

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»
Институт общественных наук
Кафедра теории и методики обучения истории

**История здравоохранения на Урале
в годы Великой Отечественной войны
(материалы к элективному курсу)**

Выпускная квалификационная работа

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой _____
«__»_____2019 г.

Руководитель ОПОП:

Исполнитель:
Коновалов Олег
Олегович
магистрант II курса
очного отделения

Научный руководитель:
д.и.н., профессор
М.В. Попов

Екатеринбург 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ И КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРАЛЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	18
1.1. Система управления учреждениями здравоохранения	18
1.2. Кадровые проблемы и их решение. Подготовка медицинского персонала	30
ГЛАВА 2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРАЛЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	43
2.1. Лечебно-профилактическая деятельность и работа эвакогоспиталей.....	43
2.2. Санитарно-эпидемиологическая деятельность	54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	73
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	77
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	87

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Развитие медицины и качество здоровья населения являются основополагающими принципами благоприятного формирования успешного государства и общества. В связи с этим изучение накопленного опыта, трансляция и преемственность в принимаемых решениях становятся залогом развития медицинской системы. Однако на современном этапе Россия переживает период реформ государственного здравоохранения, что негативным образом сказывается на процессах оказания медицинских услуг населению.

Великая Отечественная война является важнейшим эпизодом в истории нашей страны. Именно благодаря вкладу граждан Советского Союза была уничтожена нацистская угроза, сохранены основы мировой цивилизации. Изучение обстоятельств и истоков подвига советского народа имеет непреходящее теоретическое и практическое значение, требует новой постановки - объективного и комплексного изучения. Необходимо более глубокое осмысление спектра социальных ресурсов, которыми располагало советское общество в условиях войны, в частности, состояние системы здравоохранения и меры по охране здоровья населения, в рамках государственной политики.

Для понимания и проведения реформ в области здравоохранения, учитывая современную геополитическую обстановку, требуется изучить исторический опыт организации и функционирования медико-санитарных учреждений в стране, выявить его положительные и отрицательные аспекты. Актуальным является анализ состояния здравоохранения в годы Великой Отечественной войны, когда в экстремальных условиях пришлось модернизировать работу медицинских служб, с учетом специфики военного времени. Исследование конкретного опыта организации и деятельности гражданских учреждений, оказывающих медицинскую помощь населению, в чрезвычайных обстоятельствах войны имеет важное прикладное значение не

только в общегосударственном масштабе, но и со стороны обучающего процесса в специализированных образовательных организациях.

Несмотря на актуальность и важность, тема здравоохранения в годы Великой Отечественной войны на Урале недостаточно изучалась исторической наукой.

Степень изученности темы. Исследования по истории состояния системы обеспечения медицинской помощи в годы войны можно разделить на несколько групп, которые складывались под влиянием различных исторических подходов. В научной литературе, традиционно выделяется два основных этапа: советский (1941–конец 1980-х гг.) и постсоветский (начало 1990-х– 2000-е гг.). Для первого периода характерны догматизм, единообразие теории и трактовок событий, происходивших в военные годы. В постсоветской литературе появляются различные точки зрения и методологические подходы, на события происходившие в годы Великой Отечественной войны, в частности в сфере оказания медицинской помощи населению.

Основы исследования рассматриваемой темы были заложены в военные годы. Авторами этих работ стали государственные и партийные должностные лица. Публикации М.И. Калинина, Г.А. Митерева, С.А. Колесникова¹, определяли цели и задачи органов и здравоохранения в военное время, подводили итоги труда медицинских работников на фронте и в тылу, а публикации носили мобилизующий характер. Издание в 1944 г. юбилейного сборника «Двадцать пять лет Советского здравоохранения»² является попыткой рассмотреть различные аспекты здравоохранения до и во

¹ Калинин М.И. О здравоохранении и медицине. М., 1962; Митерев Г.А. Все на службу фронта.//Советская медицина. 1941. № 13 - 14; Митерев Г.А. Задачи здравоохранения в годы Великой Отечественной войны//Медицинские работники в Отечественной войне. М., 1942; Митерев Г.А. Отечественная война и задачи здравоохранения//Советская медицина. 1942. № 1. С. 3 -7; Митерев Г.А. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание городского населения в период Великой Отечественной войны//Советское здравоохранение. 1944, №11. С. 3 - 7; Колесников С.А. Советское здравоохранение в дни Отечественной войны//Советская медицина. 1943. № 7 -8. С. 1 -8.

² 25 лет советского здравоохранения. М., 1944.

время войны. В работе показаны этапы становления медико-санитарного обслуживания населения, специфика и особенности советской системы здравоохранения в предвоенный период, заложившие основу для эффективного обслуживания армии и тыла.

В статьях ученых и медицинских работников, опубликованных в годы войны, большое внимание уделялось отдельным задачам, поставленным перед здравоохранением в связи с начавшейся войной, и поиск путей их решения. Данные вопросы рассматривались в публикациях Ф.Г. Баринского, С.А. Колесникова, Ф.И. Левитина, А.Е. Рабухина³ - особое внимание уделялось проблеме санитарно-эпидемического благополучия страны в военное время. Будучи профессорами медицинских вузов, Н.А. Кост и П.Г. Сергиев⁴ обращались к вопросам профилактики заболеваний опасными инфекциями, в частности выявлялась необходимость в борьбе с болезнями желудочно-кишечного тракта в районах, где было размещено много эвакуированного населения, в т.ч. и на территории Урала. Тот же П.Г. Сергиев главную причину роста заболеваемости малярией на Урале видел в перемещении сюда эвакуированных из малярийных районов Молдавской ССР и южных областей Украины. В работах Г.А. Митирева и М.Д. Ковригиной⁵, отмечается, что важнейшей государственной задачей в годы войны стали вопросы охраны детского и материнского здоровья. В данном ключе интересна работа заведующей Златоустовским горздравотделом З.А.

³ Баринский Ф.Г. Инфекционные заболевания и борьба с ними в СССР в годы Великой Отечественной войны//Советская медицина. 1944. № 10 - 11.С. 30 -32; Колесников С.А. О мероприятиях по борьбе с туберкулезом в СССР//Советская медицина. 1945. № 1 - 2. С. 1 - 8; Левитин Ф.И. Борьба с туберкулезом в СССР в период Отечественной войны//Советское здравоохранение. 1943. № 12. С. 9 -15; Рабухин А.Е. Борьба с туберкулезом во время первой и второй мировой войны//Советская медицина. 1945. № 1 - 2. С. 26 -29.

⁴ Кост Н.А. Борьба с желудочно-кишечными заболеваниями в условиях военного времени/Советская медицина. 1942. № 5 -6. С. 35 -37; Сергиев П.Г. Основные задачи в борьбе с малярией в 1942 г.//Советская медицина. 1942. № 8. С. 24 -27.

⁵ Митерев Г.А. Забота о матери и ребенке -важнейшая государственная задача//Советская медицина. 1944. № 12. С 1 -4; Ковригина М.Д. Очередные задачи детского здравоохранения в период Великой Отечественной войны//Советское здравоохранение. 1943. № 4 - 5. С. 20 - 29.

Крыловой⁶. Кадровая проблема и пути ее решения отражены Н.А. Виноградовым и А.Н. Шабановым⁷.

Публикации, выходявшие в годы войны, в первую очередь имели прикладную значимость и пропагандистскую направленность и не давали полного представления о структуре системы здравоохранения, целом по стране и уральскому региону в частности. И несмотря на то, что данные работы не носили исследовательского характера, во многом они определили основные проблемы и оценки событий, доминировавших в советской историографии на протяжении долгого времени.

Изучению истории здравоохранения в послевоенные годы способствовало накопление и разработка архивного материала, мемуарной публикаций. Особенность мемуарной литературы была ограничена тематикой: публиковались воспоминания военачальников, в редких случаях - руководителей тыла и рядовых тружеников. Как отмечается в современной исторической литературе, недостаток этих источников и в настоящее время суживает возможности всестороннего объективного изучения жизни советского народа в годы войны.

Первой крупной работой, где большое место занимали темы социально-бытовой сферы советского тыла, является исследование Н.А. Вознесенского, выпущенное в 1947 г. В данной монографии⁸ содержатся данные непосредственно освещающие работу органов и учреждений здравоохранения в военный период, с указанием факторов, влияющих на эффективность их деятельности: экономическая база социальной политики государства, миграция, изменения в правилах санитарии и питания,

⁶ Крылова З.А. Борьба за жизнь и здоровье детей -повседневная забота органов здравоохранения//Советское здравоохранение. 1943. № 12. С. 49 -54.

⁷ Виноградов Н.А. Правильно расставить и полностью использовать врачебные кадры//Советское здравоохранение. 1942. № 7. С. 11-15; Виноградов Н.А. Работа с медицинскими кадрами и мероприятия по повышению их квалификации//Советское здравоохранение. 1944. № 1. С. 34 - 49; Шабанов А.Н. Основные задачи медицинской школы//Советская медицина. 1945. №7-8. С. 30-31.

⁸ Вознесенский Н.А. Военная экономика СССР в период Отечественной войны. М., 1947.

частичное решение продовольственной проблемы путем расширения подсобных хозяйств, огородничества и т.п.

Во второй половине 1940-х–середине 1950-х гг. предпринимаются попытки научного рассмотрения истории медицины. Работы Н.А. Виноградова, И.Д. Страшуна, Г.А. Баткиса. во многом предопределили проблематику исторических исследований по теме, а также формировались промежуточные итоги деятельности государства с области здравоохранения в годы войны⁹. Учеными был проведен анализ динамики получения населением медико-санитарной помощи в 1941 - 1945 годы., в частности поднимаются вопросы организации здравоохранения; лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической деятельности; медицинского обслуживания отдельных категорий населения (раненые и инвалиды, рабочие и колхозники, матери и дети); кадровой политики; роли партийных, советских, деятелей. Из-за политических изменений в стране после смерти И.В. Сталина, наблюдалось значительное расширение тематики исследований. В работе К.Н. Плотникова¹⁰, посвященной анализу финансово-экономической сферы СССР в годы войны, отмечается увеличение расходов на здравоохранение к концу войны по сравнению с 1942 г. и подчеркнута внимание, которое уделялось медико-санитарным проблемам со стороны советского правительства. В юбилейном сборнике «Сорок лет советского здравоохранения»¹¹, в котором деятельность учреждений здравоохранения в 1941-1945 гг. рассматривается, как самостоятельный этап развития советской медицины с учетом факторов военного времени. Материалы книги углубляют проблематику истории здравоохранения: дают представление о

⁹ Баткис Г.А. Организация здравоохранения. - М., 1948; Виноградов Н.А. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны (1941 - 1945). - М., 1955; Виноградов Н.А. Основные принципы советского здравоохранения. - М., 1954; Виноградов Н.А. Принципы работы с медицинскими кадрами. - М., 1955; Виноградов Н.А., Страшун И.Д. Охрана здоровья трудящихся в Советском Союзе. - М., 1947.

¹⁰ Плотников К.Н. Бюджет социалистического государства - Л, 1948; Плотников К.Н. Очерки истории бюджета советского государства. - М., 1955.

¹¹ 40 лет советского здравоохранения. К 40-летию Великой Октябрьской социалистической революции. 1917 - 1957. М., 1957.

состоянии медицинской промышленности, аптечной сети, работе Союза Медсантруд.

В конце 1950-х гг. интерес ряда исследователей проявляется к отдельным отраслям государственной стратегии здравоохранения: кадровое обеспечение, санитарно-эпидемические меры, в частности в сельских территориях. Исследования дают ценную информацию об обеспеченности населения врачами с высшим образованием, показывает основное состояние эпидемиологической ситуации в государстве. Историки обозначают проблемы, касающиеся развития медицины, вводят в научный оборот ранее неиспользовавшиеся архивные данные. Похожие тенденции отмечаются и в исследованиях с региональной спецификой.

В 60 - 80-е гг. преобладающим становится комплексный подход к изучению социально-экономической истории СССР военных лет. Систематизации изучению истории государственного здравоохранения, как одной из областей социальной политики и способствовало появление фундаментальных трудов по истории Великой Отечественной войны. Тем не менее, ряд вопросов, поднятых в исследованиях по истории здравоохранения, трактуется с историографических позиций сложившихся в 40-50-х гг., а проблемы пищевой, жилищно-коммунальной, промышленной, школьной санитарии лишь затронуты или вообще не рассматриваются, намечены только общие контуры состояния медицинской промышленности и аптечной сети. В тоже время, публикуются исследования по истории военной медицины, прослеживающие организацию и развитие военно-санитарной службы на различных этапах войны. Опыт работы учреждений гражданского здравоохранения в годы войны представлен в монографии М.К. Кузьмина¹². Вопросы развития охраны труда и здоровья рабочих в СССР, поднимаются в монографии Г.А. Бейлихиса¹³. Системный анализ советского здравоохранения представлен в работе Т.Ю. Степаненко, суть которого

¹² Кузьмин М.К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. М., 1973.

¹³ Бейлихис Г.А. Очерки истории охраны труда и здоровья рабочих в СССР. М., 1971.

заключается в попытке расширить и конкретизировать категориальный аппарат для характеристики системы здравоохранения. Большой интерес в изучении темы представляет мемуары наркома здравоохранения СССР в годы войны Г.А. Митерева¹⁴. Юбилейные издания, посвященные развитию здравоохранения, носили единообразный, обзорный характер, вследствие возобладавшего в науке с середины 60-х гг. схематизма, односторонности и ухода от острых научных проблем.

Региональные особенности аспектов системы здравоохранения, прослеживаются в работах посвященных роли Урала в достижении победы. В частности, вопросы медицинской помощи фронтовикам и инвалидам войны, расширение на Урале сети медико-санитарных учреждений, вопросы руководства системой здравоохранения партийными и советскими организациями отражены в коллективной монографии "Урал - фронту"¹⁵. В 70 - 80-е гг. уральские ученые обратили внимание на специфические особенности здравоохранения Урала в военный период. В исследовании Г.П. Мещеряковой¹⁶ анализируется состояние системы обеспечения медицинской помощи гражданскому населению накануне войны, в частности отмечено преимущественное обслуживание рабочих крупных промышленных предприятий уральского региона, отмечен разрыв между темпами развития медицинской помощи и запросами населения в конце 30-х гг. Автор приходит к выводу, что во время войны медицинское обслуживание на Урале, в сравнении с другими регионами страны, отличалось качественно высоким уровнем, вследствие создания мощной промышленной базы на востоке СССР.

Период "перестройки", способствовал многоплановому подходу в изучении исторических процессов, формированию новых оценок и взглядов

¹⁴ Митерев Г.А. В дни мира и войны. М., 1975.

¹⁵ Урал - фронту. М., 1985.

¹⁶ Мещерякова Г.П. Лечебно-профилактическая помощь населению Урала и Кузбасса в период создания угольно-металлургической базы на Востоке страны: Автореф. дис. канд. мед. наук. Челябинск, 1973.

на события. В связи с доступом к закрытым архивным материалам, расширяется источниковая база, в связи с чем появляются ряд работ рассматривающих трудности и противоречия в проведении социальной политики. Тема же социальной политики (здравоохранения в частности) становится самостоятельным предметом изучения. Анализ особенностей функционирования социально-бытовой сферы на отдельных этапах войны и в различных регионах страны отмечен в монографиях "Советский тыл в первый период Великой Отечественной войны" и "Советский тыл в период коренного перелома в Великой Отечественной войне (ноябрь 1942 -1943 гг.)"¹⁷.

Заложенные в период "перестройки" тенденции, отражены в исторических трудах 90-х гг. Появляются работы изучающие вопросы организации медико-санитарного обслуживания различных групп населения и противоэпидемической работы, проводится объективный анализ советского здравоохранения в годы Великой Отечественной войны. Появляются диссертации по различным аспектам социальной политики государства, затрагивающие и вопросы охраны здоровья населения, в том числе с учетом региональной специфики. Наиболее интересными в этом плане представлены исследования М.С. Зинич, которая впервые уделяет внимание на проблему оказания медицинской помощи спецпереселенцам и заключенным ГУЛАГа; Г.А. Чучелина, в статье которого отражаются причины ухудшения эпидемиологической ситуации; специфика социально-бытовой инфраструктуры в тылу представлена С.В. Зяблицовой на примере Западно-Сибирского региона¹⁸. В коллективном труде "Великая Отечественная война.

¹⁷ Советский тыл в первый период Великой Отечественной войны. - М., 1988; Советский тыл в период коренного перелома в Великой Отечественной войне (ноябрь 1942 - 1943 гг.). - М., 1989.

¹⁸ Зинич М.С. Будни военного лихолетья 1941 - 1945. Вып. 1-2. - М., 1994; Зинич М.С. Война и жизненный уровень населения//Урал в Великой Отечественной войне 1941 - 1945гг. Екатеринбург, 1995; Зяблицева С.В. Социально-бытовая сфера Западной Сибири в годы Великой Отечественной войны (1941 - 1945).: Автореф. дис. канд. ист. наук. — Кемерово, 1995; Чучелин Г.А. Эпидемическая обстановка в России в годы войны//Великая Отечественная война: уроки и проблемы. Пермь, 1995. С. 89 - 94.

1941 - 1945. Военно-исторические очерки" ¹⁹ приводятся новые оценки медико-санитарного положения отдельных регионов СССР, в том числе и Урала.

В конце 1990-х гг. происходит отход от советской методологии в вопросе изучения истории здравоохранения. Расширение исследовательских возможностей, применение новых методов, логических подходов к изучению прошлого позволили поднять качество исторических исследований. В этой плоскости интересны труды Н.П. Палецких ²⁰, исследования уральских историков И.К. Выродова, А.М. Радича, З.В. Семочкиной²¹, изучающих цели и задачи гражданской медицины в годы войны, раскрывает деятельность партийных и советских органов в решении поставленных задач. Г.Е. Корниловым²² поднимаются проблемы миграционных процессов, динамики естественного движения сельского населения на Урале в годы войны. Б.В. Добарских, И.П. Тюменцевой ²³ рассматриваются опыт организации

¹⁹ Великая Отечественная война. 1941 -1945. Военно-исторические очерки. В 4-х кн. М., 1998 -1999.

²⁰ Палецких Н.П. Сельская интеллигенция Челябинской области — фронту//Всемирно-историческая Победа советского народа в Великой Отечественной войне 1941 - 1945 гг. Челябинск, 1985. С. 114-117; Палецких Н.П. Система здравоохранения и медицинское обслуживание населения Урала в годы Великой Отечественной войны//Вестник ЧГАУ. Т. 9. Челябинск, 1995. С. 11 - 16; Палецких Н.П. Социальная политика на Урале в период Великой Отечественной войны. - Челябинск, 1995.

²¹ Выродов И.К. Вклад в дело Победы работников здравоохранения Южного Урала//Всемирно-историческая победа советского народа в Великой Отечественной войне 1941 - 1945 гг. Челябинск, 1985. С. 62 - 65; Выродов И.К., Дюкарева А.М., Мешалкин Г.Л. Организация лечения раненых и больных в эвакуогоспиталях Южного Урала//Военно-медицинский журнал. 1985. № 7. С. 25 - 28; Семочкина З.В. Охрана здоровья трудящихся Урала и всенародная забота о раненых воинах и инвалидах (1941 - 1945 гг.)//Социально-экономическое развитие Урала в годы Великой Отечественной войны (1941 - 1945 гг.) Челябинск, 1985. С. 75 - 82; Радич А. М. Руководство партийных организаций Урала восстановлением здоровья раненых и больных воинов Советской Армии в годы Великой Отечественной войны. Автореф. дис. канд. ист. наук. - Свердловск, 1981.

²² Корнилов Г.Е. Уральская деревня в годы Великой Отечественной войны.Свердловск, 1990; Корнилов Г.Е. Уральское село и война: проблемы демографического развития. Екатеринбург, 1993.

²³ Тюменцева И.П. Деятельность эвакуационных госпиталей Курганской области в годы Великой Отечественной войны//50-летию Победы. Челябинск, 1995. С. 108-111; Добарских Б.В. Организация военных госпиталей в Челябинской области//50-летию Победы. Челябинск, 1995. С. 99 - 106; Кусков С.А. Эвакопункты военносанитарной службы Красной Армии на Урале в годы Великой Отечественной войны (1941–1946).

эвакогоспиталей, кадровые проблемы, работы гражданских медицинских учреждений обеспечения эпидемического благополучия. Вопросам деятельности высших и средних медицинских учебных заведений Урала посвящены монография А.В. Сперанского, статья Р.Р. Хисамутдиновой²⁴.

Здравоохранение, как составная часть социальной политики государства становится интересом для диссертационных работ регионального направления. Вопросы развития и функционирования органов здравоохранения на Урале в предвоенный период обозначены в работе Д.Л. Островкина. Кадровые вопросы и решение их с помощью эвакуированных медиков из западных районов страны и вызов представлено М.Н. Потемкиной. В работах Ю.Н. Мануйловой отражается проблема медико-социальной реабилитации инвалидов Великой Отечественной войны. В работах С.А. Кускова и Н.А. Дегтяревой отражен процесс развертывания и обеспечения госпитального лечения на Южном Урале. Основные направления деятельности учреждений здравоохранения Южного Урала в годы Великой Отечественной войны отражены в диссертации Н.Л. Усольцевой²⁵.

