

**ФГБНУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО»**

На правах рукописи

ЯРЕМЧУК ОКСАНА ВЯЧЕСЛАВОВНА

**СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ В СССР
В ПЕРИОД С 1917 ПО 1950-Е ГГ.
(НА МАТЕРИАЛАХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ)**

07.00.10 – История науки и техники (медицинские науки)

Диссертация

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Серебряный Роман Сергеевич

Москва – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Обзор литературы и источников.....	11
1.1 Состояние проблемы в РСФСР (СССР) по данным литературных источников.....	11
1.2 Состояние проблемы в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области по данным литературных источников.....	17
1.3 Источники нормативно-правового характера.....	19
1.4 Сборники справочных материалов.....	20
1.5 Архивные источники.....	21
1.6 Характеристика региона, в котором проводилось исследование.....	24
Глава 2. Развитие системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области.....	33
2.1 Оказание медицинской помощи детям в дореволюционный период.....	34
2.2 Организация закрытых учреждений (дома ребенка и др.).....	40
2.3 Ясельное обслуживание.....	47
2.4 Организация детских консультаций и молочных кухонь.....	60
Глава 3. Состояние здоровья детей первых трех лет жизни с октября 1917 по 1950-е годы на территории Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области.....	71
3.1 Организация питания и физическое развитие детей от 0 до 3-х лет.....	71
3.2 Заболеваемость детей первых трех лет жизни.....	82
3.2.1 Заболеваемость туберкулезом.....	96
3.3 Младенческая смертность, ее причины и показатели.....	109
Глава 4. Подготовка кадров для системы охраны здоровья детей.....	117
4.1 Вклад Средневолжского (Куйбышевского) института ОММ в становление и развитие системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни.....	117
4.2 Подготовка кадров для детского здравоохранения.....	136
Заключение.....	148
Выводы.....	163
Список сокращений.....	165
Список литературы.....	166
Указатель использованных архивных источников.....	184

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Сохранение здоровья детского населения и повышение его уровня является важнейшей государственной задачей, от решения которой зависит будущее нашей страны, ее экономическое, социальное и демографическое благополучие, в связи с чем забота о здоровье матери и ребенка признается приоритетным направлением (Баранов А.А., 2014).

Для современной России проблема охраны материнства и детства чрезвычайно актуальна из-за прогнозируемого демографического кризиса (Медик В.А., Юрьев В.К., 2014). В целях совершенствования государственной политики в сфере защиты детства в стране, период 2018-2027 гг. объявлен «Десятилетием детства». Правительство начало создавать программы, направленные на защиту, сохранение, укрепление здоровья детей; снижение уровня младенческой смертности.

Изучение истории охраны младенчества, ее становления и развития представляет собой одну из актуальных задач историко-медицинской науки. Обращение к историческому опыту развития системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни позволяет проанализировать с современных позиций формы и методы оказания медико-социальной помощи детям, выделить прогрессивные направления ее организации.

В исследуемый период развитие системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни определялось нормативными документами, направленными на снижение заболеваемости (в т.ч. инфекционной) и детской смертности, улучшение питания и физического развития ребенка (Мананникова Н.В., 1955; Микиртичан Г.Л., 1991 Кулаков В.И. с соавт., 2001). Разрабатывались типовые штаты детских учреждений, нормы строительства яслей, детских консультаций и т.д., совершенствовались методы их работы, создавались программы по воспитательной работе с детьми дошкольного возраста.

Особое значение изучение истории охраны младенчества имеет для такого важного промышленного региона, каким является Самарская область. Исследование опыта становления и развития охраны младенчества в регионе, население которого перенесло глубочайшие социальные и природные катаклизмы (Гражданская война (1917-1922), засуха, неурожай, голод начала 20-х и 30-х гг.,

Великая Отечественная война (1941-1945), послевоенный голод (1946-1947) и др.), помогает оценить тенденции в деле охраны здоровья детей, развития сети детских учреждений и медицинской помощи детям, организации питания в условиях Советского здравоохранения и требует углубленного анализа с целью возможности его использования в настоящее время.

Сегодня в Самарской области разрабатывается долгосрочная стратегия развития современных подходов к оценке качества здоровья детей, совершенствуется муниципальная программа городского округа Самара по развитию системы дошкольного образования «Дошкольное детство», в которой предусмотрено строительство новых дошкольных учреждений, открытие дополнительных ясельных групп в функционирующих учреждениях и т. д., проводится модернизация территориальной программы по медицинскому обслуживанию детей.

Реконструкция истории региональной системы охраны младенчества может способствовать выполнению задач по реализации планируемых программ в сфере охраны младенчества в субъектах РФ, в т.ч. и в Самарской области, что обосновывает актуальность настоящего исследования.

Степень научной разработанности темы

Различные аспекты истории становления и развития системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни с момента Октябрьской революции 1917 г. по 1950-е годы нашли отражение во многих публикациях отечественных авторов. Отдельные вопросы становления и развития охраны младенчества в стране рассматривались в работах В.П. Лебедевой, Н.В. Мананниковой, Г.А. Митирева, Г.Л. Микиртичан и др.; значимость организации яслей, детских консультаций в борьбе с детской смертностью и заболеваемостью освещали Э.М. Конюс, А.Генс, О.А. Дорошева, Ф.Д. Турова и др. Показатели рождаемости и младенческой смертности раскрывали Г.Г. Стукс, К.П. Гаврилова, С.А. Томилина, С.В. Захарова, Л.П. Чичерин, В.Ю. Альбицкий и другие. Мероприятия по улучшению физического развития детей и методы борьбы с летними детскими поносами, инфекционной заболеваемостью, в том числе туберкулезом и пневмонией представили в своих работах Э. Краземан, Г.Н. Сперанский, Р.И. Кример, Л. Лангштейн, А.И. Доброхотова, М.С. Лондар, И.В. Цимблер, А.И. Лапина, Г.М. Лопатин, Ю.Г. Россинский, Е.И. Данилишина, и др. Организацией питания

занимались Л.Ф. Жорно, Н.С.Назарова и другие. Подготовку кадров для системы охраны младенчества освещали Н.Д. Николаев, А.В. Андреева, А.Л. Санникова и др.

Данный ряд работ показал, что исследователи рассматривали проблему становления и развития системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни в масштабах страны или в отдельных регионах, но они не касались данных вопросов на территории Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области. Деятельность закрытых (дома ребенка, детские дома и т.д.) и открытых детских учреждений (ясли, детские консультации, молочные кухни), рождаемость, младенческая смертность, инфекционная заболеваемость, организация питания и физическое развитие детей первых трех лет жизни в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области была описана в немногочисленных материалах самарских ученых: В.М.Курзона (1926), Н.Д. Николаева (1930), Я.А Теплоухова (1934), П.И. Ильинского (1935), Н.П. Хмельковой (1935), О.Ю. Бушуевой (2014), В.В. Федотова (2014).

Голоду в Поволжье в 1920-е гг. посвящен ряд работ самарских исследователей: Л.Б. Захаровой, Ю.А. Изюмовой и других. Однако голоду в 30-е - 40-е гг. уделено меньше внимания. В трудах В.В. Кондрашина и Д.А. Кирилловой рассматривается смертность всего населения в период голода 1932-1933 гг. в Средневолжском крае, но ничего не говорится о смертности детей до 1 года в Самаре. Ю.С. Репинецкая, исследуя послевоенный голод (1946-1947 гг.), пишет о рождаемости в Куйбышевской области, но не анализирует младенческую смертность.

Роль Государственного научного Института охраны материнства и младенчества в развитии системы ОММ отображена в докторской диссертации С.А. Шер и в статьях В.Ю. Альбицкого. Вклад Средневолжского КИОММ в становление и развитие системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни раскрывается в работах В.М. Курзона и Я.А.Теплоухова. Оба учреждения имели единую концепцию. Если о ГНИОММ написано много различных работ, то деятельности КИОММ не уделялось должного внимания.

Таким образом, в рассмотренных исследованиях не нашли достаточного отражения проблемы охраны младенчества в Самарской губернии –

Средневолжском крае – Куйбышевской области.

Целью диссертационной работы является комплексное исследование процессов становления и функционирования системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни и оценка эффективности мероприятий по решению проблем младенческой смертности, заболеваемости детей раннего возраста в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области с момента Октябрьской революции 1917 г. по 1950-е гг.

Задачи исследования:

1. Выявить особенности становления и развития системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области с момента Октябрьской революции 1917 г. по 1950-е гг.

2. Рассмотреть количественные и качественные показатели, характеризующие деятельность учреждений охраны младенчества (ясли, детские консультации и др.) в зависимости от социально-экономических условий.

3. Оценить эффективность мероприятий по улучшению состояния здоровья детей первых трех лет жизни в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области.

4. Проанализировать динамику рождаемости, заболеваемости и смертности детей первых трех лет жизни.

5. Провести анализ эффективности подготовки кадров для системы охраны здоровья детей в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области.

6. Раскрыть вклад Средневолжского (Куйбышевского) института охраны материнства и младенчества в развитие системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни в регионе.

Хронологические рамки исследования охватывают период с октября 1917 по 1950-е годы. Нижняя хронологическая граница связана с революционными изменениями в общественном и государственном строе России (октябрь 1917-1918 гг.). В этот трудный для страны период в 1917 г. начала свою работу Коллегия по вопросам материнства и детства Наркомата государственного призрения. В 1918 г. были созданы Центральный отдел ОММ в Москве и подотдел охраны материнства и младенчества в Самаре. Верхняя хронологическая граница обусловлена объединением в 50-х годах XX в. детских больниц, поликлиник и консультаций, укреплением участкового принципа обслуживания и введением

системы единого педиатра, ликвидацией Куйбышевского института охраны материнства и младенчества в 1955 г.

Объект исследования – система охраны здоровья детей первых трех лет жизни в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области в период с октября 1917 г. по 1950-е годы.

Предмет исследования – демографические показатели, функционирующая система, организация и результаты работы, проводимой для улучшения здоровья детей первых трех лет жизни в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области, оценка деятельности Средневолжского (Куйбышевского) института охраны материнства и младенчества.

Материалы и методы исследования. В исследовании использованы общие методологические подходы для историко-медицинских исследований с применением проблемно-хронологического, социально-гигиенического и сравнительного методов.

Источниковая база диссертационного исследования определена его целями и задачами, включает как опубликованные, так и неопубликованные документы.

Значительную долю составили опубликованные источники (сборники законодательных актов, постановлений и приказов, монографии, авторефераты диссертаций и т.д.), содержащие сведения о становлении и развитии системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни: деятельности закрытых и открытых учреждений; системе организации питания; борьбе с желудочно-кишечными и инфекционными заболеваниями; младенческой смертности и рождаемости; подготовки кадров; деятельности Средневолжского (Куйбышевского) Института охраны материнства и младенчества.

Главную источниковую базу исследования составили неопубликованные архивные документы - материалы Госархива Российской Федерации (ГАРФ), Центрального Госархива Самарской области (ЦГАСО) и его Сызранского филиала, Самарского областного государственного архива социально-политической истории (СОГАСПИ), Государственного архива Ульяновской области» (ГАУО), Государственного архива Саратовской области» (ГАСО). Все архивные материалы последовательно раскрывают деятельность системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые:

- реконструирован процесс становления и развития системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области в период с октября 1917 г. по 1950-е гг.;

- на региональном уровне комплексно проанализированы организация и функционирование учреждений закрытого и открытого типа, исследована сложившаяся система организации охраны младенчества и ее влияние на физическое развитие детей первых трех лет жизни, дана оценка эффективности лечебно-профилактической, санитарно-просветительной деятельности в консультациях и на молочных кухнях, яслях в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области в период с октября 1917 по 1950-е гг.;

- на основе введенных в оборот источников установлены результаты функционирования закрытых и открытых детских учреждений, показатели рождаемости, младенческой смертности, инфекционной заболеваемости, организации питания и физическое развитие детей 0-3-х лет в период голода начала 20-х, 30-х гг. и голода послевоенных лет (1946-1947) в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области;

- выявлены особенности организации системы охраны младенчества в годы Великой Отечественной войны (ВОВ) в условиях массовой эвакуации населения страны в Куйбышевскую область;

- охарактеризован вклад Средневолжского (Куйбышевского) института охраны материнства и младенчества в развитие детского здравоохранения в регионе;

- дан анализ работы фельдшерско-акушерской школы (колледжа, училища) в подготовке среднего медицинского персонала для детских учреждений.

Научно-практическая значимость. Диссертационная работа восполняет пробел в историко-медицинских исследованиях и является определенным вкладом в создание истории системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области в период с октября 1917 по 1950-е гг.

Исследование позволяет обобщить опыт охраны младенчества в системе здравоохранения Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области, показать региональные особенности, а также пути решения задач по охране здоровья детей первых трех лет жизни.

Материалы диссертации могут быть использованы в преподавании истории медицины и общественного здоровья и здравоохранения в медицинских учебных заведениях, а также в музейно-выставочном деле.

Результаты историко-медицинского исследования позволили внедрить в Самаре методические рекомендации для студентов медицинских колледжей, а также в дошкольных детских учреждениях.

Апробация результатов. Материалы диссертации были доложены на III Всероссийской научной конференции с международным участием «Проблемы изучения военной истории» (Самара, 2015); научно-практической конференции с международным участием «Молодые ученые XXI века - от идеи к практике» (Самара, 2015); III (XIII) и IV съездах Российского общества историков медицины (Москва, 2016,2017); межотдельческой конференции ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (Москва, 2017).

Основные положения, выносимые на защиту.

1. За период с октября 1917 г. по 1950-е годы в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области была сформирована система охраны младенчества, развёрнута сеть учреждений разного типа, нацеленная на обеспечение потребностей здоровых и больных детей в возрасте до трех лет.

2. На состояние здоровья детей первых трех лет жизни, а также развитие системы охраны младенчества значительное негативное влияние оказывали сложные политические и социально-экономические условия в регионе (Гражданская и Великая Отечественная войны, три периода голода); только к 1950-м годам удалось улучшить показатели физического развития детского населения и снизить уровень заболеваемости и младенческой смертности.

3. Охрана младенчества в Самарской губернии - Средневолжском крае – Куйбышевской области на всех этапах развития являлась составной частью системы Советского здравоохранения, принципы которого имели определяющее значение в развертывании и повышении качества работы лечебных учреждений региона, подготовке медицинских кадров, борьбе с эпидемическими и социальными болезнями.

4. Результаты деятельности Средневолжского (Куйбышевского) института охраны материнства и младенчества (1929-1955 гг.) позволили научно обосновать пути решения проблем здорового и больного ребенка раннего возраста в этом регионе.

Личный вклад автора. Соискателем проведен аналитический обзор отечественной литературы (монографий, статей, авторефератов, диссертаций, материалов конференций и т. д.) Собранные первичные документы в ГАРФ и архивах Самарской, Саратовской и Ульяновской областей позволили проанализировать исследуемые проблемы (организация закрытых и открытых детских учреждений, рождаемость, младенческая смертность, инфекционная заболеваемость, питание и физическое развитие детей первых трех лет жизни) в период голода начала 20-х, 30-х гг., послевоенного голода (1946-1947 гг.) и во время ВОВ. Рассмотрен вклад Средневожского (Куйбышевского) института ОММ в развитие системы охраны здоровья детей 0-3-х лет в период с 1929 г. по 1955 г.

Полученные результаты работы использованы для составления методических рекомендаций по воспитательной работе для студентов медицинских колледжей при общении с детьми первых трех лет жизни.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 07.00.10 - история науки и техники (медицинские науки). Результаты соответствуют пунктам 1,2,4,5,7 области исследования специальности.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 26 научных работ, в том числе 2 статьи в изданиях, рекомендованных ВАК, 1 монография (в соавторстве) и методические рекомендации.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 189 страницах и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, указателей литературы и архивных источников, приложения. Работа иллюстрирована 33 таблицами и 11 рисунками.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

Изучение истории становления и развития системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни на территории Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области потребовало привлечения достаточно широкого круга разного рода источников, в которых отражено становление и развитие охраны младенчества как в РСФСР (СССР), так и в исследуемом регионе, в том числе по истории, географии, демографии, статистике и др.

Все проанализированные публикации по теме исследования распределены на опубликованные и неопубликованные, а также на группы в зависимости от вида и проблематики.

1.1. Состояние проблемы в РСФСР (СССР) по данным литературных источников

В ряде работ советских авторов подробно освещается **становление и развитие охраны младенчества в РСФСР (СССР)**. Наибольший интерес представляют труды В.П. Лебедевой «Охрана материнства и младенчества в Стране советов» (1934) [82], Г. А. Митерева «Народное здравоохранение за 25 лет Советской власти» (1942) [100], Э.М. Конюс «Пути развития советской охраны материнства и младенчества» (1954) [64], Н.В. Мананниковой «Охрана здоровья матери и ребенка в СССР» (1955) [92], А.Я. Гольфельд «Очерки по истории педиатрии СССР» (1970) [32], В. П. Анисимовой, В. Ю. Мартыненко, И.В. Ивашкиной «Современные подходы к оценке охраны здоровья матери и ребенка в СССР» (1990) [5].

Среди исследований последних двух десятилетий, посвященных истории развития охраны младенчества, интерес представляет докторская диссертация профессора Г.Л. Микиртичан «Основные этапы и направления развития отечественной педиатрической науки и практики» (1991) [96] и ее монография в

соавторстве с Р.В. Суворовой «История отечественной педиатрии» (1998) [97], а также статья «Основные этапы развития отечественной педиатрии» (2014) [99].

Авторы указывают на необходимость создания подлинной истории отечественной медицины, в том числе охраны здоровья детей и борьбы с младенческой смертностью в разные исторические периоды: от истоков педиатрии в народной медицине России (XIX-XX) до Советского периода (1980-е годы). В работах подчеркивалось, что отношение к детям, забота о них, развитие народной педиатрии во всех странах зависели от условий жизни народа. Однако в этих исследованиях не содержатся сведения, затрагивающие вопросы истории охраны здоровья детей на территории Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области.

Необходимо в этой связи отметить докторскую диссертацию С.А. Шер «Научный центр здоровья детей: этапы формирования, роль в создании государственной системы охраны здоровья детей и развитии педиатрической науки в России» (2015) [152], в которой показано методическое руководство научно-исследовательской работой периферических учреждений, обеспечение информацией и содействие в организации консультаций, в проведении периодических Всероссийских совещаний. Но в работе не стояла задача изучить деятельность Институтов на периферии, в том числе и в Самаре.

Все перечисленные труды позволяют проследить развитие и особенности системы охраны младенчества в масштабе страны, однако в них полностью отсутствуют данные по состоянию этой проблемы в Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области.

Большинство исследователей в своих работах освещали **значимость организации яслей, детских консультаций в борьбе с детской смертностью и заболеваемостью.** В работе Б.Гольденберг и Т. Лякерман «Технический минимум ясельного работника» (1935) [31], авторы писали о том, что в связи с высокой заболеваемостью и смертностью у детей первых месяцев жизни, детей до 2-3 месяцев рекомендовалось в ясли не помещать, а оставлять с матерью. В книге Ф.Д. Туровой «Детская больница с поликлиникой» (1961) [138] отмечалось, что

очень важна связь яслей с детскими консультациями, обозначалась роль патронажных сестер в уходе за младенцами и в борьбе за грудное вскармливание. Также считают исследователи, активно занимающиеся этой проблемой [4; 6; 14; 30; 36].

Многие ученые указывали на необходимость расширения сети детских учреждений в разные исторические периоды: А. Генс (1923) [29], В.П. Лебедева (1926) [81], А. Розенталь, З. Шатова (1926) [118], Е. Т. Смирнова (1957) [129], О.А. Дорошева (2006) [42], Т.И. Дунбинская (2011) [43]. К сожалению, в работах этих авторов не указан рост детских учреждений в Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области.

В книге М.Д. Ковригиной «Руководство для сестер детских яслей» (1966) [62] отмечалось, что в связи с расширением сети и увеличением оказания лечебно-профилактической помощи детям, необходимо было усиливать кадровый потенциал. Эту мысль разделяют многие авторы [87; 124; 128]. В статье А.Л. Санникова и А.В. Андреевой «Сестринское образование в Архангельской области накануне и в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.)» (2005) [125] подчеркивалось, что в предвоенные годы в стране произошло изменение кадровой политики в области здравоохранения, отмечалось повышение качества медицинского обслуживания населения. Однако в этих работах ничего нет о состоянии медицинских кадров и их подготовке на территории Куйбышевской области.

Вопросы рождаемости и младенческой смертности широко освещены в работах Г.Г. Стукса «Ранняя детская смертность, мертворождаемость» (1939) [133], К. П. Гаврилова «Ранняя детская смертность и меры борьбы с ней» (1947) [25], С. А. Томилина «Демография и социальная гигиена» (1973) [136], С.В. Захарова, Б.А. Ревича «Младенческая смертность в России: исторический и региональный аспект (1992) [51], Е. Г. Богдановой «Военное поколение детей: демографические характеристики (по материалам Южного Урала)» (2009) [19], В.Б. Жиромской «Демографическая характеристика экономически активного населения РСФСР в 1920-е гг. – 1930-х гг. (2014) [46].

Необходимо в этой связи отметить докторскую диссертацию Л. П. Чичерина «Научное обоснование путей совершенствования и развития амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам» (1999) [149]. Автор подчеркнул, что неблагоприятные демографические процессы сопровождаются ухудшением состояния здоровья детского контингента. Особую тревогу вызывают снижение рождаемости, высокие показатели младенческой и детской смертности, рост заболеваемости детей, начиная с периода новорожденности, практически по всем группам болезней.

В монографии «Смертность детского населения России» (2007) [12] А.А. Баранов и В.Ю. Альбицкий, анализируя показатели младенческой смертности во все исторические периоды, рассматривали ее тенденции и причины, особенности смерти детей по полу и месту проживания, также подчеркивали главную роль социально-экономических условий в гибели младенцев.

Однако ни один из этих авторов не ставил задачу осветить проблему заболеваемости, рождаемости и смертности детей до 1 года в Самаре, хотя можно отметить, что исследователь В. Б. Жиромская в своей работе показала младенческую смертность в Куйбышевской области в начале 30-х годов.

В целом ряде работ, посвященным **борьбе с летними детскими поносами и инфекционными заболеваниями, физическому развитию**: Э. Краземан (1926) [66], Г. Н. Сперанский (1929) [32], Р.И. Кример (1929) [70], Л. Лангштейн (1929) [79], А.И. Доброхотова (1935) [41], М. С. Лондар (1942, 1943) [84; 85], И.Е. Майзель (1942, 1943) [88; 89; 90; 91], Г.М. Лопатин (1948) [86], М.И. Муравьев (1955) [101], И.И. Гребешева (1987) [35], Ю.Г. Россинский (1990) [121], Е.И. Данилишина (1995) [37], А. Ю. Юдина (2012) [154] – состоянию заболеваемости у детей первых трех лет жизни в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области уделено недостаточно внимания.

При изучении этих проблем был рассмотрен ряд интересных диссертационных исследований. В работах К.П. Веселковой «Физическое развитие и заболеваемость детей в яслях» (1958) [22], В.И. Добрейцер «Особенности обслуживания детей, поступающих в ясли на первом году жизни»

(1959) [40], Р.С. Левченко (1975) [83] «Заболеваемость детей, посещающих ясли, пути ее снижения и влияние на временную нетрудоспособность матери в связи с уходом за больным ребенком» указывалось, что уровень заболеваемости детей, посещавших ясли, был значительно выше по сравнению с детьми, находящимися под наблюдением консультации. В ясельных учреждениях воздушно-капельные заболевания (дифтерия, коклюш, скарлатина, корь и др.) занимали 37% от всей заболеваемости. К. П. Веселкова отмечала, что быстрый рост и увеличение массы тела, свойственные раннему возрасту, определяли высокую потребность детского организма в основных питательных веществах. Несмотря на то, что в исследованиях не показано влияние питания на развитие инфекционных заболеваний и летних детских поносов, в целом они воссоздают картину состояния физического развития и заболеваемости детей в яслях.

Специалисты Института педиатрии АМН СССР И.В. Цимблер (1947) [146] и А. А. Ефимова (1956) [45] в своих работах указывали, что необходимо уделять внимание **туберкулезу и пневмонии**. Они проанализировали многолетнюю теоретическую, научно-практическую и организационную работу по изучению и клиническим испытаниям внутрикожного метода вакцинации БЦЖ. А.И. Лапина в своей кандидатской диссертации «Развитие и эффективность борьбы с туберкулезом в СССР в 1946-1960 гг.» (1963) [80] указывала на целесообразность организации отдельных ясельных групп для детей с подозрением на заболевание, и необходимость увеличения числа туберкулезных диспансеров. Автор писала, что в конце 50-х годов по данным Минздрава СССР в стране функционировало 6177 диспансеров, 47 отдельных детских туберкулезных больниц в городах. Это мнение поддерживали и другие исследователи.

Среди работ по **организации питания детей** ясельного возраста необходимо отметить фундаментальную монографию Я.Ф. Жорно «Молочная кухня. Руководство к устройству молочной кухни и производству работ в ней» (1920) [47], в которой показана методика организации молочных кухонь. Н. С. Назарова в своей книге «Ясли для детей грудного возраста» (1918) [102] отмечала, что при организации яслей необходимо предусматривать молочные кухни, для

которых нужно выделять отдельные помещения. К сожалению отсутствуют работы по организации подобных подразделений в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области.

Представляет интерес книга Г.Н. Сперанского «Классификация расстройств питания детей раннего возраста (1927) [130]. Автор считает, что положительные результаты в борьбе с инфекционными заболеваниями и улучшении физического развития детей достигались быстрее при полноценном и адекватном питании. Также считают и другие исследователи [1; 23; 38; 112; 148].

Голоду начала 30-х и 40-х гг. посвящено мало исследований. В работах исследователей Д.А. Кирилловой «Естественное движение населения СССР в 1930-е годы (по материалам текущего учета ЦУНХУ Госплана СССР 1933-1940 гг.)» (1981) [61], докторской диссертации В.Ф. Зимы - «Голод в СССР 1946-1947 годов: Происхождение и последствия» (1996) [54], В. В. Кондрашина «Голод 1932-1933 г. – общая трагедия народов СССР» (2009) [63], показано, что в эти периоды произошла самая огромная социальная катастрофа в Советском Союзе.

В этих трудах освещается тяжелое экономическое положение в стране, в том числе и в Поволжье. От истощения и недоедания вымирали целые деревни. В. В. Кондрашин и Д.А. Кириллова указывают на смертность населения в 30-х годах в Средневолжском крае, но в их работах ничего не говорится о смертности детей до 1 года в Самаре, при этом из архивных данных известно, что смертность от голода среди младенцев была высокой.

Интересные материалы по организации помощи детям первых трех лет жизни в годы Великой Отечественной войны содержатся в книге «Забота о детях во время войны» (1941) [48], в статьях Е.И. Данилишиной «Медицинское обслуживание детского населения в годы войны» (1995) [37], Е.Ф. Кринко «Детство военных лет (1941-1945 гг.): проблемы и перспективы изучения (2006) [71], Е.Е. Красноженовой «Государственная политика по охране материнства и детства в период Великой Отечественной войны 1941-1945 (на материалах Нижнего Поволжья) (2012) [69]. Авторы подчеркивали, что для эвакуированных детей в тылу были созданы все необходимые условия для жизни и учебы.

Отметим, что в работах отражено положение детей в период эвакуации в СССР, но ничего не говорится об эвакуированных детях от 0 до 3-х лет на территории Куйбышевской области.

Таким образом, исследуемые вопросы в научной литературе рассматривались в масштабах страны, но в них не отражены проблемы охраны здоровья детей первых 3-х лет жизни на территории Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области.

1.2. Состояние проблемы в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области по данным литературных источников

Проблемы охраны младенчества в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области изучались различными учеными.

Одним из них был выдающийся педиатр В. М. Курзон. На основании своих работ «Охрана материнства и младенчества в СССР» (1926) [75], «Из опыта работы Самарской железнодорожной консультации охраны материнства и младенчества» (1929) [77], он показал методы борьбы с заболеваемостью и смертностью у детей в возрасте до трех лет.

По мнению различных ученых большую роль в снижении заболеваемости и смертности детей в регионе, сыграл Средневолжский (Куйбышевский) институт охраны материнства и младенчества . В.М. Курзон и Я .А. Теплоухов – организаторы КИОММ в Самаре, в своих статьях «Институт охраны материнства и младенчества» (1928) [58], «Об областном институте охраны материнства и младенчества» (1928, 1929) [76; 108], «История развития и деятельность Куйбышевского краевого Института охраны материнства и младенчества» (1935) [135], указывали на необходимость решения проблем организации здравоохранения в сфере охраны здоровья детей первых трех лет путем создания специализированного учреждения.

К сожалению, в период с 1936 г. и по настоящее время в регионе не

уделялось должного внимания оценке работы Куйбышевского института охраны материнства и младенчества.

В статьях «План работы подкомиссии охраны материнства и младенчества на селе при секции Здравоохранения риков и сельсоветов» (1928) [113], «План санпросветработы по охране материнства и младенчества в городах» (1928) [114], «IV Всесоюзный съезд и 1-ое областное совещание по охране материнства и младенчества» (1929) [155] отражены задачи становления и развития охраны младенчества в регионе. В работах самарских педиатров П. И. Ильинского «Анализ количественного и качественного состояния учреждений по обслуживанию детей раннего возраста в г. Куйбышеве» (1935) [57] и Хмельковой Н.П. «Обзор состояния работы детских учреждений охраны материнства и младенчества в Средне-Волжском крае» (1934) [144] показано состояние ясельной сети, молочных кухонь, воспитательной работы в яслях. Однако, в них мало уделено внимания оказанию медицинской помощи детям первых трех лет жизни.

В материалах «Курсы ясельных работников по области» (1928) [78], Н. Д. Николаева «О перестройке учебного плана и программ медтехникумов в порядке обслуживания» (1930) [106], «К районным работникам по охране материнства и младенчества» (1931) [67] указывалось, что для подготовки квалифицированных кадров, необходимы соответствующие программы обучения.

Проблеме голода 20-х, 30-х и 40-х гг. на территории исследуемого региона также мало уделялось должного внимания. В работе А. Генс «Деятельность постоянных яслей за 1923 г. в СССР» (1923) [29] указывалось, что в Самаре ясли не открывались по причине голода.

В газете «Коммуна» [27] упомянута помощь голодающим детям Центральным отделом охраны материнства и младенчества. Работы Л.Б. Захаровой «Концепция социальной политики» (2012) [50] и Ю. А. Изюмовой «Самарское общество «Друг детей» и борьба с беспризорностью» (2009) [56], посвященные голоду 1920-1922 гг. в Самарской губернии, свидетельствуют о том, что в этот период снижалась рождаемость и увеличивалась детская смертность. Учёные указали, что в летние месяцы дети умирали больше от холеры, а в зимние,

и особенно в весенние месяцы, от голода и тифозной болезни. В книге «Голод в Средневолжском крае в 20-е - 30-е годы XX века» (2014) [159] отражена помощь голодающим Самарской губернии Центральными, местными органами власти и зарубежными организациями. Специально исследованию голода в Куйбышевской области посвящена единственная статья Ю. С. Репинецкой «Никому мы не нужны». Голод 1946-1947 гг. в Куйбышевской (Самарской области)» (2014) [116].

Проблемы охраны младенчества в годы Великой Отечественной войны освещены лишь в отдельных работах самарских авторов. В статье О.Ю. Бушуевой «Динамика рождаемости гражданского населения Куйбышевской области в годы Великой Отечественной войны» (2014) [21], даны причины снижения и подъема рождаемости. В статье В.В. Федотова «Эвакуированные детские учреждения в Поволжье в годы Великой Отечественной войны» (2014) [139] отмечено, что в Куйбышеве эвакуации и приему детей власти уделяли особое внимание. Органы здравоохранения обеспечивали детей медицинской помощью в пути следования, а на новом месте размещали детей в ясли, расширяли сеть молочных кухонь. Но авторы не ставили задачу показать заболеваемость среди детей первых трех лет жизни в период эвакуации. Очень важным являлось увеличение ясельной сети в годы ВОВ. В самарской газете «Волжская коммуна», в статье В. Святкиной «Наши детские ясли» (1942) [126] сообщалось, что женщины будут спокойнее работать на оборонных предприятиях, если их дети будут находиться в детских яслях.

Таким образом, анализ литературных источников позволяет сделать вывод о малом числе публикаций, касающихся становления и развития охраны младенчества в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области с 1917 по 1950-е годы.

1.3. Источники нормативно-правового характера

С самого начала становления системы охраны здоровья детей разрабатывались различные декреты, циркуляры, правила, постановления,

приказы, направленные на борьбу с заболеваемостью и смертностью детей, а также программы подготовки медицинских сестер. Все они отражены в различных сборниках и регламентирующих документах [157; 162; 164; 165; 166; 167; 168; 175; 179; 186; 187; 188; 189; 194; 197].

Одними из важных исследуемых документов были «Пятилетний план здравоохранения Средневолжского края» (1930) [191] и «Инструкция о порядке предоставления декадной отчетности по строительству родильных домов, молочных кухонь и детских яслей, осуществляемому согласно постановлению ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 г., а также по строительству детских инфекционных больниц» (1938) [163]. В них представлены руководящие указания по развитию охраны младенчества, которые проанализированы в соответствующих главах диссертации.

Для работы детских учреждений в стране большое значение имели разрабатываемые типовые штаты и должностные оклады административно-хозяйственных, медицинских и педагогических работников для детских учреждений (1945г.) [180].

Анализ источников этой группы позволяет проследить, как и в каком направлении менялась государственная политика в области охраны младенчества.

1.4. Сборники справочных материалов

Значительную информативную ценность для анализа имели статистические материалы (количество ясельных учреждений, консультаций, молочных кухонь, детских домов, кадровый потенциал, численность населения и др.), административно-территориального деления, обобщенные в справочных работах Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области [156; 171; 172; 174; 178; 198; 199].

1.5. Архивные источники

Богатой источниковой базой нашего исследования стали архивные документы из Центрального Государственного архива Самарской области (ЦГАСО), Самарского областного государственного архива социально-политической истории (СОГАСПИ). Обширные материалы представлены декретами и распоряжениями, инструкциями, постановлениями, которые включали в себя вопросы становления и развития системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни. Архивные документы содержат инструкции «о правилах для матерей, помещающих детей в ясли», «правила для сестер яслей»; основные положения «по организации патронажа грудных детей»; инструкции «о консультации матерей по уходу и вскармливанию детей грудного возраста», а также циркуляр «о нормах питания для беременных и кормящих, детей до трех лет»; инструкции «по проектированию мебели для ясельных учреждений и консультаций», инструкции и положения о подготовке кадров для детских учреждений. В данных источниках хранятся списки врачей и медицинских сестер, которые проходили курсы по уходу за детьми до трех лет при Государственном научном институте охраны материнства и младенчества, а также протоколы совещания, удостоверения, программы. В архивных документах сохранены данные о количестве ставок для сотрудников детских медико-педагогических учреждений. Издавались циркуляры, распоряжения и постановления о подготовке кадров: положение «об отделе медицинских школ и персонала Наркомздрава»; положение «о курсах для подготовки на звание фельдшера»; положение «о школах сестер». Собраны протоколы заседаний педагогических советов и отчеты о деятельности средних и высших медицинских школ.

Одними из важных для исследования документов стали архивные материалы, отражающие деятельность Средневолжского (Куйбышевского) института охраны материнства и младенчества. В ЦГАСО сохранились и нами использованы документы, раскрывающие историю становления, развития и его деятельности, собраны все статистические отчеты за все периоды существования

института, его производственные планы, прогнозы, инструкции для врачей и среднего медицинского персонала, протоколы заседаний ученого совета, научные работы, отчеты о состоянии детских показательных учреждений и родильных домов, приказы Наркомздрава и Министерства Здравоохранения РСФСР, облздрава, медицинские отчеты института за весь период.

Большой интерес представляли архивные материалы, которые отражали уровень желудочно-кишечных (летних детских поносов, по терминологии 20–30-х гг.) и инфекционных заболеваний, организацию питания и физическое развитие у детей первых трех лет жизни в довоенный период и в годы Великой Отечественной войны.

При изучении голода 1921-1922 гг., богатой источниковой базой нашего исследования являлись фонды музеев, Управления по делам архивов мэрии г.о. Тольятти, Самарского областного историко-краеведческого музея им. П.В. Алабина, Отдела специальных фондов и реабилитации информационного центра ГУ МВД России по Самарской области. Важным источником явился циркуляр о переводе детских учреждений на местный бюджет и циркуляр от 21\22 сентября 1922 г. Наркомфина РСФСР «Центроналог» «О порядке составления смет местных доходов и расходов на 1922-1923 гг.». В результате детские учреждения находились в тяжелых условиях.

Также среди архивных источников ЦГАСО большую ценность представляли документы, отражающие голод 1932-1933 гг. В них раскрывается рождаемость и смертность детей до 1 года. Показано слабое питание и заболеваемость.

В ЦГАСО имеются, использованные нами различного рода отчеты, циркуляры, директивы, публикации и т. д., направленные на борьбу с туберкулезом. В архивах Самары сохранены материалы «Секции общественной борьбы с туберкулезом», а также руководящие документы. Одними из них являлись: циркуляр Наркомздрава «Об организации туберкулезного трехдневника 1923 г.»; «основные положения для подготовительной агитации и для пропаганды в течение трехдневника 11-13 мая 1923г.».

