

## РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД В ХАКАСИИ

### DEVELOPMENT OF THE MATERNITY AND CHILD CARE SYSTEM IN THE POST-WAR PERIOD IN THE REPUBLIC OF KHAKASSIA

**O. Papina**

*Summary.* This article deals with features and problems of the maternity and child care system in the Khakass Autonomous region in the second half of the 1940s. The dynamics of the number of institutions for maternity and child care is shown. The author reveals challenges faced by institutions of maternity and child care, difficulties faced by the region due to insufficient material security and lack of personnel.

*Keywords:* maternity and child care, maternity homes, pre-school institutions, dairy kitchens.

**Папина Ольга Витальевна**

*К.и.н., доцент, Хакасский технический институт  
— филиал Сибирского федерального университета  
(г. Абакан)  
rrr385@rambler.ru*

*Аннотация.* В данной статье рассматриваются особенности и проблемы развития системы охраны материнства и детства в Хакасской автономной области во второй половине 1940-х гг. Показана динамика численности учреждений охраны материнства и детства. Автор раскрывает задачи, стоящие перед учреждениями материнства и детства, трудности, с которыми сталкивался регион в связи с недостаточным материальным обеспечением и нехваткой кадров.

*Ключевые слова:* охрана материнства и детства, родовспомогательные учреждения, детские дошкольные учреждения, молочные кухни.

С окончанием войны в области охраны материнства и детства были обозначены новые задачи. Если в районах боевых действий и зоне временной оккупации предусматривалось полное восстановление сети детских учреждений и родильных домов, то в Сибири, на Урале и Поволжье планировалось увеличение количества родильных коек в сельских больницах, организации колхозных родильных домов, пополнение сельских лечебно-профилактических учреждений врачами, акушерами и медицинскими сестрами, расширение специализированной помощи детскому и женскому населению [10, с. 84]

Непосредственно военные действия не коснулись Хакасии, кроме того, Хакасия стала одним из регионов куда эвакуировались жители оккупированных территорий. Поэтому сеть учреждений охраны материнства и детства не только не сократилась, но и увеличилась за годы войны.

В 1920–1930-е гг. в Хакасии была проделана значительная работа по созданию института охраны материнства и детства: развертывание сети лечебно-профилактических учреждений, женских консультаций, домов матери и ребенка, молочных кухонь, яслей и т.д. Если в 1925 г. квалифицированной медицинской помощью могли воспользоваться лишь 0,05% женщин [12, с. 117], то в 1940–1941 гг. в области насчитывалось 6 родильных домов с общим числом мест — 246. Кроме того работали 11 акушерских и 27 фельдшерско-акушерских пункта [12, с. 128].

В 1945 г. сеть учреждений охраны материнства и детства включала в себя родильные дома, женские и детские консультации, детские поликлиники, детские ясли и сады, молочные кухни.

Всего в 1945 г. по области функционировало 10 родильных домов: шесть из них в городах и поселках городского типа с количеством родильных коек — 80, четыре в сельской местности с количеством родильных коек — 23. Всего родильных коек в области — 176 [2, л. 7об].

На протяжении второй половины 1940-х гг. число коек в родильных домах возрастало. Так уже в 1946 г. их было 105, на две койки больше, чем в предыдущем году [3, л. 41], а в 1947 г. — 108 коек [4, л. 90]. Кроме родильных домов при центральных районных больницах работали родильные отделения в отдаленных селах — фельдшерско-акушерские пункты, в которых обязательно функционировали родильные и гинекологические койки. В 1945 г. родильными отделениями принято 836 родов, фельдшерско-акушерскими пунктами — 484 [2, л. 7об], а в 1946 г. 1168 и 236 соответственно [3, л. 41]. Следует отметить, что несмотря на довольно разветвленную сеть родовспомогательных учреждений количество родов на дому продолжало оставаться высоким. Так, в 1946 г. было зарегистрировано родов на дому без медперсонала 563, что составляет 11% от всех принятых родов. [3, л. 41об], а в 1947 г. 469, что составляло 7,9% [4, л. 91]. Рождаемость на дому без помощи медицинского персонала,

как правило, приходилась на отдаленные населенные пункты, расположенные в таежной и зоне, до которых добраться, ввиду плохих дорог и недостатка транспорта, было весьма сложно.

Прием, консультации, профилактическую и просветительную работу среди населения осуществляли женско-детские консультации. В области насчитывалось 13 штатных консультаций, из них 8 в городах и поселках городского типа, 5 в районах области. Алтайский район своей консультации не имел [4, л. 70].

