

Островкин Денис Леонидович

ассистент кафедры истории России исторического факультета, Уральский государственный педагогический университет (Екатеринбург, Россия)

E-mail: *ostrovkin.denis@yandex.ru*

МЕДИЦИНСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В КОНЦЕ 1920-х — НАЧАЛЕ 1930-х гг.

УДК 94(470)«19»

Автор, на основе данных из региональных и федеральных архивов, анализирует влияние индустриализации уральского региона в конце 1920 — начале 1930-х гг. на развитие медицинской сети и организацию здравоохранения на Урале.

Ключевые слова: *здравоохранение, медицина, медицинское обслуживание, индустриализация, Урал, Уральская область*

Переход к форсированной индустриализации страны в конце 1920-х гг. потребовал внушительных материальных затрат для развития промышленности, что предопределило трансформацию социально-бытового, экономического и культурного развития СССР в целом и Урала в частности. Индустриализация во многом осуществлялась за счет ограбления деревни, сокращения финансирования социальных программ и усиления бюрократических механизмов. В результате это неминуемо приводило к изменениям в политике охраны здоровья населения. Необходимо было самым существенным образом пересматривать формы медицинской помощи и разрабатывать новые методы работы лечебных учреждений. Их выражением стал дифференцированный подход к здравоохранению для различных групп населения. Приоритеты в медицинском обслуживании были отданы промышленным рабочим.

Советская историческая наука уделяла огромное внимание изучению истории индустриализации СССР. Общей чертой советской историографии было то, что историки положительно оценивали вклад индустриализации в построение социализма в СССР, подчеркивали ее многочисленные достоинства по сравнению с капиталистической индустриализацией в дореволюционной России

и странах Запада. Советские историки в своих работах обходили такие острые вопросы, как цена индустриализации, взаимосвязь индустриализации и террора, использование принудительного труда, односторонне трактовали проблемы источников накопления средств и целей индустриализации СССР. В современной исторической литературе исследователей привлекают внимание негативные стороны индустриализации, ее издержки, проблема «цены» индустриализации, методов ее осуществления и в конечном итоге необходимости ее осуществления в СССР¹. При этом авторами не уделяется должного внимания изменениям в медицинском обслуживании населения, которые непосредственным образом влияют на качество жизни и устойчивое развитие государства и общества.

Формирование новых партийных установок в отношении развития здравоохранения в стране происходит в результате опубликования постановления ЦК ВКП(б) от 18 декабря 1929 г. «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян»², где было указано, что темпы развития медицины в стране значительно отстают от общих темпов развития народного хозяйства и должны быть ускорены. Это в особенности касалось районов крупных новостроек: Донбасса, Кузбасса и Урала. Постановление обязывало органы здравоохранения улучшить лечебно-профилактическую работу в промышленных центрах, выделив в особую группу горную и металлургическую промышленность. Начался процесс дифференциации медицинской помощи различным группам населения в зависимости от их роли в «социалистическом строительстве»³.

Руководство Уральской области отреагировало на решение партийных чиновников незамедлительно. Вскоре был опубликован доклад руководителя Областного отдела здравоохранения К.А. Коновалова «О состоянии здравоохранения на Урале», в котором обращалось внимание на «усиление в деле медицинского обслуживания населения, а также на развитие сети медицинских учреждений». Исходя из положений доклада Уральский областной

¹ Алексеев С.Е., Камынин В.Д. Индустриализация как фактор модернизации Урала в конце 1920-х — 1930-е гг.: взгляд современных историков // Урал в контексте российской модернизации. Челябинск, 2005. С. 25.

² РГАСПИ. Ф. 357. Оп. 1. Д. 127. Л. 5.

³ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 649. Л. 9, 14.

комитет ВКП (б) постановил с 1930 г. перейти на непрерывную рабочую неделю, на трех сменный график больничных учреждений, расширение лечебно-профилактической сети, особенно вечернего приема, а также пунктов первой помощи⁴. Эти мероприятия, по мнению советско-партийного руководства, должны были полностью обеспечить медицинской помощью население уральского региона. При этом, на основании предписания Уральского Облздравотдела от 17 марта 1930 г., официально была запрещена частная платная медицинская помощь населению⁵.