Всего изучено 23 фонда и 176 архивных документов: Ф. Р. 158 - Самарский

губернский отдел здравоохранения; Ф.Р. 342 - Отдел здравоохранения исполнительного комитета Самарского окружного Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов г. Самары; Ф.Р. 2148 - Управление здравоохранения администрации г. Самары; Ф.Р. 1160 - Отдел здравоохранения исполнительного комитета Куйбышевского краевого Совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов, г. Куйбышев; Ф. Р. 1141 - Средневолжский Крайком ВКП (б); Ф.Р. 4219 - Куйбышевский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества; Ф.Р. 4123 - Отдел здравоохранения исполнительного комитета Октябрьского районного Совета народных депутатов г. Куйбышева; Ф. Р. 4054 - Отдел здравоохранения исполнительного комитета Куйбышевского областного Совета депутатов трудящихся г. Куйбышева; Ф.Р. - 4794 - Отдел здравоохранения исполнительного комитета Кировского района Совета народных депутатов г. Куйбышева; Ф.Р. - 56 - Самарский городской Совет народных депутатов; Ф.Р. 656 - Архив Самарского обкома; Ф.Р. 521; Ф.Р. 108; Ф.Р. - 749; Ф.Р. - 81 - Самарский губисполком; Ф. 1 - Самарский губком ВКП (б); Ф.Р. 521; Ф. Р. - 973 - Статистический отдел г. Самары; ГАРФ Ф. А. 482, Ф. А. 2306, Ф.А. 8009 - Министерство здравоохранения СССР; Ф. 2037, Ф. Р. 4301 - Отдел здравоохранения исполнительного комитета Куйбышевского районного Совета народных депутатов г. Куйбышева и т.д. Использованные в настоящем исследовании архивные источники можно рассматривать как полноценный фундамент для комплексного достоверного освещения изучаемой темы.

Таким образом, группы опубликованных и неопубликованных источников, дополняя и уточняя друг друга, являются достаточной базой для комплексного достоверного освещения истории становления системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни на территории Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области.

Заключая этот раздел и основываясь на изученных материалах, можно сделать вывод, что до сих пор нет обобщающего труда по истории становления и развития системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области. В рассмотренных

исследованиях не нашли достаточного отражения проблемы охраны младенчества в регионе как единого социального института. Соответственно до настоящего времени не ставилась цель проведения комплексного анализа, пройденного исторического пути охраны младенчества в неразрывной связи с развитием здравоохранения РСФСР (СССР).

1.6. Характеристика региона, в котором проводилось исследование

Настоящее исследование проводилось на территории Самарской области. Самара была основана в 1586 г. по указу царя Фёдора Иоанновича как крепость с целью защиты судоходства на участке реки, протекавшей рядом с городом, и для охраны границ. В 1688 году Самара получила статус уездного города. В 1708 г. была учреждена Казанская губерния, к которой были приписаны Самара и Сызрань (основана в 1683 г.).

В 1700 г. был заложен укреплённый пригород Самары Алексеевск, а спустя три года началось строительство Сергиевска. В 1737 г. В.Н. Татищев строит Ставрополь-на-Волге (ныне Тольятти). По Указу Екатерины II в 1762 г. в заволжских степях были поселены немцы-колонисты, которые основали 16 самостоятельных волостей: 12 из них – в Новоузенском уезде, 2 волости – в Николаевском уезде и 2 волости – в Самарском уезде [2].

В XVII-XVIII веках Самарский край оказался в эпицентре двух крестьянских восстаний. В 1670 г. Самара была захвачена войсками Степана Разина, а в 1773 г. открыла ворота перед войском Емельяна Пугачёва.

При учреждении наместничеств – генерал-губернаторств – Самара и Ставрополь в качестве уездных городов в 1780 г. были приписаны к Симбирскому наместничеству. Сергиевск, Бузулук, Бугульма и Бугуруслан с 1781 г. – уездные города Уфимского наместничества. В это же время николаевские и новоузенские степи отходят к Саратовской губернии.

Такое положение оставалось на протяжении 70 лет. XIX век застал Самару небольшим уездным городом с крепостью, занимавшей чуть больше трёх десятин

площади. Население Самары составляло около 4 тысяч человек. В это же время население Ставрополя составляло свыше 2,5 тысяч человек. В конце 30-х – начале 40-х годов XIX века Самара начала исподволь преобразоваться. Усилившаяся колонизация края и рост коммерческих посевов пшеницы привлекли сюда интересы многих богатых фирм. В 1843 г. от самарской пристани отошёл первый пароход с грузом, открыв регулярное движение судов пароходного общества «По Волге» (пароходы начали делать рейсы по Волге с 1828 г.) [2].

6 декабря 1850 г. император Николай I издал Указ Правительствующему Сенату о создании с 1 января 1851 г. Самарской губернии, центром которой стала Самара с населением в 20 тысяч жителей. В ее состав вошли 7 уездов: 3 уезда Оренбургской губернии (Бугульминский, Бугурусланский, Бузулукский), 2 уезда Саратовской губернии (Николаевский, Новоузенский) и 2 уезда Симбирской губернии (Ставропольский, Самарский). Уезды делились на станы от двух до четырех в уезде. На территории вновь образованной губернии имелись 1 губернский город – Самара, и 6 уездных городов: Ставрополь, Бугульма, Бугуруслан, Бузулук, Николаевск и Новоузенск. В составе 7 уездов Самарская губерния просуществовала до 1917 г. Изменения происходили только в волостном делении [156].

Необходимо отметить, что за весь период своего существования Самара являлась индустриальной. К концу XIX века в городе было 46 заводов и фабрик, где работало 2,5 тысячи постоянных рабочих. В 1880 г. через Волгу в районе г. Сызрани был построен и ныне действующий Александровский железнодорожный мост. В 1900 г. – первая электростанция [2].

В дореволюционный период продолжал меняться административно-территориальный корпус губернии, в связи с чем менялась численность населения. К 1 января 1916 г. в Самарской губернии проживало 3986700 человек. Количество населенных пунктов составило 6052 [156].

К 1917 г. в Самаре действовало 90 промышленных предприятий, механическая хлебопекарня, элеватор ёмкостью 3,5 млн. пудов зерна. Население Самары достигло 150 тысяч человек.

Октябрьский государственный переворот 1917 г. произошёл в городе без единого выстрела. В июне 1918 г. Советская власть в городе была свергнута соединёнными усилиями городских повстанцев и чехословацкого корпуса. На 4 месяца власть перешла к КОМУЧу – комитету членов учредительного собрания. Была создана Российская республика из нескольких губерний, занятых чехами, и Самара стала её столицей. Самарская губерния находилась в эпицентре Гражданской войны. Разруха, сильный голод, вспышки эпидемий, приводили к высокой смертности населения, в том числе и младенческой. Тяжелое экономическое положение в этот период не позволяло открывать медицинские учреждения в губернии. 7 октября 1918 г. Советская власть была восстановлена при отступлении чехов из города и входа туда частей Красной Армии [59].

С 1917 г. и по настоящее время неоднократно менялись наименование и территория области, а также ее административный статус. По данным фонда Самарского губисполкома, в 1919 г. в губернии насчитывалось 9 уездов: Бугульминский, Бугурусланский, Пугачевский, Новоузенский, Самарский, Мелекесский, Екатеринштадтский и Ровненский, в составе которых числилось 435 волостей [156].

В 1921-1922 гг. в Поволжье был сильный голод. В 1921 г. по всей России им было охвачено 23 губернии с населением в 37 млн. человек, из них 30 млн. в Поволжье. Наиболее пострадавшей в этот период оказалась Самарская губерния, где только в августе 1921 г. голодало более полумиллиона человек. Массовое распространение цинги, тифа, дизентерии и т.д. приводили к высокой смертности среди населения, в том числе и среди детей [50].

Изменившиеся социально-экономические условия в Поволжье в 1923 г. позволили стабилизировать обстановку в регионе. Начавшийся с 1923 г. в Самаре подъём рождаемости сохранялся до 1927 г., в 1923 г. в Самаре родилось 5050, в 1927 г. — 6291 детей. В середине 20-х годов в Поволжье оставалась высокая смертность взрослых и детей. В 1925 г. в Самарской губернии работали 92 детских учреждения — в 2 раза больше чем в Ульяновской и Саратовской [200].

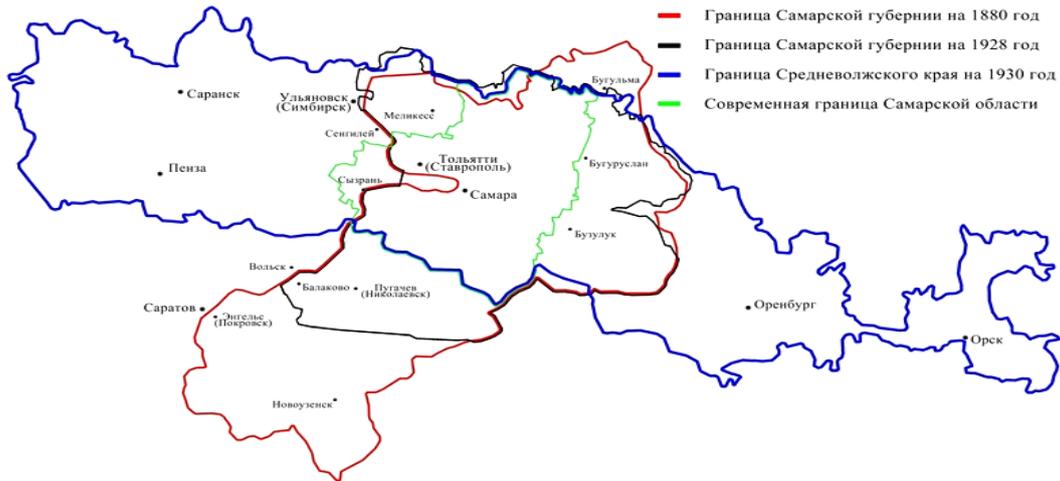


Рисунок 1 – Карта Самарской губернии, Средневожского края, Самарской (Куйбышевской) области

14 мая 1928 г. ВЦИК принял постановление образовать Средневожскую область, в составе губерний Пензенской, Самарской, Ульяновской и Оренбургской, с переходом от губернского, уездного и волостного деления на окружное и районное. 16 июля 1928 г. было утверждено разделение Средневожской области на 9 округов. 20 октября 1929 г. по постановлению ВЦИК РСФСР Средневожская область была переименована в Средневожский край, где Самара была центром (рис.1). Он занимал территорию в 247000 кв. километров с населением около 7 млн. человек, из числа которых 87,8% сельского и 12,2% городского. В административном отношении Край делился на 8 округов и 113 районов [191].

27 января 1935 г. Средневожский край переименован в Куйбышевский край, а Самара – в г. Куйбышев. С принятием Конституции СССР 5 декабря 1936 г. Куйбышевский край стал именоваться Куйбышевской областью. По справочнику административно-территориального деления РСФСР, на 1940 г. в составе Куйбышевской области было 59 районов, 5 городов (Куйбышев, Мелекес, Сызрань, Ульяновск, Чапаевск), 15 рабочих поселков [156].

Во время Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.) Куйбышев по

решению Государственного Комитета Обороны (ГКО) был назначен запасной столицей СССР. Здесь были размещены Правительство, дипломатические представительства (20 посольств и миссий), было эвакуировано 40 оборонных предприятий, 7 детских учреждений с 936 детьми [117].

19 января 1943 г. в состав вновь образованной Ульяновской области переданы из Куйбышевской области 24 района и города Ульяновск и Мелекес. По справочнику административно-территориального деления РСФСР на 1945 г., в составе Куйбышевской области находились 36 районов, 4 города: Куйбышев, Сызрань, Чапаевск и Кинель; 3 рабочих поселка: Алексеевка, Похвистнево и Тимашево. В послевоенное время индустриализация Куйбышевской области, бурное развитие нефтяной, газовой и химической промышленности, строительство крупнейшей в мире гидроэлектростанции вызвали рост городского населения, образование новых городов и рабочих поселков, стало больше медицинских учреждений, в том числе и детских [156].

Активно велась борьба с детской смертностью, желудочно-кишечными и инфекционными заболеваниями. Известно, что заболеваемость детей до 1 года дифтерией в 1956 г. составила 4,8, в 1959 г. – 1,8 на 1000 детей [201]. Улучшался количественный и качественный состав пищи ребенка. Исключением были послевоенные годы (1946-1948) - период замалчиваемого властями «неизвестного голода» в России, относительно которого мало работ. Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 25 января 1991 г. городу Куйбышеву возвращено имя, Самара, и область переименована в Самарскую [156].

С изменением административно-территориальных границ на исследуемой территории, менялась численность населения (табл. 1).

Таблица 1 – Численность населения в Самаре с 1914 по 1955 гг. [177; 202]

1914 г.	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
143800	147000	-	-	176000
1927 г.	1928 г.	1929 г.	1930 г.	1931 г.
-	-	205750	222308	250000
1932 г.	1933 г.	1934 г.	1935 г.	1936 г.
260000	260000	-	-	-
1937 г.	1938 г.	1939 г.	1940 г.	1941 г.
-	-	398000	400000	419200
1942 г.	1943 г.	1944 г.	1945 г.	1946 г.
597400	637000	528500	516200	528400
1947 г.	1948 г.	1949 г.	1950 г.	1951 г.
537500	483300	491600	510100	531400
1952 г.	1953 г.	1954 г.	1955 г.	
557500	590400	660700	687300	

Нами была оценена демографическая ситуация в отдельные исторические периоды на исследуемой территории в свете социально-экономических процессов, происходивших в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области (табл. 2).

Таблица 2 – Рождаемость, смертность и естественный прирост населения в Самаре (Куйбышеве) с 1923 г. по 1955 г. [200; 202]

Год	Общий коэффициент рождаемости	Общий коэффициент смертности	Общий коэффициент естественного прироста
1923	34,3	28,5	+5,8

Продолжение таблицы 2

Год	Общий коэффициент рождаемости	Общий коэффициент смертности	Общий коэффициент естественного прироста
1926	35,1	22,7	+12,4
1929	24,6	-	-
1930	24,3	-	-
1932	11,5	18,4	-6,9
1939	30,5	20,2	+10,3
1940	28,7	23,9	+4,8
1941	29,4	25,9	+3,5
1942	17,3	21,6	-4,3
1943	12,4	22,9	-10,5
1944	14,7	18,8	-4,1
1945	19,8	11,6	+8,2
1946	29,3	12,1	+17,2
1947	27,5	15,4	+12,1
1948	26,2	12,6	+13,6
1949	32,5	12,3	+20,2
1950	29,5	10,6	+18,9
1951	30,4	10,3	+20,1
1952	29,4	9,8	+19,6
1953	27	8,5	+18,5
1954	26,3	7,9	+18,4
1955	22,7	7,3	+15,4

Общий коэффициент рождаемости был самым высоким в 1923 и в 1926 гг., и, несмотря на высокий уровень смертности естественный прирост был положительным. В период голода (1932-1933 гг.) показатели рождаемости были низкими, а смертности высокими, вследствие чего естественный прирост являлся отрицательным. Наиболее высокий уровень рождаемости фиксировался в 1941 г. Падение рождаемости отмечено в 1942-1943 гг., что наряду с ростом смертности, выразилось в сокращении естественного прироста [202].

Только в 1945 г. показатель рождаемости возрос, но не обеспечивал расширенного воспроизводства населения. Причинами низкой рождаемости были снижение уровня жизни, повсеместное привлечение женщин, находящихся в тылу, в производство, призыв мужского населения области в ряды Красной Армии, административно-территориальное переустройство в 1943 г., что привело к сокращению численности населения [21].

К 1950-м годам удалось повысить рождаемость, снизить смертность, что выразилось в положительном приросте населения. В Куйбышевской области отмечалась стабилизация числа родившихся в 1947 г. по сравнению с 1946 г. В дальнейшем, на протяжении периода с 1946 по 1950-е гг., общий коэффициент рождаемости в 1947 г. оценивался как «ниже среднего», в 1949 г., 1952 г. - «выше среднего», в остальные годы (по 1950-е г. включительно) показатель имел «среднюю» оценку, т.е. «высокого» уровня рождаемости достичь не удалось [202].

Большое значение в Самарской губернии – Средневожском крае – Куйбышевской области имела транспортная развязка. Ее железнодорожный узел и переправы через реку Волгу принимали участие в отправке зерна из губернии в центр в 1918-1920 гг., эвакуации детей из голодных мест Поволжья (1921-1922 гг.), эвакуации населения в годы Великой Отечественной войны и др. Стратегии развития исследуемого региона определялись специфическими особенностями и проблемами ее территориального устройства [104].

Самарская область расположена на юго-востоке Восточно-Европейской равнины, в среднем течении Волги, где она делает дугообразную излучину - Самарскую луку. Волга делит область на две части: правобережье (высота до 375 м, Жигули) и левобережье (с Низким и Высоким Заволжьем). Самарская область - это субъект РФ, который входит в Приволжский федеральный округ. Она занимает площадь 53,6 тыс. кв. км, что составляет 0,31% территории России. На севере область граничит с Республикой Татарстан, на юге - с Саратовской, на востоке - с Оренбургской областью, на северо-западе - с Ульяновской. Самарская область протянулась с севера на юг на 335 км и с запада на восток на 315 км. Климат области - резко континентальный со среднегодовой температурой воздуха +3,8

градусов по Цельсию, средней температурой января -13,9 градуса, средней температурой июля +20,1 градуса [60]. Ландшафтная структура Самарской области весьма не однородна, что вызвано как географическими, зональными изменениями природных факторов (прежде всего климата), так и местными, региональными особенностями геологического строения, рельефа, растительного и почвенного покрова (леса, лесостепи, междуречье, сыртовая степь). В связи с этим в Самарской области фиксируются такие природно-очаговые и зооантропонозные инфекционные заболевания как геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), клещевой боррелиоз или болезнь Лайма, клещевой энцефалит, лептоспироз, туляремия, бешенство. Их эпидемиологической особенностью является строго выраженная сезонность, что обусловлено биологией животных носителей и переносчиков инфекций [73].

Глава 2. РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ В САМАРСКОЙ ГУБЕРНИИ – СРЕДНЕВОЛЖСКОМ КРАЕ – КУЙБЫШЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственная система охраны здоровья детей первых трех лет жизни стала создаваться с первых дней установления Советской власти, в первую очередь, для организации борьбы с огромной младенческой смертностью [93]. В первые годы становление системы охраны здоровья детей первых 3-х лет жизни осложнялось военной интервенцией, гражданской войной, разрухой, голодом, эпидемиями, недостатком квалифицированного медицинского персонала [74]. В своем первоначальном развитии советская государственная система охраны младенчества прошла определенные этапы: организационного становления, осмысления практических и научных задач своего развития, бурного развития сети учреждений системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни и т. д. Насколько успешно решались (не решались) задачи каждого этапа, наиболее адекватно об этом можно судить по двум показателям - росту сети учреждений охраны младенчества и уровню младенческой (детской, по терминологии того времени) смертности [3].

Анализ состояния охраны младенчества в Самарской губернии – Средневожском крае – Куйбышевской области является необходимым, так как во все исторические периоды область считалась промышленной и аграрной, экономически сильной, с большой численностью населения, в сравнении, например, с Ульяновской и Саратовской областью. При изменении административно-территориальных границ Самара всегда оставалась центром, где финансирование было выше, нежели в других регионах. Это давало возможность системе охраны здоровья детей первых трех лет жизни развиваться быстрее в Самаре, чем в Ульяновске и Саратове [203; 204].

В целях борьбы за жизнь и здоровье детей, для организации и координации деятельности в этом направлении, Советское правительство подписало декрет об учреждении 1 января 1918 г. отдела охраны материнства и младенчества (ОММ)

при Наркомате государственного призрения, переименованном в апреле того же года в Наркомат социального обеспечения [152]. В Самаре в этот период создаётся подотдел ОММ под руководством доктора Л.Я. Флаум [205]. Охрана здоровья детей первых трех лет жизни в Самарской губернии не могла развиваться без указаний Центрального отдела ОММ. В Москве, с самого начала становления системы ОММ разрабатывались различные декреты, циркуляры, правила, постановления, приказы, направленные на снижение заболеваемости и младенческой смертности, организацию питания и улучшение физического развития ребенка, создание сети детских учреждений (дома ребенка, детские дома, ясли, детские консультации и молочные кухни), подготовки кадров для работы в системе охраны здоровья детей первых трех лет жизни [150]. Л.Е. Флаум, совместно с сотрудниками и ведущими деятелями в педиатрии (Курзон В.М., Гринберг С.А., Кавецким Р.Е., Николаевым Н.Д., Штаерман И. Я. и др.), внедряли в регионе всё на тот момент новое, разрабатываемое в Центре [205].

В исследовании большое внимание уделялось анализу данных, подвергнутых исследователями статистической обработке, но их не всегда удавалось найти в печатных и архивных источниках. В этих случаях мы для подтверждения того или иного положения приводили абсолютные цифры.

2.1. Оказание медицинской помощи детям в дореволюционный период

В 1864 г. Указ Императора Александра II «Положения о губернских и уездных земских учреждениях» дал начало рождению работоспособной системы оказания медицинского обслуживания населения. Эволюция земской медицины в Самарской губернии во многом определялась общими тенденциями развития здравоохранения в России и шла по пути роста численности медицинского персонала и значительного расширения сети лечебных учреждений [24]. Когда в 1851 г. образовалась губерния, в Самаре была открыта врачебная управа, которая ведала казёнными больницами, аптеками и уездными лекарями. Первым

инспектором Самарской врачебной управы стал доктор медицины Эдуард Карлович Финке. В 1851 г. на всю 20-тысячную Самару имелась всего одна лечебница (сейчас бы сказали – стационар) с 12 койками, а при ней – только один дипломированный врач. В 1865 г. в Самаре было уже 7 врачей, 26 фельдшеров, 360 кроватей для больных [72].

Самарская губерния одной из первых в России провела земскую реформу. 11 января 1866 г. Самарское Губернское Земское собрание постановило учредить школу фельдшеров и школу повивальных бабок. 1 мая 1867 г. в фельдшерскую школу было принято 10 учеников и 5 учениц. Директором был назначен акушер-гинеколог Антон Иосифович Кулеша [184].

В этот период Самарским Губернским Земством учреждались ясли-приюты, куда помещали крестьянских детей. Целью этих яслей являлась борьба с детской заболеваемостью и смертностью, а также «духовное» воспитание. К 1898 г. насчитывалось 3 учреждения [181].

На средства, выделенные органами местного самоуправления, в Самаре 6 сентября (20 сентября) 1875 г. была открыта Самарская земская больница. По тем временам это было передовое лечебное учреждение на 255 коек, размещённых в четырёх каменных и четырнадцати деревянных строениях . Первым старшим врачом губернской больницы являлся Антон Фёдорович Кулеша . П.В. Алабин в своей книге «25 лет Самары как губернского города» писал: «Самарская земская больница служит как бы центром, в котором сосредотачивается всесторонняя разработка вопросов, касающихся народной медицины губернии». В Самарской губернии открывались и другие земские, городские и уездные больницы, которые осуществляли помощь детям. Так, в 1898 г. в Самаре и 7 уездах Самарской губернии было принято 325 детей с желудочно-кишечными заболеваниями [192].

В 1882 г. в городе были организованы общество врачей и институт бесплатных думских врачей для лечения бедного населения. Председателем общества являлся А.И. Кулеша. Его же назначили руководителем отдела «по общественной гигиене», который рассматривал один из главных вопросов – «о призрении младенцев-подкидышей». В отчетах отдела указывалось на высокую

смертность среди младенцев. Так, на 1 ноября 1881 г. из состоящих на учете 108 младенцев-подкидышей умерло 84. На заседаниях общества А.И. Кулеша ставил вопросы о немедленном спасении детей. Он выступал за снижение заболеваемости «дифтеритом», пневмонией, малярией и др.; за качественные искусственные смеси (например, смесь Бидерта) и за улучшение физического развития ребенка [190].

Органами местного самоуправления проводилось финансовое обеспечение приютов для детей-подкидышей. Для этих целей губернским земством было выделено 13 тысяч рублей. Первый приют на 30 коек учредили в 1881 г., но он стал функционировать в Самаре с 1882 г. Сначала он располагался во временном помещении, а потом в специально построенном здании с «числом нянь и кормилиц». Заведующим был фельдшер, а с 1910 г. приютом заведовал врач. Совместно с врачами губернской земской больницы он осуществлял осмотр и лечение детей.

В 1885 году, в связи с высокой детской смертностью, Губернское земство открыло ясли-приюты. На их устройство выделили 300 рублей. Ясли давали возможность матерям не выкидывать детей на улицу. Было введено усиленное питание для детей и их кормилиц. Для этого закупаались коровы, а для кормилиц были увеличены средства «на пиво» и мясные порции. Заведовала яслями женщина-врач.

В 1888 г., в виду перегруженности ясель подкинутыми детьми, их закрыли, но в 1898 г., в связи с высокой смертностью среди крестьянских детей, их открыли вновь и только на летнее время (с 1 июня по 1 сентября). Так, ясли просуществовали до 1917 г. [161].

В Самарской губернии происходило образование и других приютов для детей, оставшихся без попечения родителей.

23 сентября 1893 г. на Самарском губернском собрании было зачитано заявление баронессы Гойнинген фон-Гюпе о назначении пособия для учрежденного ею приюта детей, оставшихся сиротами после смерти их родителей от холеры.

Губернское собрание 11 июня 1894 г. постановило: «В память радостного для всей России событие - предстоящего бракосочетания Великой Княжны Ксении Александровны для крупных сирот в селениях Бугульминского уезда ежегодно ассигнованы по 300 руб. и на вечные времена приурочить ко дню годовщины Ее Императорского Величества».

По Постановлению губернского собрания детей-подкидышей отдавали в частные семьи: «кормильцам на грудь, нянькам на «рожок»». По преимуществу их привозили в деревню. За содержание ребенка в городе платили 4 руб. в месяц, а в деревне 3 руб. В Самарской губернии впервые детей отдавали на воспитание в 1879 г., в большей степени беднякам. Дети, попавшие в эти семьи были всегда голодными и медленно умирали без достаточного надзора в грязных и холодных помещениях. В 1881 г. передачу детей в крестьянские семьи приостановили. В стремлении хоть как-то облегчить положение детей Управа увеличила оплату. В соответствии с Постановлением земского собрания от 11 декабря 1882 г. выделялось по 10 руб. в месяц семьям, взявшим детей на усыновление.

На попечении земства в 1902 г. пребывало 536 детей. Возвращено родителям - 79, усыновлено - 23. В приют за 1902 г. поступило 333 ребенка. Из них 215 были подкинута к частным домам города Самары и присланы в приют «с помещений», 30 доставлены из уездов губернии, 9 подброшены к зданию больницы. В возрасте до одного месяца было 195 детей (58,56%), свыше года - 43 (12,92%), мальчиков - 135 (40,54%), девочек - 198 (59,46%).

В 1904 г. на попечении земства находилось 607 подкинутых детей. В приют поступило 399 детей: мальчиков - 180 (45,11%), девочек - 219 (54,89 %). Полиция доставила 289 человек из города Самары. Они были подкинута в церквях, на кладбищах, пароходах, железно-дорожных станциях и т.д.

С 1882 по 1906 гг. через приюты Самарского губернского земства прошло 5457 детей-подкидышей и сирот, в год по 259 детей. Умерло 4228 (77,48%) [72].

Рост промышленности, и в связи с этим увеличение численности рабочих, угроза эпидемий, активизировало процесс развёртывания сети медицинских учреждений. Одновременно повышалось качество медицинского обслуживания,

как самих рабочих, так и населения в целом. Считалось, что медицинская помощь была в этот период на достаточно высоком уровне, в сравнении с другими волжскими городами. В Самаре уже функционировали: обычная земская больница с родильным домом, колония для душевных больных, приют для подкидышей, бактериологическая лаборатория, готовившая антидифтерийную сыворотку, бактериологическая станция имени Пастера, а также богадельня. Самара стала первым городом в России, где открылся кумысолечебный санаторий [72].

Во всех больницах губернии осуществлялась медицинская помощь детям. С 1901 г. в Самарской губернии все уезды разделили на участки. В центре участка находилась или больница, или приемный покой, или амбулатория, в которых вели прием детей до 5 лет. Всего в этом году было принято 32318 посетителей, в том числе и детей (табл.3).

Таблица 3 – Количество приемов на участках в уездах Самарской губернии в 1901 г. [193]

№ пп	Наименование уездов	Количество участков	Количество приемов
1	Самарский	19	9801
2	Ставропольский	5	3150
3	Бугульминский	6	2615
4	Бугурусланский	10	2748
5	Бузулукский	10	4734
6	Николаевский	13	3771
7	Новоузенский	15	5499

В 1902 г., основоположник педиатрии в Самарской губернии В.М. Курзон, вступает в общество врачей и становится руководителем секции по борьбе с детской смертностью, а с 1904 г. началась его педагогическая работа в Самарской фельдшерско-акушерской школе.

В ноябре 1902 г. была открыта городская больница на средства купца А.Н. Шихобалова. В ней, как и в других учреждениях имелись терапевтическая, гинекологическая, хирургическая, детская амбулатории и др. В детской амбулатории земской и городской больниц трудилось 4 земских врача, 3 фельдшера, прислуга. В 1902 г. в детскую амбулаторию городской больницы обратились 7016 детей, а в 1905 г. – 9396 детей от 1 года до 5 лет [183]. В 1914 г. в Самарской Губернской Земской больнице было принято 5027 детей, в возрасте от 0 до 5 лет (табл.4).

Таблица 4 – Число принятых детей в Земской больнице в 1914 г. [182]

	Мальчики	Девочки	Всего
До 6 месяцев	1130	1273	2403
От 6 месяцев до года	1057	900	1957
От года до 5 лет	2477	2550	5027

Несмотря на широкое развитие в Самаре амбулаторной помощи детям, их матерям еще недостаточно разъясняли важность грудного вскармливания. В 1908 г. Общество врачей Самарской губернии приняло решение об образовании молочных пунктов на летнее время. Их открыли на средства Субботина Андрея Андреевича в 1909 году. Он был купцом и потомственным почетным гражданином, почетным членом Самарского губернского попечительства детских приютов.

На молочных пунктах велась пропаганда за грудное вскармливание. Матерям разъяснялось, что ребенка необходимо кормить грудным молоком до 6 или хотя бы до 3-х месяцев. Женщинам, не имеющих возможности кормить своего ребенка грудью, выдавали молоко. Пункты размещали вблизи проживания населения, молоко выдавалось только по требованиям детских амбулаторий. Следует отметить, что «бедняки» брали молоко благодаря слухам о «каком-то лекарственном молоке» [182].

С 1911 г. в Самаре помощь детям оказывал В.М. Курзон. Он заведовал детской амбулаторией и приютом для подкидышей в Самарской земской больнице, а в 1918 г. реорганизовал приют в Дом матери и ребенка [135].

Таким образом, к 1917 г. помощь детям в Самарской губернии оказывали земские врачи. В губернии существовало 13 земских больниц, 107 больниц и приемных покоев в городах и сельской местности. Во многих деревнях прием вели фельдшера. Всего насчитывалось 262 врача, 587 фельдшеров и фельдшериц, 71 повивальная бабка, 22 оспопрививателя, 48 дантистов, 6 массажистов, 158 фармацевтов, 78 аптекарей-учеников. В амбулаториях земских больниц было обслужено 2437307 взрослых и детей [72; 123; 173].

Большое значение в снижении смертности среди детей имели приюты для детей-подкидышей, молочно-питательные пункты и ясли. Архивные документы свидетельствуют, что к 1917 г. в Самаре функционировал один приют для детей, оставшихся без попечения родителей. В отчете подотдела охраны материнства и младенчества указывалось: «До Октябрьской революции у нас в Самарской губернии совершенно не было учреждений ОММ, за исключением детского приюта на 30 коек при бывшей земской больнице...». На летнее время, в период высокой смертности детей от летних детских поносов, в Самаре открывались 5 молочно-питательных пунктов и 4 яслей-приютов, вместо 3.

2.2. Организация закрытых учреждений (дома ребенка и др.)

Начало строительства Советской системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни происходило в годы Гражданской войны. Эта трагедия нашей страны породила большое количество сирот. Как отмечал свидетель той трагической эпохи П. Боголепов, «страшную беду являло большое число беспризорных, грязных, оборванных, больных детей не только старшего, но и грудного возраста, которых можно увидеть не на улицах, а «бережно завернутых», подброшенных в «подъезды домов, парадные учреждений, ...эти дети-

подкидыши...» Подобное положение обязывало органы охраны младенчества заниматься в первую очередь организацией детских учреждений для беспризорных детей [3].

Поскольку борьба с высокой младенческой смертностью считалась наиболее важной, то была развернута широкая работа по организации учреждений закрытого типа: домов ребёнка, домов матери и ребёнка и т. д. К ноябрю 1920 г. в Советской России было зарегистрировано 111 домов матери и ребенка, 270 приютов для детей до 1 года, 159 приютов для детей от 1 года до 3 лет; в 1927 г. в РСФСР функционировали 122 домов матери и ребенка, 226 домов ребенка [3]. Сеть закрытых учреждений развивалась и в Самарской губернии.

Несмотря на тяжелейшую ситуацию в условиях Гражданской войны (1918-1922 гг.), в Самаре работали 2 дома матери и ребёнка на 135 коек, важнейшей задачей которых являлась борьба за жизнь детей [206].

Период голода (1921-1922 гг.) – одно из самых трагических событий в отечественной истории XX века. Самой уязвимой возрастной категорией в этот период были дети в возрасте от 0 до 3-х лет. Их бросали на улицах городов Самарской губернии. Каждый день в Самару прибывало большое количество детей из уездов. Среди них было много брошенных младенцев. Сначала их размещали в «приемники-коллекторы», а затем в дома ребенка. Отметим, что детские учреждения были переполнены в несколько раз [207]. В Самарской губернии в 1921 г. имелось 6 домов матери и ребёнка (на 410 коек), куда ежедневно подбрасывали по 15-20 детей. В Самаре общее число детей в детских домах достигало 1,5 тыс., по уездам - 5 тыс., в то время как общая вместимость учреждений по городу составляла 395, по уездам - 1655 мест [208; 209].

В Саратовской губернии по уездам функционировало 15 детских домов, в которых содержались 555 детей [203]. В Симбирске - в детском доме, рассчитанном на 40 человек, помещалось более 105 человек [204].

В период новой экономической политики, первое место занимала борьба с детской беспризорностью и подкидыванием. В это время была большая безработица. Матери, оставаясь без средств к существованию, отказывались от

своих детей. С 1926 г., в связи с улучшением экономического положения в регионе, число подкинутых детей уменьшилось. Если в 1924 г. в Самаре было подкинуто 343 ребенка, то в 1928 г. их уже стало 275. В эти годы наметилась тенденция к сокращению закрытых детских учреждений [200].

В уездах Самарской губернии, за счет сокращения детских домов, домов ребенка и пр., стали возникать ясли. В 1927 г. в Самарской губернии функционировало 5 домов матери и ребёнка, вместо 6 [210], а в Ульяновской губернии – 1 дом матери и ребёнка [211]. Но в Саратовской губернии в 1926 г. еще преобладало количество закрытых учреждений: работали 13 домов матери и ребёнка [203].

В начале периода строительства социализма, в 1929-1930 гг. в городах и промышленных районах Средневолжского края по-прежнему имелись 5 домов матери и ребёнка на 210 коек [191], но следующая волна голода (1932-1933 гг.) потребовала увеличения закрытых детских учреждений. В городах края наблюдался рост детской беспризорности, из-за прибывших детей из сёл, которые размещались в не оборудованных рабочих бараках и сараях. Местные органы власти подбирали детей на улицах и помещали в приемники-распределители, откуда потом направляли в детские дома. Учреждения были перегружены в Самаре на 340, в Оренбурге на 220, в Ульяновске на 380, в Кузнецке на 200 детей и т. д. Содержание их шло за счёт ухудшения и без того плохого материального обеспечения. Поступающие дети были крайне истощены, среди них отмечалась высокая смертность [212].

Местные органы власти направили все ресурсы на увеличение мест в имеющихся детских домах и организацию новых детских домов на 1045 мест. Так, в Самаре в 1933 г. был открыт Дом ребенка №1 на 120 коек, который функционирует и сегодня. Всё финансирование, выделенное в этом году на развитие детского здравоохранения, распределялось на организацию закрытых учреждений [212]. Если в 1928 г. в Средневолжском крае функционировало 5 домов ребенка, то к 1934 г. их стало уже 14 [57].

Необходимо отметить, что сеть закрытых учреждений продолжала расти до

начала Великой Отечественной войны. В Куйбышевской области с 1936 г. число детских домов для детей дошкольного возраста, в которых находились младенцы от 1 до 3-х лет увеличилось: в 1936 г. был 1 детский дом на 55 мест, а в 1940 г. - 24 на 401 место [213].

Можно полагать, что число закрытых учреждений увеличивалось из-за вовлечения женщин в производство, перехода их на полную занятость, а также из-за необходимости устройства брошенных детей матерями, которым запретили делать аборт на основании декрета принятого 27 июня 1936 г. "О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многосемейным, расширении сети родительных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и некоторые изменения в законодательство о разводах" [164]. За сделанный аборт грозило уголовное наказание [214].