Таким образом, проведенный историографический обзор показывает, что несмотря на наличие целого ряда работ, изучающих различные аспекты

²⁴ Сперанский А.В. В горниле испытаний. Культура Урала в годы Великой Отечественной войны (1941 - 1945). Екатеринбург, 1996; Хисамутдинова Р.Р. Деятельность I Харьковского медицинского института в г. Чкалове в годы Великой Отечественной войны//50-летию Победы. Челябинск, 1995. С. 113-115.

²⁵ Потемкина М.Н. Проблемы эвакуации и эвакуированного населения на Урале в годы Великой Отечественной войны 1941 - 1945 (Историко-партийный аспект): Автореф. дис. канд. истор. наук. Челябинск, 1994; Островкин Д.Л. Развитие советской системы здравоохранения на Урале в 1917-1941 гг.: дис. канд. истор. наук. Екатеринбург, 2018; Мануйлова Ю.Н. Социальная реабилитация инвалидов войны на Южном Урале (1941 - 1945 гг.): Автореф. дис. канд. истор. наук. Курган, 2002; Дегтярева Н.А. Госпитали на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.: Автореф. дис. кан. ист. наук. - Оренбург, 2007; Кусков С.А. Эвакогоспитали в Челябинской области накануне и в период Великой Отечественной войны (1939-1945 гг.). Автореф. дис. канд. ист. наук. Челябинск, 2010; Кусков С.А. Эвакопункты военно-санитарной службы Красной Армии на Урале в годы Великой Ответственной войны//Псковский исторический вестник. Вып. 2. 2016. С. 222-228.

рассматриваемой тематики, отсутствует комплексное научное исследование по истории здравоохранения Урала в годы Великой Отечественной войны.

Источниковая база исследования сформирована из опубликованных и неопубликованных документов, а также материалов периодической печати отражающие предмет исследования.

Законодательные акты по вопросам организации здравоохранения в годы войны, государственные и партийные документы, ведомственные и отраслевые распоряжения и акты составляют важную группу источников, позволяющих проанализировать правовое регулирование медицины на Урале²⁶.

Отдельно стоит выделить и статистические сборники, позволяющие сравнить данные в динамике развития здравоохранения в отдельных территориях уральского региона и в конкретный период Великой

²⁶ Государственный план развития народного хозяйства на 1941 год. (приложение к постановлению СНК СССР и ЦК ВКП(б) №127 от 17 января 1941 г.; Директивы КПСС и Советского правительства по хозяйственным вопросам (1917-1957 гг.): Сб. док. Т. 2: 1929 - 1945 гг. М., 1957; Закон о пятилетнем плане восстановления и развития народного хозяйства СССР на 1946-1950 гг.; Здравоохранение в годы восстановления и реконструкции народного хозяйства. 1925–1940 гг.: сб. документов и материалов. М., 1973; Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 1941-1945: сб. док. и материалов. М., 1977; Конституция Союза Советских Социалистических Республик: офиц. текст : [принята VIII Всесоюзным чрезвычайным съездом Советов 5 декабря 1936 г.]. М., 1937; Организация лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работы на селе. Сб. официальных, методических, инструктивных и справочных материалов Свердловск, 1947; Постановление Политбюро ЦК ВКП (б) «Об организации Всесоюзного комитета помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии»// Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 1941-1945: сб. док. и материалов. М., 1977;; Районы Свердловской области (краткая экономическая характеристика). Свердловск, 1939; Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам. 1917-1967 гг. В 5 т. Т. 3: 1941 - 1952 гг. М., 1968; Указ Президиума Верховного совета от 8 июля 1944 г. Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания Мать-героиня и учреждении ордена Материнская слава и медали Медаль материнства//Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 1941-1945: сб. док. и материалов. М., 1977; Постановление ЦИК СССР N 68, СНК СССР N 1298 от 20.07.1936 "Об образовании Народного Комиссариата Здравоохранения Союза ССР//Здравоохранение в годы восстановления и реконструкции народного хозяйства. 1925–1940 гг.: сб. документов и материалов. М., 1973.

Отечественной войны²⁷. Репрезентативность и достоверность данных из опубликованных сборников достигалась путем сравнения их с архивных документами.²⁸

Для изучения темы важным материалом стали материалы периодической печати. В газетах «Правда», «Известия», «Труд», «Советское здравоохранение», «Уральский рабочий» отражены оперативные сведения о событиях в области медицины, однако несли пропагандистский и поверхностный характер.

Таким образом, в совокупности представленные группы источников позволяют говорить о репрезентативности источниковой базы и позволяет решить поставленную цель и задачи исследования.

Объектом исследования является система здравоохранения, как составляющая социальной сферы общества и часть государственной политики, направленной на обеспечение здоровья населения страны.

Предметом исследования представляется структура и содержание деятельности органов и учреждений здравоохранения на территории Урала в годы Великой Отечественной войны.

Цель исследования заключается в выявлении и комплексном анализе основных направлений деятельности в области здравоохранения на Урале в военные годы, с учетом региональной специфики.

В единстве с поставленной целью и учитывая состояние изученности темы были поставлены следующие **задачи исследования**:

²⁷ Великая Отечественная война. Юбилейный статистический сборник: стат.сб/Росстат. М., 2015; Здравоохранение СССР: стат.сб. Рига, 1946; Народное хозяйство Пермской области за годы Советской власти: стат. сб. – Пермь, 1967; Народное хозяйство Свердловской области: стат. сб. Свердловск, 1962; Народное хозяйство СССР за 60 лет: юбилейный стат. ежегодник. М., 1977; Народное хозяйство СССР. 1922 – 1982 гг. / ЦСУ СССР. М., 1982; Народное хозяйство Челябинской области: стат. сб. Челябинск, 1961; Сборник документов и материалов по вопросам труда в период Великой Отечественной войны (22 июня 1941 г.- 5 января 1944 г.) М., 1944; Челябинская область. 1917–1945 гг.: сб. док. и мат-лов / под ред. П.Г. Агарышева. Челябинск, 1998.

²⁸ ГАСО Ф. Р-88; ГАСО Ф. Р-627; ГАСО Ф. Р-2210; ЦДОССО Ф. 4; ЦДОССО Ф. 273.

- охарактеризовать особенности управления медико-санитарными учреждениями в условиях войны, рассмотреть материально-финансовое состояние здравоохранения региона;
- показать уровень подготовки медицинских кадров и обеспечение учреждений здравоохранения квалифицированным персоналом;
- оценить мероприятия направленные на проведение лечебно-профилактической деятельности и организации работы эвакуогоспиталей и оказании медицинской помощи бойцам Красной армии;
- определить особенности санитарно-противоэпидемической работы с населением.

Хронологические рамки исследования охватывают период Великой Отечественной войны. Данный временной отрезок позволил проследить особенности политики в сфере здравоохранения в условиях изменяющихся условиях на фронте и в тылу. В отдельных случаях рассматриваются материалы предвоенных лет, анализа и сравнения динамики здравоохранения.

Территориальные рамки исследования охватывают территорию в современных границах Свердловской, Челябинской, Курганской, Оренбургской областей и Пермского края - наиболее экономические развитые территории с преимущественном русским населением. Территории Башкирии, Удмуртии представлены лишь фрагментарно – их изучение требует специальных исследований, что обусловлено спецификой национального состава населения этих территорий.

Научная новизна исследования отражается в проведении комплексного анализа развития и особенностей системы здравоохранения в период Великой Отечественной войны в территориальных границах уральского региона (в современных границах Свердловской, Челябинской, Курганской областей и Пермского края). Проанализированы процессы, происходившие в области обеспечения медицинской помощи населению на Урале в 1941-1945 гг. в контексте модернизационных преобразований. Также

были введены ряд неопубликованных источников региональных архивов, неизвестных исторической науке ранее, что позволило с большей научной обоснованностью охарактеризовать особенности управления медико-санитарными учреждениями в условиях войны, рассмотреть материально-финансовое состояние здравоохранения региона, показать методы решения кадровой проблемы медицины, оформившиеся в военный период, оценить действия предпринимаемые в сфере лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемическую деятельности.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в выявлении закономерностей развития системы здравоохранения в годы Великой Отечественной войны, позволяет расширить знания об условиях жизни советских граждан в тылу, оценить исторический опыт мобилизационного характера системы медицинского обслуживания населения, и подчеркнуть его значение в современных условиях. Материалы диссертации могут быть использованы при написании работ по истории России и Урала на период с 1941-1945 г. при чтении общих и специальных курсов по Отечественной истории, создании элективного курса. Фактологический материал может быть использован при составлении региональных исторических справочников и энциклопедий.

Методологическую основу исследования составляет теория модернизации, которая дает наиболее убедительный подход к исследованию особенностей развития социальной сферы (в частности здравоохранения). Региональная политика в сфере медицинского обслуживания населения, как комплекс решений по совершенствованию социальной структуры страны, относится к числу важнейших модернизационных задач. Выбранная методологическая основа позволяет дать оценку изменениям, происходившим в области здравоохранения в годы Великой Отечественной войны. Процессы создания системы здравоохранения в тылу, которые осуществляло советское государство в период Великой Отечественной войны несомненно, носили модернизационный характер.

При исследовании трансформации сферы здравоохранения в годы Великой Отечественной войны были применены логический, структурно-функциональный, ретроспективный и культурологический подходы. Работа построена на методологических принципах историзма и научной объективности. Методы исторического познания: ретроспективный, системный, ситуационный, сравнительный - позволили рассмотреть события и явления в контексте исторической ситуации, дать характеристику региональным особенностям здравоохранения на Урале во время Великой Отечественной войны.

Структура исследования. Данная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы.

ГЛАВА 1. УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ И КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРАЛЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

1.1. Система управления учреждениями здравоохранения

К началу Великой Отечественной войны в СССР функционировала государственная система здравоохранения, базировавшаяся на принципах жесткой централизации врачебного дела, единства и бесплатности медицинской помощи. Законодательно это было закреплено в Конституции 1936 г., 120 статья которой гласила: "Граждане СССР имеют право на материальное обеспечение в старости, а также в случае болезни и потери трудоспособности. Это право обеспечивается широким развитием социального страхования рабочих и служащих за счет государства, бесплатной медицинской помощью трудящимся, предоставлением в распоряжение трудящихся широкой сети курортов"²⁹. XVII съезд ВКП(б), говоря о повышении материального и культурного уровня трудящихся, планировал увеличить расходы на социальное страхование, просвещение, здравоохранение и др. до 53 млрд. руб. против 30,8 млрд. руб. в 1937 г., т.е. более, чем в 1,7 раза. Пятилетний план предусматривал увеличение государственных затрат на здравоохранение с 10,3 млрд. руб. в 1937 г. до 16,5 млрд. руб. в 1942 г.³⁰.

Управление системой медицинского обслуживания населения осуществлял Народный комиссариат здравоохранения (НКЗ), в ведении которого были фактически все области, затрагивающих здравоохранение. Среди них можно выделить органы управления медицинской сетью (городских больниц, роддомов, женских консультаций, крупнейших

²⁹ Конституция СССР 1936г.//Справочная правовая система "Консультант Плюс" URL: <http://www.consultant.ru>. (дата обращения: 10.05.2019).

³⁰ Директивы КПСС и Советского правительства по хозяйственным вопросам (1917-1957 гг.): Сб. док. Т. 2: 1929 - 1945 гг. М., 1957. С. 235.

курортов и санаториев), медицинской промышленностью, снабженческих органов (главное управление снабжения медицинской сетью), органов отвечающих за подготовку медицинских кадров и развития медицинской науки (медицинские научно-исследовательские институты). В состав системы здравоохранения входила Всесоюзная государственная санитарная инспекция (ВГСИ) - в обязанности которой вменялась функция санитарного контроля.

Также в подчинении наркомата здравоохранения находились НКЗ союзных республик. В непосредственном управлении республиканских наркоматов находились областные и краевые здравотделы, НКЗ автономных республик, которым подчинялись городские и районные отделы здравоохранения, руководившие работой лечебных учреждений на местах. На каждом из данных уровней были созданы санитарные инспекции (при райисполкомах устанавливалась должность санитарного инспектора)³¹.

За годы второй пятилетки были мобилизованы все имевшиеся и потенциальные возможности. К проблемам здравоохранения удалось привлечь внимание партийных и советских органов, обеспечить участие промышленных новостроек и колхозов в расширении лечебной сети. С началом войны перед органами здравоохранения встал ряд новых задач.

На начальной стадии боевых действий медицинская служба фронтов испытывала острый недостаток госпитальных коек. Это явилось следствием нескольких причин, но главная причина – тяжелая для Красной Армии оперативно-стратегическая обстановка на фронте в начале войны. Развернутые по мобилизационному заданию эвакуационные госпитали не обеспечивали потребности действующей армии в госпитальном коечном фонде. Важнейшей из задач них стала организация работы эвакогоспиталей

³¹ Постановление ЦИК СССР N 68, СНК СССР N 1298 от 20.07.1936 "Об образовании Народного Комиссариата Здравоохранения Союза ССР//Здравоохранение в годы восстановления... С. 251; Здравоохранение в годы восстановления... С. 202, 306-308.

для излечения раненых и больных солдат Красной Армии, и соответственно создание органов управления ими.

Эвакуационные госпитали (эвакогоспитали) – есть медицинские учреждения, развертываемые в тылу на время войны, где лечились эвакуированные с фронта больные и раненые солдаты, офицеры и генералы (в том числе пленные). Следует отметить, что гарнизонные и окружные госпитали в годы Великой Отечественной войны, как правило, обеспечивали специализированной лечебной помощью контингенты раненых и больных воинов, эвакуированных с фронта. То есть, по исполняемой функции являлись эвакогоспиталями.

Для управления эвакогоспиталями были созданы специальные органы в системе НКЗ. Согласно приказу НКЗ СССР от 30 июля 1941 г. в НКЗ СССР создается отдел эвакогоспиталей. Специальный отдел эвакогоспиталей был создан и при НКЗ РСФСР. На областном уровне деятельностью эвакогоспиталей руководил старший инспектор по эвакогоспиталям, а специальной лечебной деятельностью областной хирург-консультант эвакогоспиталей³² (в Свердловской области А.Т. Лидский). Как показано, органы руководства эвакогоспиталями не были выделены в отдельное направление на союзном уровне, а на областном ими занимались всего два человека.

Разумеется такая система не могла обеспечить адекватного управления складывающейся сетью эвакогоспиталей. В октябре 1941 года было основано Главное управление эвакогоспиталей при Наркомздраве СССР во главе с заместителем наркома здравоохранения СССР С.И. Миловидовым. Управления эвакогоспиталей, также организовывались при наркомздровах союзных республик, начальниками которых должны были стать заместители наркомов здравоохранения соответствующих республик. В РСФСР на эту должность был назначен А.И. Жичин. При областных и краевых здравотделах организовывались отделы эвакогоспиталей, причем их

³² Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 37

руководителями назначались непосредственно заведующие обл(край)здравотделов, либо их заместители³³. В Свердловской области ответственным за работу эвакогоспиталей был назначен заведующий облздравотделом И.А. Шаклеин.

Для руководства формирующейся сетью эвакогоспиталей в июле 1941 года в Молотове, Челябинске, Свердловске, Уфе, Оренбурге были развернуты эвакопункты. Эвакопункты – местные органы Главного военно-санитарного управления Красной Армии. В их задачи входило обеспечение работы военно-санитарного транспорта, распределение поступающих контингентов раненых по госпитальным гарнизонам, сбор сведений о коечной сети, хозяйственном положении, обеспеченности медицинскими кадрами и лечебной, воспитательной, научной деятельности эвакогоспиталей, оказание им методической помощи, санитарный надзор, снабжение нарядами на продовольственное и вещевое довольствие эвакогоспиталей и приписанных военно-санитарных поездов в подведомственном санитарном районе. Эвакопункты были равноправны, подчинялись Санитарному управлению Уральского военного округа (СУ УрВО) и ГВСУ КА. Эвакопункты, руководившие госпиталями более 30 тыс. коек, назывались Распределительными эвакуационными пунктами (РЭП). Остальные эвакопункты именовались Местными эвакуационными пунктами (МЭП). РЭП отличала максимальная штатная численность сотрудников и специалистов-консультантов по всем основным видам медицинской помощи³⁴.

Местный эвакуационный пункт № 98 начал развёртывание 25 июня 1941 года в Челябинске на базе эвакогоспиталя № 1723. Челябинский санитарный район включал в себя Челябинскую, Курганскую области (последняя выделена из состава Челябинской в марте 1943 года) РСФСР,

³³ Там же. С. 52,53.

³⁴ Циркуляр Наркомздрава СССР и Санитарного управления РККА о порядке руководства эвакуационными госпиталями Наркомздрава СССР и наркомздравов союзных республик//Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны...С. 34-35.

Кустанайскую область Казахской ССР. В ходе выполнения мобилизационного плана к 22 июля 1941 года было развернуто 10 эвакуогоспиталей (в том числе 2 госпиталя в Кустанае) на 2900 коек.

Местный эвакуационный пункт № 44 второго формирования был развернут в первой декаде июля 1941 года в Молотове в здании фельдшерскоакушерской школы. МЭП № 44 базировался в Молотовском санитарном районе на железнодорожных магистралях Молотов–Вологда–Ленинград и Молотов–Москва. Молотовский санитарный район был единственным на Урале, где широко использовался речной транспорт для эвакуации раненых (Камский водный путь). Эвакопункт развертывался по минимальному штатному расписанию, так как мобилизационным планом в пределах санитарного района (Молотовская, Кировская области, города Глазов, Кез, Балезино Удмуртской АССР) предполагалось развертывание 9 эвакуогоспиталей (2400 коек, по другим данным 4570) в Молотовской области, 7 эвакуогоспиталей (2400 коек), эвакуогоспиталь № 1737 на 300 коек в г. Глазов Удмуртской АССР. Начальники МЭП № 44: с июня 1941 года военврач 2 ранга Г. Н. Гнуждев, с 12 августа 1941 года до расформирования осенью 1945 года военврач 1 ранга С. А. Воронин.

Местный эвакуационный пункт № 52 второго формирования был развернут в период с 27 июня по 7 июля 1941 года в городе Свердловске в здании дорожного отдела горсовета. За организацию формирования эвакопункта отвечали военврач 1 ранга З. Л. Розенштейн, интендант третьего ранга Х. Н. Цевин и другие работниками военного госпиталя № 354. Во втором полугодии 1941 года эвакопункт прошёл через несколько реорганизаций, так как формировался по минимальному штату, а госпитальная сеть росла. В этот период в ведении МЭП 52 находились эвакуогоспитали Свердловской области и большей части Удмуртии.

6 января 1942 года в Нижний Тагил прибыл вывезенный из Курска МЭП № 13. На основании постановления СНК СССР от 8 февраля 1942 года № 1260сс в распоряжение МЭП № 13 отошли 28 эвакуогоспиталей (13550

коек), расположенных в северной части Свердловской области. Через год МЭП № 13 был передислоцирован, а его санитарный район (16 госпиталей, 8540 коек) приписан к МЭП № 91³⁵.

Также стоит отметить, что в начале войны Наркомату здравоохранения подчинялись лишь созданные им эвакуогоспитали. Госпитали Наркомата обороны подчинялись Главному военно-санитарному управлению РККА (ГВСУ). При этом госпитали НКЗ в оперативном отношении (использование коечного фонда, прием и выписка больных, перевод больных из одного госпиталя в другой, работа врачебных комиссий и т.д.) подчинялись распределительным и местным эвакуогоспиталям, к которому были приписаны. Санотделы военных округов и управление эвакуопунктов также осуществляли контроль за медицинской и организационно-хозяйственной деятельностью эвакуогоспиталей Наркомздрава. Таким образом, сложившаяся система подчинения была достаточно запутанной и служила частым поводом для конфликтов между органами наркомздрава и наркомата обороны³⁶.

Эти факторы привели к тому, что уже 30 сентября 1941 г. был издан совместный приказ НКО и НКЗ (во исполнение указа ГКО от 22 сентября 1941 г.) согласно которому, тыловые госпитали, за исключением гарнизонных госпиталей наркомата обороны, передавались в подчинение Народному комиссариату здравоохранения: весь их личный персонал, за исключением начальника и военного комиссара госпиталя становился вольнонаемным, то есть снимался с военного довольствия.

Также этим приказом разъяснялась сфера подчинения эвакуогоспиталей Наркомздраву. На Наркомздрав возлагались следующие задачи:

- организация лечения раненых и больных бойцов Красной Армии;
- содержание личного состава госпиталей;

³⁵ Кусков С.А. Эвакуопункты военно-санитарной службы Красной Армии на Урале в годы Великой Ответственной войны... С. 223-224.

