

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ,  
ЭКОНОМИКИ И УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ им. Н.А.СЕМАШКО

---

На правах рукописи

СЕМЕНОВА  
Ирина Юрьевна

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ВЕРХНЕГО ПОВОЛЖЬЯ  
В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

07.00.10. - История медицины и здравоохранения

А в т о р е ф е р а т  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва - 1994

*Семенова*

Работа выполнена в Научно-исследовательском институте социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН и Нижегородском медицинском институте.

Научный руководитель: доктор медицинских наук,  
профессор М.В.Мирский

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,  
профессор Э.Д.Грибанов  
кандидат медицинских наук  
Л.Л.Галин

Будущее учреждение - Московская медицинская академия  
им. И.М.Сеченова

Защита диссертации состоится 24 февраля 1994 г.  
в \_\_\_\_\_ часов на заседании специализированного совета  
Д 074.07.01 по защите диссертаций при Научно-исследовательском  
институте социальн... мики и управления здраво-  
охранением ... Академии медицинских наук  
(Москва, 10

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИ  
им. Н.А.Семашко

Автореферат ... 1994 г.

Ученый секретарь специализированного совета кандидат ме...  
С.С.Рытвинский

1954 / abm

Актуальность темы. Формирующаяся концепция преодоления кризисного состояния здравоохранения России и дальнейшего его развития предполагает изучение исторического опыта организации охраны здоровья населения на наиболее сложных этапах развития. Особый интерес представляет деятельность органов и учреждений здравоохранения в экстремальных условиях в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.). Изучение опыта отечественного здравоохранения в эти годы важно для преодоления устоявшихся стереотипов и догм в восприятии недавнего прошлого, нового осмысления периода войны в его диалектической сложности и неоднозначности. Этот опыт является примером интенсивного решения задач, стоявших перед здравоохранением; в то время оценка деятельности по охране общественного здоровья проводилась не столько по количественным показателям (экстенсивный рост здравоохранения был ограничен), сколько по конечным результатам, по конкретным показателям здоровья на фоне острого дефицита финансовых, материальных и трудовых ресурсов. В этой связи представляется важным на примере деятельности органов и учреждений здравоохранения крупного региона России - Верхнего Поволжья - изучить формы и методы лечебно-профилактической деятельности, которые позволили решить задачи медицинского обслуживания населения в годы войны, с целью их использования в современной практике. Актуальность темы несомненна и в связи с предстоящим 50-летием победы в Великой Отечественной войне.

Цель и задачи исследования. Целью исследования является изучение и обобщение опыта организации охраны общественного здоровья в регионе Верхнего Поволжья в годы Великой Отечественной войны.

В соответствии с этим поставлены следующие задачи:  
- изучить содержание, формы и методы лечебно-профилактической по-

1954/авт

мощи раненым и больным воинам в эвакогоспиталях;

- проанализировать организационные мероприятия по снижению и предотвращению заболеваемости населения;
- показать роль органов и учреждений здравоохранения в охране здоровья матери и ребенка;
- изучить и обобщить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия исследуемого региона;
- осмыслить значение опыта, накопленного здравоохранением в период Великой Отечественной войны, для современной практики здравоохранения.

Регион исследования. Исследование выполнено на материалах деятельности органов и учреждений здравоохранения областей Верхнего Поволжья: Горьковской (Нижегородской), Ивановской, Калининской (Тверской), Костромской, Ярославской. Этот регион характеризуется общностью географического положения, однородностью социально-экономического развития с особенностями в специализации промышленного производства, примерно одинаковой удаленностью от линии фронта, за исключением Калининской области, территория которой частично находилась в оккупации до 1944 года.

Источниковедческая база исследования. Главными источниками исследования явились около 300 впервые введенных в научный оборот архивных документов из 9 центральных и местных архивов - Государственного архива Российской Федерации (ЦГАОР и ЦГА РСФСР), Государственного архива экономики России (ЦГАНХ СССР), Архива Военно-медицинского музея Министерства Обороны, Государственных архивов Ивановской, Нижегородской (Горьковской), Тверской (Калининской), Ярославской областей. В работе использованы материалы НКЗ СССР и НКЗ РСФСР, Труды Ученого медицинского Совета и Госпитального Совета НКЗ СССР, научно-медицинская литература, справочники, ста-

тистические сборники, центральная и местная периодическая печать.

Научная новизна исследования заключается в том, что в диссертации впервые изучена деятельность в годы Великой Отечественной войны гражданского здравоохранения крупного региона России - Верхнего Поволжья. В работе анализируется комплекс государственных, медицинских, социально-экономических и общественных мероприятий, способствовавших деятельности органов здравоохранения по лечению раненых и больных воинов, охране здоровья гражданского населения. Впервые выявлены, проанализированы и введены в научный оборот многочисленные архивные материалы, позволяющие воссоздать объективную картину основных направлений деятельности здравоохранения Верхнего Поволжья в годы войны.