Великая Отечественная война, обусловленные условиями военного времени особенности политического и социально-экономического развития страны привели к обострению проблемы детской беспризорности и безнадзорности. С первых дней войны органы Советской власти при содействии общественных и профсоюзных организаций начали активно проводить мероприятия, направленные на помощь детям, оставшимся без попечения родителей [53].

Одной из причин, породившей беспризорность, была массовая эвакуация, в ходе которой многие дети потеряли своих родителей.

Большинство детей-сирот эвакуировались из угрожаемых зон в глубь страны, в том числе и Куйбышевскую область. Например, Совет народных комиссаров СССР принял решение до 15 августа 1942 г. эвакуировать в тыловые районы страны из Ленинграда 25000 детей-сирот, в том числе детей, находящихся в дошкольных детских домах [215]. В этой сложной обстановке власти обращались к Советской общественности, особенно комсомольцам и в местные активы женщин-общественниц. Женщин призывали помогать домам ребенка, приемникам-распределителям, дошкольным детским домам и проявлять внимание к детям, которые потеряли связь с родителями из-за войны. Женщины

подготавливали помещения для приема детей, шили им белье, готовили пищу для вновь приезжающих. Общественницы посещали закрытые учреждения, следили за их состоянием и помогали в педагогической работе [216]. Власти поощряли через прессу патронат и усыновление осиротевших детей.

В период войны в Куйбышеве функционировали 5 домов ребенка, в которых увеличивалось количество мест. Например, в доме ребенка № 1 вместо 120 стало 200. В 1942 г., в связи с необходимостью размещения прибывших детей, дома ребенка открывались и при яслях. Так, при яслях № 10 г. Куйбышева дополнительно был открыт дом ребенка на 70 коек, куда в 1942 г. поступило 89 детей, в 1944 г.- 42, в 1945 г.- 53 ребёнка. [213; 217; 218].

Сразу после Великой Отечественной войны были созданы органы и учреждения социальной защиты детей-сирот. В период с 1945 по 1947 гг. отмечался максимальный рост беспризорности.

Но если бы война была единственной причиной детского сиротства, то с ее окончанием число сирот должно было пойти на убыль. Однако этого не произошло [53]. Другой причиной можно назвать голод, который тоже стал главным источником роста беспризорности. Появилась необходимость в открытии новых закрытых учреждений, либо увеличении мест в уже имеющихся. В Куйбышеве в 1945 г. количество домов ребенка сократили до 3, но в них увеличили количество мест. В доме ребенка №1, вместо 120, стало функционировать 150 мест. В этом же году в Куйбышеве открылся еще 1 дом матери и ребенка. В учреждениях не хватало продуктов питания, белья, медицинского оборудования и лекарств, игрушек и др. Число детей в детских учреждениях продолжало расти и достигло своего максимума в 1947-1948 годах [219].

В период голода 1946-1948 гг. в город из сельской местности бежали целыми семьями, но, попав в безвыходное положение, родители вынуждены были нередко бросать детей, тем самым давая им шанс на спасение. Детей помещали в детские приемники, приемники - коллекторы и др., которые были переполнены. Заметную долю среди детей-сирот составляли младенцы, сданные в дома ребенка

матерями-одиночками. Рост внебрачных рождений был следствием особой демографической ситуации, сложившейся в результате войны и государственной политики. Громадные потери населения, численное преобладание женщин брачного возраста, низкий материально-бытовой уровень жизни требовали принятия специальных мер для стимулирования рождаемости. С 1944 г. отцы детей, рожденных вне брака, освобождались от какой-либо ответственности за них. В свидетельстве о рождении ребенка вместо имени отца ставили прочерк [53]. В том же году на основании Указа Президиума Верховного Совета СССР «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», детей, рожденных вне брака, разрешалось принимать на государственное обеспечение в дома ребенка и детские дома. Доля детей матерей-одиночек в домах ребенка к 1946 г. выросла и составила более половины от общего числа поступивших. Сокращение этой категории детей в 1947 г. связано с тем, что из-за голода резко увеличилась доля подкидышей, и матерям-одиночкам отказывали в приеме их детей из-за отсутствия мест. Еще одной причиной детской беспризорности и сиротства была волна репрессий, последовавшая сразу после войны. Доля детей, чьи матери были арестованы, среди воспитанников домов ребенка увеличилась в 1948 г. более чем в два раза по сравнению с предыдущим годом и достигла 8%. На детей, чьи родители были арестованы, распространялся порядок устройства детей-сирот. Это можно расценить как косвенное признание репрессий в качестве одного из факторов сиротства. Однако, из-за нехватки мест в домах ребенка при аресте матери, детей до 3 лет стали отправлять вместе с ней в места заключения [219]. В августе 1949 г. срок содержания детей при осужденных матерях был сокращен, при этом дети старше двух лет должны были передаваться на содержание близких родственников осужденных или в детские учреждения [53].

По мере преодоления последствий войны, массовых репрессий численность детей-сирот сокращалась. Положение детей в закрытых детских учреждениях

улучшалось. В Куйбышеве в начале 50-х гг. ситуация с численностью домов ребенка не менялась, их по-прежнему было 3, но менялись методы работы. В 1951 г. в Куйбышеве дома ребенка перевели в новые здания, построенные, согласно новым нормам строительства. Дом ребенка №1, по-прежнему, имеющий 150 коек считался карантинным. В дом ребенка №3 на 100 коек поступали дети, выдержавшие карантин в доме №1. Дом ребенка №2 на 100 мест перепрофилировали для детей, страдающих хронической дизентерией. Все дома ребенка имели изоляторы на 6-8 мест, отдельные входы и выходы. Здания имели центральное отопление и водопровод. Коэффициент полезной площади составил от 3-х до 4-х метров на ребенка [220].

В домах ребенка содержались дети до 2-3-х лет. В дальнейшем, их переводили в детские дома, усыновляли и т.д. Так, из дома ребенка №2, где содержались здоровые дети за 1951 г. выбыло 288 детей. Из них 114 или 40% взято родителями, 30 детей (10%) усыновлено, 97 детей или 37,7% переведены в детские дома, 47 находились в детских санаториях и больницах [220].

К 1954 г. дома ребенка были оснащены медицинским оборудованием и медикаментами полностью, но по-прежнему не хватало игрушек. А если они и были, то только для проведения совместных игровых занятий [220].

К середине 50-х годов численность детей приблизилась к довоенному уровню. Изменились и источники сиротства. На первый план выдвинулись такие причины как невозможность или неспособность родителей содержать и воспитывать своих детей по причине нужды, болезни, инвалидности, или аморального образа жизни [53].

Таким образом, в период голода, Гражданской и Великой Отечественной войн, репрессий в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области проблема сиротства была чрезвычайно актуальной. Дети-сироты и дети, оставшиеся без родителей, требовали к себе наибольшего внимания со стороны органов местной власти. В связи с этим создавалась и расширялась сеть закрытых учреждений. Несмотря на то, что дети-сироты находились под опекой государства, все же можно отметить, что государственная политика по всем этим направлениям стала развиваться преимущественно лишь в 60-70-е годы.

2.3. Ясельное обслуживание

Ведущее место среди учреждений охраны младенчества занимали ясли [65]. Первое появление и дальнейший рост ясельной сети начинался с решения проблем организационного и медико-воспитательного характера, вследствие отсутствия опыта по коллективному воспитанию детей [20]. Детские ясли были созданы для правильного всестороннего развития детей, оказания помощи матери в их воспитании. Появление учреждений давало возможность женщине-матери активно участвовать в общественной, производственной и культурной жизни страны [9].

Анализ истории ясельного дела позволяет выявить очередные цели и подытожить достижения. Одной из первых задач была борьба с детской смертностью, противодействие инфекционным заболеваниям в яслях, которые наряду с профилактической работой, пропагандой грудного вскармливания являлись ведущими направлениями деятельности ясельных учреждений [83].

Ко второй, не менее важной стороне проблемы развития яслей следует отнести воспитательную работу, основными элементами которой являлись оптимальное налаживание режима во всех возрастных группах, осуществление медико-гигиенических мероприятий (питание, уход и т.д.), правильная организация прогулки и соблюдение всех остальных элементарных правил жизни (кормление, сон, и т.д.).

Особенность становления яслей заключалась еще в том, что руководство ими со стороны органов здравоохранения осуществлялось при непосредственном контроле состояния здоровья детей, посещающих эти учреждения. Данное направление было обеспечено с первых дней развития ясельного дела путем анализа статистических отчетов яслей, в которые вошли основные показатели, характеризующие состояние здоровья детского коллектива. В целях изучения эффективности деятельности яслей и определения мероприятий по усовершенствованию их работы, Институтами охраны материнства и младенчества проводился ряд специальных исследований (проектирование

специальных зданий для яслей, разработка новых видов питания, режима дня детей, углубленный анализ состояния здоровья детей, находящихся в яслях, наблюдение за динамикой заболеваемости и пр.) [22].

В процессе совершенствования качества медицинского обслуживания детей в яслях участвовали организаторы охраны младенчества, врачи-педиатры и средний медицинский персонал.

В реализации поставленных задач ясельные учреждения развивались быстрыми темпами. Рост ясельных учреждений сопровождался увеличением ясельных мест. В РСФСР в 1917 г. насчитывалось 14 районных и фабричных яслей, к 1920 г. было развернуто 567, в 1927 г. - 669 яслей. В 1932 г. РСФСР в колхозах и совхозах имелось 102690 мест в постоянных яслях, а к 1933 г. их стало 277808. Особенно бурное развитие ясельной сети происходило в 1936 г., после вступления в силу декрета от 27 июня 1936 г. [3]. К началу войны в СССР было развернуто более 1 млн. мест в постоянных детских яслях и около 5 млн. во временных сезонных яслях в сельской местности. В 1942 г. число мест в яслях СССР сократилось на 25% за счет свертывания их в зоне военных действий на оккупированной территории [83].

После Великой Отечественной войны, на IV Всесоюзном Съезде детских врачей рассматривался вопрос об улучшении санитарного состояния яслей и приведение в соответствие числа мест в яслях с существующими санитарными нормами. В СССР, начиная с 1947 г. одновременно с ростом ясельных учреждений, число мест в них сократилось. В 1950 г. число мест в постоянных яслях по СССР было приведено в соответствие с санитарными нормами и к 1955 г. в развитии ясельной сети был достигнут предвоенный уровень (1940 г. было 824000, 1955 г. - 851000 мест). Улучшение санитарного состояния не замедлило сказаться на улучшении качества ясельного обслуживания и повышения посещаемости яслей [22].

На территории Самарской губернии в первые годы Гражданской войны (1917-1922 гг.), в условиях голода, эпидемий, когда масса детей оставались сиротами, на росте сети резко отразились экономические и хозяйственные

затруднения, переживаемые губернией. Все силы и средства местных органов здравоохранения расходовались на медицинское обслуживание бойцов Красной Армии, борьбу с эпидемиологическими заболеваниями и организацию, в первую очередь закрытых учреждений [137].

Как было отмечено в предыдущей главе нашего исследования, в связи с большой смертностью среди детей до 1 года, особенно в сельской местности, стали учреждаться сезонные ясли-приюты, которых к 1917 г. насчитывалось 4 учреждения, а к 1922 г. 5. Они находились в с. Чердаклы, с. Андреевке, с. Матвеевке, и др., к 1918 г. ясли были закрыты ввиду отсутствия финансирования, но к 1922 г. опять открылись и уже считались постоянными. В Самаре в этот период подобных структур не было [173].

В РСФСР, в конце Гражданской войны и после ее окончания (1920-1922 гг.) произошел весьма значительный рост числа яслей (на 61,7%) [3], что нельзя сказать о Самарской губернии. В Поволжье в этот период был «страшный» голод, который добавил тысячи сирот и беженцев, и речь шла не о культурном развитии, а о спасении детей от голодной смерти. Ясли, летние ясельные площадки практически не функционировали, а если и были, то выполняли минимум задач, новые учреждения не открывались [221]. В Самарской губернии насчитывалось 5 примитивных яслей (на 200 мест), которые практически не функционировали [222]. Необходимо отметить, что в этот период возрождение ясельной сети, являлось чрезвычайно важной проблемой. А.Б. Генс подчеркивал: «...несмотря на голод губерний, удалось в 1922 г. увеличить ясельную сеть, что никак нельзя было отнести к Самарской губернии, т. к. в Самаре и области ясли начали свое активное строительство с 1923 г.» [29].

В СССР, напротив, в 1923 г. наблюдалось существенное падение количества ясельных учреждений. Видимо, это было обусловлено переходом к НЭП в 1921 г. В связи с передачей финансирования учреждений в бюджет местных органов охрана младенчества пережила острый кризис, который особенно проявился в 1922-1923 гг., когда прекратились выплаты пособий матерям [3]. В 1923 г. вынуждены были закрыться 729 яслей, осталось только 558. Однако, как указано

выше, в Самарской губернии благодаря помощи местных властей и зарубежных организаций в конце 1922 г. удалось улучшить положение с ясельными учреждениями. Проведённая в Самаре с 8 по 15 марта 1923 г. «неделя охраны матери и младенца» активизировала процесс появления новых яслей, за счёт свертывания домов матери и ребёнка, в которых регистрировалась наибольшая детская смертность [223]. По статистике Отдела здравоохранения Самарской губернии в Самаре в 1923 г. ясли посещали 130 детей, которые провели 47 тысяч детских койко-дней. В уездах за год соответственно 240 детей и 89700 койко-дней. Численность открытых детских учреждений к 1925 г. была значительно увеличена. В городах Самарской губернии было 55 постоянных и летних яслей, в Саратовской губернии-10 яслей, в Ульяновской губернии-12 яслей [210; 224; 225].

Особое внимание со стороны общества и государства в 20-е годы прошлого столетия уделялось созданию яслей в деревнях [15; 141]. В 1924 г. в Самарской губернии впервые были организованы 6 сельских летних яслей. В 1926 г. уже функционировало 48 сельских летних яслей. В 1925 г. средняя продолжительность дней работы летних яслей составляла 55, а в 1926 г. – 62 дня. В среднем в одних яслях находились 26-27 детей в возрасте от полугода до пяти лет. В 1926 г. летние ясли обслуживали 0,9% детей от трех до шести месяцев, 7,8% – от шести месяцев до одного года, 43,5% детей от 1 года до 3 - х лет, 34,4% – от 3 до 5 лет [226].

В Самарской губернии расширение ясельной сети продолжалось до 1927 г. По-прежнему преобладало количество открытых учреждений - 105 постоянных городских и летних яслей [140]. С 1925 по 1927 гг. сеть ясельных учреждений возросла почти на 90%. В 1928 г. в Самарском округе (в составе Средневолжской области губернии считались округами) работало 49 сельских яслей [142].

Расширение ясельной сети стало возможным с увеличением с 1925 г. вложенных средств в развитие детских учреждений. Согласно Постановления СНК РСФСР от 22.05.1928 г. предприятия Самарского округа обязали участвовать в финансировании детского здравоохранения. 14 сентября 1928 года завод № 15 г. Троицка Самарского округа перечислил на эти цели за апрель - июль месяцы 1479 руб. 66 коп. Из данной суммы 104 руб. 88 коп. предназначались на аренду здания

детских яслей. Оставшиеся средства можно было получить в кассе завода, или переводом на расчётный счёт на другие нужды [227].

В Самаре бюджет службы охраны младенчества увеличился в 1928-1929 гг. более чем вдвое (табл. 5) [228].

Таблица 5 – Финансирование сети ОММ в г. Самаре

Годы	1925-1926	1926-1927	1927-1928	1928-1929
Средства	68810	113844	148507	152000

В 1929-1930 гг. в городах и промышленных районах Средневолжской области функционировало 45 постоянных яслей на 1515 мест. После преобразования области в край, в связи с присоединением Бузулукского округа число летних яслей с 50 возросло до 74. В сельских местностях до 1929 г. не было постоянных, а имелось 178 летних яслей. В Самарском округе работали 88 постоянных яслей, число сезонных летних – возросло до 811 на 27000 мест [229]

Несомненно, на начало пятилетки в крае явно не хватало материальной базы для оказания полноценной медицинской помощи детям [68].

Большое значение в становлении и развитии системы охраны здоровья детей имел «Пятилетний план здравоохранения Средневолжского края», который был внедрен в конце марта 1930 г. В нем были установлены лимиты финансирования на увеличение строительства детских учреждений и расширение кадровых ресурсов в период с 1929 г. по 1933 гг. С момента утверждения плана правительством и краевыми руководящими органами прошло не менее года [191]. Анализ позволяет считать 1929 г. стартом грядущей пятилетки – активной фазы деятельности в области охраны младенчества, а предыдущий 1928 год – итогом всей ранее проведенной работы [191].

Согласно плану, в Средневолжском крае расходная часть бюджета охраны младенчества в отраслевом срезе здравоохранения к 1933 г. должна была составить 11104,4 рублей. Анализ позволяет считать, что финансирование системы охраны здоровья детей первых 3-х лет жизни увеличивалось с каждым годом существенно. На конец пятилетки ассигнования должны были превысить

почти в 10 раз средства, выделяемые в 1927-1928 гг. [227].

Сеть детских учреждений развивалась в городах и промышленных районах с расчётом обеспечения детского населения медпомощью применительно к нормам, установленным НКЗ РСФСР. Для строительства детских учреждений отделом здравоохранения Самарского округа принимались различные постановления и разрабатывались рекомендации [18]. Нормы закреплялись типовыми проектами (например, проект «на 120 детей № 1603») [195].

Согласно пятилетнему плану здравоохранения (1929-1933 гг.) число постоянных яслей в городах к 1933 г. намечалось увеличить в 3,3 раза. (рис. 2).

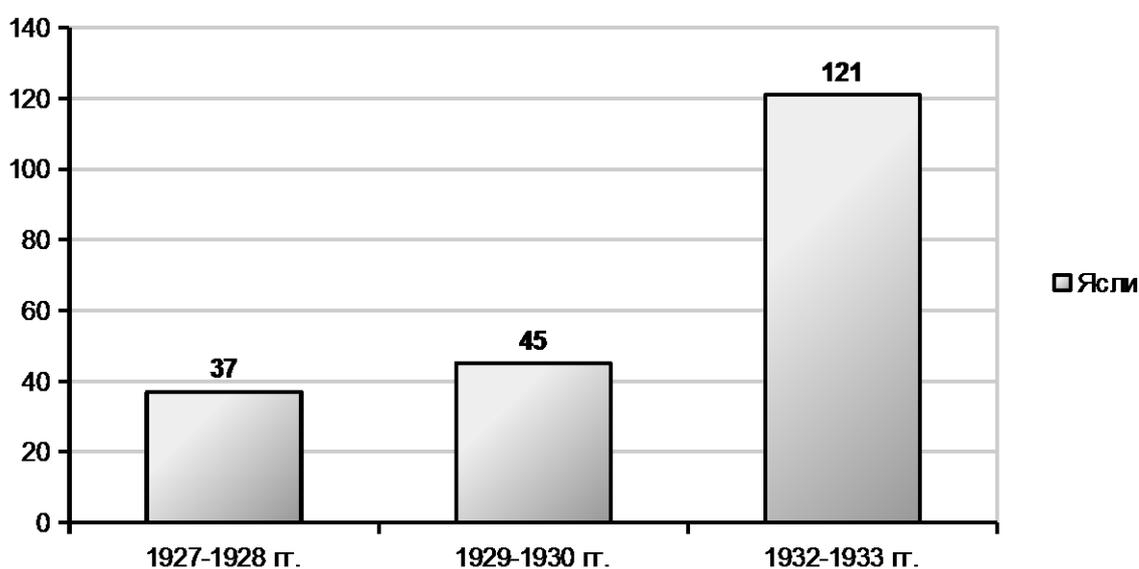


Рисунок 2 – Пятилетний план развития постоянных яслей в городах Средневолжского края (абс. ч.)

К концу пятилетки сеть постоянных яслей в сельских поселениях планировалось увеличить в 81,1 раза, а сезонных в 32,1 раза (рис. 3). Число мест в постоянных и летних яслях рассчитывалось для совхозов по нормам НКЗ РСФСР (на 1000 женщин-работниц - 60 мест в постоянных яслях) [33]. К созданию летних яслей намечалось привлечь колхозы. Расходы на содержание постоянных колхозных яслей полностью возлагались на органы здравоохранения, а на летние сезонные на половину от затрат трудящихся [191].

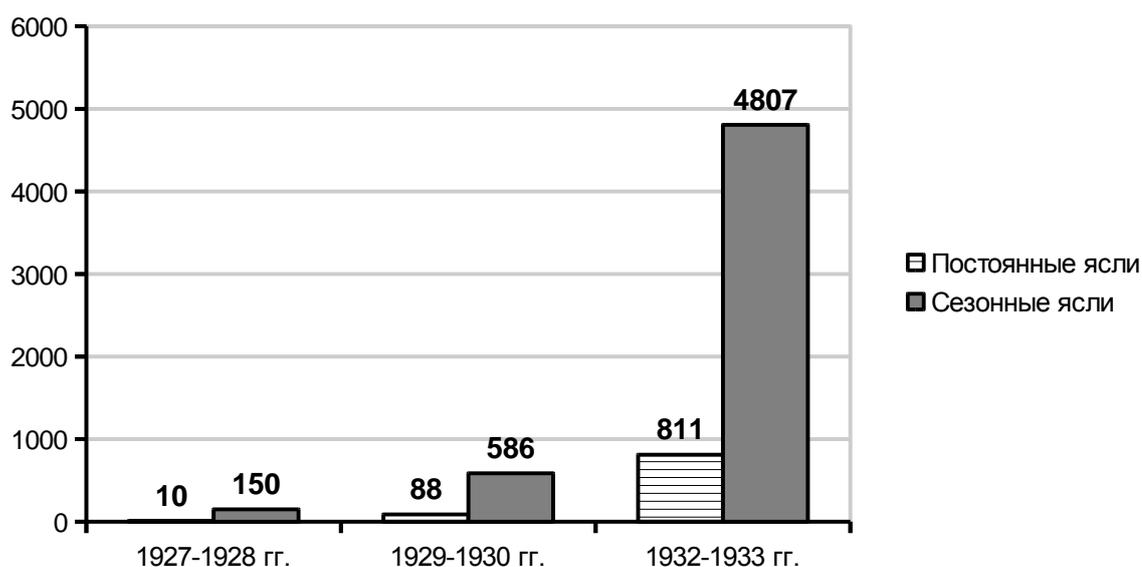


Рисунок 3 – Пятилетний план развития постоянных яслей в сельских поселениях Средневолжского края (абс. ч.)

В публикациях самарских исследователей указывалось на выполнение намеченного пятилетнего плана в 1932-1933 гг. по развертыванию ясельной сети в городах на 95%. Ученые считали, что за этот период тенденция на укрепление охраны младенчества продолжалась (табл. 6) [144].

Таблица 6 – Рост сети детских учреждений в Средневолжском крае в 1928-1933 г. [144]

Наименование учреждений	1928 г.	1932 г.	1933 г.
Городские детские постоянные ясли	30	76	115
мест в них	1055	5119	6056
Сельские постоянные ясли	7	137	159
мест в них	105	4813	4827
Сезонные сельские ясли	371	5976	7420
мест в них	11133	184885	294000

Данные таблицы свидетельствуют, что число городских постоянных яслей увеличилось в 3,8, а мест в них – 5,8 раз; сельских постоянных яслей – в 22,7, мест в 45,9 раз. Число сезонных сельских яслей и мест в них по сравнению с периодом до начала пятилетки выросло в 20 раз. Но в отчетах городского отдела здравоохранения региона отмечается тяжелое положение детей в «поволжской деревне». В 1932-1933 гг. был сильный голод и в городах края наблюдался большой рост детской беспризорности. Большинство ясельных учреждений закрывали, передавали под детские дома и приемники – распределители. В сельской местности ясли закрывались из-за отсутствия средств [212].

Ситуация стала улучшаться с конца 1934 г. Работа в детских яслях строилась «под углом зрения» - «лицом к производству». Из-за большего участия женщин в производстве, росло число ясельных учреждений при заводах и колхозах. На развитие сети органами здравоохранения Средневолжского края было выделено 9958,4 рублей [230].

В рамках строительной программы, в Самаре наблюдалось увеличение числа постоянных яслей. Если в 1931 г. было 13 на 560 мест, то к 1934 г. яслей стало 26 на 1155 мест, т. е. ясельная сеть в 1934 г. увеличилась на 100%. В Куйбышевской области сеть возросла в 1,2 раза: вместо 138 в 1935 г., стало 154 в 1939 г. [231] (табл. 7).

Таблица 7 – Число ясельных учреждений в Куйбышевской области [231]

Наименование учреждений	1935	1936	1937	1938	1939
Постоянные ясли	138	141	138	152	154
Мест в них	4718	4793	4718	5935	6536

Великая Отечественная война (1941-1945 гг.) внесла существенные коррективы в работу здравоохранения Куйбышевского региона, приходилось решать задачи, напрямую связанные с условиями военного времени [158]. В

сложившейся ситуации особенно сложно пришлось детскому здравоохранению [17]. После отказа от новой экономической политики в 1927 г., активное развитие, в предвоенный период строительства социализма, системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни, прервалось 22 июня 1941 г.

Обеспечение детей ясельными местами и медицинской помощью в Куйбышевской области осложнялось большим притоком эвакуированных из западных регионов СССР. Приёмом и размещением детей, помимо руководства области, занимались органы образования, здравоохранения, НКВД. В Куйбышеве эвакуацией руководил В.Ф. Шагимарданов. Выписка из решения Исполнительного Городского Совета народных депутатов от 28 ноября 1941 г. «О предоставлении помещений под аппарат уполномоченного Совета по эвакуации при СНК по Куйбышевской области» гласит: «В исполнение решения Совнаркома СССР от 19/XI – 1941 г. за № 10284 верхний этаж отделения школы № 24 (2 комнаты) предоставить Эвакоотделу Облисполкома и уполномоченному эвакоотдела города (одну комнату). Нижний этаж помещения этого отделения использовать для размещения эвакуированных с больными детьми» [232]. Особое внимание было уделено детям блокадного Ленинграда. 29 мая 1942 г. Куйбышевский обком ВКП (б) и облисполком приняли решение о размещении в пределах области 35 тысяч жителей Ленинграда, в том числе 5 тысяч детей [232].

Финансирование эвакуированных детских учреждений осуществлялось за счёт средств бюджета, выделяемых Облоно и Облисполкомами, а также предприятиями и учреждениями. Возникали серьёзные затруднения с материальным обеспечением, ресурсов явно не хватало. Дети испытывали недостаток одежды, обуви, предметов личной гигиены. В специальном постановлении № 151 СЭ от 19 декабря 1941 г. «О состоянии эвакуированных детских учреждений» отмечалось, что большинство райисполкомов крайне мало уделяли внимание нуждам эвакуированных детей, плохо используют возможности местных предприятий и артелей для производства столь необходимой одежды и обуви [55]. Именно оперативное вмешательство руководства региона позволило принять незамедлительные меры к обеспечению эвакуированных детских

ясельных учреждений питанием, топливом, одеждой [139]. В 1941 г., в период эвакуации населения страны в г. Куйбышев, из учащихся школ и Куйбышевского института охраны материнства и младенчества формировались эпидемиологические отряды, которые работали на эвакуопунктах. Они принимали участие в размещении детей по детским учреждениям, в том числе и яслям [233].

Эвакуированные дети принимались в городских и сельских яслях, которые из-за возросшего количества оборонных предприятий, где трудилось много женщин, организовывались вблизи заводов. Работа яслей во время Великой Отечественной войны была направлена на создание наиболее благоприятных условий труда «матери-работницы» промышленных предприятий. В связи со сменной работой фабрик и заводов менялись формы ясельного обслуживания. Возросло число круглосуточных групп, изоляторов, карантинных групп в яслях для детей, бывших в контакте с инфекционными заболеваниями. Это давало возможность принимать в ясли не только здоровых и ослабленных детей, но и детей, имевших контакт с заболевшим ребенком. В результате матери не пропускали работу и повышалась производительность труда [234].

В этот период сеть ясельных учреждений в городских поселениях страны увеличилась в 1,4 а в сельских в 1,2 раза, что нельзя сказать о Куйбышевской области: если в СССР на 31.12. 1942 г. в городских поселениях насчитывалось 5221, в сельских местностях – 9910; в 1944 г. – в городских поселениях – 7029, а в сельских – 11122 постоянных яслей [235], то в Куйбышевской области к 1943 г. число постоянных городских яслей сократилось более чем в 2 раза (табл. 8).

Таблица 8 – Число ясельных учреждений в Куйбышевской области [236]

	1940 г.	1941 г.	1942 г.	1943 г.
Города				
Ясли постоянные	77	75	36	25
Села				
Ясли постоянные	83	97	86	75

*Данные на 1.01.

Анализ таблицы показал, что с 1942 г. число детских яслей в Куйбышевской

области стало уменьшаться, так как помещения передавались под эвакогоспитали, но число детей в яслях не уменьшалось. Появилась необходимость в дополнительных ясельных местах. Например, в яслях, рассчитанных на 40 мест, увеличивали до 80-90. [236]. Уменьшение числа детских яслей связано также с тем, что в 1943 году линия фронта отодвинулась на Запад, а также согласно постановления Правительства (январь 1943 г.) о разделении Куйбышевской и Ульяновской областей, значительная часть учреждений охраны младенчества отошли к Ульяновской области [237].

К концу Великой Отечественной войны в Куйбышевской области выполнили постановление СНК СССР от 10.11.1944 г., требующего расширения сети детских учреждений и улучшения медобслуживания детей. Если в начале 1944 г. было 25 яслей на 2105 мест, то в 1945 г. стало 40 яслей на 3540 мест, т.е. сеть увеличилась в 1,6 раз [219; 238].

После Великой Отечественной войны (1945-1947 гг.), в условиях голода и разрухи, увеличение сети детских учреждений осложнялось недостатком помещений. Имеющиеся здания нуждались в капитальном ремонте, что требовало определенного финансирования. Специальных строительных контор, занимающихся ремонтными работами не было, поэтому эту функцию выполняли частные лица. Выполнение и качество проведенных ремонтных работ контролировалось строительным отделом Горздрава [239].

В послевоенное время, согласно пятилетним планам, органами здравоохранения решались вопросы по увеличению ясельной сети. В связи с развернувшейся в Куйбышевской области в 50-х годах промышленностью, эти вопросы считались очень важными. Местные органы здравоохранения заботились о здоровье каждого ребенка, находящегося в яслях. На одном из совещаний в Горздраве указывалось, что с целью снижения заболеваемости у детей 0-3-х лет и воспитания здорового поколения, необходимо расширять ясельную сеть. В 1954 г. органы здравоохранения выделили на эти цели 101 миллион рублей [240].

В этот период большое внимание уделялось деятельности яслей. Медицинские работники, учитывая анатомо-физиологические особенности

ребенка, осуществляли уход за детьми. Врач проводил систематический осмотр детей, что давало возможность своевременно выявить инфекционные, желудочно-кишечные заболевания и отклонения. Он следил за питанием детей, режимом сна, нарастанием веса, развитием речи и настроением ребенка. Медицинская сестра наблюдала за детьми и об их состоянии сообщала врачу. Медицинские работники принимали участие в размещении в яслях мебели и оборудования, строго соблюдая санитарно-гигиенические нормы, следили за состоянием одежды, игрушек и пособий. Врач яслей акцентировал свое внимание на оздоровительные мероприятия: проветривание помещений, сон на улице, прогулки на свежем воздухе, воздушные ванны, водные процедуры (обтирание, душ и пр.) [197].

Медицинские сестры проводили среди матерей санитарно-просветительную работу по вопросам питания детей, режима сна, прогулок на свежем воздухе, своевременного обращения к врачу при первых случаях появления инфекционных заболеваний, а также о значимости для ребенка проведения иммунопрофилактики [165].

В период с 1945 г. по 1956 г. число яслей и мест в них в Куйбышевской области увеличилось (рис. 4) [241; 242].

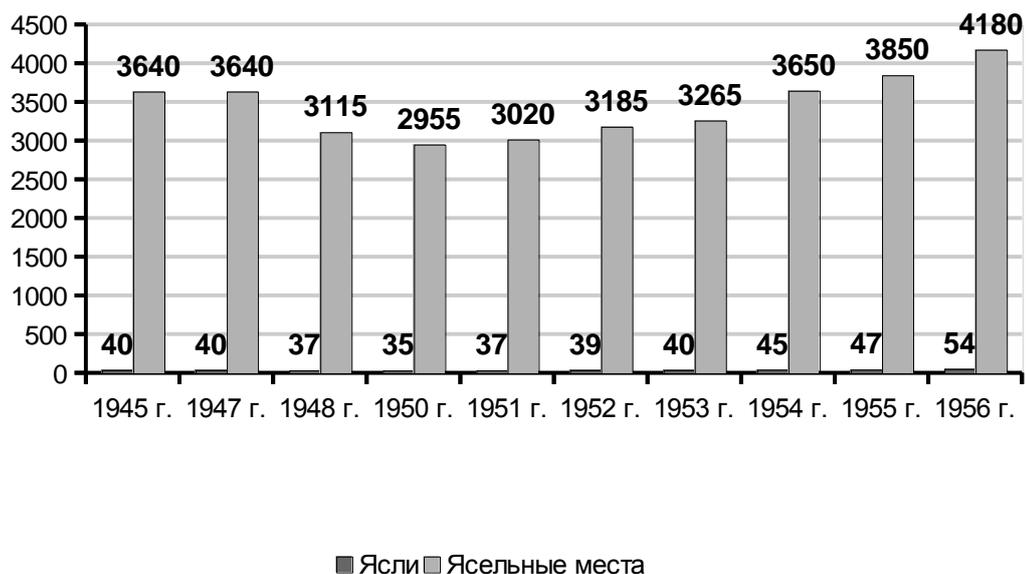


Рисунок 4 – Число яслей и ясельных мест в г. Куйбышеве с 1945 г. по 1955 г.

Анализ данных показал, что в Куйбышеве выросшая в 1945 г. ясельная сеть в 1951 г. сократилась: 5 ясельных зданий были переданы под больничные учреждения. Количество ясельных учреждений стало увеличиваться с 1952 г., и к 1956 г. число яслей, в сравнении с 1945 г. возросло почти в 1,3 раз, а число ясельных мест в 1,2 раз. На рисунке видно, что в отдельные периоды происходило сокращение мест в яслях. Так, в 1947 г. было 40 учреждений и 3640 мест, а в 1953 г. в 40 яслях было 3265 мест; в 1948 г. в 37 учреждениях было 3115 мест, а в 1951 г. на 37 учреждений приходилось 3020 мест и т.д. [241; 242]. Вероятно, как было указано выше, это свидетельствует о том, что в детских учреждениях ясельные места приводили в «соответствие», согласно необходимым санитарным нормам.

В первую очередь ясельными местами обеспечивали работающих женщин, но существующая ясельная сеть не могла удовлетворить потребности всех матерей. Большинство из них ожидали очереди для получения ясельного места в детском учреждении. В связи с этим в конце шестой пятилетки было предложено увеличить ясельную сеть [83].

Таким образом, с 1918 г. по 1950-е годы, органы здравоохранения Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области принимали все необходимые меры по созданию и расширению ясельной сети. Несмотря на огромные сложности в период голода (1921-1922 гг.), (1932-1933 гг.), (1946-1947 гг.), годы Гражданской войны (1917-1920 гг.), ВОВ (1941-1945 гг.), трудности послевоенного времени, руководству региона удавалось находить необходимые средства на обеспечение детей первых 3-х лет жизни местами в яслях. В первую очередь ясельные места предоставлялись детям тех женщин, которые были заняты на производстве. Большое значение в учреждении имела профилактическая работа, благодаря которой удавалось своевременно оказывать медицинскую помощь больным детям (создание карантинных групп по коклюшу, дизентерии, туберкулезу и др.), профилактическая работа была направлена на снижение среди детей в возрасте до 3-х лет уровень желудочно-кишечных и инфекционных заболеваний, улучшение физического и умственного развития ребенка.

2.4. Организация детских консультаций и молочных кухонь

Большое значение в снижении детской заболеваемости и смертности имела детская консультация, которая возникнув как учреждение профилактического характера для обслуживания только здоровых детей, постепенно расширяла свои функции и впоследствии принимала больных, т. е. можно считать, что основным назначением консультации была профилактическая и лечебная работа [3].

В начале XX века были созданы консультации для грудных детей, которые оказывали разнообразную поликлиническую помощь детям [7]. Приоритетной задачей в их работе значилась пропаганда и обучение матери правильному уходу и вскармливанию, а также наблюдение за развитием ребенка с первых дней жизни [34]. При недостатке молока у матери питание можно было получить в организованной при консультации молочной кухне, в задачи которой входило приготовление специальных смесей и прикорма (соки, каша, кисели и т. д.) по рецептам врача, а также санитарно-просветительная работа. Постепенно функции этих двух учреждений стали совпадать, что было особенностью России [95]. В консультациях для грудных детей возникли такие формы работы, как связь с родильными домами для привлечения матерей с детьми, санитарно-просветительный патронаж, наблюдение врача за развитием ребенка до 1 года. Именно эти формы работы легли в основу амбулаторно-поликлинической помощи детям как в РСФСР (СССР), так и в исследуемом регионе [98].