³⁶ Циркуляр Наркомздрава СССР и Санитарного управления РККА о порядке руководства эвакуационными госпиталями Наркомздрава СССР и наркомздравов союзных республик//Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 12-15.

- снабжение эвакуогоспиталей всеми видами медицинского и санитарно-хозяйственного имущества;
- руководство медицинским обслуживанием и снабжение медицинским имуществом эвакуогоспиталей Всесоюзного центрального совета профессиональных союзов³⁷.

Этот приказ ликвидировал возникшее "двоевластие" в деле управления эвакуогоспиталями, хотя скрытая межведомственная борьба продолжалась и далее. В то же время руководство санитарной эвакуацией раненых и больных воинов в эвакуогоспитали глубокого тыла определялось единой стратегией.

Больших усилий потребовало создание при эвакуогоспиталях консультативной системы, позволяющей реализовать единую доктрину лечения, консультировать медицинские кадры госпиталей прямо в процессе работы. Этой проблеме был посвящен целый ряд распоряжений. Так, уже 18 сентября 1941 года Наркомздрав СССР издал приказ о создании Центрального методического бюро "для разработки практических вопросов по организации работы и постановке лечебного дела в эвакуогоспиталях системы НКЗ СССР". В марте 1942 года приказом Наркомздрава СССР "в целях улучшения качества лечебной работы эвакуогоспиталей, обобщения опыта работы их, а также в целях внедрения новых методов лечения в практику эвакуогоспиталей" при Главном управлении эвакуогоспиталей Наркомздрава СССР был образован Госпитальный совет во главе с начальником управления С.И. Миловидовым³⁸.

Нововведением военных лет стало создание органов управления для руководства медико-санитарными учреждениями, обеспечивающих медицинское обслуживание рабочих оборонной промышленности. Для руководства ими при НКЗ СССР в Управлении городских поликлиник и амбулаторий создавалась специальная группа, НКЗ РСФСР создавался отдел, а на уровне обл(край)здравотделов, на территории Урала за их руководство

³⁷ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 49-51

³⁸ Там же. С.107-108.

отвечали специально выделенные инспекторы лечебно-профилактических управлений.

В остальном существовавшая структура управления существенных изменений не перетерпела. Несмотря, на ряд новых задач и угроз, в первую очередь рост эпидемической угрозы, сложившаяся до войны система управления оказалась достаточно продуманной и гибкой, чтобы в условиях военного времени решать проблемы без масштабной перестройки.

О структуре регионального отдела здравоохранения можно составить представление на примере областного отдела здравоохранения Свердловской области, одного из крупнейших на Урале.

По состоянию на начало 1942 г. Свердловский облздравотдел имел следующую структуру: лечебно-профилактическое управление (6 чел.); областной государственный санитарный инспектор; сектор лечебно-профилактической помощи детям (4 чел.); плановый сектор (3 чел.); сектор статистики (4 чел.); мобилизационный сектор (5 чел.); строительный сектор (2 чел.); бухгалтерия (6 чел.); управление делами (7 чел.). Кроме этого, в состав Свердловского облздравотдела входили : управление эвакогоспиталей (8 чел.); государственная сан. инспекция (8 чел.); противоэпидемическое управление (10 чел.)³⁹.

С началом войны руководящий аппарат здравоохранения, переживал не лучшие времена: многие работники были призваны в ряды РККА, значительная часть должностей была замещена новыми работниками. Общая укомплектованность на областном уровне составляла 89%, новые работники занимали 47% должностей.

Еще сложнее была ситуация с отделах здравоохранения городского и районного уровней. В подчинявшихся непосредственно Свердловскому областному отделу здравоохранения 42 здравотделов (6 городских и 36 районных) все должности были замещены, но высшее медицинское образование имели только 16 заведующих, еще у 21 было среднее

³⁹ ГАСО Ф. Р-627. Оп. 2. Д. 27. Л. 151-152

медицинское образование, у 5 медицинского образования не имелось вовсе. Из 36 заведующих районными отделами здравоохранения - 7 временно исполняли свои обязанности и 4 из них подлежали замене⁴⁰.

Высокой была и текучесть: из 6 заведующих горздравотделами к руководящей работе приступили с 1939 г. - 1 человек, с 1940 г. - 1 человек, с 1941 г. - 4 человека. Из 36 заведующих районными отделами здравоохранения с 1940 г. работало только 10 человек, с 1941 г. - 20 человек, остальные 6 работали с начала 1942 г., то есть находились в должности чуть более 2-х месяцев. Неопытность руководящих кадров с военной период оказало негативное влияние на состояние уральского здравоохранения, так как многие из них оказались непригодными для руководящей работы.

Для предотвращения текучки кадров и стимулирования работы руководящего персонала было издано распоряжение № 21440-р СНК СССР, согласно которому, устанавливались должностные оклады для высшего медицинского руководства: от начальников отделов в крупных городах и районах, до начальников управлений Наркомздравов союзных республик. К примеру, начальник управления Наркомздрава союзной республики в месяц должен был получать 900 руб., то есть на уровне высококвалифицированного токаря-универсала⁴¹.

К 1 января 1941 г. фармацевтическая служба страны располагала развитой сетью аптечных учреждений. В 1931 г. было создано Российское аптечное объединение (РАПО). В его состав вошли фабрики "Аптечная упаковка", Аптечное бюро при НКЗ РСФСР, производственные предприятия института охраны материнства и младенчества Наркомздрава, Центральная аптечная опытная станция, все краевые, областные аптечные управления и мед. торги. В 1935 г. РАПО было реорганизовано в Главное аптечное управление НКЗ РСФСР (ГАПУ РСФСР). В 1936 г. в составе Наркомздрава СССР была создана Аптечная инспекция, которая осуществляла общее

⁴⁰ ГАСО Ф. Р-627. Оп. 2. Д. 27. Л. 151-152.

⁴¹ Директивы КПСС и Советского правительства... С. 274.

руководство и контроль за деятельностью ГАПУ союзных республик. Таким образом, в предвоенные годы в СССР была создана четкая организационная структура аптечной службы. Во всех областях, краях и автономных республиках хозрасчетная аптечная сеть находилась в непосредственном подчинении областных или краевых аптечных управлений. На состояние к 1 января 1941 г. на территории СССР работало 10728 аптек и 14864 аптечных пункта. В рамках проведения научных исследований функционировала Центральная аптечная научно-исследовательская лаборатория, которая в январе 1944 г. Центральный аптечный научно-исследовательский институт при НКЗ РСФСР⁴².

На Урале руководство аптечной системой осуществлялось областными отделениями ГАПУ. Перед аптечной сетью и органами руководства ими с первых дней войны возникли трудные задачи, связанные в том числе и с кадровыми проблемами. Аптекоуправления при поддержке областных партийных и советских организаций добились участия в производстве недостающих медицинских товаров местных предприятий промышленности, промкооперации и различных ведомств. В Западной Сибири и на Урале было открыто 54 городских и 25 сельских аптек. Необходимо отметить, что к середине 1942 года перестройка аптечного хозяйства на военный лад была завершена. Объем выпускаемой здесь продукции увеличился вдвое⁴³.

В 1943-1944 гг. было осуществлено крупное административно-территориальное разукрупнение уральских областей. 6 февраля создается Курганская область с административным центром в городе Курган. А крупные города - Свердловск и Челябинск переходят в республиканское подчинение. В связи административно-территориальным разукрупнением областей создаются новые отделения ГАПУ НКЗ РСФСР - Курганское областное и 2 городских - Свердловское и Челябинское. Так, во вновь созданное Свердловское городское отделение ГАПУ были переданы

⁴² Здравоохранение в годы восстановления... С. 144.

⁴³ Там же. С. 147.

областным отделением ГАПУ 15 аптек, несколько филиалов аптек и аптекарских магазинов Свердловска, галеново-фармацевтическая фабрика, зубомеханическая мастерская, производство наливных ампул «Стерампул», мастерская по починке резиновых изделий. Областная контрольно-аналитическая лаборатория, была также передана в республиканское подчинение⁴⁴.

Свою деятельность органы здравоохранения проводили в тесном взаимодействии с органами партийного и советского управления, которые осуществляли ее контроль.

Помимо сложившихся еще в довоенное время отношений, которые упрочились в годы войны, в военные годы был создан ряд органов дополнительно вовлекавших в решение проблем здравоохранения.

Так, 8 октября 1941 г. постановлением Политбюро ЦК ВКП (б) «Об организации Всесоюзного комитета помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии» предписывалось создать на союзном, республиканском и областном уровнях к 15 октября 1941 г. комитеты помощи раненым "из представителей партийных, советских, комсомольских, профсоюзных и общественных организаций в составе 9-11 человек под председательством одного из секретарей обкома, крайкома ЦК Компартий союзной республики"⁴⁵.

В функции комитета помощи раненым входило:

- организация широкой общественной помощи органам здравоохранения в деле обслуживания больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии;
- повседневный контроль и наблюдение за работой госпиталей;
- организация шефства предприятий, учреждений над госпиталями; помощь госпиталям в проведении ремонта, оборудования палат;
- прием и распределение подарков раненым;

⁴⁴ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 84.

⁴⁵ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 53

- оказание помощи органам здравоохранения в приеме на вокзале прибывающих в тыловые госпитали раненых;
- помощь в организации культурно-политической работы среди раненых;
- помощи инвалидам, выписавшихся из госпиталей в социальном, трудовом и бытовом устройстве.

Также в годы войны возросла роль общественных организаций, возросло взаимодействие партийных и советских органов с ними. Так общества Красного креста и Красного полумесяца активно оказывали помощь эвакогоспиталям, в экстренном порядке обучали медицинских работников. В условиях сложной кадровой ситуации, обкомы ВКП (б) Урала поставили перед комитетами Российского общества Красного Креста (РОКК) стать кузницей массовых санитарных кадров. Организации Красного креста шефствовали над госпиталями на протяжении всей Великой Отечественной войны. Например, бюро Челябинского обкома ВКП(б) в сентябре 1941 г. поручило областному комитету РОКК закрепить все первичные организации за госпиталями, отделениями и палатами. По данным Челябинского городского комитета РОКК, только в 1944 г. в госпиталях работало 144 первичных краснокрестовских организаций, обслуживающих 158 палат⁴⁶.

Организация и осуществление санитарно-противоэпидемической деятельности в годы войны также не была задачей исключительно органов здравоохранения. Она осуществлялась в тесном взаимодействии с другими ведомствами, советскими и партийными органами. Необходимость тесного межведомственного сотрудничества в противоэпидемической борьбе нашла отражение в создании чрезвычайных противоэпидемических комиссий, которые образовывались на разных уровнях для борьбы с особо опасными инфекциями и объединяли представителей органов здравоохранения, советских, партийных органов и органов НКВД, что открывало широкие

⁴⁶ Сто лет Красного Креста в нашей стране... С. 74.

возможности для осуществления медицинских мероприятий. Постановления ЧПК по борьбе с той или иной инфекцией шли по трем направлениям:

- указания различным ведомствам об обеспечении деятельности органов здравоохранения материальными ресурсами, транспортом и т.д.;
- собственно медицинские мероприятия;
- указания работникам милиции и прокуратуры о необходимости привлечения к ответственности виновных в нарушении и игнорировании медицинских мероприятий⁴⁷.

Таким образом в годы войны появились органы, обеспечивающий непосредственных контакт органов здравоохранения с партийными, советскими органами и общественными организациями на наиболее ответственных участках работы, что в условиях недостатка сил и средств обеспечивало их первоочередное решение. Создание таких чрезвычайных органов свидетельствует о том, что система здравоохранения самостоятельно справится с такой нагрузкой уже не могла.

В целом сложившаяся в предвоенные годы в СССР система управления государственным здравоохранением оказалась гибкой и продуманной, смогла обеспечить управление при появлении новых сложных проблем и без особых изменений продолжала функционировать в годы войны. Новые органы появились для управления кардинально новыми сегментами сферы здравоохранения, появившимся только в ходе войны (эвакогоспитали), либо для обеспечения особо важных задач, стоявших перед ним (комитеты помощи раненым, чрезвычайные противоэпидемические комиссии).

1.2. Кадровые проблемы и их решение.

Подготовка медицинского персонала

⁴⁷ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 54

В предвоенный период, советским правительством решались задачи обеспечения системы здравоохранения, высшими и средними медицинскими кадрами. Как отмечено в статистике, на 1 января 1941 г. специалистов с высшим медицинским образованием, задействованных в системе гражданского здравоохранения составляло 140 тыс. человек, со средним медицинским образованием - 351 тыс. человек. Данные показатели были достигнуты в результате проведения планомерной политики⁴⁸.

Подготовка кадров велась с учетом возрастающей необходимости в получении медицинской помощи гражданским населением. В связи с этим, необходимо было в короткий срок подготовить специалистов различного медицинского профиля.

Постановлением СНК СССР от 8 сентября 1936 г. №1649 «О подготовке средних медицинских, зубоврачебных и фармацевтических кадров», резко увеличилась сеть средних медицинских школ и число учащихся. Такие школы являлись государственными учебными заведениями, готовящие средних медицинских работников: фельдшеров, санитарных фельдшеров, акушерок, фармацевтов, зубных врачей, зубных техников, медицинских лаборантов, медицинских сестер. Срок обучения в медицинских школах составлял два – три года. В них принимались лица в возрасте от 15 до 35 лет, имеющие общеобразовательную подготовку не ниже семи классов средней общеобразовательной школы. Исключение составляли зубоврачебные школы, куда принимались абитуриенты с образованием не ниже 9 классов. Данные требования были едины для всей страны. Создание этой системы выразилось в полной реорганизации медицинских техникумов в фельдшерские, акушерские и сестринские школы⁴⁹.

Если к 1936 году в СССР насчитывалось 602 медицинские школы, то в 1938 году функционировало 1209 школ. Количество подготовленных

⁴⁸ Великая Отечественная война. Юбилейный статистический сборник... С. 161.

⁴⁹ Здравоохранение в годы восстановления... С. 94.

медработников среднего медицинского звена составило 83952 человека. Также к 1941 г. на территории СССР работало 78 образовательных учреждений высшего образования, которые к началу войны выпустили 7000 врачей. Указанные темпы полностью обеспечивали потребности медико-санитарных учреждений, создавая резервы для нужд обороны страны⁵⁰.

На Урале также была создана база для подготовки специалистов. Органам здравоохранения Урала за этот период удалось создать стабильную материально-техническую базу для подготовки медицинских кадров, организовать медицинские институты, НИИ и медицинские школы. Была достигнута мощная база научных и учебных заведений в области медицинского образования. В результате на Урале в 1939 г. успешно функционировало 4 высших медицинских института и 49 средних медицинских школ⁵¹. Только в 1940 г. из высших учебных заведений Молотовской области был произведен выпуск 460 врачей⁵².

На территории Свердловской области в 1940 г. работал 1801 специалист, в Челябинской области - 1192 человека, в Пермской области - 1238 человек соответственно. Коэффициент обеспеченности населения Урала врачебной помощью в 1940 г. в отдельных территориях составил следующие значения: Свердловская область – 1442 чел. на одного врача, Челябинская область – 2503 чел. и в Пермской области – 1754 чел⁵³.

Количество учащихся в средних медицинских школах на Урале, также росло с общесоюзной тенденцией. Это можно проследить на примере Свердловской области, в которой в 1941 году число учащихся получающих среднее медицинское образование составило 10678 человек⁵⁴. Однако преследуя выполнение партийной директивы и в «погоне» за увеличением медицинских школ, органы здравоохранения, не редко, не заботились об

⁵⁰ Великая Отечественная война. Юбилейный статистический сборник... С. 165.

⁵¹ ЦДООСО. Ф. 273. Оп. 1 а. Д. 7. Л. 39 – 41.

⁵² Народное хозяйство Пермской области за годы Советской власти... С. 87.

⁵³ Здравоохранение СССР. стат.сб... С. 59, 60, 62

⁵⁴ ЦДООСО. Ф. 273. Оп. 1 а. Д. 7. Л. 47.

оснащении их инфраструктурой, что сказывалась на материальном обеспечении школ.

Следующим шагом советского руководства по увеличению заработной платы стало установление единых республиканских расчетов на содержание врачебных амбулаторий. По ним в 1939 г. были определены категории медицинских сотрудников и минимальные размеры оплаты труда. Так, согласно расчетам, лечащие врачи получали оклад в 450–470 руб., зубные врачи – 315 руб., фельдшера – 225 руб., акушерки – 205–230 руб., медицинские сестры – 175, дезинфекторы – 150, санитарки – 110–140 руб.⁵⁵

В тоже время в Чкаловской области из необходимых 868 врачей работали только 465, из них - 129 человек на селе⁵⁶. Существовала проблема недостатка кадров и в Челябинске. На население в 273 тыс. человек в челябинских лечебных учреждениях работали 250 человек (в Свердловске - 1050 врачей на 450 тыс. человек). Накануне войны в Челябинской области незамещенными оставалось 497 врачебных должностей. Амбулаторная сеть Челябинской области обеспечивалась врачами на 60%, постоянным явлением стало совместительство⁵⁷.

В целом, предвоенные годы для уральского здравоохранения – созидательный период, время повсеместного строительства, радикального расширения материальной базы. В уральском регионе происходило развитие первичной и специализированной помощи, создание мощного конгломерата научных и учебных заведений.

С началом войны тысячи врачей были мобилизованы в ряды РККА. Так, из 140000 врачей, работавших в лечебных учреждениях СССР, на военную службу было призвано 69600 человек, то есть почти половина⁵⁸. Отразилось это и на уральском здравоохранении.

⁵⁵ Островкин Д.Л. Развитие советской системы здравоохранения на Урале... С. 114.

⁵⁶ Народное хозяйство СССР за 60 лет: юбилейный стат. ежегодник... С. 95.

⁵⁷ Челябинская область. 1917–1945 гг.: сб. док. и мат-лов... С. 95, 97, 98.

⁵⁸ Кузьмин М.К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. М., 1973. С. 45.

В Свердловской области, где в 1940 году насчитывался 1801 специалист, после массового призыва в армию в начале войны к 1 октября 1941 г. осталось только 835, то есть менее половины⁵⁹. Медработники призывались и во время войны. Значительная часть мобилизованных работников отправлялась для работы в эвакогоспиталях. В дальнейшем, с сокращением сети эвакогоспиталей в регионе, врачи из расформированных учреждений возвращались в распоряжение органов здравоохранения и служили со второй половины 1942 г. важнейшим источником пополнения кадров.

Если мобилизация в РККА или для работы в эвакогоспиталях обескровливала кадры гражданского здравоохранения, то эвакуационный процесс во многом помог решить эту проблему. Так, в конце 1941 г. из-за прибытия эвакуированных врачей, в Свердловской области их число возросло с 835 в октябре до 1167 человек в декабре⁶⁰. В Челябинской области за счет эвакуированных специалистов с 1 июля 1941 г. по 1 июля 1942 г. число врачей увеличилось с 413 до 597 чел. Приток эвакуационных кадров продолжался до конца 1943 г. К концу 1944 г. 62,5% врачей в Челябинской области составляли эвакуированные⁶¹.

В то же время с конца 1941 г. начался обратный процесс реэвакуации, тесно связанных с помощью освобожденным районам направляли кадры, так как на помощь освобожденным районам направляли кадры, в основном ранее эвакуированные оттуда. Так, количество откомандированных врачей из Свердловской области в 1943 г. составило 330 человек, в основном в освобожденные районы УССР, Ленинград и распоряжение Наркомздрава РСФСР⁶².

Значительное внимание уделялось первостепенному укомплектованию эвакогоспиталей медицинскими работниками. Для облегчения это задачи в

⁵⁹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 2. Д. 12. Л.14.

⁶⁰ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 2. Д. 13. Л.5.

⁶¹ Челябинская область. 1917–1945 гг.: сб. док. и мат-лов... С. 101

⁶² ГАСО. Ф. Р-88. Оп. 1. Д. 5154. Л. 396.

июле 1941 г. Наркомздрав СССР выпускает приказ, разрешающий принимать на работу в госпитали студентов медицинских вузов: с 1 и 2 курса - на должности санитаров, с 3 и 4 курсов - на должности медсестер и фельдшеров.

Кадровые проблемы были и при укомплектовании эвакуогоспиталей на Урале. Это было связано как и с призывом в армию большого количества врачей и медсестер, а также постоянной передислокацией эвакуогоспиталей вместе с обсуживающим персоналом. Особо не хватало хирургов. Так из 469 врачей чкаловских госпиталей в 1942 г., только 113 были с хирургическим уклоном, в 1943 г. в эвакуогоспиталях Курганской области вместо положенных по штату 47 хирургов находилось 18, их них 7 квалифицированных, а остальные 11 - хирурги, получившие специальность в военное время⁶³.