Научно-практическая значимость работы заключается в том, что она восполняет пробел в историко-медицинских исследованиях и является вкладом в создание объективной, выполненной с позиций современности, истории медицины и здравоохранения Верхнего Поволжья в годы Великой Отечественной войны.

По материалам диссертации разработано и издано методическое пособие для студентов и преподавателей, используемое в учебном процессе в курсе истории медицины на кафедрах социальной гигиены и организации здравоохранения Нижегородского и Пермского медицинских институтов. Пособие, кроме того, используется в лекторской работе к годовщинам Победы в Великой Отечественной войне. Материалы диссертации использованы при подготовке экспозиции о периоде Великой Отечественной войны в Научно-исследовательском Центре "Медицинский музей" РАМН и Нижегородском краеведческом музее истории медицины.

Положения, выносимые на защиту:

I. Гражданское здравоохранение Верхнего Поволжья сыграло большую роль в лечении и восстановлении здоровья раненых и боль-

ных воинов, возвращении их в строй. В основе деятельности эвакуационных госпиталей Верхнего Поволжья, действовавших в системе Наркомздрава, была единая военно-медицинская доктрина, получившая в годы войны дальнейшее развитие.

2. Лечебно-профилактическое обслуживание приходилось осуществлять в условиях сокращения внебольничной и больничной помощи, дефицита кадров и материальных ресурсов. В состоянии здоровья населения произошли серьезные негативные сдвиги. Однако и в этих условиях медики находили резервы, в особенности по совершенствованию организационных форм медицинского обслуживания населения.

3. На государственном уровне в годы войны решались проблемы охраны труда и здоровья женщин, материнства и детства. В условиях падения жизненного уровня и снижения качества медицинской помощи вызванных войной, в областях Верхнего Поволжья осуществлялась довольно широкая программа мер по медицинскому обслуживанию женщин и детей: наиболее интенсивным был процесс организационного совершенствования системы охраны материнства и детства.

4. Особенности географического положения региона осложняли эпидемиологическую обстановку, что делало противоэпидемическую работу в регионе особенно масштабной и многогранной. Создание четкой структуры организационных форм противоэпидемической деятельности, использование высокоэффективных методов противоэпидемической защиты, положительно сказались на борьбе с инфекциями, предотвратили возникновение массовых эпидемий.

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, списка архивных источников и литературы, приложения, включающего акты внедрения и копии фотоматериалов. Список использованных архивных документов включает 286 наименований. Список литературы включает 175 наименований.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении изложена актуальность темы, поставлены цель и задачи исследования, обоснована научная новизна и научно-практическая значимость диссертации, сформулированы положения, выносимые на защиту.

В первой главе дается обзор исследований по теме с историко-медицинским анализом литературы, архивных и других источников. Одним из главных итогов историографического анализа является вывод о том, что исследования являются определенным достоянием научной мысли. Однако в значительной мере происходило чисто экстенсивное приращение знаний, не была выработана методология изучения несомненных успехов здравоохранения и медицины в годы войны с анализом просчетов, трудностей и недостатков. Лишь в единичных публикациях обозначены качественно новые подходы к проблемам здравоохранения и медицины в годы войны. На основе критического анализа изученной литературы правомерно, на наш взгляд, выделение в исследовании проблемы четырех историографических периодов: первый - годы войны, второй - послевоенное десятилетие, третий - со второй половины 50-х годов до конца 80-х годов, четвертый - современный этап развития научной мысли. Приходится, однако, констатировать, что избранная нами тема изучена совершенно недостаточно. Имеющиеся публикации не содержат в полном объеме анализа деятельности органов гражданского здравоохранения Верхнего Поволжья в годы войны. Даже совокупность этих работ не создает целостной картины состояния здравоохранения в этот период.

В соответствии с современными требованиями исторической науки в главе проведен анализ изученных источников, их систематизация и обобщение. Учитывая, что в условиях культа личности и командно-административной системы возможны были искажения отчетности, проводилось также определение достоверности источников.

Источниковая база позволяет многопланово рассматривать избранную тему.

Вторая глава посвящена анализу всего комплекса вопросов, характеризующих работу эвакуогоспиталей, развернутых на территории Верхнего Поволжья.

Изученные и проанализированные материалы позволили выяснить, что численность, мощность, профиль эвакуогоспиталей и их функции за годы войны неоднократно изменялись в связи с изменениями военно-стратегической и медицинской обстановки. В 1941 году госпитали Калининской, Ивановской, Ярославской областей были фронтовыми. По мере продвижения фронта на Запад эвакуогоспитали Верхнего Поволжья выполняли функции прифронтовых госпиталей, а затем - глубокого тыла.