Одна из проблем, которая стояла перед учреждениями охраны материнства и детства, являлась острая нехватка помещений. Как правило, учреждения располагались в приспособленных помещениях. Женско-детские консультации обычно размещали при амбулаториях. Например, все отделения городской больницы Абакана размещались в деревянных зданиях, которые уже достаточно обветшали и требовали капитального ремонта. Из пяти зданий, в которых располагалась больница, только три находились в зданиях, предназначенных для лечебных учреждений, два остальных приспособлены и мало отвечают своему назначению, как по объему, так и по внутреннему устройству. В больнице отсутствовал санпропускник и приемный покой, поэтому обработка принимаемых больных вызывала затруднения. В зданиях не было канализации, полутеплые уборные с выгребными ямами и печное отопление создавали дополнительные трудности в поддержании надлежащего порядка в отделениях.

Рост города и увеличение запроса на медицинское обслуживание не только со стороны городских жителей, но и населения прилегающих к городу районов (например, Алтайский, где не было женско-детской консультации), привело к тому, что увеличение коечного фонда шло, главным образом, не за счет введения в эксплуатацию новых помещений, а за счет уплотнения имеющихся палат [5, л. 5об]. Так, ввиду отсутствия помещений гинекологическое отделение в городской больнице начало функционировать с первого апреля 1948 г. На первое полугодие 1948 г. запланирована работа 8 коек, на второе 20. До этого гинекологических больных принимал роддом [5, л. 9об].

В целях повышения качества медицинского обслуживания в 1947 г. Министерство здравоохранения СССР приступило к проведению реформы, стержнем которой явилось объединение больниц и поликлиник. Такая перестройка была вызвана тем, что в деятельности лечебно-профилактических учреждений имелись существенные недостатки. Врачи амбулаторий и поликлиник работали в отрыве от стационаров и не имели возможностей получать необходимую клиническую подготовку

из-за преемственности в работе стационаров и поликлиник. Наряду с больницами и поликлиниками объединялись родильные дома и женские консультации, детские больницы с детскими консультациями и поликлиниками. Все это, по мнению руководства Министерства здравоохранения, создаст условия для повышения качества лечебно-профилактической помощи [8, с. 166]

К концу 1948 г. в г. Абакане в единой системе начинают работать консультации, роддом, детская поликлиника и детское инфекционное отделение. В результате объединения были слиты штаты и финансы. Город был разбит на восемь участков, которые обслуживались шестью врачами и девятью патронажными сестрами. В общей сложности городское население обслуживали двенадцать врачей. Обслуживание детских садов и школ осуществлялось участковыми врачами. [6, л. 8] В целом к концу 1940-х гг. в Хакасской автономной области функционировало 9 родильных домов с общим числом коек 108, в том числе 92 в городе и 16 в сельской местности [4, л. 90]. Несмотря на сокращение численности родильных домов, общее количество родильных коек увеличилось. Сокращение количества родильных домов в сельской местности можно объяснить особенностями территориальной структуры населения в Хакасии в послевоенный период. К началу 1950-х гг. удельный вес городского населения региона был выше, чем по Сибири в целом и значительно превышал общесоюзный показатель. Источником роста городского населения в значительной мере являлись выходцы из села [9, с. 71]

Острым оставался вопрос нехватки врачебных кадров узких специальностей. По данным Моховой А.В. в 1947 г. Хакасия была обеспечена врачами лишь на 45%. В начале 1950-х гг. данный показатель колебался в пределах 50–60%. Более благоприятной ситуация была в отношении среднего медицинского персонала: из требовавшихся 794 чел. в органах здравоохранения области работали 750 чел., или 94% [11]. И если город более или менее был обеспечен врачебными кадрами, то районы испытывали острую нехватку врачей и среднего медицинского персонала. Например, Саралинской женско-детской консультацией заведовал фельдшер [3, л. 25]. В 1950 г. только четыре районных больницы — Шира, Аскиза, Таштыпа, Саралы — были обеспечены врачами акушер — гинекологами [7, л. 2]. Для решения данной проблемы врачи райцентра выезжали на врачебные участки и фельдшерские пункты для консультации больных и оказания практической помощи в работе. В 1950 г. было осуществлено 176 плановых выездов, еще 43 по вызову участковых врачей [7, л. 5].