Несмотря на все трудности становления системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни, сеть консультаций и молочных кухонь в период с 1917 г. по 1955 г. постепенно расширялась. В РСФСР к 1919 г. было 58 детских консультаций и 47 молочных кухонь. В 1927 г. работали 461, а к 1931 г. в городах страны 1552 консультации. К началу ВОВ в СССР функционировали 5803 детских и женских консультаций. После войны сеть детских консультаций и молочных кухонь значительно выросла [3].

На территории Самарской губернии в период Гражданской войны (1918-1922 гг.) поликлиническая помощь характеризовалась разрывом между

профилактической и лечебной работой. В Самаре детям до 3-х лет амбулаторная помощь оказывалась в одной маленькой консультации [243]. Небольшая молочная кухня при ней готовила молочные смеси не только для учреждения, но и для всего детского населения города [243]. Необходимо отметить, что в консультации на первом месте была профилактическая работа, частью которой являлось санитарное просвещение [103]. На основании положения по «организации патронажа для детей первого года жизни», медицинские работники добивались вскармливания детей грудью, боролись с ранним прикормом и переводом младенцев на искусственное вскармливание [110]. В Самаре с родителями проводили беседы, разъясняющие пользу грудного вскармливания для жизни и здоровья детей. Местные органы власти обязывали ясельных работников помогать работающим матерям, договариваться с начальством о предоставлении перерывов для кормления младенцев [244].

Во время голода (1920-1922 гг.) детские консультации не открывались из-за недостатка средств. Благодаря зарубежным организациям в губернии удавалось оказывать медицинская помощь детям [159]. Они совместно с местными органами власти организовывали медицинские осмотры и разрабатывали количественные нормы и качественный состав пищи. Так, представитель Американской администрации (организации) помощи Вильям Шафрот и председатель Комиссии помощи голодающим при Губздраве Берштейн провели медицинский осмотр детей в 5 амбулаториях Самарского уезда [245]. Освидетельствованию подлежали дети от 1 до 15 лет. В ходе осмотра их распределяли на ослабленных, «лихорадочных», «тифозных» и болеющих цингой. По распоряжению Комиссии помощи голодающим при Губздраве количество заболевших детей, переданных во врачебно-питательные пункты, фиксировали в «отчетную ведомость по столовой», на основании которой дети получали питание [246]. Для этого было необходимо сделать устное заявление врачу столовой. Дети получали продукты, согласно выявленным заболеваниям: учитывались количество порций, витаминный состав и пр. [159].

Благодаря проведенным мероприятиям ситуация стала улучшаться. В

Самаре с 1923 г. начали открываться консультации для грудных и малых детей, где за год было принято 8922 ребёнка. Имеющаяся в Самаре молочная кухня в 1923 г. выдала 22854 порции смеси для грудных детей [247]. К 1925 г. в Самаре действовали уже 5, в уездах Самарской губернии - 12 детских консультаций [210]. В Саратовской губернии в этом году было 18, а в Ульяновской губернии 5 детских консультаций [225]. К 1927 г. в Самарской губернии дети в возрасте от 0 до 3-х лет обслуживались 16 учреждениями [107]. В 1928-1930 гг. в городах и промышленных районах Средневолжской области функционировало 37 детских консультаций.

В этот период все младенцы находились на учёте в консультации. Дети в возрасте от 1 до 3 лет были охвачены консультативной помощью всего на 15% [191]. Большое значение имел обязательный санитарно-просветительный патронаж [44]. Медицинские сестры посещали младенцев на дому, обучали матерей практическим навыкам ухода [49]. Первоначально патронаж осуществлялся до 6-месячного возраста, затем его проводили детям до 3-х месяцев. Среднее число посещений в 20-х гг. патронажной сестрой к ребёнку составляло около 6,5 раз в год, но в зависимости от показаний к некоторым детям сестра приходила 2-3 раза в месяц, а к другим – 1 в 2-3 месяца [34].

В ходе патронажа медицинские сестры приглашали мать с ребёнком на прием к врачу. С каждым годом количество посещений в консультациях увеличивалось. Например, в консультации № 1 в 1927 г. было 13727, в 1928 г. 16939 посещений. Матери слушали советы врача, осваивали приемы ухода [248].

Мать, после рождения ребёнка, приходила с ним в консультацию в течении первого месяца один раз в неделю, затем один раз в две недели до 8-9 месяцев и один раз в месяц до двухлетнего возраста, т.е. каждый ребёнок обследовался до 40 раз [248].

В 1930 г. большую роль в улучшении детского питания играла молочная кухня Средневолжского Института охраны материнства и младенчества, которая являлась образцом для всех «питательных» учреждений края. Сотрудники осуществляли методическую работу, консультации и инструктаж по организации

детского питания, выполняли научные исследования. Молочная кухня Института обеспечивала питанием госпитализированных детей грудного возраста и района, обслуживаемого консультацией [249]. На основании требований из отделений и рецептов врача консультации на молочной кухне проводилась ежедневная запись в дневнике, составлялась суточная ведомость, в которую заносили расчёты количества смесей на каждого ребёнка, а также регистрировали учёт полученного цельного молока, соков, прикормов. На молочной кухне готовили до 20 видов смесей, соки, каши, кисели, супы. В 1931 г. было отпущено 126000, в 1933-301000 порций. Снижение производства детского питания в 1934 г. до 150000 порций произошло из-за сокращения числа детей в физиологическом отделении и ликвидации патроната [249].

В период голода (1932-1933 гг.) имеющиеся кухни в городах края снабжали детей только «лечебными» молочными смесями. В 1932 г. на молочных кухнях охват детей составил всего 25%. Ощущался недостаток молока. Вводилась оплата, с целью возможности расширения ассортимента. В «инструкции о правилах приёма и порядке обслуживания населения культурно-бытовыми учреждениями НКЗ» указывалось: «Пользующиеся пайками из молочной кухни получают пайки с оплатой по следующей шкале, если на 1 члена приходится: до 15 рублей - выдавался бесплатный паёк; от 15 до 20 рублей - уплачивалось 25 рублей; от 30 до 40 рублей - плата по себестоимости... Себестоимость включала в себя все расходы по молочной кухне, в том числе и заработную плату» [250].

К 1934 г. в Средневолжском крае сеть молочных кухонь увеличивалась: с 13 в 1928 г. до 27 в 1934 г. Но они имели малую суточную пропускную способность (охват детей до 1 года - 75%, после года - 25%). Расширение ассортимента и увеличение числа порций до 20000 ежедневно, считалось возможным за счет открытия новых молочных кухонь, однако, сеть этих учреждений в этот период расширялась слабо [57]. В 1934 г. на окраине города была открыта одна молочная кухня, в которой готовили соки, детские смеси, отвары, кефир; прикорм в виде каш и киселей. Но молоко доставляли с частыми перебоями или в малом количестве и плохого качества (низкий % жирности). [251].

В 1935 г. сеть молочных кухонь в сёлах не функционировала на полную мощность, что объяснялось отсутствием врачей-специалистов и достаточных

«ассигнований в бюджете». Молочные кухни выдавали недостаточно продукции: «...в 3-ем квартале 1935 г. было всего выдано 156244 порции, что составило 25% от плана. Матери не брали смеси по причине дороговизны» [251].

В селах организовывались собрания с матерями, где выясняли причины слабого обращения в молочные кухни. Принятые на собраниях рациональные предложения по улучшению работы кухни, внедрялись в работу [252].

Индустриализация страны требовала создания условий для эффективной работы по оздоровлению детей. До формирования пятилетнего плана (1929-1933 гг.) в Средневолжском крае в городах функционировало 33 детских консультаций, а в сельских местностях 5 совместных детских и женских консультаций [191]. Для полного охвата детей консультациями, число приемов в городах и сельской местности планировалось к 1933 г. удвоить, что позволило бы полноценно обслуживать детей (рис.5). Но следующая волна голода (1932-1933 гг.) не позволила увеличить сеть учреждений. Из сел в города области родители бежали вместе с детьми. Имеющиеся в городе консультации были перегружены из-за увеличения числа приемов, за счет детей из сельской местности. Охват консультативной помощью младенцев составлял всего 4% [253].

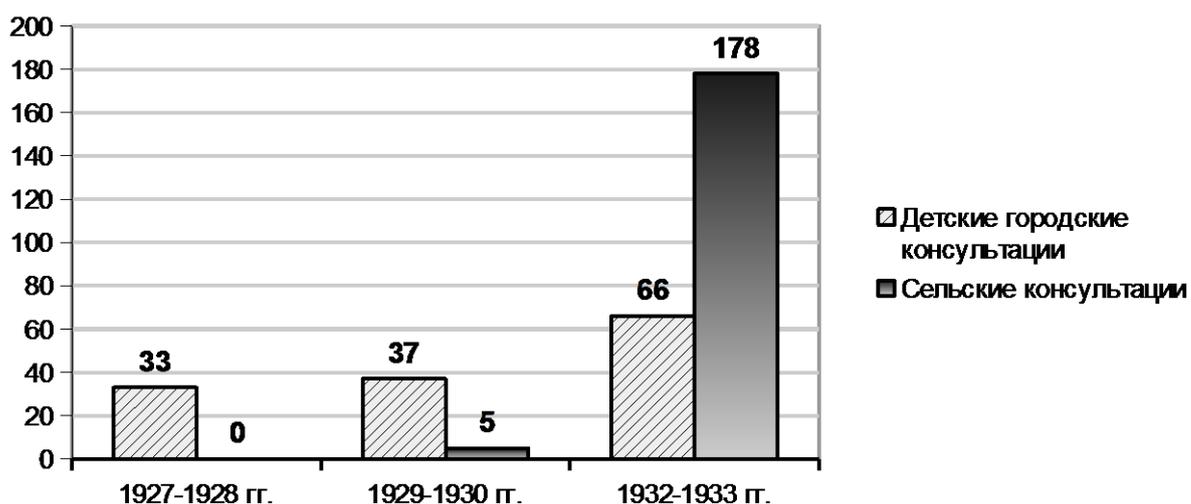


Рисунок 5 – Пятилетний план развития детских консультаций в городах и сельской местности в Средневолжском крае (абс. ч.) [191]

Благодаря финансированию, выделенному на развитие детского здравоохранения, в крае возросло количество детских консультаций, в сравнении с началом пятилетки. В Самарском округе в 1928 г. было 46, в 1933 г. стало 74 консультации. Число их к 1933 г. увеличилось в 1,6 раз [213].

В середине 30-х, в Куйбышевской области, несомненным достижением являлось установление единства лечебной и профилактической работы, введение участкового принципа и начало диспансерного наблюдения за здоровыми и детьми с хроническими заболеваниями. Недостатком являлся малый охват профилактическим наблюдением детей в возрасте от 0 до 3-х лет, не посещающих детские учреждения [98].

В этот период расширение деятельности детских консультаций требовало увеличения сети учреждений. Если в 1935 г. была 21 консультация, то в 1939 их стало 49, т. е. сеть увеличилась в 2,3 раза [213].

Большое значение придавалось и работе молочных кухонь, число которых постепенно увеличивалось, вместе с тем увеличилась и пропускная способность (табл. 9) [254].

Таблица 9 – Число молочных кухонь и пропускная способность в них в 1937 г., в 1940 г.

	Город		Село	
	На 1.01.1937	На 1.11.1940	На 1.01.1937	На 1.11.1940
Число молочных кухонь	11	12	2	6
Пропускная способность за 1 день	8283	9036	1506	4518

Анализ архивных документов показал, что в Куйбышевской области в 1937 г. было 13, а в 1940 году 18 молочных кухонь. Пропускная способность в 1937 г. составила 9789, в 1940 г. - 13554 порций [229]. Пропускная способность

увеличилась в 1940 г. почти на 70%, но по-прежнему ощущались перебои с доставкой молока.

К началу Великой Отечественной войны были разработаны основные формы и методы работы детских консультаций. Благодаря работе данных учреждений, были улучшены показатели здоровья детей, сократилась инфекционная заболеваемость, снизилась детская смертность [98].

В начале Великой Отечественной войны в ряде мест участковая система была ликвидирована, не всех заболевших детей обслуживали на дому, патронаж детей стал неудовлетворительным [111]. Не стала исключением и Куйбышевская область, где с массовым притоком детей, работа участковой службы стала мало эффективной [122].

Перед органами здравоохранения области была поставлена задача - обеспечить лечебно-профилактической помощью детей, как находящихся в тылу, так и эвакуированных [109]. В 1942 г. правительство обязало органы здравоохранения СССР, в том числе и Куйбышевской области в кратчайший срок восстановить существовавшую до войны систему медицинской помощи детям, прежде всего участковый принцип деятельности детских консультаций и поликлиник [169; 170]. Благодаря деятельности Куйбышевского института охраны материнства и младенчества в области удалось усилить работу участков и патронаж соответственно [234].

В период войны в городах Куйбышевской области число самостоятельных детских консультаций уменьшилось. Если в 1940 г. их было 8, то к 1943 г. их стало 3. В связи с этим сократилось число молочных кухонь и пищевых станций (табл. 10). Пищевыми станциями считались пункты выдачи детского питания и диетической продукции. Данные подразделения имели свою лабораторию, которая позволяла расширять ассортимент продуктов. Уменьшение числа детских учреждений связано с административно-территориальным переустройством в 1943 г., а также передачей помещений под эвакогоспиталя и дневные стационары

для прибывших детей 0-3 лет [236; 237].

Таблица 10 – Число молочных кухонь и пищевых станций в Куйбышевской области

	1940 г.	1941 г.	1942 г.	1943 г.	1944 г.
Молочные кухни и пищевые станции	18	20	19	10	10
Пропускная способность за 1 день	13550	14945	18200	7931	7720

Анализ таблицы показал, что вместо 18 в 1940 г., в 1943 г. стало 10 молочных кухонь и пищевых станций. Отмечалась слабая пропускная способность. Из-за отсутствия дров, станции детского питания могли вообще не работать. Необходимо отметить, что в тяжелые годы войны на молочных кухнях были грязь, давка, теснота и духота. Всё это приходилось выдерживать женщинам, приходящим за питанием вместе с детьми. Дети оставались без необходимой пищи [122]. Чрезмерная занятость матерей не давала им возможности своевременно приготовить пищу дома, поэтому обеды для своих детей они получали на «пищевых станциях» [37].

На основании приказа Министерства здравоохранения об улучшении помощи женщинам и их детям, к 1945 г. число консультаций в Куйбышеве увеличилось в 2 раза. В 1944 г. их было 11, в 1945 г. стало 22 [219; 238]. Расширение сети консультаций отмечалось и в последующие годы. Однако, в послевоенные голодные годы (1946-1947 гг.), пищевые станции и молочные кухни, функционирующие при детских консультациях, работали неудовлетворительно и находились под угрозой закрытия. Все учреждения находились на хозрасчёте, и от реализации продукции зависело их дальнейшее существование. По нормам детские пищевые станции должны были отпускать ежедневно на 1 ребёнка 200 грамм манной каши на 1/3 молока с 2 граммами жира, 200 грамм супа и 19 грамм мяса. Фактически выдавались 200 грамм манной каши

на воде с 2 граммами жира от супа. Молоко не отпускалось совсем [255].

После войны, в период голода и разрухи нужно было охватить консультативной помощью всех детей в возрасте от 0 до 3-х лет, усилить патронаж: приблизить врача и медицинскую сестру к ребенку и его семье, к дому. В связи с высокой заболеваемостью детей в консультациях организовать дополнительные приемы педиатров и приемы специалистов (хирург, фтизиатр и др.) [16]. Несмотря на все трудности, Куйбышевский Институт охраны материнства и младенчества принял необходимые меры по улучшению консультативной помощи детям в области. В основе работы врачей и медицинских сестер лежали санитарно-просветительные беседы с матерями, касающиеся ухода за ребенком, симптоматики инфекционных заболеваний, летних детских поносов, простудных явлениях и т. д. [151]. При хорошо поставленном деле, у подготовленных матерей оказывалось меньше детей с острыми инфекциями. Медицинские работники просвещали родителей о пользе грудного вскармливания, приводили доказательства, что такие дети меньше болеют. Иммуитет, получаемый ребенком от матери, делает его крепким, проявляющим большую устойчивость по отношению к различным патологиям. Специфические антифтизные, антидизентерийные и антикоклюшные антитела, передаваемые матерью, защищают от инфекции [151].

На основании полученного методического письма от МЗ РСФСР от 28 марта 1949 г. «по вопросу правильного вскармливания детей грудного возраста» активизировалась работа по организации сливных пунктов грудного молока, которые функционировали при консультациях. Например, в консультации № 1 Куйбышева было 13 доноров, которые подвергались тщательному медицинскому обследованию. Им проводились рентгенография, обследование на RW (на сифилис) и т. д. Привлечение доноров проводилось путем массово-разъяснительной работы медицинских сестер консультаций среди кормящих матерей и беременных женщин [256].

В 1948 - 1949 гг., в целях преемственности в наблюдении за здоровым и больным ребенком, роста квалификации участковых и больничных врачей в

Куйбышевской области в первом квартале 1948 г. началось объединение детских больниц с консультациями и поликлиниками [257]. В ходе объединения увеличивалось количество участков, что дало возможность уменьшить количество детей на каждом из них (табл. 11). Если до объединения на одном участке обслуживалось от 1050 до 2000 детей, то после – от 650 до 1000 детей. Это давало возможность врачам более полно обследовать и больше уделять внимания детям [258].

Таблица 11 – Количество участков в трёх лечебных объединениях г. Куйбышева

Наименование учреждений	1947 г.	1950 г.
Консультация и поликлиника № 15 Кировского района	8 участков	11 участков
Консультация и поликлиника № 15 Сталинского района	9 участков	12 участков
Консультация и поликлиника Фрунзенского района	10 участков	15 участков

В 1949 г. в Центральном районе г. Сызрани Куйбышевской области были объединены детская поликлиника, консультация и детский стационар. До объединения поликлиника обслуживала 4 участка, с 3000 детьми, после объединения – 7 и 1400 детей. В результате объединения был упорядочен учёт заболеваемости, соответственно с повышением качества патронажной работы.

Во всех лечебных объединениях был установлен 8 часовой рабочий день: 2-2,5 часа в стационаре, 2-2,5 часа на приёме в консультационно - поликлиническом отделении и 3 часа на участке [259].

При объединении ЛПУ в г. Куйбышеве были выявлены недостатки и преимущества. Большие территории обслуживаемых участков, плохое обеспечение транспортом, нехватка медперсонала, оборудования и помещений, слабая связь роддомов с детскими консультациями снижали активность патронажа новорожденных в первые три дня [260]. К позитиву можно отнести повышение

квалификации врачей, разукрупнение участков, вследствие чего уменьшилось количество обслуживаемого детского контингента. Появилась возможность осуществлять качественную медицинскую помощь по трёх звеньевой системе и системе единого педиатра.

На 1.01.1952 г. в Куйбышеве работали 24 детских консультаций и поликлиник, из которых в состав объединения входили 17 консультаций, остальные сохранили самостоятельный статус [259].

Анализ показал, что с первых лет установления Советской власти большое значение в снижении заболеваемости и смертности младенцев имела организация детских консультаций и молочных кухонь. Несмотря на все экономические трудности, переживаемые регионом, сеть учреждений развивалась и увеличивалась. В детских консультациях успешно внедрялось лечебное и профилактическое направление (патронаж на дому, осмотры детей в учреждении и др.). К началу Великой Отечественной войны достижением являлось установление единства лечебной и профилактической работы, введение участкового принципа в детских поликлинических учреждениях. Работники молочных кухонь осуществляли методическую работу, консультации и инструктаж по организации детского питания в регионе, а также выполняли научные исследования, занимались подготовкой кадров. Благодаря их деятельности удалось улучшить питание детей от 0 до 3-х лет.

Глава 3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ С ОКТЯБРЯ 1917 ПО 1950-Е ГГ. НА ТЕРРИТОРИИ САМАРСКОЙ ГУБЕРНИИ – СРЕДНЕВОЛЖСКОГО КРАЯ – КУЙБЫШЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Организация питания и физическое развитие детей от 0 до 3-х лет

Физическое развитие населения является одним из важнейших показателей наряду с рождаемостью и смертностью. Оценка физического развития детей, как признака, определяющего здоровье детских коллективов, исходит из указаний педиатров прошлого и настоящего времени. Особое значение показателям физического развития придается при оценке здоровья младенцев, когда нарастание веса и роста происходит особенно интенсивно [22]. В связи с ростом, дети этого возраста обладают рядом анатомо-физиологических и иммуно-биологических особенностей, которые предрасполагают к быстрому нарушению хода их развития при допущении ошибок при кормлении [83]. Известно, что пища ребёнка должна иметь достаточную калорийность, быть легкоусвояемой, с определенным соотношением белков, жиров и углеводов. Положительные результаты в улучшении физического развития детей достигались быстрее при полноценном и адекватном питании [160].

Во время Гражданской войны (1917-1922 гг.) в стране не хватало хлеба, мяса, молока. В некоторых регионах, в том числе и в Самарской губернии был неурожай. В этот период необходимо было уделять особое внимание организации питания детей в возрасте от 0 до 3-х лет. Стали издаваться различные декреты, циркуляры, инструкции. За подписью В.И. Ленина был издан ряд декретов об улучшении питания детей. 26 сентября 1918 г. был опубликован декрет «О фонде детского питания», на основе которого местные органы Советской власти создавали на местах специальные фонды детского питания. В 1919 г. средства выделялись из разных источников. Согласно декрету «О бесплатном детском

питании» от 17 мая 1919 г. все продукты питания выдавались детям в возрасте до 14 лет включительно бесплатно местными продовольственными органами [93]. 12 июня 1919 г. было принято постановление Совета Народных Комиссаров «О распространении декрета «о бесплатном детском питании» на всех детей, не достигших 16-летнего возраста» [93]. В Самарской губернии здоровые дети питались на средства, выделяемые Наркоматом просвещения, а больные – подотделом охраны материнства и младенчества [243].

В 1919 г. Центральным отделом охраны материнства и младенчества в Самарскую губернию был направлен циркуляр, регламентирующий нормы питания детей в возрасте до 3-х лет. На основании этих норм осуществлялось кормление воспитанников в домах ребенка, детских домах и яслях (табл.12).

Таблица 12 – Нормы питания, для детей до 3-х лет в граммах (показатели рассчитаны нами) [262]

Возраст	Продукты	Количество
до 1 года	Молоко	1000
	Сахар	86
	Крупа или мука	21,5(43)
	Картофель Морковь Фасоль	по 172
	Картофельная мука	120,4
	Кисель из клюквы или черники	172
12-18 месяцев	Молоко	800
	Сахар	86
	Крупа или мука	32,2(64,5)
	Яйца	1 шт.
	Картофельное или овощное пюре	258

Продолжение таблицы 12

Возраст	Продукты	Количество
12-18 месяцев	Бульон овощной или мясной	258
	Картофельная мука	120,4
	Кисель из клюквы и черники	172
	Яблочный компот	172
	Хлеб	43
1,5 - 3 года	Молоко	1000
	Яйцо или каша из 200,0 гр. молока	1
	Крупы или мука	43(64,5)
	Сахар	21,5
	Картофельное пюре или кисель	258
	Котлета из овощей или мясо, рыба	107,5
	Картофельная мука	120,4
	Компот из клюквы или яблок	172
	Хлеб	86

В Самарской губернии уделялось большое внимание детям больным рахитом. С целью его профилактики, по распоряжению В.П. Лебедевой, Наркомздрав отпускал детским учреждениям рыбий жир, который выдавался по назначению врача [263]. В Самарской губернии его количество распределяли на постоянные приюты, ясли и консультации.

В период голода (1921-1922 гг.) в стране было тяжелое продовольственное положение, особенно в городах Поволжья. Питание в детских учреждениях Самарской губернии было катастрофическим, что являлось причиной ухудшения физического развития детей, увеличения заболеваемости рахитом.

В 1921 г. детские ясли в Самарской губернии не функционировали из-за невозможности накормить детей, вследствие недостатка продовольствия. Питание детей и «мамок-кормилиц» в доме матери и ребёнка в августе было неудовлетворительным [264]. В домах ребёнка дети были крайне истощены.

Гипотрофия в детских учреждениях достигала почти 100%. [264].

В «дошкольных детских домах» питание ещё больше ухудшилось. Дети получали овсяной хлеб, количество которого к концу года значительно уменьшилось. Выдача несвежего мяса, или замена его селедкой, усугубляли состояние. Детей кормили только крупами. Почти полное отсутствие жиров, яиц, молока и выдача всего 1/2-1 фунта сахара в месяц на одного ребёнка способствовали снижению физического развития.

В Самаре было зарегистрировано 11210 детей до 3-х лет. Из них 500 детей питались при подотделе охраны материнства и младенчества, остальные оставались голодными. Ещё хуже обстояло дело в селах, дети питались травой и отбросами [265].

Самарской губернии была необходима помощь. Первоначально главная тяжесть борьбы с голодом возлагалась на плечи региональных и местных органов власти. Стали создаваться чрезвычайные органы по борьбе с голодом, в числе которых 4 июля 1921 г. была образована Самарская губернская комиссия помощи голодающим (Губпомгол). Одной из задач стало привлечение к оказанию помощи работников охраны материнства и младенчества, депутатов, сотрудников Советов различных уровней и иностранных организаций и др. Но, к сожалению, в Самарской губернии Советское руководство начало борьбу с голодом с запозданием, когда он уже принял угрожающий характер [159].

В Самарскую губернию из Москвы от Наркомздрава были присланы специальная комиссия и представители охраны материнства и младенчества: «...Первой ласточкой, прилетевшей к нам из центра, для помощи в нашем бедствии, оказалась Комиссия Наркомздрава. Комиссия ставит себе широкие задачи помощи голодающим в области здравоохранения. С этой комиссией прибыла представительница Женотдела ЦКРКП – доктор Кушерман для проявления исключительных забот в области здравоохранения и питания детей. Для этой же цели из Наркомздрава прибыли представительницы Отдела Охраны здоровья детей и Отдела охраны материнства и младенчества». Они приняли

участие в создании специального фонда детского питания, использование ресурсов которого позволило улучшить положение голодающих детей губернии [27].

В борьбе с голодом помогали и зарубежные организации. Наиболее известными были Американская администрация (организация) помощи (АРА), Английское и Американское общества друзей России, организации Шведского, Голландского, Чехословацкого, Германского и Французского Красного Креста, Норвежский Нансеновский комитет, а также религиозная американская организация «Первый союз квакеров» и др. В первую очередь они оказывали помощь детям. Так, например, Шведским Красным Крестом ежемесячно выдавались продукты туберкулезному санаторию на 25 детей, детскому дому и детской больнице в Красном Яру на 460 детей и т.д. Американская администрация помощи (АРА) организовывала питание детей в столовых, детских домах и больницах, осуществляла вакцинацию детей от холеры и т.д. [245].

Стояла задача срочного восстановления норм питания. Требовалось обеспечить продовольствием столовые и пищевые станции. Американская администрация помощи разработала меню для детских учреждений [159] (табл. 13).

Таблица 13 – Нормы питания на 1 ребёнка (1-3 года) во время голода в граммах (показатели рассчитаны нами)

Дни	Продукты	Количество
Воскресенье и среда	Крупа	77,1
	Сало	11,6
	Молоко	10
	Мука для хлеба	80,6
Понедельник и пятница	Какао	10,5
	Сахар	33,2
	Молоко	60,4
	Мука для хлеба	80,6

Продолжение таблицы 13

Дни	Продукты	Количество
Вторник	Крупа	83,2
	Сахар	11
	Молоко	28,2
	Мука для хлеба	80,6
Четверг и суббота	Крупа	78,7
	Сало	14,7
	Мука для хлеба	80,6

Принятые меры позволили улучшить в 1923 г питание детей в регионе. В первую очередь администрация детских учреждений столкнулась с необходимостью накормить детей [247]. Дети в возрасте до 1 года стали получать до 2-х стаканов молока, 4-5 ст. куриного бульона и мяса, яблочный компот [266].

Наряду с этим решались различные социально – экономические проблемы, без которых организация питания и контроль за физическим развитием у детей невозможны. Понимая это, ЦК РКП (б) в ноябре 1922 года направил во все губкомы РКП (б) письмо с предложением провести «Неделю охраны материнства и младенчества». В 1923 г. в рамках «недели ребѐнка», подотделом ОММ в Самаре были заказаны индивидуальные карты для регистрации в них антропометрических данных детей в количестве 25000 экземпляров. Они содержали 17 диаграмм и таблиц с нормами физического развития ребѐнка [267].

В период форсированного строительства социализма (1928-1940), в 1929 г. питание в яслях Самары, считалось удовлетворительным. Дети ели 3-4 раза в день по специально разработанному меню (на питание тратилось от 15 до 25 коп. в день), что нельзя было сказать о сельской местности. Несмотря, на новые установленные в 1927 г. нормы питания для детей от 1 до 3 лет, в селах оно считалось еще слабым [254]. Общим недостатком в городских и сельских яслях, считались перебои в заготовке и доставке продуктов питания [268].

На первом Областном совещании по охране материнства и младенчества,

которое состоялось в Самаре 25 апреля 1929 г., рассматривались вопросы о физическом развитии младенцев. Участники совещания указывали на высокий процент детей с гипотрофией и заболеваемостью рахитом в регионе. В связи с этим считалось необходимым направить все силы на улучшение питания детей в возрасте от 0 до 3-х лет, а также обязать врачей ясельных учреждений вести историю развития ребенка. Очень важным являлось фиксирование физических данных. Антропометрические измерения врач должен был проводить детям до 1 года каждые 3 месяца, а после года – через каждые 6 месяцев, занося все необходимые данные в историю развития [268].

Следующий период голода (1932-1933 гг.) охватил практически все деревни Поволжья. От истощения и недоедания вымирали целые деревни. В городских яслях Средневолжского края дети питались одним ржаным хлебом и молоком, овощи и фрукты не выдавались. В некоторых селах ясли закрывались из-за отсутствия продуктов [269]. Снабжающие организации заменяли продукты на другие, которые не восполняли потребности детского организма. Например, рис – макаронами и пшеном. Молоко, давали прокисшим и грязным [270].

В 1934 г. в сельских яслях края питание было еще недостаточным: не хватало молока и жиров. В 1935 г., благодаря снабжению продуктами ясельных учреждений из государственных и городских организаций, поставка продовольствия начала улучшаться. Это позволило повысить калораж (минимальная калорийность – 1700-1800) и значительно улучшить качество пищи. Одновременно заключались договора с колхозами и совхозами, создавались подсобные хозяйства при яслях и домах ребёнка. Осенью заведующими яслями организовывалась заготовка продуктов собственными силами. Для наибольшего насыщения детской пищи витаминами при составлении рациона предлагалось использовать сезонные возможности сельхозпроизводителей, чаще и больше вводя в меню свежие ягоды, зелень, овощи, фрукты, и т.д. [57].

В 1935-1936 гг. при развертывании летней ясельной компании возникали трудности с подготовкой и оснащением помещений, организацией питания. Меры

по обеспечению яслей продуктами и смесями, оказались недостаточными. Появились сложности с укомплектованием детей в устраиваемых яслях, потому что в районах, обсуживаемых консультациями, на учете состояло большое количество детей с гипотрофией и рахитом. Они нуждались в медикаментозном лечении и специальном питании. Матери этих детей, вследствие материальной необеспеченности не могли воспользоваться, например, услугами молочных кухонь, где готовились специальные смеси для детей со слабым физическим развитием. Окружной отдел здравоохранения выделял средства яслям для приобретения оборудования и поставки продуктов питания в недостаточном количестве [271].

В 1935-1940 гг. большое внимание уделяли антропометрическим данным ребенка. Младенцев взвешивали не реже одного раза в 6 дней, а детей старше года – не реже двух-трех раз в месяц. Ребенка с отстающим весом брали под особый контроль и добивались увеличения веса. Улучшить физическое развитие детей, находящихся в дошкольных учреждениях, удавалось благодаря удовлетворительному питанию в яслях Куйбышевской области [229].

В годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.), в особо тяжелых бытовых условиях находились дети в детских домах, детских садах и яслях.

Например, в Дзержинском районе г. Куйбышева 165 детей из детского дома питались по такому меню: утром чай с хлебом и в лучшем случае с 40-50 г сыра, в обед постный суп и чай на ужин. На одного ребенка в сутки в среднем расходовалось 70 г крупы, 16 г растительного масла, столько же сахара, 50 г сыра или рыбы и 600 г хлеба. Другие продукты для детей не отпускались. Об этом указывалось в справке уполномоченного КПК при ЦК ВКП(б) по Куйбышевской области от 07 июня 1943 г. на имя секретаря горкома. Мясо заменялось сыром, рыбой и гороховыми консервами, сахар – пряниками, жиры – некачественным растительным маслом. Аналогичная ситуация была и в остальных детских учреждениях района. Для матерей частью повседневной жизни были 3-4 часовые очереди за детским питанием. Тяжелейшие условия были в детских больницах,

институте охраны материнства и детства, родильных домах. Питание больных детей в яслях и больницах было чрезвычайно скудным. В яслях детей до 1 года кормили мучной кашей с 50% содержанием молока. В 1943 г. перебои в снабжении молоком не давали возможности организовать питание для ослабленных и искусственно вскармливаемых детей. Во время войны многие ясли города не имели своего подсобного хозяйства, и перебои с поставкой молока продолжались до 1950 г. В яслях калорийность составляла в среднем 1500 ккал. Детям старшего возраста отпускались постный суп-лапша и чай с молоком без сахара. Все это приводило к отставанию в физическом развитии детей [272].

На основании приказа по Народному Комиссариату Здравоохранения РСФСР № 985 от 30.10.1942 г. «О мероприятиях по борьбе с рахитом» проводилась работа по снижению заболеваемости рахитом в условиях военного времени [143]. В связи с этим считалось необходимым: 1) взять на учет всех детей, болеющих рахитом; 2) назначить прием витамина «Д» всем заболевшим и в целях профилактики»; 3) проводить ежедневные прогулки детей, находящихся в яслях и домах младенца; 4) проветривать помещения; 5) регулярно проводить беседы с матерью о значении грудного вскармливания, света, воздуха и о вреде раннего введения прикорма.

В результате, органами здравоохранения в Куйбышевскую область было направлено 1100 доз витамина «Д», а в Саратовскую 700 доз [273].

Руководителям детских учреждений было предложено ввести в рацион детского питания витамин «С» [127]. Его продажа организовывалась через аптечную сеть. Областные торгующие организации должны были обеспечить в четвертом квартале 1942 г. отпуск молока и молочных продуктов в Ульяновске и Мелекесе детям до 1 года по семь литров в месяц на ребёнка, а в возрасте от 1 до 3-х лет по пять литров молока [272].

В годы войны в яслях проводилась санитарно-просветительная работа среди матерей по вопросам грудного вскармливания и правильному введению прикорма [26]. Это помогло увеличить количество детей, получающих грудное молоко. В

отчете яслей № 12 указывалось: на 1.01.1943 г. состояло 25 детей до 6 месяцев, из которых на грудном вскармливании было 17, на смешанном 6, на искусственном 2. На 1.01.1944 г. состояло 15 детей, среди них на грудном вскармливании – 10, смешанном – 4, искусственном – 1 ребёнок. Благодаря грудному вскармливанию и правильному введению прикорма, показатели гипотрофии и рахита у детей до 3-х лет к концу войны снизились: в 1944 г. показатель гипотрофии составил 11%, рахита - 4%; в 1945 г. гипотрофии - 7,6%, рахита - 2,9%; в 1946 г. гипотрофии - 1,8% и рахита - 1,8% [274].

В борьбе с рахитом усиливали питание, давали рыбий жир: в 1944-1945 гг. – 70 л, в 1945-1946 гг. – 50 л. В яслях разворачивали подсобное хозяйство. Коровы давали ежедневно 10-15 л молока. С молочной кухни выдавались ежедневно молочные продукты по 200 гр. на каждого ребёнка. Совершались прогулки 2 раза в день по 2 часа, делали массаж и гимнастику. Детям готовили сок из свежих ягод. В меню были овощи. Средняя калорийность пищи в яслях составляла 1500-1600 ккал. Контроль за питанием детей осуществлял санитарный врач райздравотдела и врач яслей [274].

После войны (1946-1948 гг.), в стране был сильный голод. Анализ архивных данных показал, что в Куйбышевской области недостаток питания отмечался во всех детских учреждениях. В 37 яслях Самары снабжение молоком и молочными продуктами составило всего 15%. Мясо отпускалось низкого качества, не хватало жиров. Ясли не получали манную крупу, были большие затруднения в выдаче прикорма детям от 4 до 5 месяцев жизни. Молоко заменялось растительным маслом, сыром, сметаной. В связи с этим необходимо было усилить мероприятия по профилактике гипотрофии и рахита, на что здравоохранением выделялись необходимые средства. Таким образом, удалось улучшить физическое развитие детей и снизить заболеваемость рахитом. Так, если в 1947 г. в 37 яслях города рахит наблюдался у 426, то в 1948 г. – у 304 детей, а гипотрофия в 1947 г. отмечалась у 609, в 1948 г. – у 365 человек [255].

Дети, прикрепленные к консультациям городов Куйбышевской области,

оказались в худшем положении. На них никакие продукты не отпускались, в связи с тем, что им не выдавались продовольственные карточки. Недоедание и дефекты вскармливания, некачественный состав прикорма, нарушение в соотношении белков, жиров и углеводов, недостаток витамина «Д» в зимний период года, вызывали развитие гипотрофии и рахита [255].