Использование сравнительного метода изучения дает нам основание считать, что госпитальная база Верхнего Поволжья была в числе крупнейших в стране. В разные периоды войны в Горьковской области насчитывалось до 171 госпиталя на 71640 коек. В Ивановской области действовало 53 госпиталя более, чем на 25 тыс. коек, в Калининской - от 18 до 74 госпиталей, в Ярославской, по данным на 1.01.1943 г., - 50 госпиталей на 23500 коек. Для сравнения, скажем, что госпитальная база, сосредоточенная на Урале, считавшаяся самой крупной в стране, по данным исследователей, включала 250 эвакуогоспиталей.

Опыт войны потребовал создания специализированных госпиталей или отделений в общехирургических госпиталях. Как мы выяснили, в госпиталях Калининской области был накоплен большой опыт лечения по специальностям офтальмологии, урологии, челюстно-лицевой хирургии. В госпиталях Горьковской области особенно значительное место занимала восстановительная хирургия. Эвакуогоспитали, расположенные в районных центрах Ярославской области, специализиро-



вались на лечении ранений мягких тканей.

Наши материалы показали, что проблема кадров в эвакогоспиталях Верхнего Поволжья оставалась актуальной на протяжении всех лет войны. Укомплектованность была сравнительно высокой в эвакогоспиталях Горьковского и Ивановского облэдрайотделов. Калининская область относилась к числу областей с наименьшей укомплектованностью медицинскими кадрами. В госпиталях, дислоцированных в областных центрах, - Горьком, Ярославле, Иваново, Калининне - находились госпитали преимущественно крупные, достаточно хорошо оснащенные, укомплектованные наиболее квалифицированными кадрами. Хотя кадры врачей тыловых эвакогоспиталей состояли в значительной мере из опытных специалистов, однако врачей хирургического профиля и высококвалифицированных терапевтов, проводивших восстановительное лечение, было недостаточно. Среди врачей большой удельный вес составляли молодые специалисты. В главе приводится обширный фактический материал, характеризующий вопрос о специализации и повышении квалификации врачей эвакогоспиталей Наркомздрава. Из приведенных данных следует, что в годы войны сложилась четкая и высокоэффективная система подготовки квалифицированных кадров: направление врачей на рабочее место в крупные госпитальные базы, специальные курсы с отрывом и без отрыва от работы, проведение научно-практических конференций и съездов госпитальных врачей, издание методической литературы об организации и методах лечения раненых и больных, использование медицинской кинематографии.

На основании анализа многочисленных архивных материалов установлено, что в госпиталях региона сложилась четкая и эффективная система оказания медицинской помощи раненым и больным, основанная на принципах военно-медицинской доктрины и высоком научном уровне, причем в ходе войны шло непрерывное совершенство-

вание лечебно-профилактических мероприятий. Была организована широкая специализация медицинской помощи раненым и больным в соответствующих профилированных госпиталях. Важнейшим достижением хирургической практики была профилактика вторичной раневой инфекции, широкое применение метода первичной хирургической обработки ран, предупреждение генерализации инфекции путем применения сульфаниламидов и пенициллина. Большое значение придавалось единым принципам восстановительной хирургии. Именно в годы Великой Отечественной войны сложилась система оказания терапевтической помощи раненым и больным. Широко применялся принцип комплексного лечения.

Многие коллективы госпиталей региона добивались высоких результатов научно-исследовательской работы. Разработка научных и методических аспектов патологии военного времени, эффективных методов диагностики и лечения велась также профессорами и преподавателями Горьковского, Ивановского, Калининского, Ярославского медицинских институтов. Например, ученые Горьковского медицинского института решили такие проблемы, как предупреждение осложнений военной травмы, новые способы переливания крови и плазмы при острых гнойных состояниях, методы обезболивания при перевязках, кожную пластику в хирургии военных травм, особенности течения и профилактики внутренних болезней, в частности эндогенных дистрофий у раненых и больных. В Ивановском медицинском институте изучались проблемы, связанные с лечением огнестрельных ран и ожогов. Исследовательская деятельность профессоров и преподавателей сочеталась с активной практической работой по оказанию лечебной и консультативной помощи в госпиталях.