Ощущалась нехватка медиков и других специальностей. На июль 1942 г. в Чкаловской области в наличии имелось 523 врача, из которых 82 хирурга, 50 врачей, владеющих хирургическими методами лечения, 11 физиотерапевтов, 6 - по лечебной физкультуре, 25 рентгенологов, 38 лаборантов и бактериологов, 15 невропатологов. Остальные были терапевтами, педиатрами. На июль 1942 г. в эвакуогоспиталях Челябинской области находилось 597 врачей, из них 95 хирургов, причем опытных только 60⁶⁴.

В 1943 году в эвакуогоспиталях Курганской области из положенных по штату 59 врачей имелось 48, медсестер - 275 и 224 соответственно. По штатному расписанию 1943 г. недокомплект госпитальных врачей Свердловской области составлял 70 человек (10%), среднего медперсонала - 200 человек (10%) от штатного числа.

Особый период в годы войны переживала и подготовка специалистов в регионе. На Урале в годы войны 7 медицинских вузов (в том числе

⁶³ Усольцева Н.Л. Здравоохранение на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны... С. 94.

⁶⁴ Там же. С. 96.

эвакуированные: Киевский медицинский институт в Челябинск, 1-й Московский медицинский институт в Уфу, Харьковский медицинский институт в Оренбург), выпустивших за годы войны не 7000 человек.

Это стало возможно благодаря комплексу мер: уменьшение срока обучения с 5 до 3,5 лет за счет увеличения учебного времени, отмены выходных и каникул, сокращения программ, досрочного выпуска в первые годы войны, приравнивание норм снабжения студентов медицинских вузов к нормам снабжения рабочих, отмены оплаты обучения, позволившей сократить отсев, и т.д.

В деле обеспечения учебного процесса медицинских вузов были предприняты огромные усилия, результат выглядит довольно впечатляющим. Но, к сожалению, на обеспечение кадрами учреждений здравоохранения Урала это отразилось слабо. По территориям Свердловской, Челябинской, Пермских областей поступление на работу выпускников было следующим: в 1941 г. число врачей, окончивших в этом году вуз и работавших в гражданские медучреждения Наркомздрава, составило 189 чел., в 1942 г. - 145 чел., 1944 г. - 104 человек. В военные годы приток врачей из медицинских вузов сократился почти в 2 раза. Связано это было с тем, что большинство выпускников специализировалось по военно-медицинским специальностям, подобная направленность привела к возрастанию дефицита медицинских работников гражданского сектора здравоохранения⁶⁵.

Еще одно, не менее важной причиной стало то, что центральные органы власти считали положение с медицинскими кадрами на Урале достаточно благополучным, по сравнению с другими областями РСФСР. Это отразилось на распределении выпускников медицинских вузов, которые активно направляли в освобожденные районы.

Помимо подготовки кадров высшей квалификации, активно шла подготовка средних медицинских работников.

⁶⁵ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С.77.

В Свердловской области в 1941 г. числилось 33 средних медицинских школ, в том числе 4 фельдшерских, 23 сестринских, 1 зубоврачевная школа. в низ обучалось 10678 человек. Сроки обучения в них, как и в вузах были сокращены: фельдшеры учились полтора года вместо трех, а медсестры - один год вместо двух. Только за февраль 1942 г. средние медицинские школы Свердловской области сделали два выпуска в сумме более 10000 человек⁶⁶.

Средний медицинский персонал, помимо средних специальных заведений, активно готовили на различных курсах. Одним из главных организаторов подобных курсов являлось Российское общество Красного креста. В связи с приказом НКЗ СССР от 11 марта 1942 г. укомплектование штатных должностей санитаров и медсестер в эвакогоспиталях проводили санитарными дружинницами и медсестрами, подготовленными РОКК и органами здравоохранения, а также присылали сверх штата на общественных началах медсестер запаса и сандружинниц РОКК. В качестве примера можно привести данные по Чкаловской области, где за годы Великой Отечественной войны Советские общества Красного креста и Красного полумесяца подготовили 3946 медсестер, 7961 сандружинниц, 854 санитаров, 248 санинструкторов. Работу уральских комитетов Красного Креста высоко оценил президиум исполкома СОКК и КП. Так, в первомайском социалистическом соревновании по подготовке санитарно-оборонных кадров, в котором участвовало 29 областных комитетов Красного Креста, одним из победителей признали Челябинский обком РОКК⁶⁷.

24 октября 1942 г. Принято решение исполнительного комитета Свердловского областного совета депутатов трудящихся №2346 об обязательной подготовке населения по нормам ГСО («Готов к санитарной обороне»). Установлена обязательная санитарная подготовка и сдача норм ГСО для взрослого населения Свердловской области в возрасте от 14 до 55 лет. Ответственность за прохождение подготовки возлагались на

⁶⁶ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 20. Л. 16.

⁶⁷ Сто лет Красного Креста в нашей стране... С. 88, 90.

руководителей предприятий и учреждений, председателей колхозов, управдомами и комендантов общежитий. Проведение подготовки возлагалась на организации Красного креста. Выделялись необходимое количество медицинских работников для проведения занятий по ГСО, а так же перевязочный материал для тренировки обучаемых практическим примерам оказания первой медицинской помощи⁶⁸.

Для повышения специальных знаний областные здравотделы совместно с областными комитетами Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца при помощи санитарных отделов военных округов организовывали курсы по подготовке и усовершенствованию медицинских сестер непосредственно в госпиталях. Это давало возможность осуществлять непрерывное наблюдение, уход и лечение находившихся в госпиталях раненых и подготовку медперсонала применительно к профилю госпиталя. Только за первый период войны на курсах по подготовке и переквалификации медсестер, созданных непосредственно в эвакогоспиталях, получили специальность 61% средних медработников; в тоже время в госпиталях провели 180 сестринских конференций, на которых заслушивали 199 докладов медсестер и многочисленные выступления врачей⁶⁹.

Специализация отделений и госпиталей создала необходимость ускоренной подготовки медсестер по таким разделам, которые в довоенное время не получили достаточного развития (физиотерапия, лечебная физкультура и др.). Только при эвакогоспиталях Свердловской области около 1000 девушек и женщин прошли курсы операционных сестер, курсы по гипсовой технике, физиотерапии, лечебной физкультуре, диетическому питанию⁷⁰.

⁶⁸ ГАСО. Ф. Р-88.Оп. 1. Д. 5083. Л. 354.

⁶⁹ Сто лет Красного Креста в нашей стране... С.97.

⁷⁰ Там же.

Активно участвовали в подготовке санитарных кадров профсоюзов. 2 июля 1941 г. Секретариат Всесоюзного центрального союза профсоюзов утвердил постановление "О работе профессиональных организации по подготовке медицинских сестер и санитарных дружинниц". Подобные решения приняли областные, городские, фабрично-заводские и местные комитеты. Газета советских профсоюз союз "Труд" выступила в передовой статье с призывом: "Относитесь к делу подготовки медицинских кадров как к важной государственной политической задаче!"⁷¹.

Серьезную помощь в подготовке массовых санитарных кадров оказали комсомольцы. 23 июля 1941 г. ЦК ВЛКСМ принял постановление "О мероприятиях по военной работе в комсомоле", которое обязывало областные, городские и районные комитеты комсомола непосредственно участвовать в обучении молодежи на курсах медицинских сестер и санитарных дружинниц.

Таким образом, в военные годы подготовка медицинского персонала стала более интенсивной. И все же уровень обеспечения выпускниками медицинских учреждений Урала заметно снизился. За годы войны доля среднего медицинского персонала с законченным среднеспециализированным образованием сократилось на территории Свердловской, Чкаловской, Челябинской, Курганской областей с 77 % в 1941 г. до 63% в 1944 г. Это происходило в силу мобилизации выпускников в армию либо в направления их в другие регионы.

Следует отметить, что в обеспечении медицинскими кадрами городского и сельского здравоохранения существовал большой разрыв. Городское население Урала в годы войны составляло 35,3 - 49,3%, то доля врачей, работавших в городском здравоохранении колебалась в районе 81-84%. Соответственно, на обслуживание сельских жителей Урала, составляющих более половины населения, приходилось 16-19% врачей. Разрыв в обеспечении городского населения был немного меньше. в

⁷¹ Труд. 1941. 29 июля.

учреждениях городского здравоохранения Свердловской, Чкаловской, Челябинской, Курганской областей работало 71-74% от общего числа среднего медицинского персонала⁷².

Однако прямое сравнение работавших в здравоохранении специалистов не в полной мере отражает реальную картину медицинского обеспечения городского и сельского населения. Дело в том, что использование персонала в городе и селе носило различный характер. В городе основной объем медицинской помощи оказывался врачами, а большинство медицинского персонала составляли медсестры, выполняющие второстепенные функции и игравшие роль помощников врачей. В селе же основную часть лечебно-профилактической деятельности осуществляли фельдшеры, составлявшие большую часть среднего медицинского персонала, работавшего в сельской местности. А сельские врачи, помимо оказания помощи населению, вели большую консультационную работу и выступали в роли организаторов здравоохранения.

Если рассматривать их деятельность функционально, картина несколько сглаживается. В той же Свердловской области, где диспропорция в кадровом обеспечении на 1941 г. из 1844 врачей 1604 работали в городе (87%), а в селе 240 (13%). Учитывая соотношение городского и сельского населения по данным на 1941 г. (60 и 40% соответственно), видим, что относительная обеспеченность сельского населения врачами была гораздо ниже городского. В тоже время, с учетом численности сельского населения существовал и разрыв в области обслуживания населения специалистами со средним медицинским образованием (примерно в 6 раз)⁷³.

С учетом роста экономического потенциала с 1943 г. государство начинает уделять больше внимания сельскому здравоохранению. Вследствие этого сокращение числа медицинских работников в 1943-1944 гг. совпало со

⁷² Палецких Н.П. Система здравоохранения и медицинское обслуживание населения Урала в годы Великой Отечественной войны... С. 13.

⁷³ Палецких Н.П. Система здравоохранения и медицинское обслуживание населения Урала в годы Великой Отечественной войны... С. 14.

значительным ростом штатных должностей на селе. Однако, отсутствие достаточного количества специалистов для их замещения привело к тому, что основной упор был перенесен на рост должностей среднего медицинского персонала. При этом рост штатных ставок был подкреплен и существенным ростом числа средних медицинских работников. В результате соотношение между средним медицинским персоналом и врачами резко увеличилось. произошла своеобразная "фельдшеризация" здравоохранения на селе.

Серьезной проблемой военных лет были частные случаи задержки заработной платы в сельских медицинских учреждениях, что служило причиной высокой текучести кадров в них. 25 декабря 1944 г. вышло постановление СНК СССР, предусматривающие создание в районных бюджетах целевых бюджетных резервов, предназначенных для выплаты зарплаты медицинским работникам и учителям на селе, а также бронирование средств на выплату заработной платы медикам и учителям не менее чем за 10 дней до срока выдачи зарплаты⁷⁴.

Подводя итог, можно сказать, что в городе наличие эвакуированных специалистов играло главную роль в решении проблемы кадровой обеспеченности вплоть до 1945 г., то на селе их роль видна существенно меньше. Уже с 1943 г. сельское здравоохранение столкнулось с нехваткой медицинских кадров для предпринимавшихся мер по развитию сельского здравоохранения. Значительное число медицинских ставок в селе было не укомплектовано, вследствие чего все большую роль к концу войны стали играть средние медицинские работники, положение с которыми было несколько лучше.

Таким образом, в годы войны на Урале на ситуацию с кадрами влияли различные факторы, как уменьшавшие их количество, так и увеличивавшие. В начале войны множество медиков было мобилизовано в армию или для работы в эвакогоспиталях, и это тяжело отразилось на обеспечении кадров

⁷⁴ ЦДООСО. Ф. 4. Оп.3. Д. 412. Л.1.

гражданского здравоохранения. Приток эвакуированных врачей не только не компенсировал этот спад уже к концу 1941 г., но и привлек к существенному росту абсолютного числа врачей и уровня укомплектованности медицинских учреждений. такое положение с кадрами длилось достаточно долго: приток врачей из сокращавшихся эвакогоспиталей, а также хоть и значительно уменьшившийся, поток выпускников медицинских вузов компенсировали начавшуюся реэвакуацию. Падение укомплектованности врачами медицинских учреждений в 1943-1944 гг. произошло из-за опережающего роста медицинской сети в регионе.

ГЛАВА 2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРАЛЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

2.1. Лечебно-профилактическая деятельность и работа эвакогоспиталей

В соответствии с принципами советской медицины, лечение населения было непрерывно связано с профилактической деятельностью, ведь только тогда становится возможным выполнение двух главных задач здравоохранения. Государственная политика СССР в сфере лечебно-профилактической в предвоенный период, была отмечена рядом достижений и значительно повысила уровень получаемого населением квалифицированной медицинской помощи. Работа учреждений гражданской медицины была построена по участково-территориальному принципу.

К 1940 году на территории СССР функционировала развитая сеть лечебных учреждений. Всего функционировало 13793 больничных учреждений, с общим фондом в 791000 койкомест⁷⁵, а согласно Государственному плану развития народного хозяйства СССР на 1941 г. предполагалось создать дополнительно 50000 койкомест⁷⁶; в среднем на 10000 советских граждан приходилось 40 коек⁷⁷. Существовало 35127 врачебных учреждений оказывающих амбулаторную помощь. Активно развивалась сеть санаторно-курортных учреждений. Всего в Советском союзе к началу войны функционировало 880 санаториев на 145 тыс. коек и 1270 домов отдыха на 195 тыс. коек⁷⁸. Широко была развита сеть здравпунктов на предприятиях - к 1940 г. действовало 9045 пунктов оказания помощи⁷⁹. Значительные изменения произошли в оказании скорой медицинской

⁷⁵ Великая Отечественная война. Юбилейный статистический сборник... С. 167.

⁷⁶ Государственный план развития народного хозяйства на 1941 год... С. 76.

⁷⁷ Великая Отечественная война. Юбилейный статистический сборник... С. 171.

⁷⁸ Там же. С.172

⁷⁹ Там же.

помощи - в 1940 г. действовали 989 станций скорой помощи⁸⁰. Развивалась сеть родильных домов, женских и детских консультаций, разрослась система ясельного обслуживания населения. Всего к началу войны действовало 5554 женские консультации, 1564 молочные кухни, 2917 детских консультаций, создано 522753 места в постоянных яслях в городских поселениях и 301142 места в сельской местности⁸¹. Исключительно важное значение для организации полноценного лечения имела медицинская промышленность. К 1940 г. Наркомздраву СССР было подчинено 37 заводов⁸². Кроме того, ряд заводов находился в ведении НКЗ союзных республик.

На Урале за годы советской власти была развернута обширная сеть лечебно-профилактических учреждений. Перед началом Великой Отечественной войны не было ни одного административного района, не имеющего ни одной больницы, не обладающих хотя бы одной врачебной амбулаторией, не располагающего врачами высшей квалификации⁸³. Органам здравоохранения за этот период удалось создать стабильную материально-техническую базу обеспечивающую нужды населения.

На Урале к 1940 г. 606 больничных учреждений, из которых 187 приходилось на Молотовскую область, 201 учреждение на Челябинскую область, 218 больниц функционировало в Свердловской области. Количество коек к 1940 г. в Молотовской области составило 11753, в Челябинской области число койкомест составило 14187, в Свердловской - 14800⁸⁴.

Однако количество больниц не дает общего представления о возможности воспользоваться медицинской помощью. Для этого рассмотрим коэффициент обеспеченности населения больничной помощью – количество коек на 1000 населения. В Свердловской области в 1940 г. он составлял 5,7, в Челябинской области до 4,75 (1940 г.), а в Молотовской области 5,38

⁸⁰ Великая Отечественная война. Юбилейный статистический сборник... С. 173.

⁸¹ Там же. С. 174.

⁸² Там же.

⁸³ Уральский рабочий. 1940. 26 декабря.

⁸⁴ Островкин Д.Л. Развитие советской системы здравоохранения на Урале... С. 233.

соответственно. При этом советско-партийные органы совместно с местными отделами здравоохранения к концу заявленного периода даже смогли превзойти средние показатели по РСФСР, где в 1940 г. на 1000 населения было 4,67 койки⁸⁵.

Так, в городах Свердловской области к 1940 г. было организовано 354 постоянных яслей для 18000 детей, в селах и колхозах – 713, но при этом мест в них насчитывалось 14500. Общее количество коек в постоянных яслях составило более 32000 кроватей. Такая разница в количестве мест между городом и деревней объясняется необходимостью обеспечить каждое сельское поселение, даже с небольшим количеством детей, отдельным учреждением, в городах же, в основном, создавались большие ясельные центры. При этом в селах разворачивались так называемые сезонные ясли, где зачастую, были дети до трех лет. В соседней Челябинской области общее количество мест в постоянных яслях к 1940 г. составляло около 31500 единиц. Однако отставала Молотовская область, там к этому же году было всего чуть более 15500 мест. Стоит отметить в предвоенный период численность населения проживающего в Уральском регионе составляла почти 14 млн. граждан⁸⁶.

В годы войны здравоохранение Урала решало ряд важнейших государственных задач, поставленных перед ним, осуществляло лечебно-профилактическую работу, обеспечивающую здоровья граждан, что помимо самостоятельной ценности, влияло на работу промышленности и на здоровье призывников.

По целям и характеру проведения медикопрофилактических мероприятий можно выделить ряд категорий населения. Первоочередными задачами здравоохранения являлось скорейшее возвращение в строй раненых и больных воинов, медобслуживание рабочих промышленных предприятий и колхозников, охрана материнства и детства. На основании различных подходов к оказанию квалифицированной медицинской поддержки,

⁸⁵ Островкин Д.Л. Развитие советской системы здравоохранения на Урале... С. 85.

⁸⁶ Там же.

соискатель считает правомерным выделить проведение лечебнопрофилактических мероприятий среди следующих групп гражданского населения: эвакуированных (а затем и реэвакуированных); членов семей фронтовиков; подростков; призываемых в ряды Красной Армии; инвалидов войны, детства и труда; трудмобилизованных; заключенных; военнопленных.

Несмотря на возросшее с началом войны значение санитарно-эпидемической работы и перераспределения в ее пользу имеющихся сил и средств, повседневная лечебно-профилактическая деятельность, охватывающая население Урала, по-прежнему оставалась основополагающей для системы здравоохранения.

Схема ее реализации определялась состоянием здравоохранения конкретной местности и в зависимости от него была различной. В обобщенном виде можно выделить две организации лечебно-профилактической помощи населения: городскую и сельскую. В годы Великой Отечественной войны лечебно-профилактическая деятельность в городских поселениях осуществлялась на двух основаниях: 1) территориальном, при котором медицинские учреждения обслуживали всех жителей определенной территории; 2) ведомственно-производственному, согласно которому шло обслуживание работников какого-либо ведомства.

Соответственно этим основаниям, для оказания лечебно-профилактической деятельности медицинские учреждения делились на 1) территориальные; 2) закрытые, обслуживающие людей по ведомственно-производственному принципу; 3) смешанные, когда медицинские учреждения, сохраняя обслуживание по территориальному признаку, предоставляли ведомственному право внеочередного обслуживания, либо выделяли для этого специальные отделения или палаты.

Одним из основных инструментов проведения лечебно-профилактической деятельности являлись различные амбулаторно-поликлинические учреждения - поликлиники, амбулатории,

специализированные учреждения. В основе работы поликлиник и амбулаторий лежал участковый принцип. Однако, из-за резкого сокращения числа врачей в начале войны в 1941 г. участковый принцип временно перестал соблюдаться. Это привело к ухудшению медицинского обслуживания населения и вызвало быструю реакцию органов власти. Приток эвакуированных врачей, привлечение среднего медицинского персонала позволило решить проблему. Уже в 1942 г. на территории Свердловской области функционировали 78 городских амбулаторно-поликлинических участков, из них 73 замещены врачами⁸⁷.

Однако, одновременно с мерами по восстановлению и укреплению участковой системы обслуживания расширились и задачи, стоящие перед ними. По приказу НКЗ СССР от 22 мая 1942 г., участковые врачи должны были в первую очередь организовать на своем участке противоэпидемическую работу. Так что лечебно-профилактическая деятельность отходила на второй план. Амбулатории и поликлиники, помимо обслуживания населения участковыми врачами, осуществляли прием граждан, в том числе узкими специалистами, а также оказывали помощь более тяжелым больным на дому.

Ослабление системы здравоохранения в конце 1941 г., вкупе с увеличившейся потребностью в лечебно-профилактической помощи, вызвал в начале войны кризис медицинского обслуживания. Перегрузка амбулаторно-поликлинической системы привела к повсеместному распространению очередей, отказу приема больных. Так, в Свердловске в день обращения в поликлинику в 1941 г. отказывали в приеме 15% больных⁸⁸.

Интенсификация врачебной деятельности сказалась на качестве обслуживания: снизилась точность поставленных диагнозов, расцвело формальное отношение к работе, хамство, врачи допускали элементарные

⁸⁷ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 2. Д. 18. Л. 3.