Причинами слабого физического развития можно также назвать недостаточное питание матери во время беременности, неправильное кормление ребёнка, раннее отнятие его от груди, искусственное вскармливание, маленькое содержание известковых солей и витаминов [275].

В 1948-1949 гг. были разработаны инструкции, которые помогли правильно организовать и расширить пищевое меню в яслях. Быстрый рост и увеличение массы тела, свойственные раннему возрасту, определяющие относительную высокую потребность детского организма в основных питательных веществах, показали эффективность проводимых мероприятий [176].

В 1950-х годах, в ясельных учреждениях работа по организации питания и профилактике рахита улучшалась. Ежедневно проводился калораж готовой продукции. Калорийность сухого пайка с каждым годом увеличивалась. Если в 1946-1948 гг. она составляла 1600-1800, то в 1950-х уже от 1800 до 2000 калорий. Во время летней оздоровительной компании калорийность сухого пайка повышалась до 2500 калорий.

Ослабленных детей ставили на учёт. Они получали дополнительное питание и витамины групп А, С, В, Д, никотиновую кислоту, рыбий жир. Детям делали гимнастику и массаж. В яслях, где имелась лампа Баха, проводили кварцевание и «облучение» детей. Все помещения проветривались, был организован сон на улице для детей младшего возраста. В целях профилактики рахита и гипотрофии широко была развернута работа, направленная на борьбу за грудное вскармливание [160].

Благодаря проведенным мероприятиям, физическое состояние детей постепенно улучшалось не только в яслях, но и на участках обслуживаемыми

консультациями г. Куйбышева. Если в 1946 г. было 9% детей с гипотрофией, то к 1953 г. их стало 4,4% [276; 277].

Снабжение молоком осуществлялось уже на 50% от потребности. Дети в ясельных учреждениях получали доброкачественные продукты питания в разнообразном ассортименте, но еще крайне ограничено снабжались овощами и ягодами [278]. В дальнейшем, на основании приказа МЗ РСФСР № 755 от 21 октября 1958 г. удалось увеличить производство и расширить ассортимент продуктов детского питания [279]. В результате, можно отметить полную обеспеченность этими продуктами ясельных учреждений.

Таким образом, правильное питание и проведение профилактических мероприятий имеет большое значение для физического развития детей и снижения заболеваемости рахитом. В послереволюционный период (1917-1920 гг.), периоды голода (1921-22; 1931-33; 1946-1947 гг.) и Великой Отечественной войны потребовались огромные усилия для преодоления возникших трудностей с обеспечением питания детей в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области. В послевоенное время органы здравоохранения делали всё возможное, чтобы накормить детей. В яслях, пища выдавалась с правильным соотношением белков, жиров и углеводов. Достижение адекватного, регулярного и полноценного питания в детских учреждениях, несмотря на недостатки, в 1950-е гг., расценивалось как заслуга Советской власти.

3.2. Заболеваемость детей первых трех лет жизни

Проблеме заболеваемости детей в возрасте от 0 до 3-х лет учёными уделялось всегда особое внимание, как в РСФСР (СССР), так и на территории Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области. В исследованиях большое значение придавалось анализу инфекционных заболеваний, летних детских поносов и т.п. Считалось, что именно эти нозологии повышали удельный вес в структуре общей заболеваемости и детей, посещающих

детские коллективы (ясли, детские дома, дома ребенка) [83]. Несоблюдение санитарных норм в детских учреждениях приводило к росту заболеваний [129]. Отметим, что в яслях она была выше, чем у детей находящихся под наблюдением консультаций [40]. Чрезвычайно актуально ставился вопрос о вышеуказанной проблеме в период трудного экономического положения в регионе (Гражданская война, голод, ВОВ), так как от этих инфекций и острых расстройств питания увеличивалась смертность детей от 0 до 3-х лет.

В РСФСР (СССР) борьба с инфекционными заболеваниями (дизентерия, скарлатина, корь, коклюш и пр.) среди детей являлась одной из важных задач детских консультаций, поликлиник и амбулаторий, городских и сельских яслей, которые несли ответственность за организацию и проведение всех противоэпидемических и профилактических мероприятий в пределах утвержденного плана или по эпидемиологическим показаниям [39].

С самого начала становления системы охраны младенчества разрабатывались различные декреты, циркуляры, правила, постановления, приказы, направленные на борьбу с заболеваемостью у детей.

В Самаре, в первые годы Гражданской войны (1918-1922 гг.) среди брошенных детей регистрировались вспышки кори, сыпного и брюшного тифа, холеры, оспы, дизентерии, и др. Велась борьба за жизнь детей: проводились необходимые мероприятия, направленные на снижение заболеваемости, в т. ч. и в детских учреждениях, куда детей принимали только после предварительного осмотра врачом консультации. Матери должны были приносить детей ухоженными и чистыми. Если кто-то в семье болел, то мать обязывали сообщить об этом медицинским работникам. В случае болезни ребенка, его принимали в ясли после полного выздоровления. В губернии подобные инструкции в эти годы в большинстве случаев выполнять не удавалось, т.к. учреждения были переполнены и не хватало медицинского персонала [279].

Из-за голода 1921-1922 гг. повысился уровень заболеваемости детей первых трёх лет жизни. Потоки беженцев из голодающих районов несли с собой тиф,

холеру, малярию, туберкулез. Недостаток питания приводил к развитию дизентерии; «кровавым поносом» болели большинство детей. Местным властям быстро оказать помощь было сложно, и детям приходилось скитаться по улицам, являясь рассадниками инфекции. Большинство из них попадали в детские приюты и коллекторы, где санитарная обстановка была «ужасной» [280].

В 1921 г. в одном из протоколов совещания Самарского губернского исполкома подчёркивалось, что положение детей было критическим. Инфекционная заболеваемость быстро распространялась среди детей. Не хватало изоляторов, больные дети контактировали со здоровыми, что увеличивало заболеваемость [281].

В приёмниках, во время проводимых санитарных обследований, сотрудники и дети жаловались на холод, болезни, насекомых, нехватку белья и кроватей. В ходе осмотров выявлялась большая перегруженность. Из-за скученности всюду царил грязь и неприятный запах. У детей был неряшливый вид: они выглядели обросшими и невымытыми. Медицинское обследование было неудовлетворительным. Ежедневный обход в приёмниках не совершался, изоляция больных детей от здоровых не проводилась, одежду и белье после больных не дезинфицировали. Аптечки отсутствовали, а если и были, то без медикаментов [281].

В связи с эпидемией сыпного тифа, помимо имеющихся коек в больницах, открылись бараки на 25 и 50 коек. Самая высокая заболеваемость сыпным тифом пришлась на январь 1921 г. Регистрация случаев среди детей была несовершенной, поэтому точное количество установить не удавалось [282].

В 1922 г. зарубежные организации снабжали губернию медикаментами и медицинским оборудованием, благодаря чему удавалось улучшить положение детей. Если в январе 1922 г. в приёмниках находилось в среднем 1120 человек, то в июне их стало около 227. Уменьшение скученности позволило оказывать медпомощь детям эффективнее [283].

Несмотря на стабилизацию положения с 1923 г., в Самарской губернии ещё

свирепствовали эпидемии малярии, возвратного и брюшного тифа. Тяжелые жилищно-бытовые условия, потребление некачественных продуктов, ранний перевод детей на искусственное питание приводили к росту кори, дифтерии, скарлатины, дифтерии и др. В 1924-1925 гг. отмечалась высокая инфекционная заболеваемость у детей первого года жизни (табл. 14).

Таблица 14 – Инфекционная заболеваемость у детей первого года жизни в г. Самаре (абс. ч.) [283]

Наименование заболевания	1924 г.	1925 г.
Корь	908	605
Скарлатина	517	740
Брюшной тиф	193	288
Дифтерия	316	251
Оспа	40	29
Малярия	49315	42850

Советская власть продолжала разработку новых мероприятий по борьбе с инфекциями. С 1924 г. начала внедряться иммунизация против оспы.

На основании Постановления Президиума Средневолжского областного исполнительного комитета советов от 28 ноября 1928 г. «О мероприятиях по борьбе с оспой» были сформированы оспопрививательные отряды, в задачу которых входила вакцинация населения (табл. 4) [284]. В 1928 г. в селах Средневолжской области было привито 297 детей от 3 месяцев до 3-х лет [285].

Важная роль в борьбе с инфекциями, летними детскими поносами отводилась детским консультациям, в которые обращались много больных детей [105; 120]. В 1924-1928 гг. в железнодорожной консультации Самары отмечался высокий уровень заболеваемости корью, скарлатиной, ветряной оспой, коклюшем, паротитом (табл.15) Отметим, что с 1926 г. там стали принимать детей старше 1 года.

Таблица 15 – Инфекционная заболеваемость детей до 2-х лет на участках Самарской железнодорожной консультации (абс. ч.)

Наименование заболеваний	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	1928 г.
Грипп	2033	2397	2273	4171	4471
Корь, скарлатина, ветряная оспа	18	11	98	81	86
Коклюш, паротит	10	36	95	114	93

На приеме к врачу опасность заражения детскими инфекциями возникала многократно из-за перегруженности и отсутствия боксов. Работники консультации были обеспокоены тем, что учреждение находится в непригодном помещении. Принятые меры привели к невозможности попадания больного с инфекционным заболеванием на прием к врачу. Медицинская сестра, которая оформляла детей, направляла больных сразу в больницу, минуя врача. Сотрудники патронажной службы проводили беседу с родителями о том, чтобы они не приводили больных детей в консультацию. В крайнем случае, мать должна была сообщить о тяжелом состоянии ребёнка, и тогда врач или сестра осматривали его на дому. В случае выявления заболевания, детей направляли на лечение в стационар или лечили дома [77].

В период индустриализации и коллективизации сельского хозяйства (1928-1940 гг.), острые детские инфекции (скарлатина, коклюш, дифтерия и пр.), желудочно-кишечные заболевания, были по - прежнему широко распространены, особенно среди детей ясельного возраста. Первенство среди этих нозологий принадлежало кори. В 1928 г. в сельских яслях Самарской области диагностировался 21, а в 1929 г. - 79 случаев кори [286]. В летних яслях большинство детей страдали летними детскими поносами и болезнями дыхательных путей. Диспепсией в сельских яслях болело в 1928 г. 44, в 1929-113 ребенка [287]. В 1929 г., в период организации летней ясельной компании отмечался подъем уровня заболеваемости корью, отмечалось 11 случаев коклюша,

25 малярии, 1 случай скарлатины. В сезонных яслях из 2487 20 детей страдали летними детскими поносами [268].

Одной из самых трагических страниц в истории поволжской деревни был голод 1932-1933 годов. В Средневолжском крае, в сельской местности и районных городах регистрировались вспышки натуральной оспы, сыпного и брюшного тифа, холеры, дизентерии, туберкулеза, летних детских поносов и т.п. Отмечался высокий уровень заболеваемости скарлатиной и корью у детей первых 3-х лет жизни. Пик заболеваемости скарлатиной пришелся именно на 1930-1932 гг. Посещаемость в яслях была низкая, в виду введения карантина, связанного с подъемом инфекционных заболеваний [288; 289].

Анализ архивных данных показал, что на первом году жизни детей наибольший удельный вес занимали желудочно-кишечные заболевания. В 1934 г. заболеваемость дизентерией, количество летних детских поносов сохранялась, особенно в летнее время. Поносами страдали в основном искусственно вскармливаемые дети, живущие в плохих гигиенических условиях и не обеспеченные достаточным уходом, вследствие низкой грамотности матерей. Летняя жара оказывала, при неправильном уходе за ребенком (чрезмерном укутывании, недостаточном проветривании помещения и пр.), неблагоприятное влияние на организм, вызывая задержку тепла, ослабление ферментативных функций желудочно-кишечного тракта. Не все мамы понимали необходимость кормить детей грудью, со строгим соблюдением определенных промежутков между кормлениями, а также нецелесообразность отнимать от груди в летнее время [144].

В 1935 г. корь и коклюш являлись бичом яслей. Дети болели, в основном, в осенне-зимний период. Недостаток витаминов, неприспособленные помещения, плохие бытовые условия усугубляли ситуацию. Всего в яслях г. Куйбышева корью болело 230, коклюшем – 139, дифтерией – 19, скарлатиной – 10 детей. В целях снижения заболеваемости корью и скарлатины проводили вакцинацию. В яслях против кори и скарлатины было введено 225, дифтерии – 429, оспы – 239 доз

вакцин [290]. Благодаря проведенным мероприятиям заболеваемость у детей в г. Куйбышеве в 1935 г., по сравнению с 1934 г. была снижена на 0,2%.

Расширение сети детских учреждений в 1936 г. позволило усилить мероприятия по борьбе с инфекционной заболеваемостью и летними детскими поносами. Главным методом по-прежнему являлась вакцинация. В 1936 г. в г. Куйбышеве было введено детям первых 3-х лет жизни 44000 доз вакцин против оспы, 2000 доз против дифтерии, 1600 доз против скарлатины. Считается, что натуральную оспу удалось в 1936 г. ликвидировать полностью [291]. Так как вакцинация от кори и скарлатины оказывалась мало эффективной, то широко внедрялась санитарно-просветительская работа. Во всех детских учреждениях были организованы школы матерей, в которых проводили беседы о профилактике инфекционных заболеваний. Медицинское обслуживание в яслях считалось в этот период удовлетворительным, но еще встречались случаи заболеваемости скарлатиной в 4 и корью в 5-ти яслях [292]. В борьбе с малярией, детские учреждения усилили контроль за обеззараживанием близлежащих водоёмов, высушиванием болот; кровати занавешивали пологам, а окна и двери закрывали сетками [293].

В последние дни мирной жизни (1937-1940 гг.) в г. Куйбышеве, уровень инфекционной заболеваемости оставался высоким. В 1938 г. у детей, в возрасте до 2-х лет было зарегистрировано 6227 случаев воздушно-капельных инфекций. Вместе с тем, проведенная работа по вакцинации против дифтерии помогла остановить рост смертности среди младенцев [294].

Ухудшение санитарно-гигиенических условий в годы Великой Отечественной войны способствовало повышению инфекционной заболеваемости и летних детских поносов у детей [153]. К концу 1941 г. в ряде районов страны, в том числе и Куйбышевской области число заболеваний повысилось за счёт эвакуированных детей, из-за того, что местные органы здравоохранения в первые месяцы войны не имели возможности заниматься их обслуживанием. Органам здравоохранения предлагалось обеспечивать детей медицинской помощью в пути

следования, а на новом месте госпитализировать больных с инфекционными заболеваниями. Следует отметить, что детские коллективы, направляемые в Куйбышевскую область, выезжали без проведения карантинных мероприятий. Люди, находящиеся в эшелонах, не обеспечивались полноценным медицинским наблюдением, достаточным питанием и кипяченой водой. Эвакопункты на станциях находились в антисанитарном состоянии и не имели достаточного медицинского персонала [295]. Дети в месте назначения принимались уже с серьезными инфекционными заболеваниями. Местные органы здравоохранения обеспечивали прибывших медицинской помощью и при необходимости госпитализировали. В детских учреждениях испытывали потребность в предметах личной гигиены, не доставало бань и прачечных. Зима 1942-1943 гг. стала тяжелейшим испытанием для детей и работников детских учреждений. Остро стоял вопрос обеспечения обувью и верхней одежды детей раннего возраста. Критическая эпидемиологическая обстановка на эвакопунктах и детских учреждениях способствовала распространению инфекций, туберкулеза, пищевых расстройств у детей первых трех лет жизни. Эвакуированные дети размещались в ясли, оставшиеся без родителей в детские дома и приемники, где была большая перегруженность и при тесном контакте возможность заражения заболеваниями возрастала многократно [295].

В годы войны в яслях отмечался рост дизентерии и расстройств питания. В яслях № 12 систематически проводились мероприятия по их предотвращению и лечению (табл. 16).

Таблица 16 – Заболеваемость дизентерией и диспепсией в яслях № 12 за период с 1941-1944 г. [296]

Год	Простая диспепсия	Токсическая диспепсия	Дизентерия
1941 г.	29	19	75

Продолжение таблицы 16

Год	Простая диспепсия	Токсическая диспепсия	Дизентерия
1942 г.	26	-	134
1943 г.	11	-	87
1944 г.	8	16	38

В таблице показано, что с каждым годом число заболеваний дизентерией и острых расстройств пищеварения уменьшалось. Скачок заболеваемости дизентерией в 1942 г. произошёл после приезда эвакуированных детей, которые занесли инфекцию. В яслях работал дневной стационар, где детей лечили сульфидином. Воспитанники в нем находились до выздоровления. С тяжелыми формами дизентерии детей отправляли в КИОММ [274].

В дальнейшем, Горздрав усилил работу по борьбе с инфекционными заболеваниями. Были сформированы отряды по проведению иммунизации в учреждениях, улучшению питания и снижению загрязненности городов Куйбышевской области.

Мероприятия, проведенные Городским отделом здравоохранения, помогли снизить инфекционную заболеваемость у детей до 2-х лет к 1943 г. (табл. 17).

Таблица 17 – Инфекционная заболеваемость детей до 2 лет на 10000 населения в Куйбышевской области [297]

Наименование заболеваний	Инфекционная заболеваемость детей до 2 лет в Куйбышевской области	
	1942 г.	1943 г.
Корь	30,1	10,5
Скарлатина	9,5	5,6
Дифтерия	15,4	10,5

После войны, в период с 1946 по 1950-е гг. в яслях и на участках детских консультаций всей страны, в т.ч. и Куйбышева отмечалось повышение уровня

желудочно-кишечных и воздушно-капельных заболеваний среди детей от 0 до 3-х лет (табл. 18).

Таблица 18 – Заболеваемость детей в яслях № 12 г. Куйбышева [266; 298; 299]

Наименование заболеваний	1943 г.	1945 г.	1946 г.
Дифтерия	15	6	2
Скарлатина	-	5	4
Коклюш	-	21	6
Корь	-	6	17

Данные таблицы свидетельствуют, что в яслях № 12 в 1943 г. был высокий уровень заболеваемости дифтерией, в 1945 г. коклюшем, а в 1946 г. корью. В учреждение привозили детей со всего города, что являлось причиной большего заноса инфекций. В 1947-1948 гг., в 37 яслях Куйбышева отмечался подъем уровня дизентерии. В 1947 г. заболело 135, в 1948 г. 227 детей [299].

Органам здравоохранения нужно было срочно проводить мероприятия по снижению инфекционных и желудочно-кишечных заболеваний у детей. Во исполнение приказа Минздрава СССР № 389 от 1.10. 1947 г. «О борьбе с детскими инфекционными заболеваниями», в Куйбышевской области активизировались профилактические мероприятия в детских учреждениях. Большое значение имел прием детей, который начинался с осмотра врачом и медсестрой (измерение температуры тела, осмотр зева, кожи и т.д.). Помещения в учреждениях проветривались, все дети прививались. Если кто-то из воспитанников не приходил в ясли, то медицинские сестры осуществляли патронаж на дому сразу в первый день отсутствия, также существовало взаимное оповещение между врачами детских учреждений и эпидемиологами о заболевших, контактах, с записью в журнал регистрации острых инфекционных заболеваний [300]. На основании приказов МЗ СССР № 216 от 13.04.1948 г. и № 165 от 11.03.1949 г. «О

предупреждении острых кишечных инфекционных заболеваний» в городах Куйбышевской области для детей, больных хронической дизентерией создавались специальные ясли с соответствующим режимом и лечением, а также проводилась иммунизация и фагирование в период с апреля по сентябрь и т.п. [301]. На основании приказов в яслях проводились необходимые мероприятия по борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями и воздушно-капельными инфекциями (табл. 19).

Таблица 19 – Комплекс мероприятий в борьбе с желудочно-кишечными и воздушно-капельными инфекциями в яслях [296]

Наименование заболевания	Комплекс мероприятий
Корь	Дети, имевшие контакт и не болевшие корью, изолировались: привитые на 17 и не привитые на 21 день. С согласия эпидемиологов в яслях организовывалась группа для болеющих детей, помещение подвергалось уборке, дезинфекции и усиленной вентиляции. Проводилась иммунизация
Коклюш	Ребёнок изолировался на 40 суток с момента заболевания. Группа, в которой оказался заболевший, становилась карантинной, при отсутствии кашляющих детей, ограничения через 14 дней отменяли. Для нескольких больных, в яслях выделялись специальные боксы. Для этого определяли помещение с отдельным входом и площадку для прогулок, обеспечивался специальный режим с длительным пребыванием на воздухе.
Дифтерия	Ребёнка переводили в отдельную комнату или изолятор. У него брали мазок слизи для бактериологического исследования и отправляли домой, где за ним устанавливалось медицинское наблюдение, или в лечебное учреждение. При подтверждении диагноза ему вводили противодифтерийную сыворотку и направляли в больницу. В очаге проводили дезинфекцию. Посуду для еды, бывшую в употреблении больного кипятили или погружали в 1% раствор хлорной извести, емкость для выделений из зева и мокроты, особенно после лечебных манипуляций, заливали 3% раствором хлорамина. Группа, где фиксировалось заболевание, обследовалась на носительство путем взятия мазка слизи из зева и носа каждого ребенка. Затем её распускали до получения результатов лабораторного анализа. Обслуживающий персонал также проверялся на возможность заражения. После госпитализации больного, осуществлялась заключительная дезинфекция.

Продолжение таблицы 19

Наименование заболевания	Комплекс мероприятий
Скарлатина	В группе объявлялся карантин на 7 дней. Ребёнка изолировали с последующей госпитализацией в инфекционное отделение. Детей домой не отпускали, тщательно осматривали, всем давали 3 дня стрептоцид, смазывали горло калием перманганатом. Контактировавших с больным скарлатиной изолировали на 21 сутки.
Дизентерия	Осуществлялся строгий надзор за питанием детей и проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий в ясельных учреждениях. Ребенка с дизентерией или токсической диспепсией изолировали со всеми необходимыми предметами ухода. Загрязненное белье хранили в ведре или в баке с плотно закрывающейся крышкой. Перед стиркой использованное белье замачивали в 1% растворе хлорамина. Испражнения и остатки его пищи заливали двойным количеством 10% раствора хлорной извести на 2 часа, после чего выливали в «уборную». Больного немедленно госпитализировали. Все дети группы, в которой был зарегистрирован случай дизентерией, подлежали специальному наблюдению в течение последующих 7-10 дней. У всех детей и персонала кал трехкратно исследовался на возбудителя из рода шигелл. Каждая жалоба на появление поноса у ребенка в группе, в которой оказался дизентерийный больной, рассматривалась, как подозрение на дизентерию.

Но, несмотря на проводимые мероприятия, заболеваемость в яслях оставалась высокой (табл. 20).

Таблица 20 – Инфекционная заболеваемость детей в яслях г. Куйбышева

[302]

	Кол-во детей	Корь	Скарлатина	Дифтерия	Коклюш	Пневмония
За 9 мес. 1949 г.	2733	437	100	52	73	256
За 9 мес. 1950 г.	2807	409	168	67	268	421

Анализ результатов показал, что в яслях в 1950 г. отмечалось снижение кори (14,5%) по сравнению с 1949 г. (16%), но регистрировался рост больных детей

скарлатиной, дифтерией, коклюшем, пневмонией. В дальнейшем уровень инфекционной заболеваемости и пневмонии только увеличивался. В 1951 г. корью болело 20,7 детей, пневмонией – 77,3 на 1000 младенцев, в 1952 г. корью болело 35,1, пневмонией – 127,2 на 1000 детей до 1 года [303]. Заболеваемости способствовали отсутствие изоляторов и дифтерийного анатоксина, скученность в яслях и т. п. Причинами высокого уровня инфекционных заболеваний были также недостаточная эффективность противоэпидемических мероприятий, нечёткая организация работы, плохая диагностика заболеваний, несвоевременная изоляция и госпитализация детей.

В середине 50-х годов, в результате улучшения материального состояния и благодаря соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в детских учреждениях, внедрения в практику новых методов диагностики и лечения заболеваний, 100% охвата детей патронажем, систематическое наблюдение за детьми 1 года жизни и успехи борьбы за правильное вскармливание, своевременное проведение вакцинации и ревакцинации, применение антибиотиков и сульфаниламидов, всеобщая диспансеризация и меры по оздоровлению детей, позволили снизить рост инфекционной патологии. В Куйбышевской области продолжала активно проводиться санитарно-просветительная работа среди матерей по профилактике инфекционных заболеваний, необходимости грудного вскармливания и госпитализации в случае болезни ребёнка [304]. Усиленные меры в налаживании питания и строгое выполнение санитарно-эпидемиологических норм, помогли снизить уровень заболеваемости дизентерией. Если в 1953 г. уровень заболеваемости дизентерией среди детей до 1 года составил 136,2, то в 1959 г. 62,4 на 1000 детей. Но, несмотря на внедрение в практику детского здравоохранения новых и эффективных методов профилактики и лечения, уровень заболеваемости пневмонией оставался высоким (рис.6).

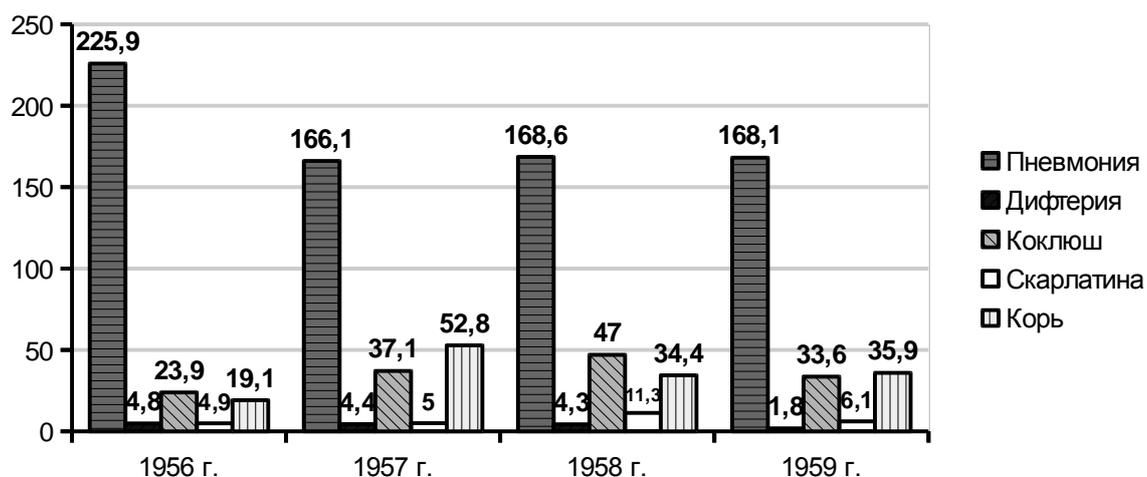


Рисунок 6 – Заболеваемость воздушно-капельными инфекциями у младенцев в г. Куйбышеве на 1000 детей до 1 года с 1956 г. по 1959 г. [201]

Анализ данных диаграммы показал высокий уровень заболеваемости пневмонией и корью. В Куйбышеве практически не было ни одной семьи, которую не коснулась бы корь, так как еще не проводилась иммунизация живой вакциной. Появление периодических подъёмов коклюша, скарлатины было связано с сезонностью (осенне-зимний период), снижением потребления витаминов. В Куйбышевской области, в конце 50-х гг. была широко внедрена в практику здравоохранения иммунизация от дифтерии и коклюша, позволившая снизить к 1959 г. заболеваемость этими инфекциями. Больным скарлатиной вакцинация не проводилась. Ее минимизировали с помощью антибиотиков. Благодаря этим лекарственным средствам удавалось снижать осложнения у детей первых трех лет жизни, больных пневмонией, но показатели этого заболевания оставались высокими еще долгое время [304].

Таким образом, на территории Самарской губернии – Средневолжского края – Куйбышевской области отмечался высокий уровень детской инфекционной заболеваемости во все исторические периоды и особенно во время Гражданской войны, голода, ВОВ. Наилучшие количественно-качественные показатели в

борьбе с инфекционной патологией у детей 0-3 лет были достигнуты в Куйбышевской области, после войны, в середине 1950-х гг., в период социально-экономического благополучия общества (высокие темпы развития народного хозяйства, рост образовательного ценза населения, заметное улучшение качества и структуры питания и т.д.).

3.2.1. Заболеваемость туберкулезом

Проблема туберкулёза – социально значимого инфекционного заболевания в России стояла остро на всех этапах истории страны. В связи с громадной летальностью детей раннего возраста от туберкулеза лёгких и абсолютной при туберкулезном менингите, перед победившей Советской властью встала неотложная задача борьбы с этим социальным заболеванием. Необходимо было объединить усилия и координировать работу в данной области в масштабах всей страны. В 1918 г. в Наркомате здравоохранения (НКЗ) РСФСР была учреждена секция по борьбе с туберкулёзом, которая занималась разработкой законодательных актов, организацией социальных мероприятий, изучением клинической картины, течения, диагностики, лечения и профилактики туберкулеза, в том числе у детей. Аналогичные структуры учреждались и в Самаре. При этом отсутствовали материалы, характеризующие зараженность и поражение туберкулезом детей раннего возраста от 0 до 3 лет [305].

Начиная с 1918 г. в Москве и других городах, в том числе и в Самаре начали организовывать первые противотуберкулёзные диспансеры, больницы, отделения, санатории для взрослых и детей. В 1924 г. в Государственном научном институте охраны материнства и младенчества (ГНИОММ) открыли туберкулезное отделение, которое возглавил Н.Ф. Альтгаузен, а с 1931 г. - И.В. Цимблер. В первые годы сотрудники занимались изучением не только туберкулеза, но и хронической пневмонии, анемии, расстройств питания, рахита; с 1930 г. отделение переключилось исключительно на исследование туберкулеза [146].

По данным И.В. Цимблера, смертность от туберкулеза на 10.000 населения Москвы среди детей в возрасте от 0 до 4 лет составляла в 1923 г. – 31,4%; 1931 г. – 22,3%. Начиная с 1936 г., смертность от туберкулеза младенцев на 1-ом году жизни в Москве снижалась достаточно быстрыми темпами и составила в 1944 г. 31,5% от величины показателя 1936 г. [146].

Научные сотрудники туберкулезного отделения ГНИОММ и отделения экспериментального туберкулеза Государственного научного контрольного института вакцин и сывороток им. Л.А. Тарасевича провели изучение открытых форм туберкулеза у детей раннего возраста. Обследование московских детей выявило у 25,5% из них положительную реакцию Манту. Бактериологические исследования показали важную диагностическую ценность обнаружения бацилл Коха. При неясных по течению и форме хронических заболеваниях легких проведение анализа позволяло распознавать туберкулез у пациентов, у которых ранее не подозревали наличие бациллярности. Они составляли основной контингент инфицированных туберкулезом детей, попадавших в ясли и являвшихся угрозой для окружающих. Результаты работы дали основание выделить этих детей в отдельные ясельные группы, открыть туботделения в институтах, больницах, создать сеть противотуберкулезных санаторных яслей и детских санаториев [152].

На начальных этапах тубинфицированным детям рекомендовали организовать рациональное питание и пребывание на свежем воздухе для укрепления защитных сил организма и повышения его резистентности. В Самаре (город с 1935 по 1991 г. носил название Куйбышев) на необходимость оздоровления жилищ, устранение скученности, неблагоприятно влияющего на смертность и заболеваемость туберкулезом у грудничков, указывал профессор Самарского университета В.М. Курзон [75].

Детский сектор облздравотдела г. Куйбышева состоял из двух секций: охраны здоровья детей и охраны материнства и младенчества. В отчете, направляемом ежегодно в Наркомздрав, передавались сведения о численности

детского населения за текущий год, рождаемости, смертности, заболеваемости, эпидемиях, вакцинации, состоянии борьбы с детским туберкулезом, детском питании в учреждениях [306].

В 20-е годы XX века в Самарской губернии эпидемиологическая обстановка по туберкулёзу была сложной и не улучшалась, несмотря на проводимые меры [233]. Так, по материалам амбулаторной, госпитальной и участковой отчётности лечебных заведений Бузулукского уездного отдела здравоохранения за 1921 г. в г. Бузулук Самарской губернии легочный туберкулез диагностировали в 412 случаях, а в сельских поселениях – в 786, всего – 1198 взрослых и детей [308]. В 1924 г. в Самарской губернии болели туберкулёзом 7862 младенцев до 1 года, в 1925 г. их число выросло до 10970 [307].

На II Всероссийском съезде по борьбе с туберкулёзом, проходившем совместно со II Всероссийским съездом педиатров в Москве 27 мая – 2 июня 1923 г., большой интерес вызвали доклады профессора А.А. Киселя и его учеников, утверждавших, что «туберкулёз взрослых есть обострившийся процесс заражённого в детстве организма» [8]. Доктор Т. Майорова, основываясь на клинических и лабораторных методах, сообщила, что не менее 25% детей Самарской области заражены туберкулёзом, подчёркнула необходимость глубоких исследований и широкой пиркетизации, тесной связи детских учреждений с тубдиспансером в борьбе с туберкулёзом [236].

Постановление съезда сконцентрировало внимание делегатов «на назревшей срочности осуществления мероприятий в отношении некоторых групп туберкулёзных больных как социально опасных», разработке соответствующих законодательных норм. Особое внимание было направлено на обследование на туберкулёз тех людей, которые по роду своей профессии работали с детьми (педагоги, персонал детских интернатов и учреждений для грудных детей), а также беременных и кормящих матерей [236].

С целью борьбы с туберкулёзом в сфере охраны материнства и младенчества съезд рекомендовал: а) установление тесного взаимодействия диспансеров и

других противотуберкулёзных учреждений и органов ОММ; б) организацию особых домов для туберкулёзных беременных и рожениц, матерей с больными детьми грудного возраста; принятие мер, ограждающих детей от источников заражения в семье; в) прерывание беременности при своевременной диагностике туберкулёза. В качестве рекомендаций съезд также постановил запрет на кормление грудью при туберкулёзе, выработку специальных показаний для грудного вскармливания в каждом отдельном случае. Съезд признал важным иметь детское отделение в каждом Тубинституте; групповые обследования на туберкулёз детей разных возрастов; дальнейшее изучение кожных туберкулиновых реакций; утвердил инструкцию для проведения проб Пирке и учёта кожных туберкулиновых реакций [236].

В Средневолжском крае к 1930 г. насчитывалось 565 туберкулёзных коек, из них детских 100 по легочному и 50 по костному туберкулезу [191]. Вместе с тем, В.М. Курзон, отмечая недостатки в работе, писал, что, хотя большое внимание уделялось туберкулезу у детей грудного возраста, выявляемому преимущественно патронажем, наладить постоянную связь с тубдиспансером, применение биологических реакций на туберкулёз (Пирке, Манту) не удавалось; реакцию Пирке делали только при подозрении на туберкулёз и детям из туберкулезных семей [77]. Данные, представленные в таблице 21 подтверждают вышесказанное: в Самаре в консультации № 3 проба Пирке детям 0-3 лет не проводилась, в консультации № 2 её сделали лишь 29 из 1523 детей раннего возраста [248; 309].

Таблица 21 – Показатели работы детских консультаций в г. Самаре за 1928 г.

Консультация № 2	Консультация № 3
<p>Всего посещений: первичных - 1693; повторных - 12034;</p>	<p>Всего посещений: первичных - 1104; повторных - 11342;</p>

Продолжение таблицы 21

Консультация № 2	Консультация № 3
<p>Возраст (в месяцах):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-1 - 1305; • 1-3 - 218; • 3-6 - 81; • 6-9 - 45; • 9-12 - 16; • свыше 12 - 878. <p>Заболеваемость:</p> <p>туберкулёз - 39;</p> <p>недоношенные - 53;</p> <p>реакция Пирке:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0-3 - 29; 2. 3-6 - 65; 3. 6-9 - 50; 4. 9 и выше - 39; <p>из них:</p> <ul style="list-style-type: none"> • положительная реакция - 14; • отрицательная - 142. <p>умерло:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-1 - 21; • 1-3 - 40; • 3-6 - 40; • 6-9 - 26; • 9-12 - 13. 	<p>Возраст (в месяцах):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-1 - 496; • 1-3 - 213; • 3-6 - 160; • 6-9 - 86; • 9-12 - 83; • свыше 12 - 57. <p>Заболеваемость:</p> <p>туберкулёз - 2;</p> <p>недоношенные - 64;</p> <p>реакция Пирке:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 3-6 - 9; 2. 6-9 - 14; 3. 9 и выше - 17. <p>из них:</p> <ul style="list-style-type: none"> • положительная реакция - 14; • отрицательная - 26. <p>умерло:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-3 - 17; • 3-6 - 5; • 6-9 - 5; • 9-12 - 5; • 12 и выше - 3.

Между тем, превентивные мероприятия в стране проводилась в различных формах. Так, в мае 1923 г. в РСФСР повсеместно проходили трёхдневники под лозунгом «Борьба с детским туберкулёзом», в основе которого лежало научное положение, доказывающее, что туберкулёз есть болезнь детского возраста [267]. В Самаре в 20-е гг. активно проводились трёхдневники, во время которых пропагандисты, разъясняя важность противодействия туберкулёзу, устанавливали связь между заболеваемостью туберкулёзом у детей, с одной стороны, жилищными условиями и профессиональной деятельностью их родителей – с другой. В секции общественной борьбы с туберкулёзом Самарского

облздравотдела заполняли на детей и взрослых диспансерный лист, в который вносили данные анамнеза (наследственность, перенесённые заболевания, социальные условия, условия труда, средства к существованию), результаты лабораторных анализов, рентгенографии, туберкулиновых проб [267].