Анализ изученных материалов позволил выявить не только позитивные, но и негативные стороны в работе госпиталей, как в организационной, так и в лечебно-профилактической. Недостатки в

организационной работе были во многом обусловлены общей картиной войны, возникшей из-за серьезных просчетов в оценке сроков возможного нападения врага и ошибочной теории о ведении войны на территории противника. Поэтому не были заранее продуманы и предусмотрены все условия развертывания госпитальных баз. Большинство госпиталей размещалось во временно приспособленных помещениях. Ощущался дефицит кадров, не хватало инструментария и перевязочного материала. Отмечались (особенно в начале войны) серьезные недостатки в организации лечения раненых и больных. В лечебной работе нарушались или не соблюдались принципы комплексного лечения. Имели место случаи недостаточного соблюдения преемственности в работе эвакуационного госпиталя и предыдущих этапов эвакуации. В ряде госпиталей регистрировалась низкая хирургическая активность при лечении длительно не заживающих ран мягких тканей. Порой недооценивались природные факторы лечения. Не везде использовались резервы в применении заменителей перевязочного материала. Однако недостатки не сказались все-таки на общих результатах работы госпиталей.

Лечебно-профилактическая работа в госпиталях региона являлась проявлением общего высокого уровня работы госпиталей Наркомздрава СССР и отражала достижения советской медицины. Найденные нами архивные документы свидетельствуют, что в госпиталях региона были достигнуты более высокие показатели возврата в строй (75%-80%), чем в целом по стране и армии (72,3%). Если летальность в госпиталях Наркомздрава была немногим более 1%, то летальность в госпиталях Ярославской области составляла 0,2%. По нашему мнению, это объясняется в значительной мере наличием высококвалифицированных кадров врачей, солидного научного потенциала в регионе.

В третьей главе представлены материалы, свидетельствующие о создании органами здравоохранения и лечебно-профилактическими

учреждениями региона эффективной системы охраны здоровья на основе дифференцированного подхода к профессиональным и половозрастным группам населения. Практика довоенного времени показала действенность оказания внебольничной помощи городскому населению по участково-территориальному принципу. В годы войны участковый принцип обслуживания населения окончательно закрепился.

В деятельности больнично-поликлинической службы в годы войны прослеживаются, по нашему мнению, два периода. Для первого характерно сокращение материальной базы, численности врачебных кадров и среднего медицинского персонала, что не могло не оказывать отрицательного влияния на качество медицинского обслуживания больных. Но уже с конца 1942 г. начался второй период - процесс восстановления лечебно-профилактических учреждений, их кадров и коечной сети, улучшение некоторых качественных показателей работы больницы (увеличилось количество клинических анализов и переливаний крови на I койку в год, число физиопроцедур и рентгеноисследований на 100 больных). Правда, качество оказываемой помощи в целом не отвечало необходимым требованиям. Больницы продолжали работать в сложных условиях. Страдала материально-техническая оснащенность медицинских учреждений. Не хватало белья, функциональной мебели. Дефицитными были многие, даже простейшие лекарственные препараты. Не удовлетворялись потребности в витаминах. Особенно это касалось Калининской области, часть которой была во временной оккупации.

Наше исследование показало, что основной формой медицинского обеспечения здоровья рабочих оборонной промышленности стали медико-санитарные части, возникшие еще в довоенный период. В начале войны они получили организационное закрепление и были включены в номенклатуру учреждений здравоохранения. Но их было недостаточно. Медико-санитарные части, отлично оправдавшие себя, создавались только на наиболее крупных промышленных предприятиях оборонного

значения. Изученные материалы дают основание отметить, что в работе медико-санитарных частей большинства предприятий слабым звеном была охрана труда и здоровья подростков. В областях Верхнего Поволжья первая массовая проверка состояния медико-санитарного обслуживания учащихся ремесленных училищ и школ фабрично-заводского обучения была проведена только летом 1943 г. Можно считать, что профилактические осмотры подростков стали регулярными только к концу войны.

Материалы, характеризующие состояние сельского здравоохранения этого региона, немногочисленны. В них просматриваются лишь некоторые его аспекты. Наиболее полно представлены новые организационные формы в сельском здравоохранении: обслуживание населения патронажными и колхозными сестрами; в Ивановской области с конца 1943 г. стали организовываться межрайонные больницы, на сельском врачебном участке - сельские консультации; в июне 1944 г. в области прошел первый за годы войны съезд сельских участковых врачей. Как показало исследование, разнообразием форм организационной работы отличался Ивановский облздравотдел. Вместе с этим следует констатировать, что многие сельские врачебные участки во время войны ослабили, а некоторые и вовсе прекратили профилактическую и санитарно-просветительную работу.

Анализируя статистическую информацию о естественном движении населения, мы выяснили, что демографическая ситуация в исследуемом регионе в годы Великой Отечественной войны имела тенденцию к ухудшению: увеличение уровня смертности на фоне снижающейся рождаемости привели к снижению естественного прироста населения. Характерной чертой этого периода для исследуемого региона являлись резкие колебания в уровнях рождаемости и смертности (резкое снижение рождаемости в 1942 и 1943 гг. при значительно увеличившейся смертности в 1942 г. и резко снизившейся в 1943 г.).