⁸⁸ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 2. Д. 19. Л. 4..

ошибки. Несмотря на увеличение нагрузки на врачебный персонал, по-прежнему в дефиците были врачи узких специальностей. В приказе по Свердловскому горздраву прямо говорилось: "Имея ввиду, что врачей узких специальностей в настоящее время очень мало, приказываю всем лечащим врачам при направлении на консультацию к врачам узких специальностей предварительно согласовывать вопрос, когда тот или иной врач может принять больного на консультацию".

Единственной реальной возможностью улучшить оказание медицинской помощи было восстановление и расширение амбулаторно-поликлинической сети, которое началось с конца 1941 г. и в 1942 г. превзошло довоенные показатели. К 1943 г. в поликлиниках произошло значительное уменьшение очередей, изжитие случаев отказа в помощи на дому и т.д. В то же время отмечалось, что "внебольничная помощь в городах и рабочих поселках не обеспечивает полной потребности населения". Несмотря на недостаточность амбулаторно-поликлинического обслуживания в годы войны, падение его качества, оно по-прежнему было самым массовым видом оказания медицинской помощи населению. Так, в тяжелейшем 1942 г. врачами Свердловской области было принято в городах 3768000 человек, посещено на дому 297465 человек⁸⁹.

Рост посещений больных на дому продолжался на протяжении всей войны. В 1944 году врачами и средним медицинским персоналом Молотовской, Свердловской и Челябинской областей было проведено уже более 1200000 посещений⁹⁰. В то же время структура посещений претерпела существенные изменения. По сравнению с 1942 г. количество врачебных посещений снизилось, так как расширение в 1943-1945 гг. врачебно-стационарной сети привело к изменению обслуживаемого контингента - значительно сократилось количество негоспитализированных тяжелых

⁸⁹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 2. Д. 23. Л. 7.

⁹⁰ Зинич М.С. Война и жизненный уровень населения//Урал в Великой Отечественной войне 1941 - 1945гг. Екатеринбург, 1995. С.27.

больных, и врачебные посещения стали менее востребованными. При этом возросла доля посещений среднего медицинского персонала за счет дальнейшего охвата больных с легкими диагнозами.

Помимо многопрофильных амбулаторий и поликлиник, важную роль в осуществлении лечебно-профилактической деятельности играли специализированные учреждения: туберкулезные, кожно-венерологические, психоневрологические диспансеры, трахоматозные и гельминтозные пункты, онкологические учреждения, а также многочисленные учреждения по охране здоровья детей и женщин. Специалисты этих учреждений, как правило, занимались больными, нуждающимися в специализированном лечении или наблюдении, направленными к ним из обычных поликлиник. Стоит отметить, что все виды специализированной помощи (за исключением туберкулезных больных) испытали в 1941 г. спад деятельности, который был преодолен в 1942-1943 гг. Заметным осталось лишь снижение психоневрологической помощи, к которой в годы войны относились, как к второстепенному направлению. В тоже время почти вдвое, по сравнению с довоенным временем, выросло оказание помощи больным туберкулезом.

Возросшая заболеваемость туберкулезом была справедливо расценена как страшная угроза. НКЗ СССР 31 августа 1942 г. издал приказ о мероприятиях по борьбе с туберкулезом, приписывающий к 1 ноября 1942 г. восстановить сеть свернутых за годы войны тубдиспансеров⁹¹. В январе 1943 г. новый приказ НКЗ СССР предписал расширить к 1 мая 1943 г. сеть противотуберкулезных учреждений на 12 тыс. коек, организовать дневные и ночные санатории при тубдиспансерах, открыть специальные детские сады для больных детей и т.д.⁹². Ситуация с туберкулезом оставалась под пристальным вниманием органов здравоохранения и в дальнейшем. В 1944-1945 гг. расширилось представление и других видов специализированной помощи. Толчком послужили соответствующие решения НКЗ СССР. Так, 13

⁹¹ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 128.

⁹² Там же. С. 130.

апреля 1944 г. вышел приказ об организации психиатрической помощи, 6 июня 1944 г. - об улучшении глазной, 12 апреля 1945 г. - о мероприятиях по улучшению отоларингологической помощи⁹³.

В годы войны органами здравоохранения уделялось большое внимание охране матери и ребенка. Мощным стимулом для развития помощи женщинами детям был Указ Президиума Верховного совета от 8 июля 1944 г. об увеличении пособий беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилению охраны и материнства и детства⁹⁴. В 1945 году в той же Челябинской области насчитывалось 75 детских консультаций и 64 молочные кухни⁹⁵.

Для лучшего медико-профилактического обслуживания трудящихся предприятий, на базе крупнейших предприятий и заводов Урала создавались медико-санитарные части. Организация их создала благоприятные условия для дополнительного и преимущественного обслуживания рабочих и служащих промышленных предприятий и позволила более тщательно наблюдать за их состоянием здоровья. В состав медсанчастей вошли поликлиника, стационар, здравпункты и детские ясли. На примере Челябинской области, можно увидеть, что было создано 15 медсанчастей⁹⁶.

В случаях требовавших постоянной квалифицированной медицинской помощи и наблюдения, больных отправляли во врачебно-стационарные учреждения (больницы) соответствующие заболеванию профиля. Там они находились до выздоровления или значительного улучшения состояния здоровья. Сюда же доставляли службой скорой помощи и граждан с тяжелым состоянием здоровья.

С началом войны происходит перестройка коечного фонда под воздействием эпидемической угрозы и развертывания эвакогоспиталей. В

⁹³ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 137-138.

⁹⁴ Там же. С. 136.

⁹⁵ Палецких Н.П. Социальная политика на Урале в период Великой Отечественной войны. Челябинск, 1995. С. 77.

⁹⁶ Там же. С. 81.

результате, если в 1940 г. число дней работы койки в Свердловской области составляло 320 дней, то в 1941 г. - 335 дней⁹⁷. Следует отметить, что показатель дней работы койки в медицинской статистике отражает эффективность использования коечного фонда: чем больше используется койка, тем лучше организована работа. В отчетных документах военного времени зачастую о повышении числа дней работы койки говорится, как о достижении, однако стоит отметить, что в первые военные годы, этот показатель свидетельствовал в первую очередь о резком росте нагрузки на коечную сеть. С начавшимся в 1943 г. широкомасштабным расширением медицинской сети удельная нагрузка на койку начала падать, и в отсутствие кардинального роста эффективности использования коечного фонда стало сокращаться и число дней работы койки. Продолжение падения числа работы койки продолжает падать вплоть до 1945 г.

Тяжелые условия начала войны негативно сказывались и на качестве врачебно-стационарной помощи. Так, в Челябинской области сроки лечения больных увеличились с 13,6 дней в 1941 г. до 15,7 дней в 1942 г. Увеличилась и летальность. Число больниц имеющих низкую летальность (до 3%) за первый военный год сократилось на 19.5%. Если большинство больниц Урала в 1941 г. находилось в группах с летальностью от 3% до 5%, то в 1942 г. - группах от 5% до 8%⁹⁸. Нормализация условий деятельности врачебно-стационарных учреждений (помимо расширения сети, следует учитывать и улучшение материально -хозяйственного обеспечения, в особенности лекарственного) позволило поднять ее качество. Так, в врачебно-стационарных учреждениях Свердловской области летальность снизилась с 3,1% до 2,2% в 1945 г⁹⁹.

Особой спецификой отличалась организация лечебно-профилактической деятельности на селе. Основной проблемой в сельском

⁹⁷ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 267. Л. 1-2.

⁹⁸ Усольцева Н.Л. Здравоохранение на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны... С. 131.

⁹⁹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 98. Л. 18.

здравоохранении была необходимость обеспечения медицинской помощью большого количества населения, рассеянного на обширной территории, посредством привлечения сравнительно небольшого количества высококвалифицированных специалистов. В основе организации лежал сельский врачебный участок, объединявший все медицинские учреждения, находившиеся на определенной территории под единым руководством. Предполагалось, что врач будет вести самостоятельную лечебно-профилактическую работу и консультировать подчиненные ему фельдшерско-акушерские пункты. Это способствовало преемственности в лечении граждан, повышению эффективности работы здравоохранения.

Время работы койки в сельских врачебно-стационарных учреждениях в течение всей войны неуклонно снижалась. Это являлось следствием расширения сети при сократившемся населении, что снижало нагрузку на врачебно-стационарные учреждения. Немалую роль играла и большая удаленность сельских больниц друг от друга, не позволявшая использовать при необходимости свободные койки для приема больных с территории других больниц, как это активно практиковалось в городском здравоохранении.

Госпитальные базы на Урале предназначались для лечения следующих контингентов: 1) не подлежащих возвращению к военной службе по окончании лечения; 2) нуждавшихся в длительном лечении в специализированных госпиталях, а также в продолжительном реабилитационном процессе и последующем санитарно-курортном лечении; 3) нуждавшихся, помимо длительного стационарного лечения, также в сложных пластических (нередко многоэтапных) оперативных вмешательствах, протезировании, ликвидации длительно текущих осложнений и последствий ранения.

В эвакуогоспиталях Урала велись поиски наиболее эффективных методов лечения военно-травматических повреждений мягких тканей, трубчатых костей, остеомиелитов, а также ампутированных и

терапевтических больных. В результате применения передовых методов лечения в эвакогоспиталях Урала к военной службе по излечении возвратили 72,3% раненых и 90,6% больных¹⁰⁰.

Труднейшим периодом стал 1942 г. В это время наблюдается утяжеление контингента раненых в связи с тяжелыми потерями на фронтах. Так, если в 1941 г. в Челябинской области возвратили в строй 70,5% раненых, то в 1942 г. – 60%, уволено в запас в 1941 г. – 3%, в 1942 г. – 12,5%, уволено совсем из рядов Красной Армии в 1941 г. – 5,7%, в 1942 г. – 16,2%. В Чкаловской области в 1941 г. возвратили в строй – 58,6%, в 1942 г. – 49,1%, уволено в запас в 1941 г. – 0,6%, в 1942 г. – 1,3%, уволено совсем из рядов Красной Армии в 1941 г. – 10,8%, в 1942 г. – 25,7%¹⁰¹.

К 1943 г. возросло количество классических операций и операций на периферических нервных стволах. Операции стали проводить и в периферийных госпиталях, привлекая все больше молодых врачей. Сроки поступления раненых в госпитали Урала колебались от 40 до 90 дней с момента ранения. Имели место отдельные случаи прибытия раненых после 6–8 месячного лечения на предыдущих этапах. Работа госпиталей осложнялась тем, что раненые не всегда могли быть подвергнуты правильной оперативной первичной обработке и поступали в тыловые учреждения уже тяжелобольными. У поступающих почти во всех случаях отмечались повреждения костей и наличие осложнений раневого процесса. Контингент обслуживаемых раненых и больных в госпиталях Южного Урала составлял 75,7% – рядовые, 14,5% – младшие офицеры, 9,8% – старшие офицеры¹⁰².

Таким образом, можно сказать, что в годы войны на Урале по-прежнему осуществлялась массовая, доступная, медицинская помощь, игравшая важную роль в поддержании жизни и здоровья советских граждан. Важнейшей задачей госпиталей уральского тыла являлось

¹⁰⁰ Кусков С.А. Эвакогоспитали в Челябинской области накануне и в период Великой Отечественной войны... С. 111.

¹⁰¹ Там же. С. 114.

¹⁰² Там же. С. 94.

специализированное лечение ранбольных. На Урале действовали нейро-хирургические, туберкулезные, челюстно-лицевые, глазные, ушные, урологические, инфекционные госпитали и отделения, но доминировали общехирургические.

2.2. Санитарно-эпидемиологическая деятельность

Принятие 5 декабря 1936 г. Конституции СССР стало причиной реформирования органов государственной власти. Годом раньше при СНК СССР была создана Всесоюзная государственная санитарная инспекция (ВГСИ), объединившая работу государственных инспекций республиканских наркомздравов. Это положило начало возникновению важнейшей отрасли здравоохранения - санитарному контролю и надзору. Основными задачами органов госсанинспекции стали: надзор за выполнением установленных санитарногигиенических норм и правил как общесанитарного характера, так и всех специальных видов санитарного контроля за всеми общественными, республиканскими и местными органами, предприятиями и организациями на территории страны. При этом объектом усиленного наблюдения объявлялись предприятия пищевой промышленности и общественного питания. Независимости этого контроля от хозяйственных и местных органов и действенности санитарного вмешательства содействовало вертикальное подчинение всех звеньев госсанинспекции вышестоящему органу.

Санитарно-противоэпидемическая деятельность была существенным аспектом деятельности здравоохранения. К началу Великой Отечественной войны еще не были забыты события периода Гражданской войны и бушевавшие в ходе нее эпидемии, укладывавшие миллионы людей на больничные койки и сотни тысяч - в могилу. Не допустить подобного развития событий, было важнейшей задачей советского здравоохранения в годы Великой Отечественной войны. На значимость этой задачи неоднократно указывал народный комиссар здравоохранения Г.А. Митирев,

назначенный в феврале 1942 г. на пост уполномоченного ГКО по проведению противоэпидемических мероприятий¹⁰³.

В начале 1940-х гг. на Урале была сформирована широкая специализированная санитарная служба. Так, к 1941 г. в Свердловской области насчитывалось 13 санитарно-эпидемиологических станций, малярийная, пастеровская и дезинфекционная станции, госсанинспекции и санбаклаборатории, в которых работало 208 врачей. Из них в санэпидстанциях – 81, в госсанинспекции – 115 врачей, по 1 врачу в дезстанциях, 2 врача в малярийной станции и 8 врачей в санбаклабораториях. Такое же положение было и в других областях Урала¹⁰⁴. К примеру, в Челябинской области к 1939 г. было 13 санитарно-эпидемиологических станций, 14 малярийных станций и 14 малярийных пунктов, а также 60 стационарных и 94 передвижных дезокамер¹⁰⁵.

Широко была развернута санитарно-профилактическая деятельность для предотвращения появления вечных спутников войны - эпидемий, которые могли дезорганизовать жизнь тыла и привести к гибели многих людей.

Санитарное обслуживание населения и полный охват санитарным надзором всех отраслей производства, труда и быта, в особенности пищевой промышленности и общественного питания осуществлялось санитарной инспекцией населенного пункта. Санитарные инспекторы, осуществляя санитарный надзор, проверяли состояние предприятий, учреждений и мест общественного пользования; производили пробы и выемки продуктов для анализа; обладали правом наложения запрета на использование и хранение предметов, вредных и опасных для здоровья; давали распоряжения о проведении санитарных мероприятий, связанных с соблюдением санитарно-гигиенических норм и правил, с указанием сроков их исполнения; могли

¹⁰³ Митерев Г.А. Задачи здравоохранения в годы Великой Отечественной войны... С. 4.

¹⁰⁴ Островкин Д.Л. Развитие советской системы здравоохранения на Урале... С. 189

¹⁰⁵ Усольцева Н.Л. Здравоохранение на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны... С. 161.

приостановить деятельность предприятий-нарушителей санитарного законодательства и привлечь виновных к уголовной или дисциплинарной ответственности.

Главной задачей санитарно-эпидемиологической службы стало обеспечение пассажирских перевозок: сопровождение эшелонов, выявление инфекционных больных и их изоляция, санитарная обработка пассажиров. Одновременно в связи с концентрацией больших масс людей в восточных районах страны здесь пришлось резко усилить проведение противоэпидемических мероприятий, что являлось необходимым и для предотвращения заноса инфекционных болезней в действующую армию. В связи с активизацией грузоперевозок в военное время сократилась пропускная способность Свердловской железной дороги. Многие железнодорожные станции, локомотивные депо не соответствовали возросшему объему перевозок.

Поток на восток составляли, как правило, смешанные, товарно-пассажирские поезда, составленные из имевшихся на ближайших станциях вагонов. Случалось, что люди ехали в открытых полувагонах или на платформах. В крытые вагоны вместо 36 человек порой набивалось по 80–100. Недостаток питьевой воды, пищи, скученность, необеспеченность в пути медицинской помощью создавали значительный риск быстрого распространения инфекционных заболеваний в пути следования. Например, в феврале 1942 г. во время следования из Ленинграда в непригодных к перевозке людей вагонах по причине дизентерии, простудных заболеваний, обморожения умерло 42 и госпитализировано 65 учащихся РУ № 31. По прибытии на ст. Свердловск до 20 больных дизентерией нуждались в госпитализации¹⁰⁶.

Партийные органы отмечали неудовлетворительное обслуживание пассажиров. Например, для устранения вскрытых недостатков начальнику ЮУЖД Малькевичу и начальнику политотдела ЮУЖД Манько предлагалось

¹⁰⁶ ГАСО. Ф. Р-2210. Оп.1. Д. 401. Л. 6.

установить контроль за продвижением эшелонов и отдельных вагонов с эвакуируемым населением, обеспечить их продвижение с суточной скоростью не менее 500–600 км; выделить специальных лиц для организации посадки в эшелоны и проверки состояния составов; не допускать скопления пассажиров¹⁰⁷.

Была перестроена система здравоохранения на железнодорожном транспорте. На пути движения эвакуируемых создавались эвакуопункты, работающие по единому централизованному плану на всех этапах эвакуации. Была расширена сеть санпропускников, введено сопровождение пассажирских поездов дальнего следования медицинскими работниками; на крупных железнодорожных узлах организованы санитарно-контрольные пункты, в задачу которых входили осмотры пассажиров, изоляция больных и подозрительных на инфекции, санитарная обработка и т. п. Продажа билетов пассажирам производилась только при предъявлении справки о прохождении санобработки.

Для недопущения скопления эвакуонаселения на станции Свердловск формировались дополнительные пассажирские поезда из теплушек. Только в период с 25 ноября по 4 декабря 1941 г. было отправлено 17 таких составов из 507 вагонов, вывезено 13820 человек¹⁰⁸. Тем не менее, из-за задержек размещения прибывших, эвакуированные могли подолгу (месяц и более) находиться на эвакуопунктах. Имелись отказы в госпитализации прибывших больных городскими больницами. Подобная ситуация наблюдалась в конце 1941 г. в Челябинске, Кургане, Златоусте¹⁰⁹. Улучшение ситуации наметилось только во второй половине 1942 г., когда значительно уменьшился поток прибывающих по эвакуации. Обратный же процесс реэвакуации проходил

¹⁰⁷ Палецких Н.П. Социальная политика на Урале в период Великой Отечественной войны... С. 198.

¹⁰⁸ ГАСО. Ф. Р-2210. Оп.1. Д. 221. Л. 1-4.

¹⁰⁹ Палецких Н.П. Социальная политика на Урале в период Великой Отечественной войны... С. 199.

более планомерно и организованно, соблюдались санитарные требования к отправке пассажиров.

Для снижения риска распространения инфекционных заболеваний на крупных железнодорожных станциях Свердловской области отводились специальные вокзальные помещения для военнослужащих, транзитных пассажиров, для женщин с детьми; расширялась имеющаяся сеть бань и дезинфекционных помещений, в ряде случаев банно-прачечные учреждения переводились на круглосуточный график работы. Из-за возросшего объема работы привокзальные помещения не всегда удавалось регулярно приводить в санитарное состояние. Наблюдалось скопление при станциях непогребенных трупов, снятых с эвакопоездов. Решением возникшей проблемы стали самовольные захоронения. Они зачастую не отвечали соответствующим требованиям, были отмечены факты погребения вне кладбищ, в неустановленных местах, которые не были отмечены и зафиксированы должным образом. Их наличие, особенно в теплое время года, грозило возникновением локальных вспышек и массовых эпидемий острозаразных инфекций.

Одним из основных действенных способов предупреждения желудочно-кишечных инфекций на транспорте стало обеспечение людей кипяченой водой. На всех станциях следования пассажирских составов устанавливались бачки с питьевой водой, назначались ответственные лица, обязанные кипятить воду. Предпринимались попытки наладить торговлю мылом, зубным порошком при вокзалах.

Согласованные действия уральских органов здравоохранения, значительная помощь партийных, советских, профсоюзных органов помогли железнодорожникам справиться с задачей санитарного обеспечения передвижения огромных людских масс по железной дороге. Водный транспорт на Урале был в значительно меньшей степени задействован в пассажирских перевозках, его эпидемиологическое состояние не вызывало опасений.

Одним из важнейших факторов, влияющих на здоровье людей, являются условия труда и быта. Вопросы жилищно-коммунальной санитарии находились в центре внимания партийных, советских, хозяйственных органов, а также органов здравоохранения. С большими трудностями проходило на Урале размещение увеличившегося населения городов и рабочих поселков. За два года войны число жителей Свердловской области увеличилось на 500 тыс. чел, что составило 75 %. В целом по Уралу численность городских жителей за годы войны возросла более чем на 2 млн. человек¹¹⁰. Уже в предвоенные годы в Свердловской области ощущалась нехватка жилого фонда, на 1 человека здесь приходилось 2,5 м² жилой площади. Расселение эвакуированного населения привело к значительному уплотнению и скученности. Так, при распределении жилплощади в Кургане комиссия по уплотнению жильцов и расселению семей эвакуированных исходила из расчета 2,5–3 м² на человека. При этом учитывались все складские, полуподвальные, чердачные помещения.