В качестве практических мероприятий по борьбе с детским туберкулёзом на средства, собранные во время трёхдневников, активизировали диспансерную помощь детям. В рамках борьбы с туберкулезом ежегодно тубсекция проводила день белой ромашки, когда на улицах и площадях Самары каждому предлагалось купить цветок как символ участия в борьбе с туберкулезом, и «каждое вырученное за него пожертвование содействовало выздоровлению чахоточного» [267].

Секция по борьбе с туберкулезом Наркомздрава РСФСР издавала тематические сборники по различным разделам туберкулеза; в 1923 г. увидел свет первый номер журнала «Вопросы туберкулеза». В 1926 г. издательство Наркомздрава РСФСР опубликовало справочное руководство «Туберкулез и борьба с ним», для туберкулезных учреждений, здравотделов, врачей и работников по оздоровлению труда и быта трудящихся тиражом 2000. Изменился и характер информации журнала «Вопросы туберкулеза», поменявшего свое название на «Борьба с туберкулезом». В помощь педиатрам и детским фтизиатрам издали научный сборник «Детский туберкулез» под редакцией А.А. Киселя и В.Д. Меркузона и справочник «Охрана детей от туберкулеза».

В Самаре отборочная комиссия Губздрава направляла детей в туберкулезный диспансер. В годовом отчёте по лечебным учреждениям за 1923 г. приводятся сведения о том, что Самарский тубдиспансер, имеющий детское отделение с 3 штатными и 3 сверхштатными врачами, посетило первично 229 детей. Лечение лёгочного туберкулёза туберкулином провели 2716 пациентам, впрыскиваний креозота, мышьяка – 4605. Число первичных посещений с апреля 1924 г. равнялось 1980, среди них было 229 детей. Всего зарегистрировано 2952 посещений, в том числе 666 детей, проведено 677 реакций Пирке [267]. При костном туберкулёзе применяли терапевтическое, хирургическое и физиолечение

синим светом [310].

Большой заслугой учёных туберкулёзной клиники ГНИОММ явилось установление клинических и биохимических сдвигов в организме ребенка после вакцинации против туберкулёза, изучение реакции организма ребенка и характеристика изменений [152].

В Самарской области за период 1927-1928 гг. было использовано 21924 вакцин по городу и области, из которых для новорожденных - 11130; ревакцинаций - 4391 [309].

В Куйбышеве на проходившем 5.09.1936 г. совещании врачей по вопросу вакцинации БЦЖ была принята резолюция, свидетельствовавшая о недостатках в решении региональных задач в борьбе с туберкулёзом. В частности, комиссия по БЦЖ работала не активно, страдал учет больных туберкулезом беременных, контактных лиц, контроль за вакцинированными детьми; недостаточно проводилась санпросветработа по проведению прививок против туберкулеза по Кальмету как среди врачей, так и населения. В резолюции было предложено увеличить штат районных сестер БЦЖ, микрopedиатрам совместно с врачами БЦЖ вести наблюдение за всеми вакцинированными детьми; включать доклады по туберкулезу в повестку заседаний акушерско-гинекологического и педиатрического обществ [311].

В Самаре ранняя диагностика, считавшаяся наиболее эффективным средством профилактики заболеваемости туберкулеза у детей грудного возраста, в 1927-1928 гг. проводилась в учреждениях охраны младенчества, в консультациях, яслях, домах ребенка при тесном контакте и методическом участии тубдиспансеров (табл. 22) [309].

Все дети с положительной реакцией Пирке подвергались изоляции и дальнейшему обследованию, их направляли в санаторные ясли и детские санатории городского и загородного типа. Так, в 40-кочной больнице детского санатория им. Роберта Коха в мае 1923 г. лечились 95 детей с легочным туберкулезом; проведено проб Пирке – 53; в 1927 г. там находилось 1511 детей,

умерло – 19 [267]. В Бузулукском уезде функционировал один тубдиспансер, где лечились 356 взрослых и детей с туберкулезом легких [200]. В Троцке и сельской местности (отчет Самарздрава) на учёте по туберкулезу легких состояло 2743 взрослых и детей. Там же в 1927 г. туберкулез лёгких был диагностирован у 175, в 1928 г. - у 106 человек [200].

Таблица 22 – Ранняя диагностика туберкулеза у детей в консультации № 1 г. Куйбышева [309]

Годы	Количество детей до 3-х лет	Реакция Пирке	Положительные результаты
1927	1604	29	14
1928	1638	23	13

В 1935 г. в яслях г. Куйбышева проводилось обследование на туберкулез. Все 70 детей с положительной реакцией Пирке выделили в спецгруппу и санаторные ясли [312]. В 1936 г. был организован санаторий для туберкулезных детей. Ежеквартально туда поступало в среднем около 100 детей. Выздоровело – около 30 детей, скончалось от воспаления легких туберкулезного генеза и туберкулезного менингита 10 пациентов [312].

В Куйбышевском институте охраны материнства и младенчества (КИОММ) на протяжении 30-х гг. на основе концепции Центрального института ОММ [135] и её реализации, доктор И.Я. Скибель изучал эффективность пребывания детей в туберкулезно-санаторных группах яслей [284]. По данным туберкулезного отделения клиники Куйбышевского ИОММ, 65% всех поступивших в тот период детей имели глубокие трофические нарушения, тяжелые сопутствующие заболевания (безбелковые отеки, стоматиты и другие). В предыдущие годы подобные осложнения наблюдались только в 11% случаев. В 1939-1941 гг. в Куйбышевской (Самарской) области функционировало 8 круглосуточных санаторных групп на 175 и одни туберкулезные ясли на 65 детей. Дети получали питание по повышенным нормам с добавлением в рацион рыбьего жира,

витаминов С, Д и гематогена [284]. Дети гуляли ежедневно по 2-3 часа, в хорошую погоду спали на свежем воздухе. С целью оценки эффективности работы туберкулезных санаторных групп, исследователями велись истории развития и болезни детей (рис.7).



Рисунок 7 – Распределение детей по возрасту и продолжительности пребывания в санаторных группах туберкулезных яслей

Дети распределялись по возрасту: 0-3 мес. – 1 младенец; 6-9 мес. – 2 ребенка; 9 мес.-1; год – 3 ребёнка; 1-2 года – 30 детей; 2-3 года – 58 детей. Подавляющее большинство (88 детей) находились в возрастной группе старше года. Продолжительность пребывания в яслях: 4 ребенка до 30 дней, 13 детей – 60 дней, 9 детей – 90 дней, 8 детей – 120 дней, 9 детей – 150 дней, 22 ребенка – 180 дней, 23 – 240 дней. На рисунке 7 показано, что 2/3 детей находились в туберкулезных санаторных группах довольно длительное время – свыше 8 месяцев. За период пребывания дети перенесли дифтерию – 1 ребёнок, коклюш – 4, малярию – 5, скарлатину – 1, грипп – 12, стоматит – 7, воспаление легких – 1. Коклюш и особенно корь отягощали течение туберкулезного очага. Корью заболело 8 детей, из которых у 7 наблюдалось обострение туберкулеза, у четверых

из них с диссеминацией процесса. Скарлатина не активизировала процесс в легких, но отмечалось несколько случаев шейных лимфаденитов, осложнённых свищами [284].

Приведенные данные указывают на единичные случаи заноса инфекционных заболеваний, которые, по материалам собранных за много лет в клинике Куйбышевского ИОММ, влияли на туберкулезный процесс у ребенка [284]. Эффективность пребывания детей в санаторных яслях оценивали на основе рентгенологических изменений в легких, общего состояния, веса, показателей СОЭ и температуры.

Выписка проводилась дифференцированно. Выздоровевших детей выписывали в детские коллективы для здоровых. Пациентов с диагнозами туберкулезный бронхоаденит в фазе уплотнения, инфильтративный туберкулез легких в стадии рассасывания направляли в санаторий для детей раннего возраста. Больных туберкулезом детей в состоянии ухудшения переводили в стационары.

Ухудшение санитарно-гигиенических бытовых условий во время ВОВ способствовало повышению вирулентности палочки Коха, ослаблению организма и распространению туберкулеза среди детей [145]. В городах и области в поликлиниках и яслях стали осуществляться специальные мероприятия по обследованию детей. Проводились пиркетизация и рентгенологическая диагностика [11]. Всех заболевших туберкулезом детей брали на учет, при яслях открывали дифференцированные группы на 125 человек [313].

В 1945 году в городах Куйбышевской области было развернуто 74, в сельской местности – 75 дополнительных туберкулёзных коек. Вакцинация новорожденных проводилась почти во всех родильных домах и больницах. Всего в области было вакцинировано 21430, из них в сельской местности – 11463, в городах – 9967 младенцев. Куйбышевский городской туберкулезный диспансер взял в свое ведение снабжение вакциной роддомов. Была выделена медицинская сестра для бесперебойного обеспечения роддомов вакциной и осуществления контроля над выполнением вакцинации [314].

Ежегодный рост показателей заболеваемости и смертности детей объяснялся ранним выявлением, применением проб Пирке в яслях, консультациях, домах ребенка (табл. 23).

Таблица 23 – Выявление туберкулеза у детей 2-3 лет в г. Куйбышеве за 1946 г. [315]

Наименование учреждения	Количество сделанных проб Пирке	Из них положительных реакций	Количество проведенных рентгенологических исследований	Выявлен ТВС рентгеноскопией	Выявлены активные формы ТВС
Ясли	1283	36	133	38	30
Дом ребенка	49	8	8	5	3
Поликлиника	84	18	3240	99	27

В результате установлено более 2,3% в яслях и 33% в поликлинике разносчиков активных форм туберкулеза. В постановке диагноза реакция Пирке позволяла выявлять туберкулез у детей на ранних стадиях, что давало возможность принимать меры по лечению и профилактике различных форм [296].

В связи с высокой заболеваемостью и смертностью детей раннего возраста Минздрав СССР издал приказ «Об усилении борьбы с туберкулезом» № 487 от 2.12.1947 г. В нём подчёркивалась необходимость организации детских отделений и приемов специалистов по детскому туберкулезу в тубдиспансерах; выделение отдельного приема по туберкулезу не менее тремя врачами в детских консультациях; устройство детских палат в отделениях для проведения туберкулино диагностики всем достигшим 3-х месячного возраста и обследования детей на туберкулез 1-2 раза в год в яслях, детских консультациях; запрет приема

детей в ясли, дома ребенка без врачебного заключения об обследовании на туберкулез. В приказе отмечалось, что вакцинация БЦЖ должна стать правилом в родильном доме при рождении ребёнка, указывалось, что в 1945 году в стране вакцинации подверглось лишь 35% новорожденных [316].

В результате повседневной работы по проведению БЦЖ в последние месяцы 1946 г. уровень вакцинированных детей достиг 82-85%, в среднем за год – 63,7%. Рентгеноскопия детей ясельного возраста проходила сложно ввиду недостаточного количества рентген кабинетов, дефицита специалистов-рентгенологов. Кроме того, постоянные карантинные мероприятия в яслях затрудняли проведение вакцинации в необходимых объёмах [316].

В последующие годы в СССР противотуберкулёзная борьба активизировалась: наблюдался рост числа диспансеров и вакцинированных детей (табл. 24), коечного фонда в специализированных стационарах [316].

Таблица 24 – План развертывания коек для госпитализации детей, больных туберкулезом и проведения противотуберкулёзной вакцинации в г. Москве и г. Куйбышеве на 1949 г.

Города	Количество детских коек	Вакцинация новорожденных	Вакцинация детей старшего возраста
Москва	40	100000	80000
Куйбышев	20	11200	14000

В 50-е годы в Институте педиатрии АМН СССР добились больших успехов в лечении туберкулёза «применением антибактериальных препаратов и широким внедрением в практику вакцинации и ревакцинации на фоне улучшения благосостояния населения». Анализ работы туберкулёзного отделения за 1955 г. свидетельствовал о значительных позитивных сдвигах в структуре заболеваемости и летальности от туберкулёза у детей раннего возраста, при этом

на долю тяжёлых форм (гематогенно-диссеминированный, милиарный туберкулёз и туберкулёзный менингит) стало приходиться лишь 6,6% от общего числа больных, на долю более лёгких форм (ранняя туберкулёзная интоксикация) – 30,8% [152]. Результаты наблюдений 73 детей в течение 9 лет после выписки из туберкулёзной клиники подтверждало наличие риска развития в юношеском возрасте лёгочного туберкулёза, особенно, у детей, заболевших в грудном и раннем возрасте [152]. Несмотря на позитивные сдвиги в лечении туберкулёза в начале 1950-х годов, в Куйбышеве у многих детей до 1 года при осмотре выявлялась положительная реакция Пирке. В 1953 г. у 3,9 детей, а в 1954 – 4,4 на 1000 осмотренных [317], что требовало принятия необходимых мер.

В 50-е гг. продолжалась разработка программы массовой БЦЖ-вакцинации, в которой активное участие принимали учёные Института педиатрии АМН СССР И.В. Цимблер и А.А. Ефимова. Они провели многолетнюю теоретическую, научно-практическую и организационную работу по изучению и клиническим испытаниям внутрикожного метода вакцинации БЦЖ против туберкулёза. По сравнению с пероральной вакциной, дававшей положительную, однако непродолжительную иммунную реакцию, внутрикожная БЦЖ оказалась эффективнее, но с более частыми поствакцинальными аллергическими реакциями. Учёные установили оптимальную дозировку вакцины для внутрикожного введения, описали клиническую характеристику реакций у новорожденных и детей раннего возраста, разработали показания и противопоказания к её применению, изучили причины возможных осложнений и их предупреждение. Преимуществом внутрикожной вакцины считалось её одномоментное проведение и создание активного приобретённого противотуберкулёзного иммунитета, сохранявшегося на длительный срок. А.А. Ефимова и И.В. Цимблер предложили организационные формы внедрения в широкую клиническую практику внутрикожной вакцинации БЦЖ в общем календарном плане прививок, что способствовало резкому сокращению заболеваемости и смертности детей от туберкулёза в стране [152].

Таким образом, настоящее историко-медицинское исследование имеет важное научно-практическое значение, поскольку изучение трудов советских учёных-педиатров и фтизиатров, организаторов здравоохранения, оценка предшествующего практического опыта даёт возможность их использования для оптимального решения современных задач в области детской фтизиатрии.

3.3. Младенческая смертность, ее причины и показатели

Младенческая смертность – один из демографических факторов, наиболее наглядно отражающих уровень развития страны и происходящие в ней экономические и социальные изменения [12]. Будучи всегда острой, проблема смертности детей первого года жизни в РСФСР (СССР) и Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области в разные исторические периоды приобретала чрезвычайно актуальное значение.

В период Гражданской войны (1917-1922), голода и разрухи в Самарской губернии учет младенческой смертности, как и во всей России не велся, но анализ архивных данных показал, что она имела чрезвычайные размеры.

Период голода 1920-1922 гг. для Поволжья можно назвать временем наиболее интенсивного вымирания. В Самарской губернии отмечался высокий уровень смертности детей до одного года. За 1922 г., по сведениям отдела демографической статистики Самарского губернского статистического бюро, в 7 городах губернии (Самара, Балаково, Ставрополь, Мелекесс, Пугачев, Бузулук, Бугуруслан), умерло в возрасте до 1 года 1399 человек, что составило 46% детей от количества родившихся. В г. Самаре в 1922 г. родилось 2545, а умерло до 1 года 1180 детей (463,6 на 1000 родившихся), что составило почти половину рождаемости [200].

В Самарской губернии высокая смертность наблюдалась у детей, находящихся в учреждениях закрытого типа (детские дома, приёмники, дома матери и ребёнка и т. д.). В домах матери и ребёнка регистрировалась наиболее

высокая – почти 90% смертность [281]. В одном из отчётов губернского отдела здравоохранения в 1921 г. говорилось, что «в июле месяце в ведение Уездрава был принят дом матери и ребёнка с питомцами. За июль и август поступило 9 человек детей. Из них 7 взято обратно и 2 умерло. С сентября по январь 1921 г. поступил 31 ребёнок, умерло 8 (от дизентерии 2, воспаления лёгких - 3 в возрасте от 2-х до 4-х мес., 2 слабо рождённых, 1 от наследственного сифилиса)» [318]. В 1921 г. в домах ребёнка новорожденные умирали в основном от врожденной слабости, рахита, летних детских поносов и др.

Уровень смертности у детей, в том числе и первых 3-х лет жизни, в январе был выше, чем в июне. В январе в приёмниках заболело 726, а умерло - 214; в июне заболело 21, скончалось 5 человек. Причинами были скарлатина, корь, брюшной тиф, туберкулез, дизентерия и др.[318].

Реформы новой экономической политики (1923-1927 гг.) привели к стабилизации социально-экономической обстановки в стране, но несмотря на улучшение ситуации смертность среди младенцев оставалась высокой. В СССР в 1926 г. показатель смертности детей до 1 года составил 174, в 1927 г. -193,4, в 1928 г. - 182,5 на 1000 родившихся. В Самаре с 1923 по 1926 гг. младенческая смерть выросла с 177,8 до 226,8 на 1000 родившихся (рис. 8).

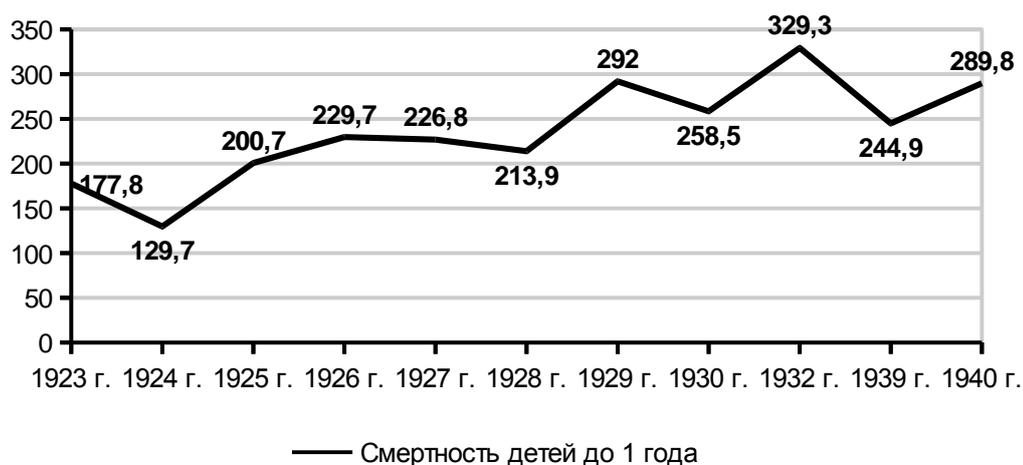


Рисунок 8 – Смертность детей до 1 года в Самаре на 1000 родившихся

[200; 202]

Причиной детской смертности были повышение заболеваемости корью, скарлатиной, брюшным тифом, дизентерией, туберкулёзом и др., в большей степени у искусственно вскармливаемых детей. Смерти детей до 1 года также способствовали: «а) климатические условия (жаркое лето); б) не налаженное детское питание...» [307].

На начальном этапе строительства социализма, с 1930-х гг. младенческая смертность в стране заметно возросла. Её пик пришелся на 1933 г. В СССР в 1930 г. показатель смертности младенцев составил 202,6, в 1933 г. - 228,7 на 1000 детей. По сравнению с 1928 г. он увеличился на 25,3%. Причиной являлся голод, охвативший многие регионы СССР. В 1938 г. в стране отмечалось снижение уровня младенческой смертности. Её показатель составил 161,3 на 1000, а в 1940 г. увеличился (181,5 на 1000), т.е. он стал таким же, как в 1928 г. [12].

В Самаре в период с 1928 по 1940 гг., младенческая смертность по-прежнему оставалась высокой (рис. 8). В 1929 г. в г. Самаре весной умерло 305, летом – 642, осенью – 237, зимой – 300 детей. Смертность детей до 1 года летом составила 43,2%. Причинами являлись недостаток питания, высокая инфекционная заболеваемость, плохая санитарно-эпидемиологическая обстановка, неправильный уход за ребёнком и раннее отнятие его от груди и т. д. [312]. В период голода, в 1932 г. смертность среди младенцев достигла 329,3 (рис. 8) [319]. В отчёте Сорочинского района Средневолжского края указывалось, что «от голода в колхозе «Роза-Люксембург» за последнюю декаду умерло 3 взрослых и 12 маленьких детей». В актовых книгах Средневолжского края указывалось, что смертность была от «бесхлебия», «от голода», «от тифа», «от дизентерии», «малярии» и т. д. [320].

Благодаря проведенной работе Куйбышевского института охраны материнства и младенчества, удалось снизить смертность детей до 1 года в крае. Если в 1934 г. ее уровень составил 188,8, то в 1935 г. 171,7 на 1000 родившихся. В этот период младенцы умирали, в основном от кори и дизентерии [321].

В Куйбышевской области смертность детей до 1 года в 1938 г., по

сравнению с 1936 г. понизилась почти в 1,5 раза, но затем опять выросла (рис.9) [294].



Рисунок 9 – Смертность детей до 1 года в Куйбышевской области (%) с 1936 г. по 1940 г.

Одной из ведущих причин являлась высокая инфекционная заболеваемость. Дети умирали от осложнений после дизентерии, токсической диспепсии (особенно в августе), врожденной слабости, кори, гриппа, пневмонии и вследствие травм. Неблагоприятные жилищные условия, большая скученность населения в городах обуславливали тяжелую эпидемиологическую обстановку [294]. В 1940 г. ведущими причинами гибели младенцев по-прежнему были болезни органов пищеварения (в частности, токсическая диспепсия и дизентерия), органов дыхания и острые инфекционные заболевания [322].

С 1928 по 1940 гг. смертность детей до 1 года имела в г. Самаре волнообразный характер и возросла с 213,9 до 289,8 на 1000 родившихся (Рис. 8,9). Причины приведены ниже (табл. 25)

Таблица 25 – Причины смерти детей до 1 года в городах Куйбышевской области в 1940 г. (на 100 родившихся) [294]

Наименование	Количество
1. Болезни органов дыхания	4,94
2. Острые инфекционные заболевания, в т.ч.	4,98
корь	1,49
скарлатина	0,10
дифтерия	0,13

Суровым испытанием для Советской системы охраны младенчества стала Великая Отечественная война. Детская смертность в 1941-1942 гг. в стране повысилась, однако точных данных не найдено. В 1943 г. уровень младенческой смертности по сравнению с 1940 г. был в 1,5 раза ниже [14]. Высокие показатели младенческой смертности были зафиксированы и в Куйбышевской области, куда эвакуировалось большое количество населения (рис.10).

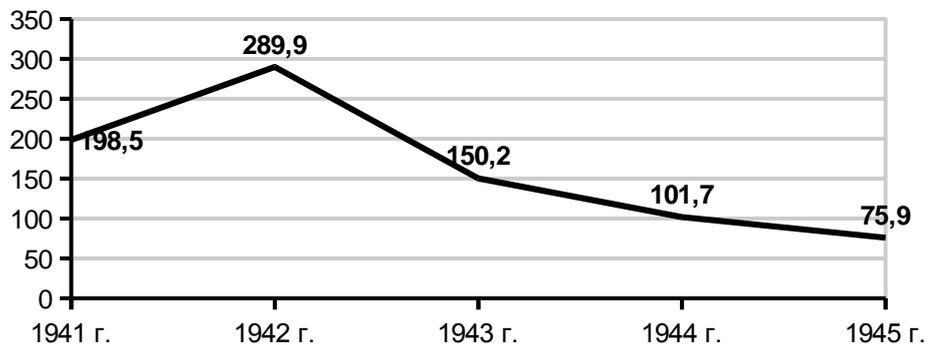


Рисунок 10 – Смертность детей до 1 года в Куйбышевской области на 1000 родившихся с 1941 г. по 1945 г. [202]

На рисунке видно, что наивысшая смертность детей до 1 года была в 1942 г. – 289,9 на 1000 родившихся. Считалось, что этот показатель отражал общую смертность находящихся в тылу и эвакуированных младенцев. На рисунке видно, что к 1943 г. уровень смертности стал снижаться. Наряду с проводимыми

мероприятиями, не последнюю роль в улучшении показателя сыграло сокращение рождаемости, вследствие уменьшения численности населения, связанного с началом административно-территориального переустройства Куйбышевской и Ульяновской областей. Высокая инфекционная заболеваемость среди детей, недостаточное питание и физическое развитие, скученность детей в детских учреждениях и вообще в городах области оставалась основными причинами смертности детей.

Мероприятия, предусмотренные Указом Президиума Верховного Совета СССР об усилении помощи матери и ребенку, создавали благоприятные условия для стабилизации младенческой смертности на более низком уровне. Благодаря принятым мерам в 1945 г. наблюдалось 3,5 - кратное снижение детской смертности. Однако в послевоенное время (1946-1948 гг.) в Куйбышеве смертность среди младенцев выросла (рис. 11).

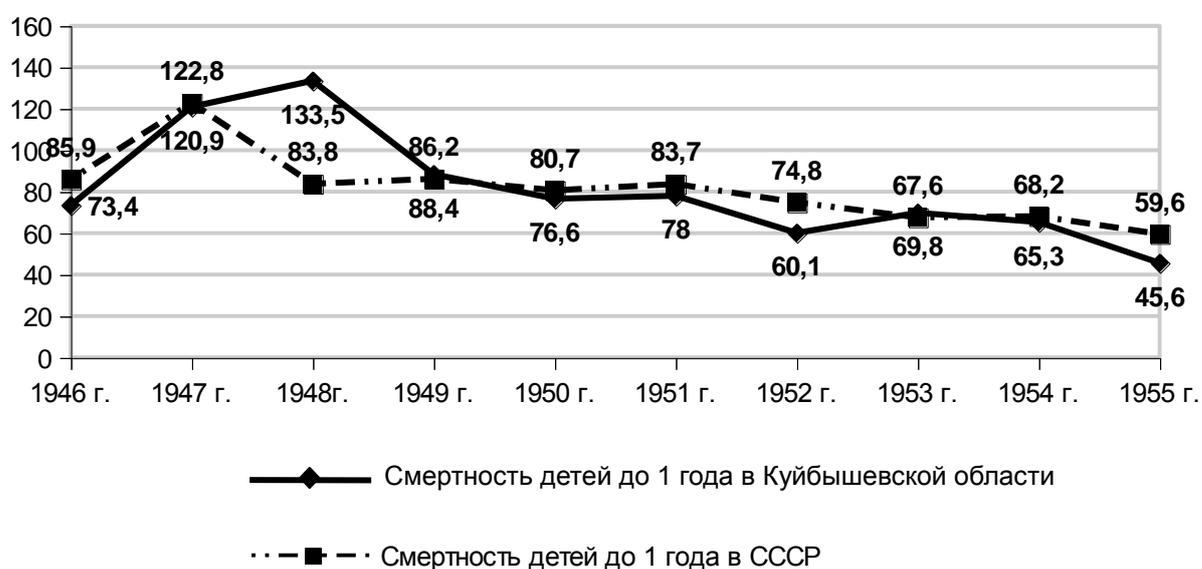


Рисунок 11 – Смертность детей до 1 года на 1000 родившихся в СССР и в Куйбышевской области с 1946 г. по 1955 г. [202; 323; 324]

На рисунке показано, что в СССР и Куйбышевской области в 1947 г. отмечался резкий скачок младенческой смертности, что явилось следствием

голода в этот период. В 1948 г. в стране уровень смертности детей до 1 года стал снижаться, но в Куйбышевской области он ещё более вырос из-за продолжающейся засухи и неурожая. Дети умирали от врожденной слабости, осложнений кори, коклюша, пневмонии, туберкулеза. Анализ архивных материалов, отражающих уровень детской смертности в Куйбышеве показал, что туберкулез занимал пятое место среди заболеваний ставших причиной летальных исходов детей.

К косвенным причинам смертности детей до 1 года можно отнести недостаток коечных мест в стационарах для больных детей, отсутствие необходимого транспорта в лечебно-профилактических учреждениях, в результате чего врачи не могли своевременно посетить больного ребёнка и осмотреть его, не было боксов в больницах города, отмечался дефицит участковых врачей. Их должности занимали средние медработники, в частности, сестры, которые исполняли роль «врача-участка». В результате снижалось качество выявления и лечения заболеваний. Медсестры не всегда могли распознать пневмонию, что приводило к несвоевременному обращению родителей за квалифицированной помощью. Ребёнок госпитализировался поздно в угрожающем и часто необратимом состоянии [325]. В результате увеличивался показатель смертности среди младенцев от пневмонии [147].

Отмечалась большая смертность и среди новорожденных. Причинами послужили отсутствие отдельных палат для них, обслуживание одной сестрой 40 детей, скученность в палатах новорожденных, патологические роды, проводимые в условиях плохого санитарно-технического состояния помещений, несоответствие санитарного режима, низкая квалификация младшего и среднего медицинского персонала. Уровень смертности от пневмонии среди новорожденных тоже оставался высоким, но благодаря проведенным реформам в детском здравоохранении (объединение больниц с консультациями, увеличение кадров и др.) удалось улучшить положение в детских стационарах и снизить младенческую смертность.

В 50-х годах минимизация смертности младенцев объясняется эффективностью мер, проводимых государством, повышением качества медицинского обслуживания и усилиями самих родителей, применением сульфаниламидов и антибиотиков. Сокращение младенческой смертности к концу 1950-х гг. обуславливалось повышением уровня жизни населения, уменьшением инфекционных и желудочно-кишечных заболеваний, но в меньшей степени от болезней органов дыхания [28].

Таким образом, на начальных этапах становления системы охраны здоровья детей первых 3-х лет жизни (1917-1920 гг.) и в периоды голода (1921-22 гг.; 1931-33 гг.; 1946-47), несмотря на проводимые государством многочисленные мероприятия, социально-экономические условия в регионе не удалось достигнуть желаемых результатов в борьбе со смертностью у младенцев. После ВОВ, преодолевая все трудности перехода страны на мирные рельсы, к 1950-м годам удалось минимизировать смертность детей до 3-х лет вследствие врожденной слабости, инфекционных заболеваний, туберкулеза, пневмонии, летних детских поносов, и др. Представленные нами архивные данные свидетельствуют об успехах Советского здравоохранения. Несмотря на революцию, Гражданскую и Великую Отечественную войны и все напасти, обрушившиеся на страну, в результате проводимых в стране комплексных мероприятий удавалось свести к минимуму потери, связанные с проблемами демографии в отдельные историко-медицинские периоды и достичь положительных итогов в целом. Уменьшение младенческой смертности в 50-е гг., происшедшее вследствие совершенствования лечения и организации медицинской помощи детям первых 3-х лет жизни, определялось прежде всего эффективностью борьбы с инфекционной заболеваемостью.

Глава 4. ПОДГОТОВКА КАДРОВ ДЛЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

4.1. Вклад Средневолжского (Куйбышевского) института охраны материнства и младенчества в становление и развитие системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни

В борьбе за жизнь и здоровье детей 10 ноября 1922 г. Наркомздрав утвердил «Положение о Государственном научном Институте охраны материнства и младенчества», согласно которому Институт представлял собой научно-практическое и учебное учреждение [115; 119; 131]. ГНИОММ в Москве принимал на себя методическое руководство научно-исследовательской работой Куйбышевского института ОММ, оказывая ему содействие консультациями, командировками, организацией периодических Всероссийских совещаний, обеспечивая информацией.

Сравнение структуры и содержания подразделений ГНИОММ и Куйбышевского института показало их соответствие друг другу: оба учреждения имели единую концепцию построения системы ОММ в стране.

Средневолжский (далее Куйбышевский) краевой научно-практический институт охраны материнства и младенчества был образован 1 июня 1929 года на базе городского родильного дома, дома матери и ребёнка и женской консультации. Перед новым учреждением стояла цель: создание целостной системы охраны материнства и младенчества в регионе, научного обоснования организационных и лечебно-профилактических мероприятий, внедрения в практику здравоохранения современных достижений медицинской науки. В процессе реализации задач, для достижения цели, решались стратегические вопросы: увеличение рождаемости, сокращение детской заболеваемости и младенческой смертности.

Основателями института стали профессор В.М. Курзон (педиатр), П.Ф. Францева (педиатр), А.К. Софотерова (акушер-гинеколог). Первым директором института временно назначили В.М. Курзона, в дальнейшем учреждением руководили А.И. Малинин (акушер-гинеколог), А.В. Фокина, доцент Я.А. Теплоухов (патолофизиолог), О.Д. Мацпанова, и др.

Вначале в Институте работали 120 штатных сотрудников, и рассчитан он был на 140 коек, число которых возросло до 270 на этапе функционирования на полную мощность. К концу 1929 г. структура Института состояла из 2 секторов – женского на 160 (акушерское отделение, палата новорожденных, консультация и гинекологическая амбулатория) и детского на 100 коек (физиологическое и клиническое отделение с изолятором), консультации с педагогическим кабинетом, молочной кухни [326].

Со временем в Куйбышевском краевом институте ОММ увеличивалось число вспомогательных подразделений: появились клиническая, патогистологическая, бактериологическая лаборатории, аптека (1929); молочная кухня, зубоврачебный кабинет (1930), социально-правовой кабинет (1931), статистический и педолого-педагогический кабинет (1932), рентгенологический кабинет (1933); патологоанатомическая и биохимическая лаборатории (1936) [326].

Сотрудники изучали жизненные функции здорового и больного ребёнка раннего возраста, методы воспитания и ухода за ним; вопросы подготовки кадров врачей и среднего медицинского персонала для учреждений, занимающихся здоровьем детей.

При организации КИОММ основой кадрового потенциала являлась часть врачей, работавших в учреждениях, на базе которых был образован Институт (табл. 26).

Таблица 26 – Кадровый потенциал КИОММ (1929–1940 гг.) на 1.11.1934 г.

[327]

пп	Ф.И.О.	Должность, научная степень
1.	Теплоухов Я.А.	Директор, доцент
2.	Курзон В.М.	Зав. детским сектором, профессор
3.	Крупенников Н.В.	Зав. женским сектором, профессор
4.	Брин Б.М.	Консультант, патофизиолог, профессор
5.	Ашман А.А.	Зав. акушерским отделением, ст. научный сотрудник
6.	Михайлова А.С.	Зав. гинекологическим отделением, старший научный сотрудник
7.	Ильинский П.И.	Зав. физиологическим отделением, старший научный сотрудник
8.	Штаерман И.Я.	Зав. детским клиническим отделением, старший научный сотрудник
9.	Лютенберг С.Я.	Зав. молочной кухни
10.	Лузин А.И.	Зав. рентгеновским кабинетом
11.	Сенкевич Г.П.	Зав. статистическим кабинетом, старший научный сотрудник
12.	Барац А.Е.	Зав. лабораторией, старший научный сотрудник
13.	Дзиган К.А.	Зав. детской консультацией
14.	Капитонова О.Н.	Зав. женской консультацией
15.	Соболь С.Р.	Зав. зубоврачебным кабинетом

№ пп	Ф.И.О.	Должность, научная степень
16.	Курмыцкая Е.И.	Младший научный сотрудник
17.	Комарова М.С.	Младший научный сотрудник
18.	Лепилина М.И.	Младший научный сотрудник
19.	Примак Д.И.	Младший научный сотрудник
20.	Кузьмина- Кавецкая Н.А.	Младший научный сотрудник
21.	Скибель И.С.*	Врач
22.	Фейгина Н.М.*	Младший научный сотрудник
23.	Зворыкина В.Н.*	Ассистент

* в штате с 1935 г.

Высококвалифицированные научные работники Института: 3 профессора, 6 старших и 5 младших научных сотрудников, реализуя различные проекты в области детского здравоохранения, превратили мощный кадровый потенциал в инструмент, позволивший построить научно обоснованную систему охраны здоровья детей первых 3-х лет жизни в регионе.

С момента создания Куйбышевского краевого института ОММ коллектив активно включился в исследовательскую деятельность. С 1930 г. сотрудниками собирался и накапливался материал для установления количественного и качественного состояния учреждений по обслуживанию детей раннего возраста, численности ясельного контингента, имеющимся навыкам детей старшей группы яслей по самообслуживанию, проводимой активной профилактике и терапии гриппа и кори, лечения малярии у детей, и т.д.

Научная тематика стала целенаправленно формироваться с 1935 г. (табл. 27).

