правительство в течение всех лет войны проявляло неуклонную заботу о здоровье рабочих промышленных предприятий и, в первую очередь, это выразилось в росте медико-санитарных частей и здравпунктов. Однако эти выводы не вполне правомерны для Сибирского региона. Из рассматриваемых нами областей рост закрытых медико-санитарных учреждений произошел лишь в Новосибирске как отдельной административной единице и в городах Кемеровской, Иркутской и Читинской областей (табл. 5).

Таблица 5

**Количество врачебных здравпунктов и медсанчастей
в городах Сибири в годы Великой Отечественной войны²⁵**

Область (край)	Годы войны				1944 к 1941, %
	1941	1942	1943	1944	
Алтайский край	26	21	21	26	100
Кемеровская область (в границах 1943 г)	25	72	95	131	452
Новосибирская область	35	30	44	44	126
Омская область	64	32	32	23	35,9
Красноярский край	42	31	31	35	83,3
Иркутская область	38	40	44	50	132
Читинская область	13	17	18	18	138

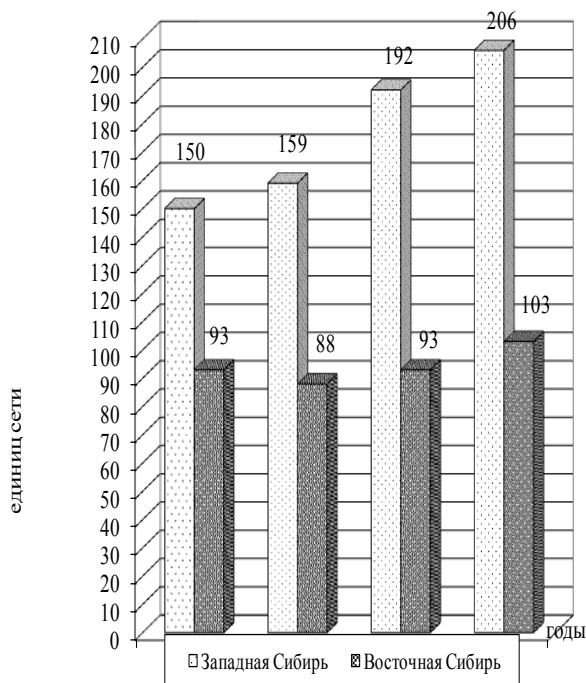
Как видим, большой процент роста дала Кемеровская область, так как угольная промышленность имела первостепенное значение для народного хозяйства. Значительно скромнее процент роста в Иркутской области – 132 и в Читинской – 138. В Новосибирской области в 1942 г. общее количество здравпунктов и медсанчастей даже уменьшилось, увеличение произошло в 1943 г. и до конца войны их число оставалось неизменным, хотя в документах городских zdravotделов неоднократно упоминалось о недостаточности сети для медицинского обслуживания рабочих. По остальным областям Сибири увеличение сети не произошло, напротив, можно говорить о ее уменьшении. Самое большое сокращение медицинской сети, обслуживающей рабочих промышленных предприятий, произошло в Красноярском крае (в Омской области оно связано, прежде всего, с ее административным уменьшением), причем она так и не была восстановлена до конца войны и составляла в 1944 г. 83,3 % от уровня 1941 г. В Алтайском крае в 1942 г. сеть здравпунктов и медсанчастей уменьшилась, но в 1944 вновь восстановилась. Учитывая приток населения в эти регионы, подобное уменьшение в самый критический в эпидемиологическом отношении

²⁵ Составлено по тем же данным, что и таблица 2.

год войны было недопустимо. В Омске в 1943 г. против 1941 г. прирост населения составил 43 %, в Тюмени – 46 %, в Ишиме – 32 %²⁶ и медико-санитарная сеть не справлялась с его обслуживанием.