21 декабря 1942 г. ГКО СССР принял постановление «О жилищном и культурно-бытовом строительстве в Молотовской, Свердловской и Челябинской областях». Это должно было улучшить жилищные условия, разрядить сложившуюся угрозу санитарного неблагополучия в регионе. Как отмечал Н. А. Вознесенский, в годы войны произошел пересмотр строительных норм применительно к условиям военного времени¹¹¹. В ряде случаев производилось строительство временных сооружений, рассчитанных на относительно короткий срок службы. Развернулось строительство упрощенного типа жилых и коммунально-бытовых помещений: общежитий, барачных, полуподземных, столовых и бань.

Но это не снизило остроты жилищной проблемы. Фактическая обеспеченность жильем по разным ведомствам, типам жилищ в конце войны

¹¹⁰ РГАЭ Ф.4372, Оп.42, Д.998 Л. 47

¹¹¹ Вознесенский Н.А. Военная экономика СССР в период Отечественной войны. М., 1947. С. 44.

колебалась от 0,8 до 4 м² на человека. Положение сложилось очень серьезное, советские и партийные органы оказались не готовы к приему, размещению и обслуживанию больших масс эвакуированного населения. В этих условиях 13 декабря 1941 г. ЦК ВКП (б) было принято постановление о снятии с работы и исключении из партии секретаря Златоустовского горкома Устинова по фактам неправильного отношения бюро Златоустовского ГК ВКП (б) к бытовым нуждам трудящихся города, необеспечения необходимых условий для жизни и работы эвакуированного населения, вскрытия крупных недостатков в организации торговли, общественного питания и пр. Всему составу бюро был объявлен выговор¹¹². Это показательное наказание должно было усилить внимание к материально-бытовым нуждам трудящихся. Вопросы бытового устройства различных категорий населения были поставлены под постоянный контроль партийных, профсоюзных организаций.

Тяжелейшие коммунально-бытовые условия неизбежно вели к антисанитарии в производственных и жилых помещениях. В докладной записке в адрес ЦК профсоюза рабочих тракторной и танковой промышленности председатель профкома Челябинского танкового завода без всяких прикрас сообщал в 1942 г. об ужасающем по своей сути жилищно-бытовом положении трудового коллектива: «В землянках ютятся 8500 человек, в неблагоустроенных каркасных бараках – 12500 танкостроителей. Зимой стены бараков из-за осадки засыпки промерзают. В поселках на 15 тыс. населения есть всего шесть водозаборных колонок. Детские сады и ясли, поликлиники, клуб, дом отдыха не присоединены к канализационной сети. В общежитиях не хватает тумбочек, табуреток, вешалок, железных кроватей, постельного белья, одеял. В баках не всегда бывает кипяток. Красных уголков мало. Всего мало: парикмахерских, бань, швейных и сапожных

¹¹² Усольцева Н.Л. Здравоохранение на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны... С. 177.

мастерских»¹¹³. Газета «Известия» в 1943 г. сообщала о неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях рабочих завода, эвакуированного из Ярославля и размещенного в Сосновском районе Челябинской области¹¹⁴.

Некоторое улучшение ситуации наметилось с 1943 г. В связи с реэвакуацией стали освобождаться жилые и производственные помещения. В значительной степени удалось снять проблему скученности проживания.

Война пагубно сказалась на состоянии коммунального хозяйства городов и рабочих поселков. Строительство водопроводной сети в городах и рабочих поселках значительно отставало от жилищного строительства. Так, челябинцы, проживавшие в районах ферросплавного, абразивного, электродного заводов, вынуждены были выстаивать многочасовые очереди за питьевой водой. Развернувшееся барачное строительство еще больше осложнило эту проблему. В годы войны питьевая вода для населения подавалась с перебоями, основная ее часть направлялась на нужды оборонных предприятий. Жители вынуждены были брать воду из колодцев, рек, прудов и прочих водоемов, не прошедшую очистку, хлорирование и санитарный контроль.

Значительная роль в обеспечении эпидемически безопасного положения играли бани и прачечные. Банно-прачечное хозяйство уральского региона в годы войны испытывало значительные трудности, связанные с отсутствием топлива, воды, мыла, частыми простоями. Значительное количество бань Челябинской области к началу войны находилось в ведомственном подчинении и специальными постановлениями партийных и советских органов привлекалось для обслуживания преимущественно детей, эвакуированных и военнослужащих. Кроме того, решения местных партийных органов обязывали различные ведомственные и кооперативные

¹¹³ Палецких Н.П. Социальная политика на Урале в период Великой Отечественной войны... С. 131.

¹¹⁴ Известия. 1943. 22 июня.

предприятия, организации и учреждения открывать новые бани и прачечные и обеспечивать их работоспособность.

Отмечалось неудовлетворительное состояние этих бань. Из-за недостатка топлива бани работали не с полной нагрузкой, температура горячей воды доходила до 20°. Нередко воды не было совсем. По причине низкой пропускной способности и возросшей потребности возникали 2–3-часовые очереди. На заводе им. Калинина рабочие после 21:00 не могли попасть в баню, так как в это время обслуживались преимущественно воинские части. На многих предприятиях (особенно на угольных шахтах) отсутствие душевых приводило к тому, что до ближайшей бани нужно было пройти не менее 4 км. Банно-прачечные предприятия в срочном порядке переводились на круглосуточный график обслуживания¹¹⁵.

На протяжении всей войны не было организации, учитывавшей состояние всего банного хозяйства в целом, независимо от принадлежности. Поэтому, по ориентировочным подсчетам, обеспеченность банями к 1945 г. составляла: в г. Свердловске – 48 %, Магнитогорске – 49 %, Молотове – 65 %, Челябинске – 34 %, Кургане – 29 %. В среднем по Уральскому региону этот коэффициент равнялся 57 %, по городским поселкам – 45 %¹¹⁶.

Важная роль в обеспечении санитарно-гигиенических норм принадлежала прачечным и парикмахерским. Но с начала войны коммунальные прачечные практически перестали принимать в стирку белье от гражданского населения, так как в первую очередь обслуживались воинские части и организованные контингенты. Срок стирки белья доходил до 15–30 дней, качество стирки было неудовлетворительным. В соответствии с постановлением СНК РСФСР № 247-50 от 17 марта «О плане стирки, ремонта и химической чистки теплых вещей, находившихся на снабжении Красной Армии зимой 1942–1943 гг.» уральские ОК ВКП (б) привлекали к стирке и чистке вещей для Красной Армии прачечные лечебных и прочих

¹¹⁵ ГАСО. Ф. Р-2210. Оп.1. Д. 111. Л. 8.

¹¹⁶ Зинич М.С. Будни военного лихолетья 1941 - 1945. Вып. 1-2. М., 1994. С. 93.

учреждений, дезинфекционные камеры независимо от их ведомственной принадлежности. Столовые, парикмахерские, гостиницы, общежития, население вынуждены были обращаться к частным прачкам¹¹⁷.

В отопительных системах жилых домов и банно-прачечных комбинатов Урала значительная часть котлов и труб требовала срочной замены. Оборудование бань и прачечных выходило из строя. Круглосуточная работа коммунальных бань и прачечных не соответствовала резко возросшим потребностям населения городов и рабочих поселков. Многие из них были лишены возможности регулярно ходить в баню, стирать вещи, это приводило к массовому педикулезу, распространению инфекционных болезней. Больше возможностей имелось в сельских районах, так как во многих крестьянских дворах имелись личные бани. Размещенные в колхозах в порядке уплотнения могли пользоваться этими банями практически регулярно.

В условиях значительного увеличения населения и возросшего объема работ отмечалась неудовлетворительная деятельность парикмахерских на Урале. В 1941 г. в Челябинске действовало 34 парикмахерских горкомхоза. Ухудшение качества их работы было связано с нехваткой мыла и парфюмерии, необеспеченностью помещениями. Так к концу войны в Челябинской области насчитывалось 292 парикмахерские, из них 237 являлись ведомственными (81 %) и лишь 55 (19 %) – коммунальными. Для обслуживания госпиталей, ремесленных и железнодорожных училищ, школ ФЗО, строительных батальонов создавались выездные парикмахерские бригады. Гражданское население было вынуждено перейти на самообслуживание: широко практиковались короткие стрижки или сбривание волосяного покрова головы¹¹⁸.

Известно, что в военное время увеличивается количество инфекционных заболеваний, одной из главных причин которых является неудовлетворительное санитарное состояние населенных пунктов. Гигиена

¹¹⁷ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 55.

¹¹⁸ Народное хозяйство Челябинской области: стат. сб... С. 49.

городов и рабочих поселков в значительной степени зависит от уровня ассенизационных работ, канализационной сети.

В условиях военного времени резко обострилась ситуация с очисткой населенных пунктов, особенно крупных промышленных центров в связи со значительным отвлечением транспорта (гужевого и автомобильного) на военные нужды, резким увеличением объема бытовых и промышленных отходов. Проблема осложнялась из-за отсутствия единой организации, ответственной за очистку городов. Эта задача возлагалась на исполкомы местных советов, промпредприятия, коммунально-хозяйственные органы, СЭС, ГСИ, тресты очистки, что неизбежно вело к перекалыванию обязанностей организациями друг на друга.

Ассенизационные обозы не справлялись с возросшим объемом работ, что вело к накоплению отбросов и возникновению угрозы вспышек эпидемических заболеваний, особенно в весенне-летний период. Поэтому для весеннего периода стало характерным проведение массовых субботников, воскресников, месячников и декадников по уборке территорий, вывозу отбросов, наведению санитарной чистоты. Более половины накопленных в течение года нечистот вывозилось именно в этот период, но, учитывая, что объем накопленных невывезенных отбросов за предыдущие годы был довольно велик, то процентное соотношение вывезенных нечистот оставалось недостаточным (от 1,4 до 46 %). Неблагополучное положение с вывозом городских нечистот отмечалось в Чкалове, Уфе, Кургане¹¹⁹.

Необходимо отметить и тот факт, что в связи с эвакуацией промпредприятий и населения и, соответственно, уменьшением количества отбросов после 1943 г. наблюдается некоторое улучшение очистных работ.

В условиях недостаточной мощности канализационных сетей применялись так называемые временные канализационные стоки, по которым сточные воды безо всякой очистки уходили в близлежащие реки и водоемы.

¹¹⁹ Палецких Н.П. Социальная политика на Урале в период Великой Отечественной войны... С. 111.

Подобные меры не способствовали санитарному благополучию уральского региона. Так, например, ввиду загрязненности р. Исеть промышленными и канализационными сбросами в районе г. Шадринска заводу ЗИС предлагалось у используемых для забора питьевой воды прорубей ставить столбы с надписью «Пригодна для питья только после кипячения». Чрезвычайной степени загрязнения р. Миасс в районе г. Челябинска способствовал сброс сточных вод фекально-хозяйственной канализации (ее пропускная способность достигала 24000 м³ в сутки) без всякой очистки. Ниже сброса сточных вод размещались поселки Першино, Бакал, Кирпичного завода. Заболеваемость дизентерией в них была велика и имела большое влияние на рост показателей заболеваемости в городе. ЧТЗ также не имел промышленной канализации и забочивал соседние участки земли, сбрасывая воду сточной канавой в оз. Первое. Троицкий пивзавод Горпищеккомбината Челябинской области, находившийся в центре города, из-за неисправности канализации сточные воды спускал прямо на улицы райцентра. Два раза ГСИ выносила решения о закрытии этого предприятия, но безрезультатно¹²⁰.

В антисанитарном состоянии находились скотомогильники, не на должном уровне проводилась утилизация трупов павших животных. В условиях войны власти не обращали внимания на экологические проблемы. Летние фермы и откормочные площадки, расположенные обычно по берегам рек, вблизи водозабора, становились источником дополнительного загрязнения воды и почвы. По сути дела сложилась своеобразная замкнутая система уничтожения природы и здоровья человека.

В 1944–1945 гг. очистке населенных мест стало уделяться все больше внимания. Усилилась репрессивная политика ГСИ. В создании нормальных санитарно-гигиенических условий труда и быта большое значение приобрели субботники, воскресники, месячники по очистке, благоустройству и

¹²⁰ Палецких Н.П. Социальная политика на Урале в период Великой Отечественной войны... С. 127.

озеленению населенных пунктов, которые с 1943 г. по инициативе ЦК ВЛКСМ начали проводиться повсеместно. Большое значение их проведению придавали партийные, советские организации.

Следует отметить, что при проведении очистных мероприятий в годы войны рекомендовалось в целях экономии транспортных ресурсов и времени производить вывозку нечистот и отходов на индивидуальные огороды, поля колхозов и совхозов, на лед рек. С одной стороны, это позволяло одновременно с уборкой вносить удобрения, а с другой – вызывало угрозу пищевых отравлений в весенне-летний период.

К концу войны санитарная очистка стала одним из основных пунктов в обязательствах соцсоревнований по благоустройству городов. Проблемой озеленения в военный период на Урале практически никто не занимался, хотя этот вопрос и поднимался парторганизациями и органами здравоохранения. Зеленый двор в городах был большой редкостью.

Особую актуальность в годы войны приобрела пищевая санитария. Вовлечение в промышленность населения из сельской местности, эвакуированного населения, удлинение рабочего дня и введение сверхурочных работ на предприятиях, массовый приход на производство домохозяек, трудности с продовольствием и топливом потребовали значительного расширения сети общественного питания, увеличилось число лиц, пользовавшихся столовыми. Доля общественного питания в общем объеме товарооборота увеличилась с 13 % в 1940 г. до 23 % в 1942 г. Сеть общепита Челябинской области в 1942–1943 гг. выросла в 1,5–2 раза¹²¹. В Молотовской области только в 1942 г. количество предприятий общественного питания удвоилось, а численность столоующихся – более чем утроилось¹²².

Но, несмотря на большой риск распространения заболеваний, пищевой саннадзор в регионе вплоть до 1943 г. не уделял значительного внимания этой сфере. Со второй половины 1943, в связи с уменьшением объема работ и

¹²¹ Народное хозяйство Челябинской области: стат. сб... С. 77.

¹²² Народное хозяйство Пермской области за годы Советской власти: стат. сб... С. 55.

укреплением кадрового состава ГСИ, учреждения и организации общественного питания подверглись строгим проверкам. Это значительно улучшило положение, но не решило окончательно всех проблем. Основными недостатками в работе столовых оставались плохое снабжение топливом, перебои с водой для мытья посуды, отсутствие посуды, спецодежды, уборочного инвентаря, низкое качество кулинарной обработки пищи (отсутствие лука, овощей в блюдах), как следствие - невитаминизированная, однообразная и невкусная еда.

С началом войны значительно снизился уровень промышленной санитарии. Большинство предприятий Урала, принимая на свои производственные площади новые заводы, претерпели крупную реконструкцию. При этом были нарушены основные требования промышленной санитарии. Повсеместно отмечались следующие недостатки: переуплотнение при расположении станков и агрегатов; нарушения в работе вентиляционных систем или же их полное отсутствие; бытовые помещения (душевые, раздевалки и пр.) были заняты под производственные площадки; проведение светомаскировочных мероприятий снизило освещенность в цехах, электроосвещение было недостаточным, а порой вообще отсутствовало, ухудшилось положение со спецодеждой. В результате резко повысились заболеваемость рабочих и производственный травматизм.

Главными причинами несчастных случаев на производстве в годы войны стали следующие: форсированный ввод в эксплуатацию промышленных объектов без соблюдения необходимых требований техники безопасности; приход на производство неквалифицированных и неопытных кадров (женщины и подростки). В ряде строительных организаций уже в первые недели войны осталось не более 20 % кадровых рабочих. Перестали выделяться необходимые средства на обеспечение охраны труда; отсутствовали соответствующие должности на предприятиях (инженер по ТБ и ОТ, инспекторы), а значит и необходимые инструктажи по работе на сложных станках и оборудовании. Улучшению положения не способствовал

и морально-физиологический фактор: работа без выходных, сверхурочные, чрезмерная напряженность труда, неудовлетворительные материально-бытовые условия неизбежно вели к ослаблению внимания, снижению скорости реакции при работе, раздражительности, уменьшению работоспособности. В 1942 г. заболеваемость и производственный травматизм достигли наибольшей отметки.

На большинстве предприятий не велась работа по изучению динамики профессиональных заболеваний, их профилактике¹²³.

Начиная с 1943 г., по указанию ЦК ВКП (б) и СНК СССР, в ряде отраслей производства вновь стали переходить на 8-часовой рабочий день, отказываясь от сверхурочных работ. Рабочим оборонных заводов ежемесячно стали предоставлять не менее двух выходных дней. Наметилось улучшение положения в угольной и других отраслях промышленности. Стали вводиться в эксплуатацию душевые установки, дезокамеры, проводившие санобработку рабочих. Улучшалось снабжение питьевой кипяченой водой. Больше внимания уделялось системе вентиляции и освещению рабочих мест. Значительному снижению травматизма на предприятиях способствовала работа комиссий по охране труда и общественных инспекторов¹²⁴.

В 1944 г. на предприятиях были проведены проверки по выполнению трудового законодательства в отношении подростков. Также обследовалось расходование средств, отпущенных промышленными Наркоматами на оздоровительные мероприятия на производстве.

По результатам проводившихся проверок были вскрыты факты несоблюдения норм ОТ и ТБ, приводивших к возникновению профзаболеваний среди рабочих. Например, на Чебаркульском металлургическом заводе, построенном в условиях военного времени, в горячих цехах борова от печей не были выведены наружу, и продукты горения попадали и оседали в

¹²³ История профсоюзов на Урале... С. 82.

¹²⁴ Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам. 1917-1967 гг... С. 17.

цехе, загрязняя воздух. Отсутствие вентиляционных и пылеуловительных установок на «Магнезите» вело к загрязнению воздуха выделявшейся пылью и газами в процессе изготовления магнезитового кирпича и металлического порошка. На автозаводе «ЗИС» (Миасс) содержание угарного газа (СО) в литейном цехе превышало норму в 2 раза, в термическом отделении – в 3 раза; в пескоструйном отделении термического цеха содержание пыли было больше допустимой нормы (10 мг/м³) в 90–162 раза и составило 900–1624 мг/м³; в очистном отделении литейного цеха № 3 содержание пыли превышало норму в 28–50 раз; в цехе сборки и испытания моторов содержание окиси углерода превышало норму в 5 раз (0,244 мг/л при норме 0,04 мг/л); в аккумуляторном отделении содержание паров свинца превышало норму в 5 раз¹²⁵.

Подобное положение приводило к увеличению заболеваемости (в том числе и профзаболеваниями), росту дней нетрудоспособности. Так, за 1944 г., по сравнению с предыдущим годом, рост общей заболеваемости был отмечен на Чебаркульском металлургическом заводе (на 11,6 %); выросло число случаев кожно-гнойничковых заболеваний на предприятиях Челябинга (в 2 раза), Коркинугля (на 40 %), на Чебаркульском металлургическом заводе (на 60 %), на Магнитогорском металлургическом комбинате (на 23,7 %); высокий уровень заболевания туберкулезом наблюдался на заводе «Магнезит», заводе № 1112. Постепенное оздоровление условий труда на предприятиях вело к снижению уровня общей заболеваемости, производственного травматизма, кожно-гнойничковых и кишечных заболеваний¹²⁶.

Миграция населения, плохое питание, неудовлетворительные условия труда и быта создавали благоприятную обстановку для распространения разного рода болезней, в первую очередь инфекционных. Постановление

¹²⁵ Усольцева Н.Л. Здравоохранение на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны... С. 122.

¹²⁶ Там же. С. 123.

ГКО от 2 февраля 1942 г. вовлекало в противоэпидемическую работу всех медицинских работников независимо от их специальности¹²⁷. Чрезвычайно важным мероприятием по борьбе с эпидемической угрозой являлась полная и своевременная госпитализация всех больных с выявленными инфекционными заболеваниями. В годы войны изменилась структура причин смерти в тыловых районах. Резко увеличилась доля смертей, вызываемых такими по существу экзогенными причинами, как полуголодное существование, инфекционные болезни.

В Свердловской области уже в 1941 г. наблюдался резкий скачок заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями по сравнению с 1940 г., особенно дизентерией (в 2,7 раза), сыпным тифом (в 2,1 раза). В 1942 г. ситуация резко ухудшилась: число заболеваний сыпным тифом увеличилось по сравнению с 1941 г. в 6,6 раза, брюшным тифом – 15,4 тыс. (в 3,1 раза), паратифом – в 2,9 раза, скарлатиной – в 1,6 раза, дизентерией – в 1,2 раза. Лишь в 1943 г. удалось остановить рост этих болезней. Следует отметить, что эпидемические вспышки инфекций, являвшихся неизбежными спутниками войны, охватывали ограниченную территорию¹²⁸.