Таблица 27 – Научная тематика в КИОММ в период с 1935 по 1936 гг. [328]

Год планирования	Область исследования	Перечень научных тем	Срок исполнения	Ответственные
1935	Педиатрия	«Вес новорожденных г. Куйбышева в 1931 г.»	1936	В.М. Курзон и Г.П. Сенкевич
		«Обзор состояния работы детских учреждений ОММ в Средневолжском крае»		Н.П. Хмелькова
		«Анализ количественного и качественного состояния учреждений по обслуживанию детей раннего возраста в г. Куйбышеве»		П.И.Ильинский
		«К вопросу профилактики и клиники кори при применении сыворотки крови взрослых и плацентарной в раннем детстве»		П.И.Ильинский
		«Особенности течения кори у детей летом»		П.И.Ильинский
		«К клинике и терапии геморрагических колитов по материалам Института ОММ за 1933 г.»		В.Н. Зворыкина
		«К вопросу о терапии коклюша в раннем детском возрасте»		В.Н. Зворыкина
		«Изгнание ленточных глист дуоденальным зондом»		И.Я. Штаерман
		«Динамика крови при рентгенотерапии пневмоний в детском возрасте»		И.Я. Штаерман и А.Е. Барац
		«О пиуриях в раннем детском возрасте»		Н.Д. Николаев
		«Рентгенотерапия малярии у детей раннего возраста»		Н.Д. Николаев и А.И. Лузин
		«Язвенный стоматит и его лечение»		И.Я. Штаерман и М.А. Нусс

Продолжение таблицы 27

Год планирования	Область исследования	Перечень научных тем	Срок исполнения	Ответственные
		«К вопросу о нервных заболеваниях при малярии у детей раннего возраста»		Н.Д. Николаев и В.А. Грушецкая
		«Формы и методы работы в природе с детьми раннего возраста»		З.И. Ершова-Яковлева
1935	педиатрия и акушерство	«Об изменении белкового зеркала растущего организма»	1936	П.И.Ильинский
		«Вес и рост новорожденных в зависимости от сезонности и заболеваемости матери»		Капанова
		«О времени отпадения пуповины»		Капанова
		«Расстройства питания и пищеварения у детей раннего возраста»		Н.Д. Штаерман
		«Выделение акрихина мочой»		Н.Д. Николаев, Г.М. Лопатин, В.А. Грушецкая
		«Гипертоксическая форма малярии»		Н.Д. Николаев
		«Поражение мочевого аппарата при малярии»		Н.Д. Николаев
		«Профилактика кори»		Н.Д. Николаев
		«Туберкулез у детей раннего возраста»		М.А. Нусс

*Перечень научных тем составлен на основе архивных документов

Результаты работ были опубликованы в 1935 г. «в первом сборнике трудов Куйбышевского Краевого Института ОММ (1 том)» [329].

Старший научный сотрудник П.И. Ильинский проводил анализ состояния учреждений по обслуживанию детей ясельного возраста в г. Куйбышеве. Он показал, что правильно приспособленное помещение под детское учреждение даёт возможность улучшить санитарно-эпидемиологические условия, что, в свою очередь, приводит к снижению инфекционных заболеваний. Учёный обследовал 9

яслей, 3 консультации, 4 молочные кухни и детский приёмник. Он выделил общий недостаток – отсутствие специальных зданий. В основном детские учреждения размещались в квартирах, что препятствовало планированию внутри помещений спальных и игровых комнат, приёмных и пр. Во многих яслях отсутствовали кабинеты для врачей и изоляторы, что мешало выявлять заболевания и работать с детьми, заболевшими острыми инфекциями. В некоторых селах (Большеглушицком районе, Сталинской МТС, Похвистневском районе, Оренбургском районе, Мордовии и т. д.) удавалось организовать ясли – изоляторы при вспышках инфекций и желудочно-кишечных заболеваний. Автор обосновал необходимость учёта при работе в яслях фактора сезонности и наличия в ежедневном рационе свежих ягод, зелени, овощей, фруктов, соков, сливочного масла, рыбьего жира, разных круп, бобовых продуктов и т. д. [326].

В жизненно необходимых научных темах «Причины детской смертности», «Анализ заболеваемости и смертности детей ясельного возраста в г. Куйбышеве», «Мероприятия по снижению заболеваемости и смертности при желудочно-кишечных заболеваниях у детей раннего возраста», «Летальные формы туберкулёза у детей по материалам туберкулёзного отделения Института» и др., ставились цели наиболее важные для жителей региона.

В КИОММ задачи, касающиеся расстройств питания детей, разрабатывались в научных темах: «Расстройства питания и пищеварения у детей раннего возраста», «Роль гриппа в развитии диспепсии», «Роль отита при расстройствах питания у детей раннего возраста», «Об изменении белкового зеркала растущего организма», «Наши модификации растительных питательных смесей» [330].

В.М. Курзон и Г.П. Сенкевич, занимаясь вопросами вскармливания грудного ребёнка, изучали состояние пищеварения, секреторную и моторную функцию пищеварительного тракта здорового и больного ребёнка раннего возраста. На основе этих данных, с учётом потребности детского организма в различных ингредиентах пищи, была разработана диететика первых 3-х лет жизни ребёнка в

норме, при расстройствах питания и заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Ассистент Института В.Н. Зворыкина в научной работе «К клинике и терапии геморрагических колитов по материалам Института ОММ за 1933 г.» исследовала острую форму расстройства пищеварения у детей – колит. Автор наблюдала в клинике Куйбышевского ИОММ 408 пациентов с геморрагическим колитом, из которых в 258 случаях с кровянисто-слизистым стулом. Она отмечала лёгкое течение болезни у детей рабочих. Прогноз у них оказался благоприятнее, чем у детей служащих, у которых чаще случалась тяжелая форма болезни. Первые, находясь в яслях, обеспечивались лучшим уходом и питанием.

В процессе наблюдений было выявлено, что у детей до 1 года отмечалось сложное течение болезни, с худшим прогнозом, у детей 1 - 3 лет – средняя, старше 3 лет – легкая форма. Важно, что при нормальном питании, преобладали лёгкие, при пониженном – средние, при плохом – тяжелые состояния. Геморрагические колиты, в большинстве случаев, протекали с субфебрильной температурой. У пациентов с тяжелым течением и неблагоприятным исходом отмечалась высокая температура. Одно присутствие крови в испражнениях не служило решающим фактором в определении тяжести и исхода патологии. Колит рассматривался, как патология всего организма, с поражением органов дыхания, мочеполовой и нервной систем и др. В день смерти у детей наблюдалось отсутствие стула, наступившего в результате токсического влияния на нервно-мышечный аппарат кишечника. При частом кровянистом стуле с сильными тенезмами считалось целесообразным применять ежедневно микроклизмы с антипирином в разведении 1:15 в количестве не менее 6 грамм. Терапия проводилась до полного исчезновения крови в кале [327].

В 1930-40-е г. научный коллектив работников детского сектора Куйбышевского института охраны материнства и младенчества начал внедрять новейшие методы лечения желудочно-кишечных заболеваний: инсулинотерапию, лечение колитов бактериофагом.

В институте лечили больных и велись научные работы клинического

характера. Большая часть тем была основана на материалах стационарных отделений КИОММ и лечебно-профилактических учреждений города Куйбышева (клиника и терапия инфекционных детских заболеваний; физическое развитие новорожденных, и т.д.).

В 1937-1939 гг. научные поиски в КИОММ связаны преимущественно с проблемами питания, нарушением пищеварения и заболеваниями малярией у детей раннего возраста, детских инфекций, выявлением причин детской смертности.

В 1940 г. предусматривалось проведение 27 научных исследований, из которых 14 работ касались вопросов охраны здоровья детей. В работе участвовали 25 научных сотрудников и врачей ординаторов. Окончание большинства работ намечалось на декабрь 1940 г. (табл. 28).

В I полугодии 1940 г. в стадии подготовки к печати находилась 1 работа по педиатрии. Материал по 8 научным темам был собран, но не опубликован, 1 работа не начата, 1 исключена из плана (причина не известна). Глава диссертации на тему: «Гемотерапия при пневмонии у детей раннего возраста» была оформлена в виде статьи и сдана в печать. Всего в I полугодии было завершено 10 работ. Сведения о выполнении остальных тем в конце 1940 г. не сохранились.

Таблица 28 – План научно-исследовательских работ по педиатрическому сектору института КИОММ на 1940 г. [331]

№ пп	Название тем*	Ответственные	Срок исполнения
1.	«Анализ заболеваемости и смертности детей ясельного возраста по г. Куйбышеву»	М.В. Ильина	X.1940 г.
2.	«Мероприятия по снижению заболеваемости и смертности при желудочно-кишечных заболеваниях у детей раннего возраста»	Н.П. Хмелькова	XII.1940 г.
3.	«Лечение и профилактика дизентерии бактериофагом»	Р.Е. Герман	XII.1940 г.
4.	«Наши модификации растительных питательных смесей»	С.Я. Лютенберг	XII.1940 г.

Продолжение таблицы 28

№ пп	Название тем*	Ответственные	Срок исполнения
5.	«Роль отита при расстройствах питания у детей раннего возраста»	Я.И. Скибель	ХII.1940 г.
6.	«Стоматиты и борьба с ними»	К.А. Дзиган	ХII.1940 г.
7.	«Роль гриппа в развитии диспепсии»	Горская–Петрова	ХII.1940 г.
8.	«Опыт лечения малярии у детей омнохином»	Н.И. Кирильцева	ХII.1940 г.
9.	«Клиника первичного комплекса у детей раннего возраста по материалам туберкулезного отделения Института»	М.В. Ильина	ХII.1940 г.
10.	«Летальные формы туберкулеза у детей по материалам туберкулезного отделения Института»	А.В. Третьякова	ХII.1940 г.
11.	«Наблюдение за детьми иммунизированными по методу Кальметта (БЦЖ)»	Райская	ХII.1940 г.
12.	«Лечение коклюша»	Г.М. Лопатин	ХII.1940 г.
13.	«К вопросу о гемотерапии у детей раннего возраста (диссертация)»	Н.М. Фейгина	1941 г.
14.	«Остаточный азот и аммиачный коэффициент мочи при пневмонии у детей раннего возраста»	М.А. Нусс	ХII.1940 г.

*Перечень научных тем составлен на основе архивных документов

Большое внимание в КИОММе уделяли научному обоснованию методов борьбы с инфекционными заболеваниями у детей [52]. В период с 1935 по 1940 гг. данной проблеме были посвящены 5 научных тем: «Профилактика кори», «К вопросу профилактики и клиники кори при применении сыворотки крови взрослых и плацентарной в раннем детстве», «О серопротекции и летних эпидемиях кори», и «Наблюдение за детьми, иммунизированными по методу Кальметта (БЦЖ)», «Особенности течения кори у детей летом» [332].

П.И. Ильинский изучал эпидемию кори среди детей раннего и старшего

возраста. Он сделал вывод, что летом коревые эпидемии встречались значительно реже, чем в другие сезоны года и клинически протекали легче. Основными осложнениями кори летом являлись заболевания органов пищеварения. Смертность во время летних коревых эпидемий была меньше, чем в остальные сезоны года.

Автор подтвердил материалы, имеющиеся в литературе, о наибольшей восприимчивости детей ко многим болезням зимой и весной. В этот период максимальный подъём давали не только инфекционные и дистрофические расстройства, но и функциональные неврозы. Он пришёл к заключению, что на изменения в состоянии организма оказывали влияние метеорологические факторы (атмосферное давление, влажность, ионизация воздуха, некоторые виды радиации др.) [135].

В данном направлении в КИОММе разрабатывались темы: «Особенности развития детских инфекций», «Лечение и профилактика дизентерии бактериофагом», «Лечение кори, коклюша, малярии, рахита», «Лечение коклюша».

Ассистент КИОММ В.Н. Зворыкина изучала заболеваемость коклюшем в Куйбышеве в раннем детском возрасте. При этой патологии наблюдалась высокая смертность, но она отмечала, что процент гибели детей за 1934 год снизился за счёт профилактических мероприятий. Санитарно-гигиенический режим, полноценное питание и качественный уход лежали в основе борьбы с коклюшем. Наличие большой смертности от коклюша, особенно раннего возраста, заставляло искать новые способы терапии этой грозной болезни. Стали широко применяться не специфические вакцины, среди которых скарлатинозная комбинированная вакцина Коршуна и протеинотерапия. Методом выбора могли быть инъекции эфира, позитивно действовавшего на легочную ткань, чем объяснялось меньшее количество осложнений со стороны дыхания, а значит, и наиболее благоприятный исход. Особенно эффективно эфир действовал на спазматической стадии болезни [135].

В КИОММ изучались различные формы малярии, в том числе при развитии осложнений со стороны нервной системы, и разрабатывались практические меры по борьбе с ней среди детского населения. Н.Д. Николаев, В.А. Грушецкая вели комплексную тему «К вопросу о нервных заболеваниях при малярии у детей раннего возраста». Учёные испытали действие рентгеновских лучей на течение малярии, как без, так и в комбинации с хинином, особенно у больных, получавших препарат перед этим длительное время и не оказывавших быстрого и сильного действия. Исследование показало, что рентгенотерапия малярии может использоваться в качестве дополнительного средства. Методика лечения состояла в облучении селезёнки лучами рентгена в дозах, в зависимости от возраста. Рентгенизация селезёнки, провоцируя приступ, могла быть применима для диагностики скрытой малярии, с последующим специфическим лечением. Авторы подтвердили возможность возникновения нервной патологии у детей раннего возраста при малярии. В зависимости от характера течения заболевания, в ряде случаев они наблюдали поражение центральной нервной системы по типу менингеального энцефалита с коматозным началом и последующими атактическими симптомами мозжечкового характера со стороны верхних, и нижних конечностей, а также расстройство речи по типу моторной афазии [135].

В связи с массовым язвенным стоматитом в одних из яслей города Куйбышева, в КИОММ старший научный сотрудник И.Я. Штаерман и ординатор М.А. Нусс провели работу по установлению связи язвенного стоматита с ангиной Винцента. Учёные доказали, что его возникновению в яслях способствовали несвоевременная изоляция больных, предшествовавшие заболевания, отсутствие санации полости рта, авитаминоз. Они показали, что бациллоносительство было длительным и стойким. Палочка Винцента тождественна при ангине Винцента и стоматите только с морфологической стороны. Возбудитель такой ангины мог поражать и другие органы (ухо, миндалины, гайморову полость). Лечение считалось эффективным при применении 20% раствора сульфата меди [135].

В 1935 г. в КИОММ изучались темы: «Рентгенотерапия пневмоний», 1935-

1940 г. «Остаточный азот и аммиачный коэффициент мочи при пневмонии у детей раннего возраста», позволившие уточнить показатели состояния и расширить при необходимости терапию воспалительных заболеваний лёгких [327].

В 1939 г. младший научный сотрудник доктор Н.М. Фейгина разрабатывала внеплановую научную тему «Гемотерапия пневмоний у детей раннего возраста». «В связи с достигнутыми успехами работа была расширена, включена на май 1940 г. и выполняется доктором Фейгиной как диссертационная на соискание степени кандидата медицинских наук...» [332].

Актуальной проблемой являлось воспитание ребёнка раннего возраста и его психическое развитие. На основании результатов изучения физиологии нервной системы и пищеварения ребёнка, фаз сна и бодрствования, сотрудниками КИОММ в секторе развития и воспитания ребёнка разрабатывались модификации режимов, способы развития движений, голосовых реакций и речи, эмоций и игр детей, затем внедрённые в детских учреждениях Советского Союза.

Работа с детьми на природе являлась одним из разделов в системе воспитания детей раннего возраста в Куйбышеве. З.И. Ершова-Яковлева использовала подручные средства и предметы, существующие в природе и приемлемые для ознакомления с ними детей ясельного возраста. Педолог института создала специальную программу для сестер-воспитательниц, согласно которой они, в процессе общения, в игровой форме объясняли детям, что такое земля, глина, песок, камни, трава, цветы, деревья, листья, небо, домашние животные, птицы и насекомые. Во время исследования выявила, что наиболее яркие впечатления у детей вызывали «рассказывание» и «музыкально-двигательная работа» [327].

В процессе выполнения научной тематики разрабатывались новые методики по лечению детей раннего возраста. Например, сульфидинотерапия при пневмониях, дизентерии, менингите; применение бактериофага при колитах; никотиновой, аскорбиновой кислоты при септической ангине и дистрофиях.

Великая Отечественная война изменила в одночасье деятельность Института охраны материнства и младенчества.

В связи с тем, что Куйбышев являлся запасной столицей страны, на его учреждения было возложено много новых задач. В КИОММ планировались темы, отличающиеся от ведущихся в других аналогичных институтах, занимающихся охраной здоровья детей в СССР. В их числе: организация медико-санитарного обслуживания работниц оборонных предприятий, медицинское обеспечение эвакуированных женщин и детей, врачебное обслуживание семей фронтовиков, усиление работы по повышению квалификации кадров, и др. Одновременно проводилось изыскание новых и наиболее эффективных форм и методов медико-санитарного обслуживания женщин - тружениц оборонных предприятий, где создавались кабинеты для профилактики и лечения заболеваний, разрабатывались методы по снижению детской смертности и заболеваемости и др. В самом начале войны в план НИИ были включены вопросы по лечению гнойных ран по методу профессора Вишневого, переливанию крови, приготовлению питательных смесей и прикормов, организации деятельности детских лечебно-профилактических учреждений, изоляции больных инфекционными заболеваниями и своевременной госпитализации заболевших детей в физиологические отделения в новых условиях [234].

В годы Великой Отечественной войны в детском секторе Института решались проблемы заболеваемости желудочно-кишечного тракта, разрабатывались различные виды диетотерапии, методика изготовления изюмной жидкости, которую внедрили по всей области. Научными сотрудниками продолжалось изучение эффективности лечения и профилактики дизентерии бактериофагом, действенности лечения токсической диспепсии и дизентерии сульфидином. В Институте организовали отделение методов лечения и профилактики хронической дизентерии. С целью снижения этого недуга образовывались специальные ясли и группы в яслях для больных дизентерией. Коклюш лечили противокоревой сывороткой. Для охвата детей

противодифтерийными прививками, в Институте формировались прививочные отряды, которые проводили работу в г. Куйбышеве и области.

Сотрудники КИОММа принимали активное участие в организации туберкулёзных стационаров, санаториев, санаторных групп в яслях, контролировали выполнение БЦЖ и реакции Пирке. Выявлялись недостатки, не полный охват бецежированием, из-за перебоев в снабжении прививочным материалом, недостаточное выделение стационарных коек для детей больных туберкулёзом.

Работы по поиску заменителей молока и сахара являлись отличительной особенностью научных исследований КИОММ в годы ВОВ. Растительное молоко из семян подсолнечника, мака и ядер абрикоса и т. д., использовалось вместо молока; солодовый сахар в виде солодового сусла и мальц-экстракта-сахара. Для обогащения еды витаминами применялись шелуха бобов какао, витамин «Д», с добавлением в пищу пекарских дрожжей (комплекс витаминов В), изготавливались различные блюда из щавеля, крапивы – супы, мусс, кисели, повидло, соус, напитки из шиповника и хвои (витамины С и А). Из вываренных костей получали порошок и давали детям, вводя в организм кальций. В Институте была разработана инструкция по приготовлению дополнительного питания детям, которой руководствовались работники молочной кухни, детских клиник, пищевых станций, и яслей. Выставка, касающаяся питания, с 55 экспонатами, диаграммами и таблицами была продемонстрирована на четырех совещаниях медработников в Куйбышеве и направлена в Москву в НКЗ РСФСР. В Куйбышеве по инициативе КИОММ был учрежден в 1943 г. Дом отдыха для беременных [234].

Важное место в деятельности КИОММ занимали вопросы организационно-методической работы детских лечебно-профилактических учреждений, где значительное внимание уделялось участковой системе обслуживания, проведению профилактических мероприятий. В помощь районным участковым врачам и медицинским сёстрам были разработаны и разосланы на места нормативные документы: методические рекомендации по проведению организационных и

лечебных мероприятий в борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями; диагностике и лечению дизентерии у детей раннего возраста; работе детских учреждений (детская консультация, ясли, молочная кухня, дома ребёнка); типовой план работы городского и районного педиатра и акушера; инструкции по составлению отчетности детских консультаций; единый план проверки детских лечебно-профилактических учреждений.

К детским учреждениям прикреплялись сотрудники института, которые осуществляли систематическую методическую и консультативную помощь.

Во время Великой Отечественной войны в институте уделялось много внимания воспитательной работе в яслях. Педагогами – методистами института был проинструктирован персонал 25 яслей, обслуживающих работников предприятий оборонной промышленности. Были разработаны схемы планирования и формы работы в яслях, методики определения индивидуального подхода к ребёнку [234].

В 1942 г. было выполнено 88, в 1943 г. за 9 месяцев – 28 научных работ, защищено за 3 года войны 4 кандидатских диссертации, издана монография профессора Жордания «Плацентарная кровь». В 1944 г. КИОММ издает сборник трудов, в котором подводились итоги научной деятельности за четыре года ВОВ. Нашли свое отражение темы: «Анализ причин мертворождаемости по городам Куйбышевской области за 1942-1944 гг.», «Анализ показателей рождаемости и детской смертности в возрасте до 1 года в Куйбышевской области за 1943 г.» и т. д. [234].

После Великой Отечественной войны (1945-1947 гг.) сотрудники КИОММа оказывали медицинскую помощь детям в условиях трудного послевоенного времени. Одной из значимых проблем являлась нехватка врачебных кадров в Институте. Низкое качество патронажной работы, слабое выявление заболеваний (например, пневмонии), несвоевременность обращения в амбулатории приводили к поступлению детей в отделения Института в тяжелом состоянии. Среди всех заболеваний в 1947 г. на первом месте была пневмония, затем токсическая

диспепсия, дизентерия, малярия, менингит и туберкулёз. Наибольшая часть новорожденных погибала в первые три дня жизни. Причинами являлись родовые травмы, преждевременные роды, кровоизлияния в мозг и др. [333; 334].

В борьбе с высокой заболеваемостью и смертностью требовались новые подходы. В 1948-1949 гг. в институте велись научные темы: «Борьба с материнской заболеваемостью и смертностью», «Борьба с заболеваемостью, мертворождаемостью и смертностью новорожденных», «Краевая патология: бруцеллез и малярия», «Влияние социальных условий военного и послевоенного времени на физическое развитие новорожденных», «Профилактика пневмонии у детей в первые 3 месяца жизни», «Отдаленные исходы туберкулеза легких у детей раннего возраста», «Дизентерия у детей» и т. д.

Для сотрудников, работающих в системе ОММ, в Институте было разработано большое количество методических рекомендаций, в которых рассматривались вопросы по «санитарной статистике» для врачей; воспитанию детей раннего возраста, планированию и «учёте двигательных умений в грудной группе», «о выписке новорожденных из родильного дома» [335].

В 1950 г. перед КИОММ встала задача перестроить свою работу на основе учений академика И.П. Павлова. Стали изучаться вопросы механизма родовой деятельности, психопрофильного обезболивания родов; ранней диагностики и профилактики рака. Разрабатывались методики по обследованию ребёнка, с акцентом внимания на его развитие и поведение, условия и уход, развитие речи и движения.

В связи с внедрением практических мероприятий, следствием освоения положений учения И.П. Павлова изменился режим дня в детских клинических отделениях. Стало придаваться значение точному времени измерения температуры, утреннему туалету ребёнка, выполнению своевременно медицинских назначений, приёму пищи и др. Уход за маленьким ребёнком в отделении могла осуществлять мать. В стационаре соблюдалась тишина, «полусвет» в палатах в ночное время, сокращались болезненные манипуляции, разрабатывались индивидуальные диеты. Для научного обоснования проводимых

мероприятий в 1951-1954 гг. выполнялись темы: «Организация работы объединенных роддомов и женских консультаций», «Организационные формы и методы медицинского обслуживания детей в системе детской больницы», «Психопрофилактическое обезболивание родов в свете учения И.П. Павлова», «Туберкулез у детей», «Пневмоперитонеум у детей раннего возраста» и др. Научные работники отмечали, что лечебно-охранительный режим в отделениях приводил к улучшению самочувствия детей и скорому выздоровлению. Но многие ученые считали, что «Павловские учения» - это «мрачная страница» истории советской науки послевоенного периода. Сегодня господствует мнение, что учения нанесли огромный ущерб медицине и педагогике. Вред был нанесен не только развитию теории, но имел место и на практике. Поскольку И.П. Павлов неоднократно высказывался по поводу целебных свойств сна, широкое распространение получил метод лечения сном. Один из ученых физиологов И.А. Аршавский, в свое время, сказал: «Во что обошлось лечение сном взрослых мы не знаем. Но лечение сном детей обошлось слишком дорого. Барбитураты давали детям с первых недель жизни и превращали их в олигофренов» [10]. Однако, анализ документов, находящихся в архивах Самары показал, что все мероприятия, проводимые в рамках «Павловских учений», наоборот благотворно влияли на здоровье детей первых 3-х лет жизни. О том, что были негативные стороны этих мероприятий, документов не найдено.

Благодаря внедрению результатов научных разработок, в клинике КИОММ удалось в 1955 г. снизить летальность от заболеваний нервной системы, дыхательной и пищеварительной систем и др. у детей ясельного возраста (табл. 29).

Таблица 29 – Летальность детей до 2-х лет в отделениях КИОММ [334; 336]

Наименование заболеваний	1946 г.	1947 г.	1955 г.
Болезни нервной системы (нарушение сна, повышенная возбудимость, неврастении и др.)	78	6	1
в т.ч. менингит	32	31	3

Продолжение таблицы 29

Наименование заболеваний	1946 г.	1947 г.	1955 г.
Болезни печени	2	6	4
Острый гастроэнтерит	243	151	31
Токсическая диспепсия	199	341	18
Пневмония	649	588	500

Сотрудниками института за 1929-1955 гг. написано более 200 научных статей. Состоялось свыше 400 конференций, сделано более 1000 обследований учреждений ОММ, прочитано 2700 лекций в клубах, на предприятиях.

В 1955 году институт был реорганизован приказом Куйбышевского облздравотдела от 18.08.1955 г. № 114, в соответствии с указанием МЗ РСФСР № 20/287 от 6.06.1955 г., в Областную клиническую больницу. Учреждение решило поставленную перед ним задачу – создание эффективной системы охраны материнства и младенчества в Куйбышевском регионе [337].

Таким образом, институт охраны материнства и младенчества г. Куйбышева выполнил все поставленные цели и задачи, организовав ежедневную борьбу с заболеваемостью и смертностью среди детей младенческого и раннего возраста в регионе. В стенах НИИ проводились экспериментальные и клинические исследования по изучению организма ребёнка, а также выявленной у них патологии. Научные сотрудники разрабатывали современные для своего времени научные темы, методы и практические мероприятия по охране здоровья женщин и детей, эффективно внедряя их в практику в районах области. Выполнение научной тематики позволило создать фундаментальную основу для научного обоснования проводимых мероприятий и внедрения научных достижений в сеть лечебно-профилактических организаций. В результате, КИОММ удалось добиться значительного снижения смертности младенцев с расстройствами питания, острыми желудочно-кишечными заболеваниями, заболеваниями нервной системы, пневмонией, туберкулезом, детскими инфекциями.

4.2. Подготовка кадров для детских учреждений

Создание государственной системы охраны здоровья детей первых 3-х лет жизни невозможно без подготовки значительного количества квалифицированных врачей, обладающих знаниями общения с детьми раннего возраста. В университетах не проводилось обучение специалистов для работы в службе охраны материнства и младенчества. Более того, в стране не существовало учреждений, которые осуществляли систематическую подготовку в области микропедиатрии. Для решения целого ряда важнейших проблем, которые ставила жизнь в вопросах по вскармливанию и питанию ребенка, уходу за матерью во время беременности, родов и послеродового периода и т.п., требовались профессионалы. [3].

В годы Гражданской войны (1918-1922 гг.) в Самарской губернии в детских учреждениях ощущался острый недостаток врачей и медицинских сестер. В доме матери и ребёнка, где находились 68 детей, в штате состояли лишь заведующий, постоянно проживающий в доме, 3 «фельдшерицы на приём», 2 сестры-хозяйки, и вспомогательный персонал [243].

Учитывая значительный дефицит кадров в области охраны здоровья ребенка, Центральный Отдел ОММ с момента своего функционирования приступил немедленно к организации различных курсов. Появилась необходимость в повышении квалификации работников охраны младенчества на последипломном этапе. Первыми учреждениями, занимающимися вопросами подготовки квалифицированных кадров в области ОММ стали Дом охраны младенца и ГНИОММ в Москве. Осенью 1918 г. на базе Дома охраны младенца открылись первые курсы, куда губернские и уездные подотделы командировали своих врачей и медсестер. Так, в 1919 г. из г. Самары были направлены 17 первых слушательниц, ученицы 3-4 класса фельдшерско-акушерской школы, которым на содержание была выделена сумма в размере от 450 руб. до 600 рублей. Средства выдавались местными отделами социального обеспечения. Командируемые

снабжались теплым платьем и крепкой обувью [338].

Подготовка специалистов в области охраны здоровья детей началась в это время и в Самаре. В 1919 г. на базе Самарской фельдшерско-акушерской школы открылись 3-х месячные курсы для сестер милосердия по уходу за младенцами под руководством В.М. Курзона, где сначала обучалось 50 человек [339]. В 1921 г. в Самарском медицинском институте была образована кафедра детских болезней, где проводилась подготовка врачей-педиатров. В разные годы кафедрой руководили ведущие врачи П.Ф. Францов и В.М. Курзон, профессора Г.М. Лопатин, Н.Д. Николаев, П.И. Ильинский, Л.И. Захарова, А.И. Милосердова, доценты В.Н. Зворыкина, А.П. Кочеткова.

В 1922 г. количество подготовленных медицинских работников еще не могло восполнить дефицит кадров в регионе. В 1922 г. в доме ребёнка Самары трудились только одна медсестра и воспитательница. В доме матери и ребёнка – медсестра и 2 воспитательницы. В детские сады и ясли на 1500 младенцев требовались 15 врачей и 5 «фельдшерниц» [340].

С целью увеличения кадрового потенциала и раскрытия его мощности в 20-х годах создавались женотделы, целью которых являлось привлечение женщин в партию и воспитание их в «духе коммунизма». Женщины-делегатки избирались как из работниц, так и из домохозяек. Появилась возможность привлечь их к работе в детском здравоохранении. Они участвовали в советах охраны здоровья детей, в разработке норм питания и его контроле в диетических столовых, пищевых станциях, в присутствии представителя здравоохранения, осуществляли надзор над яслями, садами, школами, проводили обследования домов, в которых проживали маленькие дети [341].

В период социально-экономического подъема, с 1923 г. в Самарской губернии происходило увеличение детских учреждений, для которых требовались кадры. Комплектование яслей медицинским персоналом проводилось с большими трудностями. В 1924 г. в одних из яслей Самары на 80 коек был лишь один администратор, 3-4 сестры-воспитательницы, 17-22 человека технического

персонала, имелся детский изолятор, в котором работали 2 медсестры [342].

Необходимо было совершенствовать подготовку учащихся в учебных учреждениях. С 1923 г. фельдшерско-акушерские школы были реорганизованы в медицинские техникумы. Повысились требования в отношении поступающих, общеобразовательный уровень которых был установлен не ниже «семилетки». В техникумах открывались курсы для ясельных работников, а в 1924 г. в губернии учреждались школы ясельных сестер.

В 1926 г. в протоколах педагогического совета медицинского техникума указывалось, что в г. Самаре на краткосрочные курсы по подготовке ясельных работников для сельской местности было набрано 109 человек, из которых 37 крестьянок, командированных из сел. В детских учреждениях прошли переподготовку 8 врачей, которых также направили в сельскую местность [343; 344]. Проведённая подготовка врачебных и сестринских кадров позволила к 1928 г. пополнить штат яслей, детских консультаций. Но, из-за расширения сети, этого было недостаточно.

В 1926-1927 гг., в связи с увеличением числа сезонных яслей, для работы в них привлекали «делегаток», которые помогали в организации становления и деятельности учреждений. В 1926 г. их было привлечено около 90, а в 1928 г. – 120 [345].

Согласно плану пятилетки здравоохранения (1929-1933гг.) Средневолжского края, планировалось увеличение штата врачей для детских учреждений на 878, медицинских сестер – 1042 человек [346]. Были рассчитаны штатные нормативы работников для яслей и детских консультаций [347].

В рамках реализации плана с 1929 по 1932 гг., количество врачей и медицинских сестер системы охраны здоровья детей постоянно увеличивалось, что требовало подготовки и повышения квалификации персонала детских учреждений.

В 1930 г. на базе Средневолжского краевого института ОММ проводились краткосрочные циклы, декадни, курсы ясельных работников и районных

инструкторов по ОММ. Врачи и специалисты среднего звена совершенствовали знания на рабочих местах, студенты медицинского техникума проходили учебную и производственную практику. За 1929-1939 гг. было подготовлено на краткосрочных курсах 250 врачей, 1950 средних медработников. Производственную практику прошли свыше 5000 студентов ВУЗов и 480 учащихся фельдшерско-акушерской школы. Переподготовка врачей осуществлялась в форме стажировки и интернатуры. Один раз в месяц проводились расширенные межрайонные конференции и систематические занятия в кружке для акушерок и медицинских сестер сети ОММ [327; 348].

Подготовка кадров постепенно приносила свои плоды. В 1936 г. в Куйбышеве ясли обслуживались 16 врачами: 8 педиатрами и 8 узкими специалистами (терапевты, психиатры и др.). Штат врачей и медицинских сестер был увеличен для проведения профилактических прививок. В отчете горздравотдела за 1936 г. указывалось, что с целью проведения вакцинации в консультациях штат медицинских сестер пополнился на 18 единиц [349].

Выпуск учащихся в 1937 г. позволил укомплектовать многие детские учреждения Куйбышева. В этом году школу ясельных сестер КИОММ закончило 23, краткосрочные курсы для молочных кухонь – 70 человек, из них 30 обучались 1 месяц, а 40 две недели. Стажировку прошли 10 врачей для работы в стационарах и 21 – для молочных кухонь. Курсы по обследованию новорожденных – 26 человек [350].

В этот период Самарский медицинский техникум преобразуется опять в фельдшерско-акушерскую школу, директором которой с 1935 по 1939 гг. являлась Фокина В.А. Она принимала активное участие в реорганизации школы и составлении программ для подготовки среднего звена медработников системы ОММ. В 1939 г. в фельдшерско-акушерской школе производился выпуск ясельных сестер. На основании протокола о сдаче государственных экзаменов, и соответствующего приказа завершили учёбу 2 группы сестер в составе 53 человек. Выпускники получили свидетельство об окончании школы на основании сдачи

испытаний по ясельной педагогике, детским болезням, истории, анатомо-физиологическим особенностям, санитарно-оборонной подготовке [351].

Куйбышевский краевой институт охраны материнства и младенчества расширил по ходатайствам руководителей детских учреждений деятельность по подготовке персонала для охраны младенчества. Например, для открытия новых яслей в Самаре нужно было подготовить 5 заведующих и 4 сестры-воспитательницы [352]. Благодаря усиленной подготовке кадров в 1937 г. в консультациях г. Куйбышева трудились более 70 детских врачей. В городе работали 317, в селах – 52 ясельных сестер [353]. В 1938 г. консультация № 16 была полностью укомплектована кадрами. Врачи специалисты занимали 2,5 ставки, распределенные следующим образом: врач-маляриолог – 0,5 ставки, фтизиатр – 0,5, врач - венеролог – 0,5, офтальмолог – 0,25, отоларинголог – 0,25, врач - рентгенолог – 0,25, врач - лаборант – 0,25. Патронажных сестер было 7,5, социально - правовых работников – 1, регистраторов – 1,5, старшая медицинская сестра – 1, фильтр-сестра – 1,5, процедурная – 1,5, сестра изолятора – 0,25 [354].

До начала войны на площадках средних медицинских школ проводились различные циклы по повышению квалификации медицинских сотрудников, а также экстернат. В г. Куйбышев 19.05.1940 г. из облздравотдела (сектора медобразования) в средние медицинские школы города и области поступило информационное письмо за № 2217/3-23 «О введении положения об экстернате на звание фельдшера, санитарного фельдшера, медицинской сестры и медицинской сестры детских учреждений, акушерки, лаборанта». В нём говорилось о необходимости улучшения подготовки среднего медицинского персонала, находящегося на медицинских должностях, но не имеющих соответствующего образования, а также прошедших курс обучения, выполнивших весь учебный план среднего учебного медицинского заведения, но не сдавших выпускных испытаний, или утративших документы об окончании средней медицинской школы. В экстернате обучались медицинские сестры, подготавливаемые для работы в детских учреждениях. Они проходили испытания по следующим

предметам: нормальной анатомии и физиологии человека, фармакологии с рецептурой, анатомо–физиологическим особенностям детского возраста с уходом и питанием, хирургическим, внутренним и детским болезням (включая и инфекционные) с уходом за больными детьми, воспитательной работе с детьми в яслях, санитарно–оборонной подготовке, истории СССР [355].

В годы Великой Отечественной войны, несмотря на сложности военного времени, мероприятия по подготовке врачей и среднего медицинского персонала для детских учреждений в медицинском институте и фельдшерско-акушерской школе Куйбышева продолжались. Значительную роль в совершенствовании знаний специалистов имело вышеупомянутое историческое постановление СНК СССР от 14.05.1939 г. «Об улучшении подготовки средних медицинских кадров», целью которого являлось повышение квалификации медицинских сестер детских учреждений [356]. В г. Куйбышеве в 1941 г. фельдшерско-акушерскую школу закончили 53 акушерки, 62 медицинские сестры [357]. В 1942 году по новому учебному плану, стали выпускаться медицинские сёстры общего профиля [185].

В Куйбышевском институте охраны материнства и младенчества проводилась подготовка кадров по различным циклам в области ОММ. В 1942 г. было обучено 314 врача и 231 средних медицинских работников, в 1943 г. за 9 месяцев – 203 и 100 соответственно. В КИОММ было проведено 29 межрайонных обучающих конференций. Профессора института проводили 2 раза в месяц научно-практические конференции в детских учреждениях [234].

Знания, полученные при обучении накануне войны, позволили медицинским сёстрам во время и ближайшие годы после её окончания использовать их эффективно при лечении и профилактике детских заболеваний.

Для контроля над состоянием здоровья детей к ясельным учреждениям были «прикреплены» медработники, в обязанности которых входило оказание медпомощи, своевременная изоляция детей, заболевших инфекционными заболеваниями и обеспечение санитарных мероприятий [236].