Серьезное внимание уделялось сохранению и развитию сети детских дошкольных учреждений. В 1945 г.

Таблица 1. Охват детей сезонными детскими яслями [13]

| Год  | Количество сезонных яслей | Охват детей |
|------|---------------------------|-------------|
| 1945 | 34                        | 644         |
| 1946 | 77                        | 2365        |
| 1947 | 56                        | 1991        |
| 1948 | нет данных                | нет данных  |
| 1949 | 74                        | 1386        |
| 1950 | 67                        | 1370        |

в области насчитывалось 57 детских яслей, из них в городе — 27 с количеством мест 1496, в сельской местности — 30, с количеством мест 1271 [2, л. 8об]. Численность детских садов достигала 50-ти [1, л.11] В городах и рабочих поселках для матерей, работающих в ночные смены, при детских яслях организованы круглосуточные группы. Из общего количества мест, круглосуточных насчитывалось 464 [2, л. 8 об].

В городах и рабочих поселках детские дошкольные учреждения располагались в типовых зданиях, в сельской местности большинство детских садов и яслей находились в приспособленных помещениях. Достаточно остро стояла проблема снабжения мебелью и мягким инвентарем: не хватало кроватей (дети во время дневного сна спали на полу), постельного белья, полотенец и т.п. [1, л. 30].

В 1946 г. сеть детских дошкольных учреждений несколько расширилась. Так детских яслей в области насчитывалось 58 с количеством мест 2612. [3, л. 32об]. Кроме того, в области работали 58 детских садов, с охватом детей 2070 [3, л. 39]. В 1947 г. сеть постоянных детских дошкольных учреждений снизилась до 54 детских яслей с количеством мест 2476 [4, л. 78] и 52 детских садов с охватом детей — 2035 [4, л. 87]. К концу 1940-х гг. детских яслей в области функционировало — 53 с количеством мест — 2944, детских садов 53 [6, л. 1] Таким образом, на протяжении второй половины 1940-х гг. происходило постепенное уменьшение количества детских дошкольных учреждений и мест в них.

Ежегодно в период летних полевых работ в Хакасии при колхозах открывались сезонные ясли. Несмотря на нехватку помещений, необходимого оборудования (мебели, постельных принадлежностей, полотенец и т.п.), недостаток продуктов, функционирование сезонных детских дошкольных учреждений было остро необходимо. Заведующие сезонными яслями накануне открытия проходили инструктаж при врачебных участках. В течение сезона все ясли находились под наблюдением медработников [3, л. 34]. Среди населения продолжалась активная работа по популяризации детского дошкольного образования. Родители дошкольников проводили

соцсоревнования на лучшее воспитание ребенка и сохранение ясельного режима дома [1, л. 9об].

Серьезную работу в детских дошкольных учреждениях проводили медицинские работники. Осмотр детей велся систематически, ежедневная проверка выявляла детей с температурой. Каждый месяц проводился углубленный осмотр, измерение и взвешивание, при котором выявлялись ослабленные дети. В дальнейшем детей, больных рахитом и дистрофией помещали в санитарные группы, где они получали более калорийное питание, фруктовые и овощные соки, гематоген, витамины. Такие дети проводили много времени на свежем воздухе. [5, л. 46–46об].

Важное место в системе лечебно-профилактических учреждений занимали молочные кухни. Их работа не только позволяла обеспечить здоровым питанием детей до года, но и поддержать жизнедеятельность истощенных детей, которые стояли на учете детских консультаций и получали дополнительное питание из молочных кухонь [1, л. 8об]. В конце войны, в 1944 г. в области функционировало две молочные кухни, но их снабжение было неудовлетворительным. В апреле 1944 г. молочная кухня г. Черногорска была закрыта из-за отсутствия продуктов питания, а в г. Абакане из-за плохого снабжения молоко выдавалось не систематически, обычно все в конце месяца [1, л.9]. В 1945 г. продолжало работать только две молочные кухни в г. Абакане и г. Черногорске. Снабжение продуктами было налажено. Так молочная кухня г. Абакана отпускала 439 порций в день [1, л. 8об]. В 1946 г. была поставлена задача расширения сети молочных кухонь. К двум существующим должны были добавиться еще пять. Однако из-за того, что наряды на снабжение продуктами Крайторготделом не были спущены, ни одна молочная кухня, из вновь организованных не начала свою работу. В июне 1947 г. начала работу молочная кухня в с. Таштып. Проработала она всего три месяца. Остро не хватало оборудования, посуды, из-за чего приходилось отпускать продукцию в тару родителям. В сентябре местные власти вынуждены были закрыть молочную кухню из-за отсутствия молока [4, л.73].