В условиях войны возникла такая форма борьбы с инфекционными заболеваниями, как декадники, месячники по профилактике инфекций, широко освещаемые в центральной и местной печати. В задачи подобных мероприятий входило привлечение внимания населения и организаций к профилактике болезней, устранение недостатков бытового обслуживания населения, активизация санитарной самодеятельности, наведение санитарного порядка на предприятиях, в общежитиях и др.

В разряд опасных инфекционных заболеваний в 1942 г. был включен туберкулез. В предвоенные годы была решена задача раннего выявления туберкулеза, усовершенствованы методы его лечения, проведены

¹²⁷ Сборник документов и материалов по вопросам труда в период Великой Отечественной войны... С. 44.

¹²⁸ ГАСО. Ф. Р-2210. Оп.2. Д. 7. Л. 9.

положительные исследования по вакцинации против туберкулеза, положено начало планомерной борьбы с туберкулезом детского населения. Новорожденных стали вакцинировать вакциной БЦЖ (бациллы Кальметта-Герена) (с 1948 г. эта вакцинация стала обязательной). Предвоенные противотуберкулезные мероприятия позволили организовать борьбу с этим заболеванием в 1941–1945 гг.

В годы войны были приняты меры к сохранению противотуберкулезной сети, к активизации работы и оказанию помощи больным туберкулезом. Для этого периода характерно широкое привлечение к борьбе с туберкулезом профсоюзов, промышленных наркоматов, наркомата просвещения и их материальных ресурсов. Была введена обязательная регистрация открытых форм туберкулеза санитарно-эпидемическими станциями. Благодаря развертыванию сети противотуберкулезных учреждений, созданию санаториев противотуберкулезного типа на предприятиях, улучшению питания и жилищно-бытовых условий больных их трудоспособность в военные годы повысилась, а смертность снизилась. Тем не менее, лишь немногие контингенты групп населения подлежали обязательному обследованию на туберкулез, не хватало рентгеновской аппаратуры, необходимых лекарств.

Серьезную опасность для населения Урала представляли малярия и бруцеллез. В связи с массовой эвакуацией населения из малярийных районов Молдавской ССР и южных областей Украины отмечался занос малярийной инфекции в благополучные до этого районы Урала. Для проведения противомаларийных мероприятий ежегодно утверждались ассигнования за счет лимитов здравоохранения, внелимитных затрат, отпущенных на благоустройство городов, которые с началом войны уменьшились. Для борьбы с бруцеллезом в первые годы войны был усилен санитарный надзор за хозяйствами, неблагополучными по данному заболеванию, молокоперерабатывающими предприятиями, введен лабораторный анализ молока в молочно-контрольных станциях, поступающего на рынки.

В 1943 г. на Урале появились случаи заболевания туляремией. Наиболее опасными по туляремии были признаны Армизонский, Бердюжский, Шадринский, Мокроусовский районы Курганской области. Специальным постановлением бюро Курганского обкома ВКП (б) было принято решение о проведении неотложных мероприятий, предусматривающих направление в пораженные районы отрядов по борьбе с грызунами; дератизация; создание непроницаемости складов, зернохранилищ, колодцев и пр. построек для грызунов; проверка на зараженность вывозимого зерна; изготовление 10 тыс. брошюр и плакатов о туляремии и мерах ее профилактики; подготовка 10 врачей и 25 средних медицинских кадров по борьбе с инфекцией¹²⁹.

Весной 1943 г. в ряде районов Урала появилась инфекционная болезнь – септическая ангина, которая имела тяжелые последствия и высокую смертность. Только благодаря комплексным мерам, срочно принятым органами здравоохранения и советскими органами, эпидемия была ликвидирована.

Серьезную угрозу составил целый ряд так называемых детских инфекционных заболеваний – корь, скарлатина, дифтерия и др., способные охватывать большие контингенты в сравнительно короткие сроки и опасные возможными осложнениями. Борьба с ними в годы войны затруднялась в связи с несоблюдением профилактических мер (скученность в детских учреждениях, недостаток дезинфицирующих и гигиенических средств, дефицит медикаментов и пр.).

Огромная работа проводилась детскими консультациями по организации профилактических прививок против оспы, дизентерии и дифтерии. Дети, больные туберкулезом, брались на диспансерный учет.

Большую роль в ликвидации и профилактике острозаразных инфекций сыграла санитарно-просветительная работа среди населения. Книгопечатная продукция: брошюры, памятки, листовки, – а также лекции, беседы, доклады

¹²⁹ Челябинская область. 1917–1945 гг.: сб. док. и мат-лов... С. 66.

о здравоохранении, публикации газетных статей, проведение радиопередач, выпуск плакатов и лозунгов были посвящены актуальным вопросам предупреждения инфекционных заболеваний, борьбе за стойкое эпидемиологическое благополучие тыла, против проникновения инфекций на фронт.

В целом в годы войны на Урале партийными, советскими, профсоюзными органами и учреждениями здравоохранения проводились масштабные санитарно-противоэпидемические мероприятия, направленные на снижение инфекционной заболеваемости и недопущение эпидемий в регионе. К концу войны наблюдалась активизация работы по созданию безопасных для здоровья условий труда и быта на предприятиях, в учреждениях и организациях. Предпринятые партией и правительством меры позволили снять остроту сложившейся ситуации, но всех вопросов обеспечения эпидемического благополучия тыла не разрешили.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравоохранение является важнейшей частью социальной сферы, осуществляющей охрану здоровья и жизни населения, благодаря чему эти категории из разряда исключительно природных во многом становятся социально-детерминированные.

Созданная в довоенные годы СССР система здравоохранения, осуществляющая медицинскую помощь на основе принципов бесплатности и общедоступности, стала неотъемлемой частью жизни всех советских граждан.

Благодаря активному развитию здравоохранения на Урале в предвоенные годы разрыв между обеспечением медицинской помощью уральцев и жителей Европейской части РСФСР к началу войны сократился и стал сопоставимым. Однако, несмотря на значительные успехи, здравоохранение Урала находилось еще в процессе становления: ощущалась

нехватка медицинских учреждений всех типов обслуживания населения, особенно в сельской местности, система специализированной медицинской помощи фактически лишь начала создаваться, на хватало квалифицированного персонала и т.д.

В конце войны значение деятельности органов здравоохранения существенно возросло. Причиной это было действие ряда важнейших факторов:

общее снижение возможностей государства. Неудачи первого периода войны (1941-1942 гг.) привели к потере ряда важнейших экономических районов страны. Варварский оккупационный режим, разрушения, причиненные в ходе боевых действий, привели к тому, что после освобождения промышленность и сельское хозяйство этих территорий находилось в плачевном состоянии.

Резкое увеличение расходов на оборону вынуждало сократить до минимально возможного уровня все невоенные расходы. Лозунг "Все для фронта - все для Победы" определял все стороны жизни общества.

Значительная возросшая угроза жизни и здоровью населения СССР в тыловых районах, в том числе и на Урале, связанная с падением уровня жизни и миграционными процессами.

Важнейшим фактором, влиявшим на здоровье населения, было усиление миграционных процессов: мобилизация и отправка на фронт военнообязанных, эвакуация населения из оккупированных районов и прифронтовых районов, их реэвакуация, депортация народов, пересылка военнопленных и пр. Все это обуславливало повышенную контактность людей, стало почвой для распространения эпидемических заболеваний. В результате вставшая в эти годы с особой остротой задача сохранения жизни и здоровья людей, обеспечение социальной стабильности, "прочного тыла" в условиях, когда государство не могло обеспечить существенного улучшения условий жизни граждан, имела лишь одно решение - максимально возможное

ослабление результатов действия негативных факторов. деятельность системы здравоохранения в такой обстановке стала играть ключевую роль.

Роль уральского здравоохранения, помимо общесоюзных, определял и ряд местных факторов: во-первых, функционирование в регионе обширной сети эвакогоспиталей, вовлекавшей в систему здравоохранения Урала прямую ликвидацию последствий военных действий; во-вторых, сильнейшее воздействие на регион эвакуационных процессов. Урал по численности принятого эвакуированных граждан, что обусловило громадное значение проводимых здесь противоэпидемических мероприятий.

В военные годы, когда центральные и местные медицинские органы значительно перестраивались, нарушения основополагающих принципов советского здравоохранения не произошло. В то же время состояние система здравоохранения Урала и его внутренняя структура претерпели существенные изменения.

Количество медицинского персонала летом-осенью 1941 г. значительно сократилось в связи с его мобилизацией в армию, для работы в эвакогоспиталях. Но уже к началу 1942 г. за счет эвакуированных специалистов практически удалось восстановить довоенное количество врачей в регионе. Уход специалистов в связи с реэвакуацией восполняли сотрудники из сокращаемых эвакогоспиталей, выпускники медицинских вузов. В этот период обеспечению эвакогоспиталей медицинскими кадрами уделялось приоритетное значение, и эта задача была успешно решена.

В первые годы войны происходит сокращение масштабов лечебно-профилактической помощи населению, что привело к существенному падению его качества, на котором и без того негативно отражалось резкое снижение уровня жизни. Однако в период с 1943-1945 гг. деятельность здравоохранения Урала выходит на новый уровень. Происходит расширение сети медицинских учреждений, что позволило перейти от экстремального характера оказания медицинской помощи к нормальному, возросло качество медицинской помощи и в эвакогоспиталях. В итоге медицинское

обслуживание населения на Урале к концу войны превзошло довоенный уровень, а смертность упала и стала ниже показателей довоенных лет. Все это стало возможно, во многом благодаря государственному характеру здравоохранению, повлиявшим на успешное функционирование системы здравоохранения в годы Великой Отечественной войны.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Законодательно-нормативные документы

1. Государственный план развития народного хозяйства на 1941 год. (приложение к постановлению СНК СССР и ЦК ВКП(б) №127 от 17 января 1941 г.
2. Директивы КПСС и Советского правительства по хозяйственным вопросам (1917-1957 гг.): Сб. док. Т. 2: 1929 - 1945 гг. - М., 1957.
3. Закон о пятилетнем плане восстановления и развития народного хозяйства СССР на 1946-1950 гг.
4. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 1941-1945: сб. док. и материалов. - М., 1977.
5. Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства. 1925–1940 гг.: сб. документов и материалов. – М., 1973.
6. Конституция Союза Советских Социалистических Республик: офиц. текст : [принята VIII Всесоюзным чрезвычайным съездом Советов 5 декабря 1936 г.] – М., 1937.
7. Организация лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работы на селе. Сб. официальных, методических, инструктивных и справочных материалов Свердловск, 1947.
8. Районы Свердловской области (краткая экономическая характеристика) - Свердловск, 1939.
9. Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам. 1917-1967 гг. В 5 т. Т. 3: 1941 - 1952 гг. М., 1968.

2. Статистические сборники

1. Великая Отечественная война. Юбилейный статистический сборник: стат.сб/Росстат. - М., 2015.
2. Здравоохранение СССР: стат.сб - Рига, 1946.
3. Народное хозяйство Пермской области за годы Советской власти: стат. сб. – Пермь, 1967.
4. Народное хозяйство Свердловской области: стат. сб. – Свердловск, 1962.
5. Народное хозяйство СССР за 60 лет: юбилейный стат. ежегодник. – М., 1977.
6. Народное хозяйство СССР. 1922 – 1982 гг. / ЦСУ СССР. – М., 1982.
7. Народное хозяйство Челябинской области: стат. сб. – Челябинск, 1961.
8. Сборник документов и материалов по вопросам труда в период Великой Отечественной войны (22 июня 1941 г.- 5 января 1944 г.) - М., 1944.
9. Челябинская область. 1917–1945 гг.: сб. док. и мат-лов / под ред. П.Г. Агарышева. – Челябинск, 1998.

3. Материалы периодической печати

1. Правда
2. Известия
3. На фронте здравоохранения
4. Труд
5. Уральский рабочий

4. Архивные материалы

Государственный архив Свердловской области (ГАСО)

Ф. Р-88 - Исполнительный комитет Свердловского Областного совета депутатов трудящихся (облисполком)

Ф. Р-627 – Министерство здравоохранения Свердловской области.

Ф. Р-2210 – Свердловская государственная санитарная инспекция.

**Центр документации общественных организаций Свердловской области
(ЦДООСО)**

Ф. 4 – Свердловский областной комитет КПСС

Ф. 273 – Областной отдел здравоохранения г. Свердловск

Литература

1. 25 лет советского здравоохранения. – М., 1944.
2. 40 лет советского здравоохранения. К 40-летию Великой Октябрьской социалистической революции. 1917 - 1957. - М., 1957.
3. 50 лет советского здравоохранения. 1917 - 1967. - М., 1967.
4. 70 лет советского здравоохранения. 1917–1987 / О. П. Щепин [и др.] – М., 1987.
5. Арутюнян Ю.В. Советское крестьянство в годы Великой Отечественной войны. - М., 1970.
6. Баран Н.А. Медицинское обслуживание сельского населения в военное время//Советское здравоохранение. 1943. № 3. С. 10-15.
7. Баринский Ф.Г. Инфекционные заболевания и борьба с ними в СССР в годы Великой Отечественной войны//Советская медицина. 1944. № 10 - 11.С. 30 -32.
8. Баткис Г.А. Организация здравоохранения. - М., 1948.
9. Бейлихис Г.А. Очерки истории охраны труда и здоровья рабочих в СССР. - М., 1971.
10. Белоносов И.И. Советские профсоюзы в годы войны. - М., 1970.
11. Бурденко Н.Н. Современная фаза военной хирургии (организация специальной помощи раненым)//Госпитальное дело. 1942. № 1 - 2. С. 7 - 11.

12. Великая Отечественная война. 1941 -1945. Военно-исторические очерки. В 4-х кн. - М., 1998 -1999.
13. Виноградов Н.А. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны (1941 - 1945). - М., 1955.
14. Виноградов Н.А. Основные принципы советского здравоохранения. - М., 1954.
15. Виноградов Н.А. Правильно расставить и полностью использовать врачебные кадры//Советское здравоохранение. 1942. № 7. С. 11-15.
16. Виноградов Н.А. Принципы работы с медицинскими кадрами. - М., 1955.
17. Виноградов Н.А. Работа с медицинскими кадрами и мероприятия по повышению их квалификации//Советское здравоохранение. 1944. № 1. С. 34 - 49.
18. Виноградов Н.А., Страшун И.Д. Охрана здоровья трудящихся в Советском Союзе. - М., 1947.
19. Вознесенский Н.А. Военная экономика СССР в период Отечественной войны. - М., 1947.
20. Выродов И.К. Вклад в дело Победы работников здравоохранения Южного Урала//Всемирно-историческая победа советского народа в Великой Отечественной войне 1941 - 1945 гг. Челябинск, 1985. С. 62 - 65.
21. Выродов И.К., Дюкарева А.М., Мешалкин Г.Л. Организация лечения раненых и больных в эвакогоспиталях Южного Урала//Военно-медицинский журнал. 1985. № 7. С. 25 - 28.
22. Гузненко З.И. Деятельность вузов Урала по оказанию помощи тылу и фронту в годы Великой Отечественной войны//Деятельность партийных организаций Урала по осуществлению культурной революции. Свердловск, 1972.
23. Дворкин А.М. Медико-санитарное обслуживание оборонных предприятий.//Советское здравоохранение. 1942. № 5 -6. С. 33 -41.

24. Добарских Б.В. Организация военных госпиталей в Челябинской области//50-летию Победы. Челябинск, 1995. С. 99 - 106.
25. Еремин В.Г. Молодежь в годы Великой Отечественной войны. - М., 1977
26. Зинич М.С. Будни военного лихолетья 1941 - 1945. Вып. 1-2. - М., 1994
27. Зинич М.С. Война и жизненный уровень населения//Урал в Великой Отечественной войне 1941 - 1945гг. Екатеринбург, 1995.
28. Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941 - 1945 гг. - Л., 1985.
29. История профсоюзов СССР. - М., 1969.
30. История профсоюзов Урала 1905 - 1984 гг. - М., 1984.
31. Калинин М.И. О здравоохранении и медицине. – М., 1962;
32. Ковригина М.Д. В неоплатном долгу. - М., 1985.
33. Ковригина М.Д. Очередные задачи детского здравоохранения в период Великой Отечественной войны//Советское здравоохранение. 1943. № 4 - 5. С. 20 - 29.
34. Колесников С.А. О мероприятиях по борьбе с туберкулезом в СССР//Советская медицина. 1945. № 1 - 2. С. 1 -8.
35. Колесников С.А. Советское здравоохранение в дни Отечественной войны//Советская медицина. 1943. № 7 -8. С. 1 -8.
36. Коржихина Т.П. История государственных учреждений СССР. - М., 1986.
37. Корнилов Г.Е. Уральская деревня в годы Великой Отечественной войны. - Свердловск, 1990.
38. Корнилов Г.Е. Уральское село и война: проблемы демографического развития. - Екатеринбург, 1993.
39. Кост Н.А. Борьба с желудочно-кишечными заболеваниями в условиях военного времени/Советская медицина. 1942. № 5 -6. С. 35 -37.

40. Крылова З.А. Борьба за жизнь и здоровье детей -повседневная забота органов здравоохранения//Советское здравоохранение. 1943. № 12. С. 49 -54.
41. Кузьмин М.К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. - М., 1973.
42. Кусков С.А. Эвакопункты военно-санитарной службы Красной Армии на Урале в годы Великой Ответственной войны//Псковский исторический вестник. Вып. 2. 2016. С. 222-228.
43. Курашов С.В. Работа сельских врачебных участков в дни Отечественной войны.//Советская медицина. 1944. № 7 -8. С. 25 -28.
44. Левитин Ф.И. Борьба с туберкулезом в СССР в период Отечественной войны//Советское здравоохранение. 1943. № 12. С. 9 -15.
45. Медицинские работники Южного Урала — участники Великой Отечественной войны 1941 - 1945 гг. - Челябинск, 1975.
46. Миловидов СИ. Очередные задачи работы эвакогоспиталей//Госпитальное дело. 1942. № 1 - 2. С. 3-7.
47. Митерев Г.А. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание городского населения в период Великой Отечественной войны//Советское здравоохранение. 1944, №11. С. 3 - 7.
48. Митерев Г.А. В дни мира и войны. - М., 1975.
49. Митерев Г.А. Все на службу фронта.//Советская медицина. 1941. № 13 - 14.
50. Митерев Г.А. Забота о матери и ребенке -важнейшая государственная задача//Советская медицина. 1944. № 12. С 1 -4.
51. Митерев Г.А. Задачи здравоохранения в годы Великой Отечественной войны//Медицинские работники в Отечественной войне. М., 1942;
52. Митерев Г.А. Отечественная война и задачи здравоохранения//Советская медицина. 1942. № 1. С. 3 -7.
53. Митрофанова А.В. Рабочий класс Советского Союза в первый период Великой Отечественной войны (1941 - 1942 гг.) - М., 1960.

54. Митрофанова А.В. Рабочий класс СССР в годы Великой Отечественной войны. - М., 1971.
55. Морехина Г.Г. Рабочий класс - фронту: Подвиг рабочего класса СССР в годы Великой Отечественной войны 1941 - 1945. - М., 1962.
56. Очередные задачи здравоохранения//Советская медицина. 1944. № 1 -2. С. 1 -7.
57. Очерки истории советской военной медицины. - Л., 1968.
58. Очерки историографии советского здравоохранения. - М., 1965.
59. Палецких Н.П. Сельская интеллигенция Челябинской области — фронту//Всемирно-историческая Победа советского народа в Великой Отечественной войне 1941 - 1945 гг. Челябинск, 1985. С. 114-117.
60. Палецких Н.П. Система здравоохранения и медицинское обслуживание населения Урала в годы Великой Отечественной войны//Вестник ЧГАУ. Т. 9. Челябинск, 1995. С. 11 - 16.
61. Палецких Н.П. Социальная политика на Урале в период Великой Отечественной войны. - Челябинск, 1995.
62. Патоличев Н.С. Испытание на зрелость. - М., 1977.
63. Плотников К.Н. Бюджет социалистического государства - Л, 1948.
64. Плотников К.Н. Очерки истории бюджета советского государства. - М., 1955.
65. Приоров Н.Н. Организация лечебной помощи инвалидам Великой Отечественной войны//Советская медицина. 1945. № 4 - 5. С. 26 -29.
66. Рабухин А.Е. Борьба с туберкулезом во время первой и второй мировой войны//Советская медицина. 1945. № 1 - 2. С. 26 -29.
67. Радич А.М. Эвакогоспитали Урала в годы Великой Отечественной войны//Урал в период Великой Отечественной войны (1941 - 1945). Свердловск, 1986. С. 166 - 168.
68. Розенфельд Л.Г., Мещерякова Г.П. Здравоохранение Южного Урала за годы советской власти//Советское здравоохранение. 1978. № 1. С 14 - 19.