В 1942 г. наблюдался наиболее ярко выраженный отрицательный прирост населения. Наибольшие демографические потери были в 1942 году. Хотя и начала повышаться рождаемость и сокращаться смертность естественный прирост населения, по данным за 1945 год, продолжал оставаться отрицательным: в Горьковской области он составил (-1,5), Ивановской - (-0,7), Костромской - (-1,4), Ярославской - (-1,7). Обращение к статистическим материалам народонаселения показало, что численность населения страны достигла уровня 1940 г. лишь к началу 1955 г.

В структуре причин смертности в 1943 г. в Верхнем Поволжье преобладали болезни сердца, туберкулез, дистрофия и авитаминоз при снижении смертности от воспаления легких и желудочно-кишечных заболеваний.

Четвертая глава включает материалы, анализ которых подтверждает, что, несмотря на падение жизненного уровня и снижение качества медицинской помощи, вызванных войной, в областях Верхнего Поволжья осуществлялась довольно широкая программа мер по медицинскому обслуживанию женщин и детей.

Охрана труда и здоровья женщин, материнства и детства в год войны решалась на государственном уровне. На совершенствование лечебно-профилактического обслуживания женщин и детей были направлены многие приказы Наркомздрава СССР и Наркомздрава РСФСР, и, конечно же, правительственные постановления, принятые в годы войны.

Повышенную ответственность за состояние санитарно-гигиенических условий труда и медицинского обслуживания работниц несли медико-санитарные части и здравпункты заводов; об этом говорили материалы по выполнению приказа Наркомздрава РСФСР от 10 ноября 1942 г. "О медико-санитарном обслуживании женщин, работающих на оборонных предприятиях". Совершенствование охраны труда женщин,

занятых на производстве, проявилось в расширении такой организационной формы как акушерско-гинекологические кабинеты при медсанчастях и здравпунктах оборонных предприятий (Горьковская, Ивановская области). Выявлены как позитивные результаты медицинского обслуживания работниц, так и негативные.

Как показал наш анализ, пристального внимания органов здравоохранения требовали родовспомогательные учреждения. В найденных нами материалах много негативной информации о состоянии родильных домов, высоких уровнях мертворождаемости и смертности новорожденных, особенно недоношенных детей (Ивановская, Ярославская области). Патология беременности и родов была во многом обусловлена занятостью женщин на трудоемких видах работ, неполноценностью питания, психологическими перегрузками, недостаточным уровнем акушерско-гинекологической помощи. С конца 1943 г. в динамике родовспоможения в регионе стали обозначаться позитивные тенденции. Возросло количество консультаций. Начала повышаться рождаемость.

Специфика военного времени, перспективы развития общества настоятельно требовали особенно напряженной работы по охране здоровья детей. Организационной формой профилактического обслуживания детей в годы войны оставалась детская консультация. Во всех областях Верхнего Поволжья совершенствовались организационные формы медицинского и патронажного обеспечения здоровья детей: создавались филиалы консультаций, работали выездные консультации, учреждался институт городских и районных педиатров, восстанавливалась должность патронажных сестер, вводился профилактический прием здоровых детей.

В работе детских консультаций, как показал наш анализ, были существенные недостатки, трудности и нерешенные проблемы. Сокращался прием детей. Многие консультации не функционировали.

В зимний период они часто закрывались из-за отсутствия топлива. Не хватало педиатров. Сокращались ставки патронажных сестер на сельских врачебных участках. Нередко прием детей велся вместе со взрослыми, Специализированная помощь оказывалась тоже наряду со взрослыми. Подчеркивая наличие разного рода недостатков, нельзя не отметить, что детская консультация в трудных условиях войны сохранила свое назначение профилактического учреждения.

В связи с занятостью женщин в промышленном и сельскохозяйственном производстве во всем регионе возросла роль дошкольных детских учреждений, количество мест в которых превзошло довоенный уровень. Формы обслуживания детей приспосабливались к изменившемуся режиму работы предприятий (группы с круглосуточным пребыванием в яслях, сезонные ясли, сезонные детские площадки). Изыскивались новые организационные формы обслуживания заболевших и находившихся в контакте с больными детьми с целью снижения заболеваемости (группы для ослабленных детей, временные стационары и изоляторы, карантинные группы). По данным нашего исследования, заболеваемость с временной утратой трудоспособности по уходу за больным ребенком снизилась.

На правительственном уровне решались вопросы организации детского питания (детские столовые, столовые усиленного и диетического питания, молочные кухни). Значительный фактический материал показал масштабность государственных мероприятий по устройству детей, оставшихся без родителей (дома малютки, детские дома, интернаты, суворовские школы, расширение ремесленных училищ и школ фабрично-заводского обучения). Большие усилия прилагались по организации летнего отдыха детей при содействии советских и профсоюзных органов.