Одним из основных направлений советско-партийных органов Урала в конце 1920-х гг. — начале 1930-х гг. стало развитие сети медицинских учреждений в промышленных районах. Однако ситуация усложнялась тем, что будущие индустриальные центры создавались фактически «с нуля»: Красноуральск, Магнитогорск, Березники и др. города. Лечебные учреждения вынуждены были перестроить свою работу таким образом, чтобы минимально обеспечить амбулаторной и коечной помощью хотя бы одних рабочих (80–90% всех посещений и коечных больных). Остальному же населению, в том числе членам семей рабочих, медпомощь почти не оказывалась⁶. В первую очередь это происходило из-за дефицита врачей. В Магнитогорске в 1929 г. 99 врачей были перегружены работой, имея по два или по три совместительства. Неоднократно отмечалось обморочное состояние специалистов, а как следствие «выход из строя переутомленных работников»⁷. Врачей не хватало повсеместно. К примеру, в Магнитогорске и Уралмедьстрое их было 60% от необходимого количества, а на других объектах всего 8–10% (Стальмост, Синарстрой)⁸.

Повсеместно в Уральской области отсутствовали медикаменты: кодеины, дионин, героин, морфий, опий, йод, препараты висмута, касторовое масло, танин, салициловый натрий, бромистый калий. Имели место перебои в снабжении с солями кофеина, аспирин, растительными маслами, назелина, валерьянки и т. д.⁹

⁴ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 287.

⁵ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 340. Л. 1.

⁶ ГАСО. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3418. Л. 12.

⁷ Там же. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 3. Л. 31.

⁸ Там же. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3418. Л. 12.

⁹ Там же. Л. 14–19.

Дополнительные трудности создавали так называемые «спецпереселенцы». Урал был главным районом ссылки крестьян. Сюда везли «кулаков» со всей страны: с Украины, из Белоруссии, Поволжья, Северного Кавказа, Татарии и других регионов страны. В 1930–1931 гг., по данным ОГПУ, в Уральскую область было ввезено 123 547 семей (571 355 человек)¹⁰.

Однако инфраструктура, медицинская и санитарная составляющая для них была абсолютно не подготовлена. К примеру, медицинская помощь населению Ново-Лялинского района, в котором было шесть поселков спецпереселенцев, оказывалась только одним фельдшером. Зубной помощи не было совсем, при необходимости больного приходилось посылать в Надежнинск или Тагил¹¹. В Гагаринском районе отсутствовали специально отстроенные помещения под медпункты. Местному населению приходилось приспособливать домики зырянского типа. Акушерской помощи не существовало, она оказывалась в исключительных случаях фельдшерами¹². Такие ситуации были характерны для Урала в начале 1930-х гг. Органы здравоохранения просто не были подготовлены к такому массовому переселению людей.

Кроме отсутствия минимальной медицинской помощи в неудовлетворительном состоянии были санитарные условия проживания спецпереселенцев. Так, в Добрянском районе даже к 1932 г. «жилища были на 80 % сырые, вместо одной семьи помещены по две и более», что отмечалось в докладной записке руководителя Уральского облздравотдела, которая была составлена для Народного комиссариата здравоохранения. В том же документе указывалось, что в Коми-Пермяцком округе «уборных нет, нет помойных ям и отбросы выбрасываются у помещения, или на улицу. Колодцев нет. Население пользуются речной водой, в результате — вспышка брюшного тифа»¹³.

Ухудшилось положение спецпереселенцев в 1932–1933 гг., во время разразившегося голода. Так, распоряжением Наркомлеса и

¹⁰ Плотников И.Е. Как ликвидировали кулачество на Урале // Отечественная история. 1993. № 4. С. 162.

¹¹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 128.