Несмотря на трудности снабжения, власти прилагали все усилия по расширению сети молочных кухонь. В де-

кабре 1948 г. была открыта молочная кухня Саралинского рудника. На кухне готовились не только молочные смеси, но и рисовая и манная каша, фруктовый кисель [5, л.41об].

Следует отметить, что ассортимент продукции, изготавливаемый в молочных кухнях, не был разнообразным, а их количество в расчете на детей до года было просто ничтожным. Пользоваться продукцией молочных кухонь могли в основном небольшое число городских жителей, основная масса населения не имела возможности получать дополнительное детское питание в данных учреждениях.

Таким образом, развитие системы охраны материнства и детства в Хакасской автономной области в послевоенный период, с одной стороны, проходило в русле общесоюзной политики, направленной на восстановление и развитие родовспомогательных и детских дошкольных учреждений, активную поддержку материнства и детства. В условиях послевоенного демографического кризиса это была одна из важнейших задач. С другой стороны, имело ряд особенностей. Во-первых, произошло некоторое сокращение числа родильных домов и перераспределение коечного фонда в сторону увели-

чение числа родильных коек в городской местности. Это было связано с особенностями территориальной структуры населения. Во-вторых, достаточно остро стояла проблема нехватки врачебных кадров, решить которую пытались путем командирования врачей занятых в городских больницах в сельскую местность и отдаленные районы области. В-третьих, сеть детских дошкольных учреждений, несмотря на поставленные задачи сохранения и увеличения их количества, сокращалась. Однако, не стоит говорить о критическом снижении числа детских дошкольных учреждений. Колебание количества учреждений могло быть связано с объединением дошкольных учреждений и переводом детских яслей в разряд детских комбинатов (совмещающих ясельные группы и группы детей старшего дошкольного возраста). В целом в области велась значительная работа по сохранению и развитию учреждений охраны материнства и детства. Происходило улучшение качества оказываемых медицинских услуг. На протяжении второй половины 1940-х гг. уделялось пристальное внимание гинекологическим больным и роженицам: регулярные осмотры, дородовой и послеродовой патронаж, неуклонное снижение количество родов, проводимых вне лечебных учреждений и без помощи медицинских работников, велась серьезная профилактическая и просветительская работа.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Государственное казенное учреждение Республики Хакасия «Национальный архив» (ГКУРХ «НА») Ф. Р-42, оп. 1, д. 14
2. ГКУРХ «НА» Ф. Р-42, оп. 1, д. 16
3. ГКУРХ «НА» Ф. Р-42, оп. 1, д. 18
4. ГКУРХ «НА» Ф. Р-42, оп. 1, д. 20
5. ГКУРХ «НА» Ф. Р-42, оп. 1, д. 22
6. ГКУРХ «НА» Ф. Р-42, оп. 1, д. 27
7. ГКУРХ «НА» Ф. Р-42, оп. 1, д. 30
8. Давыдова Т. В. Реформирование системы здравоохранения в послевоенный период: исторический анализ // Вестник ТГУ выпуск 8 (148), 2015 С. 164–170 [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reformirovanie-sovetskogo-zdravoohraneniya-v-poslevoennye-gody-istoricheskiy-analiz>
9. Кышпанаков В. А. Население Хакасии: 1917–1990-е гг. — Абакан: Изд-во ХГУ им. Н. Ф. Катанова, 1995. — 348 с.
10. Мананникова Н. В. Охрана здоровья детей в СССР. М.: Медицина. 1973. 280 с.
11. Мохова А. В. Развитие здравоохранения в послевоенный период [Электронный ресурс] URL: <https://schoolfiles.net/1812235>
12. Папина О. В. Роль женщин в социальном и культурном развитии Хакасии в 1923–1941 гг. / О. В. Папина; Сиб. Федер. Ун-т, ХТИ — филиал СФУ. — Абакан, Ред.-из. Сектор ХТИ — филиала СФУ, 2012. 154 с.
13. Таблица составлена по данным: ГКУРХ «НА» Ф. Р-42, оп. 1 д. 16, л. 33; д. 18, л. 34; д. 27, л. 49, д. 30, л. 30

© Папина Ольга Витальевна ( rrr385@rambler.ru ).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»