Таким образом, в детском здравоохранении Верхнего Поволжья происходили количественные и качественные изменения. Наиболее



интенсивным был процесс его организационного совершенствования. Не преувеличивая значения всех государственных мероприятий, подчеркивая, что война принесла неисчислимые бедствия прежде всего для детей, важно отметить, что в регионе как и в целом в стране не было резкого увеличения общей заболеваемости детей, наблюдалось снижение заболеваемости по всем острым детским инфекциям, продолжавшееся до конца войны (исключением была дифтерия). Если в начальный период Отечественной войны в областях Верхнего Поволжья наблюдалось некоторое повышение детской смертности, то уже в 1943 г. показатель детской смертности был ниже, чем в довоенном 1940 г. (1940 г. - 196 на 1000, 1943 год - 96 на 1000 родившихся).

В пятой главе характеризуется система противоэпидемической службы: ее структурные единицы, основные методы противоэпидемической деятельности, прослеживается динамика инфекционной заболеваемости, выявляются особенности эпидемиологической обстановки в областях Верхнего Поволжья.

В регионе использовались такие медико-социальные мероприятия в борьбе с эпидемиями как вакцинация, ранняя диагностика болезни и госпитализация больного, выявление бациллоносительства и нетипичных форм, устранение условий развития эпидемий, в частности, ликвидация очагов заражения путем дезинфекции. Специфическая профилактика получила в годы войны широкое развитие.

В научной литературе и массовом сознании утвердилось мнение о том, что противоэпидемическая работа в годы войны была на должном уровне и эпидемий не было. Однако анализ архивных материалов позволил нам установить, что и на заключительном этапе войны в регионе Верхнего Поволжья наблюдались вспышки сыпного и брюшного тифов. Важно отметить, что эти данные были неизвестны: в публикациях, в том числе и монографических исследованиях, характеризую-

ших инфекционную заболеваемость в годы войны по ее основным периодам, таких сведений нет. Это говорит о том, что причин этих вспышек было несколько, прежде всего малые объемы специфической профилактики: не хватало вакцины, не выполнялись планы прививок. К тому же сыпнотифозные вакцины Кронтовской и Пшеничникова-Вайхера появились в достаточном количестве лишь к середине войны. Следует добавить к этому, что повысилась заболеваемость венерическими болезнями.

В годы войны организационно оформились новые принципы борьбы с туберкулезом как инфекционным заболеванием. Они сложились в систему и организационно закрепились именно в период Великой Отечественной войны.

Война потребовала небывалых по масштабам санитарно-гигиенических мероприятий.

В заключении подводятся итоги исследования. Подчеркивается, что деятельность здравоохранения Верхнего Поволжья, как и всей страны, представляла собой качественно новый этап в развитии здравоохранения, характеризовавшийся своеобразием содержания, особенностями форм и методов реализации. Деятельность органов и лечебно-профилактических учреждений объективно была обусловлена потребностями сохранения и укрепления общественного здоровья, осуществлялась с учетом реальных возможностей общества, с преодолением негативных явлений и трудностей. Экстремальные условия активизировали деятельность здравоохранения, ее отличали масштабность, обогащение форм, методов и организационных структур. Здравоохранение накопило ценный опыт интенсивного решения задач, порожденных войной, хотя кроме позитивных сторон, этот опыт содержит и недостатки, обусловленные объективными трудностями военного времени и деформациями социалистического общества.

Региональная специфика порождалась особенностями географич-

ческого положения и экономического развития областей. Для Горьковской области с ее мощным производством вооружения для фронта особое значение приобретала охрана труда и здоровья рабочих оборонных предприятий. Для Ивановской области, где преимущественно была развита текстильная промышленность с преобладанием использования женского труда, наиболее актуальной была охрана труда и здоровья женщины-труженицы, женщины-матери. При проведении мероприятий в Калининской области в связи с ее временной оккупацией первостепенное значение приобрела проблема укрепления материально-технической и кадровой базы здравоохранения.

Методология историко-медицинского анализа требует рассматривать опыт, накопленный отечественным здравоохранением, в тесной связи с современностью. Сегодня, когда здравоохранение определяет пути стратегического развития, эта проблема весьма актуальна. Необходимо учитывать позитивный опыт здравоохранения, те его ценные достижения, которые игнорировать нельзя. Сегодня, когда состояние общественного здоровья требует активизировать развитие здравоохранения, полезным должен быть опыт деятельности органов и учреждений здравоохранения в годы Великой Отечественной войны.

Одна из причин кризисного состояния охраны здоровья населения усматривается в сверхцентрализации управления здравоохранением. И выход видится в его децентрализации и регионализации, - когда государство осуществляет централизованную координацию и регулирование только наиболее важных социально-значимых сфер здравоохранения, а большинство функций и полномочий передается муниципальным органам, медицинским учреждениям и ассоциациям медицинских работников. Это рационально.