69. Савельев В.М., Саввин В.П. Советская интеллигенция в годы Великой Отечественной войны. - М., 1974.
70. Семочкина З.В. Охрана здоровья трудящихся Урала и всенародная забота о раненых воинах и инвалидах (1941 - 1945 гг.)//Социально-экономическое развитие Урала в годы Великой Отечественной войны (1941 - 1945 гг.) Челябинск, 1985. С. 75 - 82.
71. Сергиев П.Г. Основные задачи в борьбе с малярией в 1942 г.//Советская медицина. 1942. № 8. С. 24 -27.
72. Смирнов Ш.И. Сельские участковые врачи//Советская медицина. 1945. №7 -8. С. 31-33.
73. Советский тыл в первый период Великой Отечественной войны. - М., 1988.
74. Советский тыл в период коренного перелома в Великой Отечественной войне (ноябрь 1942 - 1943 гг.). - М., 1989.
75. Сперанский А.В. В горниле испытаний. Культура Урала в годы Великой Отечественной войны (1941 - 1945). - Екатеринбург, 1996.
76. Становление охраны здоровья народа на Южном Урале. - Челябинск, 1970.
77. Сто лет Красного Креста в нашей стране. - М., 1967.
78. Тапельзон С.Л. Состояние сельского здравоохранения в годы войны//Советское здравоохранение. 1943. № 6. С. 29-38; Колесников С.А. Очередные задачи работы городских больниц.//Советская медицина. 1944. № 6. С. 1 -8.
79. Томан Б.А. Новое фундаментальное издание по истории Великой Отечественной войны//Новая и новейшая история. 2000. № 6. С. 6.
80. Третьяков А.Ф. О мероприятиях по улучшению медико-санитарного обслуживания населения//Советское здравоохранение. 1944. № 1. С. 15 -33.
81. Трофимов В.В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет. - М., 1967.

82. Тюменцева И.П. Деятельность эвакуационных госпиталей Курганской области в годы Великой Отечественной войны//50-летию Победы. Челябинск, 1995. С. 108-111.
83. Урал - фронту. - М., 1985.
84. Хисамутдинова Р.Р. Деятельность I Харьковского медицинского института в г. Чкалове в годы Великой Отечественной войны//50-летию Победы. Челябинск, 1995. С. 113-115.
85. Цейтлин А.Г. О режиме и медицинском обслуживании рабочих-подростков//Советское здравоохранение. 1945. № 6. С. 21 - 28.
86. Чикин С.Я. Развитие здравоохранения в РСФСР. - М., 1977.
87. Чучелин Г.А. Эпидемическая обстановка в России в годы войны//Великая Отечественная война: уроки и проблемы. Пермь, 1995. С. 89 - 94.
88. Шабанов А.Н. Основные задачи медицинской школы//Советская медицина. 1945. №7-8. С. 30-31.
89. Шерстенников Н.А. Сельские врачебные участки Башкирской АССР в годы Великой Отечественной войны в сравнении с 1940 г.//Советское здравоохранение. 1946. № 4 - 5. С. 21 - 28.

Диссертации и авторефераты диссертаций

1. Дегтярева Н.А. Госпитали на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.: Автореф. дис. кан. ист. наук. - Оренбург, 2007.
2. Зяблицева С.В. Социально-бытовая сфера Западной Сибири в годы Великой Отечественной войны (1941 - 1945).: Автореф. дис. канд. ист. наук. — Кемерово, 1995.
3. Кожурин В.С. Социальная политика Советского государства по отношению к рабочему классу в годы Великой Отечественной войны: Автореф. дис. докт. истор. наук. - М., 1991.

4. Кусков С.А. Эвакогоспитали в Челябинской области накануне и в период Великой Отечественной войны (1939-1945 гг.). Дис. канд. ист. наук - Челябинск, 2010.
5. Мануйлова Ю.Н. Социальная реабилитация инвалидов войны на Южном Урале (1941 - 1945 гг.): Автореф. дис. канд. истор. наук. - Курган, 2002.
6. Мещерякова Г.П. Лечебно-профилактическая помощь населению Урала и Кузбасса в период создания угольно-металлургической базы на Востоке страны: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Челябинск, 1973.
7. Островкин Д.Л. Развитие советской системы здравоохранения на Урале в 1917-1941 гг.: дис. канд. истор. наук. - Екатеринбург, 2018.
8. Павлов Р.В. Опыт социального обеспечения условий труда рабочих и колхозников в годы Великой Отечественной войны: Автореф. дис. канд. ист. наук. - М., 2000.
9. Палецких Н.П. Социальная политика на Урале в годы Великой Отечественной войны: Автореф. дис. докт. ист. наук. Челябинск, 1996.
10. Потемкина М.Н. Проблемы эвакуации и эвакуированного населения на Урале в годы Великой Отечественной войны 1941 - 1945 (Историко-партийный аспект): Автореф. дис. . канд. истор. наук. - Челябинск, 1994.
11. Радич А. М. Руководство партийных организаций Урала восстановлением здоровья раненых и больных воинов Советской Армии в годы Великой Отечественной войны. Автореф. дис. канд. ист. наук. - Свердловск, 1981.
12. Степаненко Т.Ю. Советское здравоохранение с позиций системного подхода.: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 1980.
13. Усольцева Н.Л. Здравоохранение на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. Дис. канд. ист. наук. - Челябинск, 2002.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Численность врачей и число больничных коек (на конец года; тысяч)

	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Численность врачей (без зубных) ¹	140.8	69.9	78.5	91.2	108.5	126.2
Число больничных коек (без госпиталей) ²	790.9	429.1	467.7	591.3	727.9	860.7

1 Без военнослужащих.

2 За годы 1941 - 1944 данные приведены также без эвакуогоспиталей.

Составлено по: Народное хозяйство СССР в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. Стат. сбор. - М., 1990.

Численность врачей (без зубных) по союзным республикам (на конец года; тысяч)¹

	1940	1941	1942	1943	1944	1945
СССР	140.8	69.9	78.5	91.2	108.5	126.2
РСФСР	82.2	51.4	56.3	65.4	70.8	80.5
Украинская ССР	33.4	-	-	5.8	15.6	21.4
Белорусская ССР	4.2	-	-	-	2.0	2.6
Узбекская ССР	2.8	4.9	5.1	4.8	3.9	3.5
Казахская ССР	2.5	3.7	5.0	4.1	2.8	2.9
Грузинская ССР	4.7	3.6	4.5	4.2	4.7	5.0
Азербайджанская ССР	3.1	2.7	3.0	2.8	3.0	3.5
Литовская ССР	1.4	-	-	-	0.9	1.0
Молдавская ССР	1.0	-	-	-	0.5	0.8
Латвийская ССР	1.7	-	-	-	0.4	1.1
Киргизская ССР	0.5	1.0	1.4	1.1	0.8	0.7
Таджикская ССР	0.6	0.7	0.9	0.9	0.6	0.5
Армянская ССР	0.9	0.8	1.1	1.0	1.1	1.2
Туркменская ССР	0.9	1.1	1.2	1.1	0.9	0.9
Эстонская ССР	0.9	-	-	-	0.5	0.6

¹ Без военнослужащих.

Составлено по: Составлено по: Народное хозяйство СССР в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. Стат. сбор. - М., 1990.

Число больничных коек (без госпиталей) по союзным республикам (на конец года; тысяч)¹

	1940	1941	1942	1943	1944	1945
СССР	790.9	429.1	467.7	591.3	727.9	860.7
РСФСР	482.0	339.2	374.1	455.0	476.9	543.7
Украинская ССР	157.6	-	-	35.0	101.9	144.5
Белорусская ССР	29.6	-	-	-	21.0	26.4
Узбекская ССР	20.3	22.2	23.3	24.7	25.5	26.9
Казахская ССР	25.4	23.9	25.4	27.7	29.2	30.2
Грузинская ССР	13.3	11.9	12.2	13.1	13.3	16.5
Азербайджанская ССР	12.6	12.8	12.7	13.3	13.6	16.6
Литовская ССР	8.9	-	-	-	6.5	6.7
Молдавская ССР	6.1	-	-	-	6.2	7.5
Латвийская ССР	12.0	-	-	-	6.8	10.6
Киргизская ССР	3.8	4.1	4.5	5.1	5.6	5.9
Таджикская ССР	4.5	4.8	4.9	5.8	5.9	6.4
Армянская ССР	4.1	4.2	4.2	4.8	4.7	5.6
Туркменская ССР	5.6	6.0	6.4	6.8	6.7	7.5
Эстонская ССР	5.1	-	-	-	4.1	5.7

¹ Без военнослужащих.

Составлено по: Составлено по: Народное хозяйство СССР в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. Стат. сбор. - М., 1990.

Урал в Великой Отечественной войне
элективный курс для учащихся 11-х классов

Исполнил:
Коновалов Олег
Олегович
магистрант II курса
очного отделения

Актуальность курса. Великая Отечественная война 1941 -1945 гг. - одно из самых трагических событий XX века. Прокатившись многомиллионным горем по городам и селам, она затронула практически каждую советскую семью. Победа стала возможной ценой невероятных усилий. Ее завоевали не только массовым героизмом на фронте, но и беспримерным подвигом тружеников тыла. Современное поколение школьников немало знает о Великой Отечественной войне, знает о мужестве и доблести наших воинов, добывавших победу. Однако отдаленность военных лет приводит к тому, что эти события порой путаются, а в их изложении появляется помпезность и лаконичность. Необходимо, чтобы обучающиеся не только знали, но и чувствовали цену Победы для всего нашего народа.

В борьбе с германскими захватчиками принимали активное участие не только воинские соединения, но и все труженики тыла. Они обеспечивали фронт всем необходимым: вооружением, военной техникой, боеприпасами, топливом, а также продовольствием, обувью, одеждой и др. Несмотря на трудности, советские люди сумели создать мощную экономическую базу, которая обеспечила победу. В короткое время народное хозяйство СССР было переориентировано на потребности фронта. Усилиями советских людей Урал был преобразован в мощную военно-промышленную базу. Большая часть эвакуированных сюда заводов и фабрик к началу 1942 г. наладили выпуск оборонной продукции. Достижения советской экономики в годы Великой Отечественной войны были бы невозможны без трудового героизма советских людей. Работая в невероятно тяжелых условиях, не жалея своих сил, здоровья и времени, они проявляли стойкость и упорство в выполнении заданий.

В школьных программах тема Великой Отечественной войны представлена недостаточно. Учитель часто не имеет возможности в полном объеме охватить все основные проблемы жизни советских граждан в тылу.

Программа представляет собой систематический курс на широком историческом материале, который дает возможность учащимся расширить знания о Великой Отечественной войне, так как акцент в программе курса делается на изучение вклада уральцев в Великую Победу с использованием знаний по истории.

Цель курса заключается в создании условий для осмысления вклада уральцев в победу СССР над нацистской Германией.

Задачи курса делятся на обучающие, развивающие, воспитательные:

- сформировать понятие о значении тыла в годы Великой Отечественной войны;
- углубить и развить знания учащихся о жизни и труде уральцев во время войны;
- развитие способностей осмысливать события и явления действительности во взаимосвязи прошлого, настоящего и будущего;
- становление многосторонне развитого гражданина России в культурном, нравственном отношении;
- формирование чувства гордости и уважения к историческому прошлому Родины.

Общая характеристика учебного предмета

Данный курс создает самые благоприятные условия для организации самостоятельной работы учащихся, ознакомления их с методами исторической науки и выработки у них умений и навыков исторического исследования.

Элективный курс создает самые благоприятные условия для организации самостоятельной работы учащихся, ознакомления их с методами исторической науки и выработки у них умений и навыков исторического исследования.

Общеизвестно, что учащиеся прочно усваивают только то, что прошло через их индивидуальные усилия. Главные особенности элективных занятий:

- углубленное теоретическое изучение материала;
- разнообразие форм и методов;
- самостоятельная деятельность учащихся, атмосфера научного поиска, исследования;
- соблюдение принципов интереса и добровольности учащихся.

Место учебного предмета в учебном плане

Курс рассчитан на 15 часов из расчета 1 учебный час в неделю. Объем программы курса разработанной для 10-11х классов. Программа элективного курса «Урал в Великой Отечественной войне» составлена для работы со старшими школьниками и направлена на подготовку его к гражданской и нравственной деятельности.

Требования к уровню подготовки учащихся. Самостоятельные, лабораторные и практические работы, выполняемые учащимися

Не менее 40% учебного времени отводится на самостоятельную работу учащихся, позволяющую им приобрести опыт познавательной и практической деятельности. Минимальный набор выполняемых учащимися работ включает в себя:

- работу с источниками социальной информации, с использованием современных средств коммуникации (включая ресурсы Интернета);
- критическое осмысление актуальной социальной информации, поступающей из разных источников, формулирование на этой основе собственных заключений и оценочных суждений;
- решение познавательных и практических задач, отражающих типичные социальные ситуации;
- анализ общественных явлений и событий;
- применение полученных знаний для определения экономически рационального, правомерного и социально одобряемого поведения и порядка действий в конкретных ситуациях;

- аргументированную защиту своей позиции, оппонирование иному мнению через участие в дискуссиях, диспутах, дебатах о современных социальных проблемах;
- защита исследовательских работ и презентаций.

Формы работы

Программа элективного курса предусматривает формирование у учащихся общеучебных умений и навыков, универсальных способов деятельности и ключевых компетенций. В этом направлении приоритетами для данного курса являются:

- самостоятельное выполнение различных творческих работ;
 - смысловое чтение, проведение информационно-смыслового анализа документов;
 - формулирование своей точки зрения, подбор аргументов;
 - использование для решения познавательных и коммуникативных задач различных источников информации, включая энциклопедии, интернет-ресурсы и др. базы данных;
- самостоятельная организация учебной деятельности.

На элективном курсе используются индивидуальные и групповые формы при изучении материала:

- подготовка к защите проектов и рефератов;
- конференции, круглые столы;
- заочные экскурсии;
- дискуссии по проблемным вопросам;
- уроки-семинары и уроки-лекции.

Виды деятельности учителя и учащихся: лекция учителя, составление конспекта на основе лекции, выдвижение учителем вопросов различного типа, сбор фактов по биографии и фронтовому пути земляков - фронтовиков, использование для решения познавательных и коммуникативных задач различных источников информации, включая

энциклопедии, интернет-ресурсы и др. базы данных; самостоятельная организация учебной деятельности.

Формы контроля за достижениями учащихся:

- самостоятельно подготовленные к уроку сообщения;
- рецензии на прочитанное произведение;
- сочинения на предложенную тему;
- презентации произведений по выбору учащихся.

Межпредметные связи осуществляются посредством введения в курс исторической характеристики эпохи Великой Отечественной войны, работы с произведениями авторов о войне, а также просмотр фрагментов художественных экранизаций, для создания эмоционального образа трагедии войны, героизма и мужества советского народа обращаться к фрагментам художественных и документальных фильмов, произведениям изобразительного и музыкального искусств.

Учебно-тематический план элективного курса

№	Наименование раздела	Содержание учебных тем	Количество часов	Формы работы
I	Введение (1 ч.)	Цели и задачи курса "Урал в годы Великой Отечественной войны	1	Лекция
II	Экономическое развитие Урала (5 ч.)	Экономика Урала в предвоенный период	1	Лекция, беседа
		Промышленность Урала на начальном этапе войны	1	Лекция, беседа
		Эвакуация промышленных предприятий на	1	Лекция, беседа

		Урал		
		"Урал - кузница СССР". Промышленность Урала 1943-1945 гг.	1	Круглый стол
		Сельское хозяйство Урала в годы войны	1	Лекция, беседа
III	Социальная сфера и жизнь уральцев (9 ч.)	1	Лекция, беседа	Лекция, беседа
		Городское население Урала в годы войны	1	Лекция, беседа
		Эвакуированное население на территории Урала. Условия жизни рабочих на Урале в годы Великой Отечественной войны	1	Лекция, беседа
		Жизнь уральского села в годы войны	1	Лекция, беседа
		Образование на Урале в годы войны	2	Лекция, беседа
		Здравоохранение Урала в годы Великой Отечественной войны	2	Лекция, беседа
		Трудовой подвиг уральцев в	1	Семинар, защита

		Формировании Уральского добровольческого танкового корпуса		рефератов
--	--	--	--	-----------

Содержание элективного курса

Раздел I. Введение

Занятие 1. Цель и задачи курса. Великая Отечественная война, как историко-культурное явление. Периодизация Великой Отечественной войны. Особенности организации тыла в годы Великой Отечественной войны.

Раздел II. Экономическое развитие Урала

Занятие 2. Экономика Урала в предвоенный период. Особенности экономического развития Урала в предвоенный период. Промышленный потенциал Урала. Итоги первых пятилеток. Индустриализация и коллективизация на Урале.

Занятие 3. Промышленность Урала на начальном этапе войны. Мобилизация промышленных ресурсов Урала. Перевод производства на военные рельсы. Организация производственного процесса. Выпуск военной и гражданской продукции в годы войны.

Занятие 4. Эвакуация промышленных предприятий на Урал. Советское и партийное руководство эвакуацией промышленных мощностей. Особенности материально-технической базы эвакуированных предприятия. Налаживание выпуска военной и гражданской продукции эвакуированными предприятиями.

Занятие 5. "Урал - кузница СССР". Промышленность Урала 1943-1945 гг. Оперативное управление промышленными предприятиями Урала.

Научно-техническое переоснащение производства. Выпуск военной и гражданской продукции. Вклад Уральских предприятий в достижение победы над нацизмом.

Занятие 6. Сельское хозяйство Урала в годы войны. Особенности ведения сельского хозяйства на Урале. Материально-техническое обеспечение колхозов. Выпуск сельхоз продукции на Урале в годы войны.

Раздел III. Социальная сфера и жизнь уральцев

Занятие 7. Жизнь уральцев в предвоенный период. Проблемы демографического развития. Этнический состав населения Урала к началу войны. Демография Урала в предвоенный период. Анализ здравоохранения и образования Урала на начало войны. Социально-бытовое обеспечение жителей Урала в предвоенный период.

Занятие 8. Городское население Урала в годы войны. Города Урала. Динамика населения в городах на Урале. Темпы изменения городского населения Урала в годы войны. Бытовые условия городских жителей Урала.

Занятие 9. Эвакуированное население на территории Урала. Условия жизни рабочих на Урале в годы Великой Отечественной войны. Анализ состава эвакуированного населения. Волны эвакуации на Урал. Размещение и трудоустройство эвакуированных. Социально-бытовые условия эвакуантов и рабочих. Реэвакуация населения.

Занятие 10. Жизнь уральского села в годы войны. Сельские районы Урала. Динамика населения в селах на Урале. Темпы изменения сельского населения Урала в годы войны. Бытовые условия сельских жителей Урала.

Занятие 11-12. Образование на Урале в годы войны. Система начального и среднего образования на Урале в годы войны. Качественный и количественный состав учителей. Особенности обучения в городе и на селе. Система среднего специального образования на Урале в годы войны. Система высшего образования в военный период.

Занятие 13-14. Здравоохранение Урала в годы Великой Отечественной войны. Структура здравоохранения Урала в годы войны. Кадровый вопрос и

его решения. Лечебно-профилактическая и санитарно-эпидемиологическая деятельность. Работа эвакуационных госпиталей.

Занятие 15. Трудовой подвиг уральцев в Формировании Уральского добровольческого танкового корпуса. Формирование военного контингента. Выпуск военной техники на нужды корпуса. Трудовая деятельность уральских рабочих в создании УДТК и их трудовые подвиги. Военный путь Уральского добровольческого танкового корпуса.

Учебно-методическое и информационное обеспечение

Учебная литература

1. Виноградов Н.Б., Чагин Г.Н., Шкерин В.А. История Урала XIX– XX веков. Екатеринбург, 2005.
2. История Урала. Словарь – справочник. - Екатеринбург, 2006
3. Образ Урала в изобразительном искусстве. Сост. Е.П.Алексеев. - Екатеринбург, 2005.
4. Урал XX век. Книга для чтения по истории. Под ред. проф. М.Е. Главацкого. - Екатеринбург, 1997.

Литература

5. Антуфьев А.А. Промышленность Урала накануне и в годы ВОВ. - М. 1992.
6. Васильев А.Ф. Промышленность Урала в годы ВОВ 1941-1945 гг. - М.1982.
7. Корнилов Г.Е. Уральская деревня в период ВОВ. - Свердловск, 1990.
8. Энциклопедия Урал в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. - Екатеринбург, 1990.
9. Урал - фронту. - М., 1985.
10. Подвиг трудового Урала. - Свердловск, 1965.
11. Советский тыл в первый период Великой Отечественной войны. - М., 1988.

12. Советский тыл в период коренного перелома в Великой Отечественной войне (ноябрь 1942 - 1943 гг.). - М., 1989.

Наглядные пособия

13. Административно-территориальное деление Уральского региона 1940 г./ Урал в годы Великой Отечественной войны 1941 – 1945 гг.