¹² ЦДОСО. Ф. 4. Оп. 10. Д. 238. Л. 138.

¹³ Там же. Л. 137–155.

Наркомснаба от 1 января 1932 г. были снижены нормы питания работающих в лесу из числа спецпереселенцев с 9 до 5 кг муки, что совсем не могло обеспечить нормальным питанием рабочих. Из различных районов Уральской области в Облздравотдел поступали сведения о крупных голоданиях. В Чердыне 800 рабочих не могли выйти на работу, т. к. лежали с температурой 34–35 градусов, на почве чего развивалась массовая смертность. В Верхотурье в больнице ежедневно лежало не менее 20 чел. тяжелобольных с голодными отеками. В поселке Дресвянка за февраль 1932 г. умерло от истощения 30 чел. из 500 чел. жившего там населения¹⁴. Резкий недостаток питания заставлял рабочих искать суррогаты: опилки, березовую кору, болотный мох. Наблюдались случаи поедания кошек, собак, крыс, трупов павших животных. Не редки были случаи самоубийства на почве голода¹⁵.

Естественно, такое положение дел не могло сказаться благоприятно на эпидемическом положении Уральской области. Именно в начале 1930-х гг. в уральском регионе происходят вспышки эпидемиологических болезней и в большинстве своем в местах расположения спецпереселенцев — Надеждинске, Кизеле, Чусовой, Каменске, Верхотурье, Магнитогорске. Так, уже в 1931 г. число заболевших сыпным тифом составило 13 549 чел., тогда как в 1929 г. — 1 216. Брюшной тиф был зафиксирован у 23 653 жителей (в 1930 г. — 11 163 чел.), а натуральная оспа у 1 128 чел. (в 1929 г. — 239)¹⁶.

Советско-партийное руководство предпринимало попытки по налаживанию медицинской сети. К примеру, только в течение 1931 г. Уралоблисполкомом было вынесено три постановления, касающихся организации деятельности органов здравоохранения: «О состоянии снабжения лечебных учреждений Области», «О мероприятиях по приведению лечебных учреждений в надлежащее состояние, упорядочение снабжения их и укрепление материального положения медперсонала», «О снабжении лечебных и детских учреждений», которые должны были улучшить состояние системы здравоохранения Урала. Однако реализация данных и последующих постановле-

¹⁴ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 8. Л. 341.

¹⁵ Там же. Л. 342.

¹⁶ Там же. Д. 10. Л. 40.

ний во многом носила декларативный характер. В результате, в начале 1930-х гг. в пермских больницах было зафиксировано отсутствие 68 % крупы, 78 % масла, 52 % мяса, 87 % растительного масла, 62 % рыбы от нормы, утвержденной Наркомздравом. Схожие сведения поступали из различных мест Урала: Ирбита, Коми-Пермяцкого округа, Тагила, Троицка, Кушвы, Березников и др. районов¹⁷.

Первоочередная причина этого заключалась в начавшемся голоде начала 1930-х гг., который не позволял усилить финансирование учреждений здравоохранения. Однако в отличие от начала 1920-х гг. информация о продовольственных затруднениях 1930–1934 гг. замалчивалась, в печати того времени сведения о них отсутствуют. Более того, наличие голода сталинским руководством отрицалось, следовательно, в качестве причины невыполнения планов хозяйственного и продовольственного обеспечения голод официально не мог служить оправданием руководителям на местах.

В условиях основных капиталовложений в тяжелую промышленность финансовые средства на развитие сети здравоохранения проходило по «остаточному» принципу. Из запроектированных на 5 лет 194,2 млн руб. фактически было ассигновано только 75 млн руб.¹⁸ Проблемы дополнялись тем, что советские органы не обеспечивали строительными материалами возводимые больничные объекты в полном объеме. Так, в 1931 г. в среднем по Уральской области для строительства медицинских учреждений было выделено около 3–4 % от необходимого количества¹⁹.