Вместе с тем, когда показатели здоровья населения сегодня ухудшаются (превышение смертности над рождаемостью, отрицатель-

ный естественный прирост населения, регистрируемый в 1992 году впервые со времен Великой Отечественной войны), нужны экстренные государственные меры. Целесообразно, по-видимому, чтобы ответственность перед обществом за накопившиеся проблемы взяло на себя государство. В децентрализации важно соблюсти взвешенное соотношение функций государства и регионов в решении проблем здравоохранения.

Опыт Великой Отечественной войны показал, что лишь благодаря государственной системе здравоохранения было возможно решать задачи военного времени. Следует признать, что в экстремальных условиях войны методы командно-административной системы сыграли определенную положительную роль в организации охраны здоровья народа. Высокие показатели деятельности здравоохранения стали возможными благодаря единым принципам и методам деятельности системы здравоохранения, созданию единой военно-медицинской доктрины по обслуживанию раненых и больных воинов, единым подходам к пониманию патологии военного времени, единым принципам диагностики и лечения (унифицированная схема ведения истории болезни, единый диагностический минимум, схемы лечения нозологических форм).

В годы войны все общество принимало участие в решении социальных проблем формирования общественного здоровья. Опыт гражданского здравоохранения в годы войны учит, как важно, чтобы и сегодня ответственность за состояние здоровья населения несли все структуры общества - разумеется, при определяющей роли государства.

Сегодня существенно снизилось участие населения в решении проблем охраны здоровья. Отказываясь от безудержного восхваления роли общественности в проведении мероприятий по охране здоровья в годы войны, можно утверждать, что и сейчас остается актуальной

задача широкого привлечения населения к проведению оздоровительных мероприятий, ибо опыт Великой Отечественной войны показал, что и государственные меры, и меры, принимаемые медиками, окажутся не востребуемыми, если в борьбу за здоровье не будут вовлечены широкие массы населения. Конечно, сегодня нужны новые формы вовлечения общественности в решение проблем здравоохранения, например, в осуществление медицинского страхования.

С учетом ценного опыта работы органов и учреждений здравоохранения в годы Великой Отечественной войны полезными, по нашему мнению, могут быть и такие практические меры, как, например, сохранение существующих и создание новых медико-санитарных частей на промышленных предприятиях, деятельность которых в годы Великой Отечественной войны и позже давала положительные результаты. Сегодня, в связи с внедрением медицинского страхования, появляется возможность введения в МСЧ штатной должности медсестры по профилактической работе, как это было в годы Великой Отечественной войны. Рационально и предложение о введении в штатное расписание поликлиник 2-х медицинских сестер на территориальном участке - одна из них могла бы выполнять функции медико-социального патронажа: опыт Великой Отечественной войны, когда на каждый участок в детских городских консультациях приказом Уполномоченного ГКО по проведению противоэпидемических мероприятий НКЗ СССР вводилось 2 должности, показал целесообразность такой меры. Наконец, следовало бы обсудить вопрос о восстановлении детских консультаций: восстановление системы этих учреждений, которые обслуживали детей до 3-х летнего возраста и положительно зарекомендовали себя в годы Великой Отечественной войны, было бы эффективным средством совершенствования организационных форм медицинского обслуживания детей.

Таким образом, использование накопленного опыта, наиболее

жизнеспособных, оправдавших себя на практике принципов, форм и методов деятельности гражданского здравоохранения периода Великой Отечественной войны - один из возможных путей преодоления кризисного состояния здравоохранения России и его дальнейшего развития.

## ВЫВОДЫ

1. Анализ историко-медицинской литературы даёт основание утверждать, что до настоящего времени деятельность в годы войны здравоохранения одного из крупнейших регионов России - Верхнего Поволжья - не была предметом глубокого и объективного историко-медицинского исследования.

2. Госпитальная база Верхнего Поволжья была одной из наиболее мощных в стране. В эвакуогоспиталях региона сложилась чёткая и эффективная система оказания медицинской помощи раненым и больным, основанная на принципах единой военно-медицинской доктрины, получившей в годы войны дальнейшее совершенствование. В эвакуогоспиталях региона были достигнуты более высокие показатели возврата в строй (75-80%) чем в целом по стране и армии (72,3%).

3. Основным в организации внебольничной помощи стал участково-территориальный принцип. Главным в обеспечении здоровья рабочих оборонных предприятий явилась деятельность медико-санитарных частей предприятий. Резервом работы сельского здравоохранения стало совершенствование организационных форм медицинского обслуживания населения (межрайонные больницы, сельские консультации, деятельность колхозных сестер и пр.). Хотя в демографической ситуации региона произошли негативные сдвиги, особенно в 1942 г., все же с 1943 г. стала отмечаться положительная динамика.