Если же говорить о динамике медико-санитарной сети, обслуживающей рабочих промышленных предприятий, в целом по Сибири, то картина получается иная: в Западной Сибири наблюдается неуклонный рост с каждым годом (за счет Кемеровской области), в Восточной Сибири увеличение происходит только с 1944 г. (рис. 1) и темпы его гораздо ниже. Оценивая рост медико-санитарной сети обслуживания рабочих оборонной промышленности в Сибири, следует отметить, что он был явно недостаточен и за исключением рабочих крупных промышленных предприятий не позволял обеспечить всех нуждающихся квалифицированной медицинской помощью.

Рис. 1. Динамика врачебных здравпунктов и медико-санитарных частей в Сибири в годы Великой Отечественной войны



²⁶ ГА РФ. Ф. 482. Оп. 47. Д. 1218. Л. 7.

Однако и существующая на предприятиях медицинская сеть не всегда могла выполнять свои функции, так как часто располагалась в непригодных помещениях. Например, здравпункт оборонного завода № 17 Алтайского края находился во временном помещении, недостаточном по площади. Он состоял из 2 комнат, одна из которых (24 м²) одновременно являлась комнатой ожидания, регистратурой, перевязочной и процедурной. Здравпункт не мог вместить всех больных и часть из них ожидали очереди в холодном проходном корпусе завода.²⁷

Таким образом, медико-санитарная сеть, обслуживающая рабочих, не всегда соответствовала санитарным нормам и спрос на медицинские услуги значительно превышал предложение, что затрудняло выполнение лечебных функций и сказалось на росте заболеваемости рабочих в годы войны.

Подводя итоги, следует отметить, что недостаточная развитость медицинской сети была характерной чертой сибирского здравоохранения еще до войны. С притоком эвакуированного населения положение стало просто катастрофическим. Выход стали искать в восстановлении и расширении сети гражданского здравоохранения. В первую очередь это коснулось больнично-поликлинических учреждений, обслуживающих оборонные предприятия. Начиная с 1943 г. можно наблюдать их устойчивый рост. Из специализированной сети особое внимание уделялось туберкулезным учреждениям, поскольку туберкулез был одним из самых распространенных и опасных заболеваний военного времени. Самую большую проблему для региона представляла обеспеченность санитарно-эпидемическими учреждениями: их число резко сократилось в начальный период войны и так и не было восстановлено. В целом, структура медико-санитарных учреждений в сибирском регионе не соответствовала количеству населения, что самым отрицательным образом сказывалось на количестве и качестве оказания медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Захаров Ф.Г., Хотько Н.К.* Медицинское обслуживание трудящихся промышленных предприятий. – М.: Медицина, 1963. – 235 с.
2. *Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 1941–1945 годы: Сборник документов и материалов.* – М.: Медицина, 1977. – 614 с.
3. *Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С.* Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне (1941–1945). – Л.: Медицина, 1985. – 303 с.

²⁷ ГА РФ. Ф. 482. Оп. 47. Д. 617. Л. 1–2.

4. *Кожурин В. С.* Неизвестная война. Деятельность Советского государства по обеспечению условий жизни и труда рабочих в годы Великой Отечественной войны. – М.: АОН, 1990. – 288 с.
5. *Кузьмин М.К.* Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. М.: Медицина, 1979. – 240 с.
6. *Митерев Г.А.* В дни мира и войны. – М.: Медицина, 1975. – 256 с.
7. *Митрофанова А.В.* Трудовой подвиг советского рабочего класса в годы Великой Отечественной войны // Великая победа советского народа. 1941–1945. – М.: Наука, 1976. – С. 381–388.
8. Советские профсоюзы в годы войны. – М.: Наука, 1970.
9. *Ханенко Б.И.* Развитие здравоохранения Красноярского края за 50 лет Советской власти // Здравоохранение РСФСР. 1968. № 1. с. 4–12.
10. *Чикин С.Я., Сергеев А.В., Акулов К.И.* Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке. – М.: Медицина, 1979. – 258 с.