В таких сложных условиях органам здравоохранения в конце 1920-х — начале 1930-х гг. приходилось вести планомерную работу. В погоне за плановыми показателями по охвату врачебной помощью, которые директивно диктовались советско-партийным руководством и в условиях недостатка врачей, приходилось жертвовать качеством медицинских услуг. Несмотря на количественное увеличение больниц на 25,5 % (с 314 до 394) и амбулаторий на 39,5 % (с 1 029 до 1 436) в период с 1928 по 1932 гг. органам здравоохранения удалось этого достичь за счет приспособления

¹⁷ Там же. Ф. Р-241. Оп. 2. Д. 3414. Л. 31.

¹⁸ Там же. Д. 3420. Л. 79.

¹⁹ Там же. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 9. Л. 83.

непрофильных медицинских зданий. В архивных документах того времени указывается, что организация новой сети больничных учреждений Уральской области в начале 1930-х гг. происходила не за счет нового строительства, а за счет приспособления барачков, жилых домов и других помещений, под медицинские нужды. Фонд лечебных учреждений состоял, в основном, из «деревянных рубленых переоборудованных жилых домов, которые требовали капитального ремонта или замены новыми»²⁰. Объяснение этому можно найти в материальных возможностях государства в начале 1930-х гг. Как было отмечено выше, основные ассигнования советско-партийных органов были направлены на промышленное производство, проведение индустриализации. При этом, в условиях финансовых дефицитов, органам здравоохранения необходимо было максимально обеспечить доступной медицинской помощью местное население. Поэтому Облздрав Урала предпринимал срочные и чрезвычайные меры по налаживанию сети в индустриальных районах, однако, зачастую, в ущерб качеству строящихся зданий.

Таким образом, период конца 1920-х — начала 1930-х гг. стал одним из самых сложных в организационном плане для органов здравоохранения в советскую довоенную эпоху. Интересы медицины были подчинены, главным образом, коллективизации и промышленному строительству региона. Выделяемых финансовых средств не хватало на развитие здравоохранения. В результате план строительства больничных учреждений и их материально-бытовое снабжение в первую половину 1930-х гг. не был выполнен. Однако это была общая ситуация для всего СССР. Такие выводы можно сделать, обратившись к показателям обеспеченности медицинской помощью населения. Так, несмотря на невыполнение партийных директив на 1 января 1933 г. в Уральской области число коек на 1 000 населения по Уральской области составляло 7,9 кроватей, при средних показателях по РСФСР в 7,7. Схожие данные были и в соседних с Уралом Сибирском крае — 6,4 койки и Башкирской АССР — 8 коек на 1 000 населения²¹. При этом

²⁰ Там же. Д. 285. Л. 2–4.

²¹ ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 10. Д. 1376. Л. 4.

отметим, что несмотря на отсутствие достаточных материальных средств в это время получают распространение учреждения специальной медицинской помощи. Так, в Уральской области к 1932 г. функционировало 11 тубдиспансеров, 14 вендиспансеров, количество которых к концу 1920-х гг. достигало только пяти–шести учреждений. Больше внимание было уделено открытию сети НИИ. За несколько лет, за место существовавших двух, было открыто 22 института, которые были ориентированы не только на медицинскую помощь, но и на подготовку кадров, развитие науки.

Библиографический список

Алексеев С.Е., Камынин В.Д. Индустриализация как фактор модернизации Урала в конце 1920-х — 1930-е гг.: взгляд современных историков // Урал в контексте российской модернизации. Челябинск, 2005. С. 25–37.

Плотников И.Е. Как ликвидировали кулачество на Урале // Отечественная история. 1993. № 4. С. 159–167.

OSTROVKIN D.L.

MEDICAL POSITION OF THE URAL REGION AT THE END OF 1920 — THE BEGINNING OF THE 1930S

The author, on the basis of data from regional and federal archives, analyzes the influence of the industrialization of the Urals region in the late 1920s and early 1930s. On the development of a medical network and the organization of health care in the Urals.

Keywords: *Health care, medicine, medical care, industrialization, Ural, Ural region*