4. Охрана здоровья матери и ребёнка решалась в общегосударственном масштабе. Принимались меры по созданию необходимых

санитарно-гигиенических условий труда женщин. Особое внимание уделялось детскому здравоохранению. Его особенностью было расширение сети детских учреждений и проведение широких оздоровительных мероприятий совместными усилиями государственных и общественных организаций. Резкого увеличения заболеваемости детей в регионе не наблюдалось; показатель детской смертности, повысившийся в 1941-1942 годах, в 1943 г. стал ниже довоенного уровня.

5. Предотвращение массовых эпидемий в условиях войны - убедительное свидетельство плодотворной деятельности санитарно-эпидемиологической службы, продуманной системы противозидемических мероприятий. Хотя массовые эпидемии удалось предотвратить, все же в регионе Верхнего Поволжья и на заключительном этапе войны регистрировались вспышки сыпного и брюшного тифов и дизентерии. В противозидемической работе службы гражданского здравоохранения действовали в тесном контакте с военной медициной.

6. В течение всего периода Великой Отечественной войны шел активный процесс совершенствования организационных форм лечебно-профилактической и противозидемической деятельности (создание специализированных эвакуационных госпиталей, закрепление участково-территориального принципа обслуживания населения, рост числа медицинских санитарных частей, учреждение института городских и районных педиатров и др.). Это было одним из методов наиболее активного воздействия на формирование общественного здоровья.

7. Решать задачи, поставленные войной перед здравоохранением, стало возможным лишь благодаря государственной системе охраны здоровья народа. Война обусловила возрастание роли государства, его ответственности за состояние здоровья общества. Опыт войны подтвердил значение единых принципов и методов деятельности государственной системы здравоохранения (единая военно-медицинская доктрина, единые нормы лечебно-профилактической помощи насе-

лению и пр.). Все структуры общества принимали участие в решении социальных проблем формирования общественного здоровья.

8. Опыт деятельности гражданского здравоохранения Верхнего Поволжья, как и других регионов страны в годы Великой Отечественной войны имеет большое значение для решения современных задач охраны общественного здоровья. Сегодня, когда роль государства в охране здоровья снизилась, опыт войны подтверждает необходимость максимального усиления роли государства, его ответственности за состояние здоровья нашего общества. Важно, чтобы, как и в годы войны, в борьбу за здоровье активно включились все структуры общества. В свете опыта военных лет сегодня встает задача возродить профилактику, вернуть ей утраченную приоритетность. Опыт войны свидетельствует об эффективности совместной деятельности всех служб государственного здравоохранения, в том числе и санитарно-эпидемиологической службы, поэтому едва ли можно считать целесообразным ее обособление. Полезными могут быть и некоторые практические меры по использованию организационных форм работы, положительно зарекомендовавших себя в годы войны.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Актуальность изучения опыта профилактической работы в годы Великой Отечественной войны // Депонировано во ВНИИМИ, 1987 г.

2. Исторический подход к реализации принципа профилактики в современных условиях // Сб. Социально-экологические проблемы управления здоровьем, Н.Новгород, 1989. - С. 66-70.

3. Во имя жизни и победы (Профилактический принцип и общественное здоровье в годы Великой Отечественной войны) // Методическое пособие, Н.Новгород, 1990 г. - 26 стр.

4. Состояние здоровья и прогноз демографических показателей сельского населения Нижегородской области // Нижегородский медицинский журнал. - 1992. - № 2-3. - С.151-154 в соавт.



5. Из истории донорства в Верхнем Поволжье // Международный симпозиум "Милосердие, благотворительность и медицинские музеи": Тезисы докладов - М., 1992 г. - С.157.

6. Эвакогоспитали Верхнего Поволжья в годы Великой Отечественной войны // Нижегородский медицинский журнал, - 1993. - № I. - С.116-120.

7. Общественное здоровье в период Великой Отечественной войны и некоторые современные проблемы здоровья // Нижегородский медицинский журнал, - 1993. - № 2. - С. 82-86.

Материалы диссертации доложены и обсуждены:

- на конференции "Актуальные вопросы медицины", посвященной 70-летию Горьковского медицинского института, Горький, 1990 г.;
- на заседании Московского научного общества историков медицины /1992/;
- на научных конференциях отдела истории медицины и здравоохранения НИИ СГЭиУЗ им. Н.А.Семашко РАМН /1992, 1993/;
- на межотдельческой научной конференции НИИ СГЭиУЗ им. Н.А.Семашко РАМН /1993/.

Подписано к печати. 27/11-93

100 Тираж 5 Заказ

Ротапринт НИИ им.Н.А.Семашко РАМН  
103064, Москва ул.Обуха, 12