В годы Великой Отечественной войны медицинские работники

отправлялись на фронт, оставляя привычные рабочие места, и система детского здравоохранения лишалась кадров. В связи с острой необходимостью в специалистах в военный период, нужно было увеличить число детских врачей, патронажных, и ясельных сестёр.

В СССР на 31.12.1942 г. в городских яслях трудилось 2190, в сельской местности 293 врача педиатра, среднего медперсонала в городских яслях – 23482, в селах – 5949 человека [358]. В яслях Куйбышевской области сократилось число врачей и среднего медперсонала в сравнении с довоенным 1940 г. (табл. 30), вследствие чего возросла в 1941 г. нагрузка на оставшихся работников (табл. 31).

Таблица 30 – Кадровый потенциал яслей в Куйбышевской области на 31.12.

	Врачи			Средний медперсонал		
	1940	1942	1943	1940	1942	1943
Города						
Кол-во ставок	25	21	9	400	307,5	137
Занятость (в %)	67,5%	94,3%	81,8%	95,4%	88,8%	94,4%
Села						
Кол-во ставок	4	3	2,25	45	40	38,25
Занятость (в %)	100%	88,2%	69,2%	95,7%	57,3%	51%

В 1940 г. городские ясли врачами были укомплектованы лишь на 67,5% из 37 имеющихся должностей. В 1942 г. штатные ставки сократили, одновременно уменьшилось число врачей, и занятость штатов возросла до 94,3%. В 1943 г. из-за возвращения врачей на прежнее место жительства в освобождённые от фашистов районы, численность их продолжала сокращаться. Средний медперсонал уменьшился в 1942 г. и несколько вырос в 1943 г. В сёлах в 1942-1943 гг. врачей и

среднего медперсонала стало меньше, появились вакансии. Соотношение средних медицинских и врачебных кадров в сравнении с довоенным временем уменьшилось в городе и увеличилось в селе [359].

Таблица 31 – Число фактически развернутых коек в яслях на 1 занятую должность в Куйбышевской области

	1940 г.	1941 г.	1942 г.
Врачи			
В городских поселениях	172,4 (3,9%)	183,2 (3,3%)	158 (4,8%)
В сельских местностях	421 (25%)	873 (36,3%)	735 (33,3%)
Средний медперсонал			
В городских поселениях	10,7 (4%)	12,1 (8,2%)	10,7 (3,1%)
В сельских местностях	37,4 (2,2%)	40,3 (1,6%)	55,1 (2,4%)

Нагрузка на врачей и медсестёр в городских яслях в 1941 г. повысилась, а в 1942 г. уменьшилась у врачей и возвратилась к довоенным цифрам у среднего медперсонала (10,7). В 1941 г. занятость врачей в сельских местностях возросла более чем вдвое, затем в 1942 г. уменьшилась (735) ежегодно увеличивалась занятость медсестёр [360].

Появилась необходимость в ускоренной подготовке врачей и медицинских сестер. В одном из отчётов КИОММ указывалось, что в 1943 г. на курсах и семинарах, проводимых на базе Института было подготовлено 126 человек.

Остро встал вопрос о подготовке медицинских кадров для детских консультаций. Его решение позволило улучшить положение с кадрами (табл. 32) [361].

Таблица 32 – Кадровый потенциал городских самостоятельных, сельских объединённых женских и детских консультаций в Куйбышевской области на 31.12.

	Врачи			Средний медперсонал			Патронажные сестры		
	1940	1942	1943	1940	1942	1943	1940	1942	1943
Город									
Кол-во ставок	20,25	26,5	10,5	53,5	32,5	12,5	32,5	17,5	40
Занятость (в %)	68,0%	82,2%	91,3%	101,9%	65,3%	71,4%	112,0%	62,5%	86,0%
Село									
Кол-во ставок	16	20	24	32	33,5	35	15	32,5	34
Занятость (в %)	80,0%	88,4%	92,3%	94,1%	70,2%	72,9%	88,2%	91,1%	94,4%

В городских детских консультациях Куйбышевской области в сравнении с 1940 г. укомплектованность врачами и число занятых штатных ставок в 1942 г. выросли. Это явилось следствием приёма на работу педиатров, эвакуированных с захваченных территорий. В 1943 г. количество врачей уменьшилось более чем вдвое, что объясняется их возвращением в родные города и сёла, освобождённые Советской Армией (табл. 31). Средний медперсонал к 1943 г. сократился более чем в 4 раза, и только число патронажных сестёр увеличилось в 1943 г. в связи с производственной необходимостью в основном за счёт подготовленных медицинских сестёр по программе общего профиля (табл. 31) [361].

В сельских объединённых детских и женских консультациях Куйбышевской области по сравнению с 1940 г. число врачебных и средних медицинских кадров, укомплектованность ими медицинских учреждений увеличивались с каждым годом (табл. 31).

После Великой Отечественной войны (1945-1946 гг.), благодаря усиленной подготовке и переподготовке кадров, удалось укомплектовать штат медицинских

сестер в детских яслях, но врачей в детских учреждениях по-прежнему не хватало (табл. 33).

Таблица 33 – Кадровый потенциал в детских учреждениях (1945-1946 гг.) [362]

№ пп	Наименование учреждения	Врачи				Средний медицинский персонал			
		Штатных		Занятых		Штатных		Занятых	
		1945	1946	1945	1946	1945	1946	1945	1946
1	Ясли	31	31	20	15	42	42	42	42
2	Детские консультации	61	61	42	40	86	112	63	63

В детских консультациях отмечалась текучесть участковых врачей. Контроль над патронажными сестрами осуществлялся недостаточно. Руководством медицинских учреждений рассматривалось решение о назначении старшей патронажной сестры, которая устанавливала бы строгий контроль над сестрами. Во многих консультациях это решение было принято, благодаря чему патронажная работа улучшилась [362].

На должности старших сестер в яслях назначались опытные (стаж не менее 10 лет), квалифицированные работники. В их обязанности входило проведение организационной работы по устройству учреждений и санитарно-эпидемиологического контроля в них [363].

В 1946-1950 гг. в КИОММ и ФАШ велась подготовка кадров для детских учреждений Куйбышевской области. В Институте проводилась аттестация медицинских работников, работающих с детьми.

В 1948 г. на базе КИОММ проводились 2-х недельные курсы по повышению квалификации среднего медицинского персонала, декадниги с врачами, были разработаны учебные планы и программы для медсестер оборонных предприятий, действовали курсы для работников социально-правовых кабинетов, сестер палаты

новорожденных и т. д. В программу для врачей входило изучение следующих тем: «О лечении желудочно-кишечных заболеваний у детей и о применении лампы Баха у детей раннего возраста». Для медицинских сестёр яслей при институте охраны материнства и младенчества были организованы 4-х месячные курсы, на которых уделяли внимание особенностям периода новорожденности, уходу за грудным ребёнком, правильному вскармливанию ребёнка, острым инфекционным заболеваниям, болезням дыхательных путей, кишечного тракта и пр. [364]. В 1949 г. для лучших сестер-воспитательниц яслей, без законченного медицинского образования были организованы при медицинских школах двухмесячные курсы.

На основании приказа МЗ РСФСР № 494 от 16.09.1947 г. необходимо было в течении 1948-1949 гг. укомплектовать вакантные должности медсестер-воспитательниц в яслях квалифицированными работниками и категорически запретить назначение на эти места лиц без среднего медицинского образования. Должности заведующих яслями должны были занимать врачи-педиатры, подготовленные к управленческой работе [257]. Но, в Куйбышевской области в этот период уделялось недостаточно внимания подбору кадров. Заведующими назначались лица без достаточных знаний и опыта для управления детскими учреждениями. Позднее на основании приказа № 635 за 1949 г., в Куйбышеве провели аттестацию заведующих. В итоге в 1950-м г. в 20 из 36 яслей Куйбышева произошла замена руководителей, не имеющих медицинского образования и обладающих низким уровнем знаний. На их места назначали врачей-педиатров и квалифицированных медсестёр. В эти же годы проводилась проверка врачебного персонала яслей на соответствие занимаемым должностям. В результате врачи яслей, не имеющие педиатрического образования, заменялись врачами-специалистами (педиатрами) [365]. Принятые меры позволили улучшить положение с кадрами.

В 1949 г. в Центральном районе г. Сызрани Куйбышевской области при объединении детских лечебно-профилактических учреждений изменился трудовой график врачей-педиатров. Врачи, до реорганизации, работавшие только в стационаре, обслуживали пациентов в поликлинике, вместо поликлинических врачей и наоборот. Один врач детского стационара был прикреплен к детской

поликлинике, два других врача стационара работали в детской консультации и в палате для новорожденных. Смена деятельности происходила каждые 3-4 месяца. Врачи амбулаторно-поликлинической сети, проработавшие в стационаре, повысив свою квалификацию, качественно улучшали свою работу. Они овладевали методами диагностики сложных случаев заболеваний, уменьшился процент расхождения поликлинических и стационарных диагнозов [259].

В начале 50-х гг., в г. Куйбышеве, планировалось увеличить численность кадров в ЛПУ, в том числе и в детских учреждениях. В 1951 г. в Куйбышеве уже трудилось в детских учреждениях 154 педиатра и 52 детские медицинские сестры [365; 366].

В 1954 г. Куйбышевская фельдшерско-акушерская школа становится медицинским училищем. Это дало возможность увеличить количество абитуриентов и организовать базы подготовки учащихся в детских яслях, молочных кухнях, консультациях и пр. Программы подготовки детских медицинских сестер усовершенствовались. Издавалась программа производственного обучения, программа по детским болезням с анатомо-физиологическими особенностями детского возраста и ухода за детьми, программа по курсу «Детские болезни и острые детские болезни», программа для «практического обучения в яслях».

После 1955 г. подготовка и переподготовка врачей проводились, в связи с реорганизацией КИОММ, на базе первой Самарской областной детской больницы [367].

Таким образом, органы государственной власти перестраивали и оптимизировали свою деятельность в зависимости от социально-экономических условий. В связи с расширением сети яслей, детских консультаций увеличивался кадровый потенциал, рабочие места укомплектовывались высококвалифицированными, опытными врачами и медицинскими сестрами. Куйбышевский институт охраны материнства и младенчества, медицинский институт и фельдшерско-акушерская школа г. Самары (Куйбышева) принимали активное участие в подготовке и переподготовке кадров.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ тематической научной литературы, включая диссертационные исследования показал отсутствие обобщающего труда, посвящённого истории становления системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области. В имеющихся работах проблема охраны младенчества в регионе отражена недостаточно. Проведенное нами изучение архивных материалов, содержащих сведения о рождаемости и младенческой смертности, заболеваемости детского населения, развитии сети детских учреждений (дома ребенка, детские дома, ясли, детские консультации и молочные кухни), подготовке кадров, деятельности Куйбышевского института охраны материнства и младенчества позволило восполнить пробелы в истории становления системы охраны здоровья детей первых трех лет в исследуемом регионе.

Самарская губерния – Средневолжский край – Куйбышевская область всегда считались аграрными и экономически благополучными, с большой численностью населения. При изменении административно-территориальных границ Самара всегда оставалась центром, где финансирование осуществлялось лучше, нежели в других областях Среднего Поволжья. Это давало возможность системе охраны здоровья детей первых трех лет жизни развиваться быстрее в Самаре, чем, например, в Ульяновске и Саратове.

В ходе изысканий был изучен опыт становления и развития охраны младенчества в регионе, где население, в т.ч. и дети всех возрастов, прошло через глубочайшие социальные и природные катаклизмы (Гражданская война (1917-1922 гг.), засуха, неурожай, периоды голода начала 20-х и начала 30-х гг., Великая Отечественная война (1941-1945 гг.), послевоенный голод (1946-1948 гг.) и др.). Несмотря на эти трудности, созданная в регионе система охраны здоровья детей первых трех лет жизни смогла устоять, динамично развиваться, сохранить кадровый медицинский и материально-технический потенциал.

Первые попытки снизить младенческую смертность и заболеваемость в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области имели место еще в дореволюционный период. В 1881 г. в Самаре был открыт приют для детей-подкидышей на 30 коек. Созданное в 1882 г. в Самаре общество врачей курировало один из важных вопросов – «о призрении младенцев-подкидышей». В одном из его отчетов указывалось на высокую смертность среди младенцев. Так, на 1 ноября 1881 г. на учете состояло 108 младенцев-подкидышей, из которых 84 умерло. Врачи боролись за снижение заболеваемости «дифтеритом», пневмонией, малярией и др.; разрабатывали качественные искусственные смеси (например, смесь Бидерта) занимались физическим развитием ребенка. В учрежденном приюте с каждым годом увеличивалось количество подкинутых детей. Если в 1902 г. было 333 ребенка, то в 1904 г. - 399 детей. В этот период в Самарской губернии открывались земские, городские и уездные больницы, в структуре которых имелись детские амбулатории. Медицинскую помощь детям в губернии оказывали земские врачи. В летнее время, для противодействия высокой смертности детей от летних детских поносов, в Самаре дополнительно организовывали 5 молочно-питательных пунктов и 4 яслей-приютов. Уделялось внимание и подготовке кадров. В этот период, благодаря проведенной земской реформе, 1 мая 1867 г. были учреждены фельдшерская школа и школа повивальных бабок, в которых учились 10 юношей и 5 девушек. Младенческая смертность по-прежнему оставалась высокой. Принятых мер явно не хватало, требовалось проведение активных мероприятий, проводимых на другом уровне, с привлечением ресурсов и главенствующей ролью государства.

Победившим в 1917 г. большевикам сразу стало очевидным, что для решения проблем рождаемости, детской заболеваемости и смертности необходимо создание организации, координирующей работу в области охраны младенчества. В целях борьбы за жизнь и здоровье детей Советское правительство подписало декрет об учреждении 1 января 1918 г. отдела охраны материнства и младенчества (ОММ) при Наркомате государственного призрения,

переименованном в апреле того же года в Наркомат социального обеспечения. В конце 1918 г. в Самаре был образован подотдел ОММ при Самарском губернском отделе социального обеспечения. Анализ архивных документов показал, что обе структуры имели единую концепцию построения системы ОММ в стране и регионе. Охрана младенчества в Самарской губернии развивалась на основе директив Центральных органов. С самого начала становления системы охраны здоровья детей разрабатывались различные декреты, циркуляры, правила, постановления, приказы, направленные на снижение заболеваемости и младенческой смертности, организацию питания и улучшение физического развития ребенка, создание сети детских учреждений (дома ребенка, детские дома, ясли, детские консультации и молочные кухни), подготовки кадров для работы в системе охраны здоровья детей первых 3-х лет жизни. Все указания органов Советской власти своевременно и неукоснительно исполнялись службой охраны младенчества в исследуемом регионе.

Строительство Советской системы охраны материнства и младенчества началось в пост революционные 1918-1920 годы. Анализ архивных данных показал, что в этот период в стране и в Самарской губернии среди детского населения отмечалась высокая младенческая смертность и заболеваемость. Отмечались эпидемиологические вспышки сыпного и брюшного тифа, кори, холеры, оспы, дизентерии, туберкулеза и др. Гражданская война породила появление большого количества сирот, что вынудило органы охраны младенчества заниматься в первую очередь организацией учреждений закрытого типа (дома ребенка, дома матери и ребенка, и др.). К ноябрю 1920 г. в Советской России было зарегистрировано 111 домов матери и ребенка, 270 приютов для детей до 1 года, 159 приютов для детей от 1 года до 3 лет. В Самаре в этот период функционировало всего 2 дома матери и ребенка на 135 коек. В условиях Гражданской войны, несмотря на тяжелейшую ситуацию, Центральному отделу ОММ удалось увеличить ясельную сеть, число детских консультаций и молочных кухонь. В РСФСР в 1917 г. принимали детей 14 районных и фабричных яслей, к

1920 г. было развернуто 567 яслей. В Самаре в этот период подобные учреждения отсутствовали, но известно, что в 1917 г. в губернии функционировало 4, а в 1922 г. - 5 яслей-приютов. Во втором полугодии 1918 г. в 28 губерниях РСФСР было открыто 59 консультаций, 47 молочных кухонь. В Самаре детям до 3-х лет амбулаторная помощь оказывалась всего лишь в одной маленькой консультации. Небольшая молочная кухня при ней готовила молочные смеси. Детские ясли создавались для правильного и всестороннего развития детей, оказания помощи матери в их воспитании. Женщина-мать, отдавая ребёнка в ясли, получала возможность активно участвовать в общественной, производственной и культурной жизни страны. Детские консультации в этот период занимались только профилактической работой, т. е. обслуживали здоровых детей. При недостатке молока у матери, его можно было получить в имеющейся при консультации молочной кухне. В эти трудные годы Гражданской войны в стране, в том числе и Самарской губернии питание детей было недостаточным. В детских учреждениях не хватало хлеба, мяса, молока, что приводило к слабому физическому развитию и рахиту. В 1919 г. Центральным отделом охраны материнства и младенчества в Самарскую губернию был направлен циркуляр, регламентирующий нормы питания детей в возрасте до 3-х лет, которые применялись в детских учреждениях. Создание государственной системы охраны здоровья детей первых трех лет жизни было невозможно без подготовки значительного количества квалифицированных врачей и медицинских сестер. Учитывая огромный дефицит кадров в стране и в Самарской губернии, Центральный Отдел ОММ с момента своего функционирования немедленно приступил к организации различных курсов. Уже осенью 1918 г. на базе Дома охраны младенца были организованы первые курсы, куда губернские и уездные подотделы командировали своих врачей и медсестер. Так, в 1919 г. из г. Самары было направлено 17 первых слушательниц. В Самаре первые 3-х месячные курсы для сестер милосердия по уходу за младенцами были открыты в конце 1919 г. на базе Самарской фельдшерско-акушерской школы под руководством доктора В.М. Курзона.

Голод, свирепствующий в России, и особенно в Самарской губернии в 1921-1922 гг. вызвал значительный рост уровня младенческой смертности и заболеваемости у детей первых трех лет жизни. В 1922 г. в Самаре показатель младенческой смертности составил 463,6 на 1000 родившихся. Для региона это был период интенсивного вымирания. Причинами детской смертности являлись «истощение», воздушно-капельные инфекции, летние детские поносы и туберкулез. Родители привозили детей из голодающих уездов и оставляли их на улицах Самары, так как в городе детям выдавали продукты питания и оказывали медицинскую помощь. Местным властям быстро оказать помощь было сложно, и детям приходилось скитаться по улицам, являясь рассадниками инфекционных заболеваний. Большинство из них попадали в детские приюты и коллекторы, где санитарная обстановка была «ужасной». Брошенных младенцев распределяли в дома матери и ребенка, дома ребенка, где число детей в несколько раз превышало имеющееся количество мест. В этот период в РСФСР было развернуто 418 домов ребенка и 125 домов матери и ребенка, а в Самарской губернии в 1921 г. имелось 6 домов матери и ребенка (на 410 коек), куда ежедневно принимали 15-20 брошенных младенцев. Потоки беженцев из голодающих районов несли с собой тиф, холеру, малярию, туберкулез. Во время голода в губернии было всего 5 постоянных яслей, которые выполняли минимум задач. Напротив, в РСФСР в этот период, благодаря активной деятельности Центрального Отдела ОММ произошел значительный рост числа яслей (на 61,7%), детских консультаций (34,6%). Питание в детских учреждениях Самарской губернии было катастрофическим, вследствие чего ухудшалось физическое развитие детей, увеличивалась заболеваемость рахитом. Недостаток питания способствовал возникновению летних детских поносов. Большую помощь Самарской губернии в этот период оказали Центральный отдел ОММ, местные органы власти и зарубежные организации (Американская администрация (организация) помощи (АРА), Английское и Американское общества друзей России, и др.). В первую очередь они помогали детям. Например, Шведский Красный Крест выдавал ежемесячно

продукты туберкулезному санаторию на 25 детей, детскому дому и детской больнице в Красном Яру на 460 детей и т. д. В Самарской губернии детские консультации не открывались из-за недостатка средств. Осмотр детей проводился на «врачебно-питательных пунктах» или в амбулаториях. Организацией детей, подлежащих осмотру занимались как местные органы власти, так и зарубежные организации. Так, представитель Американской администрации (организации) помощи Вильям Шафрот и председатель Комиссии помощи голодающим при Губздраве Берштейн организовали медицинский осмотр детей в 5 амбулаториях Самарского уезда. Освидетельствованию подлежали дети от 1 до 15 лет. В ходе осмотра их распределяли на ослабленных, «лихорадочных», «тифозных» и болеющих цингой. По распоряжению Комиссии помощи голодающим при Губздраве, списки заболевших детей, передавали во «врачебно-питательные пункты» и фиксировали в «отчетную ведомость по столовой», на основании которой дети получали питание, с учётом имеющегося заболевания.

В этот трудный для региона период количество подготовленных медицинских работников было недостаточным. Чтобы восполнить дефицит кадров в регионе, в 1921 г. в Самарском медицинском университете была открыта кафедра детских болезней, которая стала готовить врачей. Медицинских сестер для работы в охране младенчества обучали в Самарской фельдшерско-акушерской школе.

10 ноября 1922 г. Наркомздрав (НКЗ) утвердил «Положение о Государственном научном Институте охраны материнства и младенчества» (ГНИОММ), согласно которому создаваемое научно-практическое и учебное учреждение должно было осуществлять головные функции в стране в области акушерства и педиатрии. Перед ним были поставлены цели и задачи по координации научной и практической деятельности, а также по подготовке кадров по своему профилю.

В период новой экономической политики (НЭП) социально-экономическая обстановка в стране несколько стабилизировалась. Отмечалась тенденция к

закрытию домов ребенка, детских домов. В РСФСР в 1922 г. было 765, а в 1927 г. осталось 226 домов ребенка. В Самарской губернии вместо 6, осталось 5 домов матери и ребёнка, в Ульяновской губернии функционировал только 1 дом матери и ребёнка. Напротив, в Саратовской губернии преобладало ещё количество закрытых учреждений: работали 13 домов матери и ребёнка. На фоне уменьшения численности закрытых учреждений увеличивалась сеть яслей. В Самарской губернии в 1923 г., благодаря помощи местных органов власти и зарубежных организаций удалось увеличить ясельную сеть. Вместе с тем, в СССР, в связи с передачей финансирования учреждений в бюджет местных органов, многие ясли стали закрываться. В 1923 г. вынуждены были прекратить работу 729 яслей - осталось только 558. Но к 1927 г. количество яслей в стране возросло до 669. В Самарской губернии в 1927 году было 105 постоянных городских и летних яслей, т. е. в период с 1925 по 1927 гг. сеть ясельных учреждений выросла почти на 90%. Увеличивалась сеть детских консультаций и молочных кухонь. В стране к 1927 г. работали вместо 127 - 461 консультация, в Самарской губернии функционировало 16 учреждений, вместо 12. Молочная кухня в 1923 г. выдала 22854 порции смеси для грудных детей. Большое значение имел обязательный санитарно-просветительный патронаж. Медицинские сестры посещали младенцев на дому, обучали матерей практическим навыкам ухода и приглашали мать с ребенком на прием к врачу. Принятые в этот период меры позволили улучшить организацию питания в 1923 г., повысить количественные и качественные характеристики продуктов. Физическое развитие детей стало улучшаться. Рождаемость в Самаре увеличивалась. При этом младенческая смертность оставалась высокой и оказалась намного выше, чем в СССР: 24,6% в 1924 г. - 29,2% в 1929 г. Причинами значительного уровня смертности среди детей являлись малярия, возвратный и брюшной тиф, туберкулез, которые в этот период прогрессировали. В борьбе с туберкулезом в стране и в Самаре усиливали патронаж, налаживали постоянную связь с тубдиспансером. Но применять биологические реакции Пирке, Манту всем детям не было возможности, их делали только тем детям,

которые находились под подозрением на туберкулез. В РСФСР и Самарской губернии не все детские учреждения были обеспечены врачами и медицинскими сестрами. Необходимо было повышать квалификацию имеющихся специалистов. В Самарском техникуме открывались курсы для ясельных работников, а в 1924 г. в губернии учреждались школы ясельных сестер.

В период индустриализации и коллективизации сельского хозяйства (1928-1940 гг.) требовалась активная реализации мер по охране здоровья ребенка. В Наркомздраве РСФСР наметили на первую пятилетку увеличение сети детских учреждений как в городских, так и в сельских поселениях. В Средневолжском крае, согласно пятилетнему плану предполагалось к 1933 г. увеличить численность постоянных яслей в городах до 121, в селах до 811, сезонных – до 4807, детских городских консультаций – до 66, а сельских – до 178. Однако в 1932-1933 гг. сильный голод в Поволжье нарушил планы. Многие ясли закрывали и передавали под детские дома, в которых отмечалась огромная перегруженность из-за массы подкинутых детей, в основном из сельской местности. Сеть закрытых учреждений продолжала расти до начала Великой Отечественной войны. Вовлечение женщин в производство, переход их на полную занятость, а также принятый 27 июня 1936 г. декрет "О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родительных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и некоторые изменения в законодательство о разводах" вынуждали женщин отказываться от своего ребенка.

Острые детские инфекции (скарлатина, коклюш, дифтерия и пр.), туберкулез, желудочно-кишечные заболевания доминировали, особенно среди детей ясельного возраста. В 1928 г. в сельских яслях Самарской области отмечался 21, в 1929 г. – 79 случаев кори. Токсической диспепсией в сельских яслях болело в 1928 г. 44, в 1929 г. – 113 ребенка. С 1930-х гг. младенческая смертность в стране заметно возросла. Ее пик пришелся на 1933 г. В 1930 г. в СССР показатель

смертности младенцев равнялся 202,6, в 1933 г. – 228,7 на 1000 детей. В Самаре в 1930-м г. смертность составила 258,5, в период голода уже в 1932 г. 329,3 на 1000 родившихся. В этот период отмечался высокий уровень заболеваемости скарлатиной и корью. От «истощения» и недоедания вымирали целые деревни. В городских яслях Средневолжского края дети питались одним ржаным хлебом и молоком, овощи и фрукты не выдавались. В этот период имеющиеся кухни в городах края снабжали детей только лечебными молочными смесями. В 1932 г. на молочных кухнях охват детей составил всего 25%. Ситуация стала улучшаться к 1934 г. Из-за большего участия женщин в производстве, росла сеть ясельных учреждений при заводах и колхозах. Ведущее место в работе яслей занимала профилактика (агитация грудного вскармливания, контроль за режимом сна и отдыха и др.). В рамках строительной программы, в Самаре наблюдалось увеличение количества постоянных яслей. Если в 1931 г. было 13 на 560 мест, то к 1934 г. яслей стало 26 на 1155 мест, т.е. ясельная сеть в 1934 г. увеличилась на 100%. В Куйбышевской области сеть увеличилась в 1,2 раза: вместо 138 в 1935 г., стало 154 в 1939 г. Выросла и сеть детских консультаций. Если в 1935 г. была 21 консультация, то в 1939 г. их стало 49, т. е. сеть увеличилась в 2,3 раза. В детских консультациях совершенствовались основные формы и методы работы. Питание в яслях Самары считалось удовлетворительным, что влияло положительно на физическое развитие детей. На молочных кухнях увеличивалась пропускная способность. Если в городах Куйбышевской области в 1937 г. за один день отпускались 8283, то в 1940 г. – 9036 порции. В предвоенный период строительства социализма в 1936 г. отмечался наибольший уровень рождаемости, но к 1940 г. рождаемость стала снижаться. Несмотря на позитивные сдвиги в 1938 г., смертность детей до 1 года оставалась высокой. Основными причинами по-прежнему являлись врожденная слабость, пупочный сепсис, пневмония, воздушно-капельные инфекции и туберкулез. Подчеркнём, что младенческая смертность в предвоенные годы в регионе была выше, чем в СССР в целом, хотя факторы, влияющие на демографические показатели были одинаковые – голод

30-х гг. и репрессии 1937 г. Быстрый темп строительства системы ОММ в этот период требовал подготовки кадров. На Центральный институт ОММ возлагалось проведение мероприятий в этой области и методическое руководство научными исследованиями в ряде городов, в том числе и в Куйбышеве. 1 июня 1929 г. был учреждён Куйбышевский институт охраны материнства и младенчества. Изучение организма здорового и больного ребенка раннего возраста, а также подготовка кадров врачей и среднего медицинского персонала для учреждений, занимающихся здоровьем детей являлись главной целью нового института.

Во время Великой Отечественной войны (ВОВ) (1941-1945 гг.) Куйбышев, по факту являлся столицей СССР. В город было дислоцировано Правительство, дипломатические представительства (20 посольств и миссий), эвакуированы 40 оборонных предприятий, 7 детских учреждений с 936 детьми. Ухудшение санитарно-гигиенических условий в годы ВОВ способствовало повышению инфекционной заболеваемости, ослаблению резистентности организма и распространению туберкулеза среди детей. В 1941-1942 гг. уровень детских заболеваний повысился в несколько раз. Местные органы здравоохранения в первые месяцы войны не имели возможности заниматься обслуживанием эвакуированных детей. В годы ВОВ регистрировалась высокая младенческая смертность. Ее пик пришелся на 1942 г. Снижение смертности наблюдалось с 1944 г. Если в 1941 г. ее показатель составил 198,5, то в 1942 г. 289,9, а к 1944 г. 101,7 на 1000 родившихся. Одной из ведущих причин являлась высокая инфекционная заболеваемость. Дети умирали от осложнений после дизентерии, токсической диспепсии (особенно в августе), врожденной слабости, кори, гриппа, пневмонии и вследствие травм. Великая Отечественная война привела к крупнейшей в истории нашего государства демографической катастрофе. Ее прямым следствием стало существенное падение рождаемости, что наряду с ростом смертности выразилось в сокращении естественного прироста населения. В этот период Центральные и местные органы здравоохранения уделяли охране здоровья детей большое внимание. С первых же дней войны органы Советской

власти при содействии общественных и профсоюзных организаций начали активно проводить мероприятия, направленные на помощь детям, оставшихся без попечения родителей. В детских домах и домах ребенка страны и Куйбышевской области увеличивали количество мест. В Куйбышеве в доме ребенка №1 вместо 120 стало 200 мест. В связи с большим притоком детей в возрасте от 0 до 3-х лет при яслях открывали дома ребенка и дома матери и ребенка. Благодаря мероприятиям, проведенным в Самаре Городским отделом здравоохранения, удалось снизить к 1943 г. инфекционную заболеваемость у детей в возрасте до 2-х лет. Например, если уровень заболеваемости корью в 1942 г. составил 30,1, то в 1943 г. он равнялся 10,5 и т. д. В борьбе с туберкулезом проводились пиркетизация и рентгенологическая диагностика. Всех заболевших детей брали на учет. К 1943 г. численность детских яслей, консультаций, молочных кухонь в Куйбышевской области сократилась, многие учреждения передавались под эвакогоспитали. К тому же, в связи с разделением Куйбышевской и Ульяновской областей, значительная часть детских объектов охраны младенчества отошли к Ульяновской области. В 1944 г., на основании Указа Президиума ВС СССР от 08.07.1944 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», численность консультаций и яслей в Куйбышеве увеличилась в 2 раза. Деятельность яслей в годы войны расширялась. Для больных коклюшем, дизентерией, туберкулезом открывались дифференцированные группы, дети в которых обеспечивались специфическим лечением. Воспитанников с тяжелой формой болезни направляли в стационары. Питание детей в области было недостаточным, особенно в яслях, где детей до 1 года кормили мучной кашей с 50% содержанием молока, что отрицательно влияло на физическое развитие детей и способствовало заболеваемости рахитом. Молочные кухни имели слабую пропускную способность. В 1942 г. правительство обязало органы здравоохранения Куйбышева в кратчайший срок восстановить

существовавшую до войны систему медицинской помощи детям, прежде всего участковый принцип деятельности детских консультаций и поликлиник. Благодаря деятельности Куйбышевского института охраны материнства и младенчества, в области удалось повысить эффективность работы на участках и патронаж соответственно. В годы войны сотрудники КИОММ совершенствовали также способы разработки и изготовления питательных смесей и прикормов, заменителей молока и сахара из местного сырья. Доктор И.Я. Скибель изучал эффективность лечения и ухода за детьми, находящимися в санаторных группах яслей для туберкулезных больных. В связи с недостатком кадров, была усилена работа по подготовке медицинских работников и пересмотрены программы обучения. В 1942 г. по новому учебному плану, из фельдшерско-акушерской школы стали выпускаться медицинские сестры общего профиля. В КИОММ в этом же году было обучено 314 врача и 231 средних медицинских работников, в 1943 г. за 9 месяцев – 203 и 100 соответственно.

После Великой Отечественной войны страна переходила на мирные рельсы развития. Куйбышевская область постепенно освобождалась от функций, которые вынужденно выполняла с начала войны. В регионе возникли, как и в других частях СССР, послевоенные проблемы. Одной из них была огромная беспризорность. С целью упорядочения процесса возвращения детей к нормальной жизни стали создаваться органы и учреждения социальной защиты детей. "Неизвестный голод" 1946-1947 гг. усугубил тяжелейшую обстановку, не дав спокойно начать восстанавливать разрушенное хозяйство. Целыми семьями люди бежали из сельской местности в город. Без средств существования, попав в безвыходное положение, родители бросали своих детей на улице. В Куйбышеве детей размещали в перегруженные приемники, приемники-коллекторы, детские дома. Младенцев до 3-х лет размещали в имеющиеся 3 дома ребенка, численность которых не менялась до 50-х гг. В этот период был зафиксирован высочайший уровень младенческой смертности. На основе архивных документов нами выявлено более выраженное и продолжительное увеличение смертности

младенцев в 1947-1948 гг. в Куйбышевской области, в сравнении с СССР в целом. Обстановка в регионе напоминала картину аналогичную голоду 20-х годов XX века. Отметим, что в 1945 г. рождаемость в области возросла, но не обеспечивала воспроизводства населения. Общий коэффициент рождаемости в период с 1946 по 1950-е гг. был «средним» и «выше средним». В период голода в Куйбышевской области недостаток питания отмечался во всех детских учреждениях. Снабжение 37 яслей Куйбышева молоком и молочными продуктами осуществлялось всего на 15%. В этот период в яслях и на участках детских консультаций всей страны, в т.ч. и Куйбышевской области отмечалось повышение уровня желудочно-кишечных и воздушно-капельных заболеваний среди детей от 0 до 3-х лет. В связи с высокой заболеваемостью детей и младенческой смертностью от инфекций и туберкулеза Министерством здравоохранения СССР были изданы постановления, приказы, которые были внедрены в работу детских учреждений. Например, в приказе Минздрава СССР № 487 от 2.12.1947 г. «Об усилении борьбы с туберкулезом» отмечалось, что вакцинация БЦЖ должна стать правилом в родильном доме при рождении ребенка, подчеркивалась необходимость выделения отдельных приемов фтизиатров, проведения обследования детей на туберкулез 1-2 раза в год в яслях, детских консультациях. Органам здравоохранения ставились задачи охватить консультативной помощью всех детей в возрасте от 0 до 3-х лет, усилить патронаж. В период с 1948 по 1949 гг., в целях преемственности в наблюдении за здоровым и больным ребенком, повышения квалификации участковых и больничных врачей, в Куйбышевской области началось объединение детских больниц с консультациями и поликлиниками. Ликвидация последствий голода, разрухи, проводимые мероприятия, позволили сократить численность детей-сирот в регионе. Положение детей в закрытых детских учреждениях улучшалось. Постепенно менялись методы работы. Дом ребенка №1, сделали специализированным. Всех заболевших детей из других домов ребенка помещали туда. После выздоровления их возвращали обратно. В связи с восстановлением промышленности и грандиозным строительством новых заводов и предприятий, в

послевоенное время в пятилетних планах здравоохранения намечалось увеличить ясельную сеть. Отметим, что в Куйбышеве после войны число яслей сократилось, но к 1950-м гг. опять выросло. Несмотря на их рост, число мест в учреждениях уменьшалось. Так, в 1947 г. имелось 40 учреждений и 3640 мест, а в 1953 г. в 40 яслях было 3265 мест. Это свидетельствует о том, что в детских учреждениях количество ясельных мест приводили в «соответствие», согласно существующим санитарным нормам. Питание в детских учреждениях стало улучшаться. К 1950-м гг. можно отметить, что ясли полностью обеспечивались продуктами и витаминами. Последнее способствовало снижению заболеваемости рахитом и улучшению физического развития детей. В этот период наблюдалось сокращение смертности детей до 1 года в Куйбышевской области с 78 в 1951 г. до 45,6 на 1000 родившихся в 1955 г., что объяснялось эффективностью борьбы с инфекционной заболеваемостью, следствием совершенствования медицинской помощи больным детям первых 3-х лет жизни. Применение сульфаниламидов и антибиотиков, проведение иммунизации, приведение нормативно-правовой документации в соответствие с требованиями, позволило снизить уровень инфекционных и желудочно-кишечных заболеваний у младенцев. Исключением была пневмония. Во все историко-медицинские периоды ее уровень оставался высоким. Внедрение в широкую клиническую практику внутрикожной вакцинации БЦЖ в общем календарном плане прививок, способствовало резкому сокращению заболеваемости и смертности детей от туберкулеза в стране. В связи с недостатком медицинского персонала в учреждениях уделялось большое внимание их подготовке. В 1954 г. фельдшерско-акушерская школа стала училищем. С целью улучшения знаний учащихся были разработаны новые программы обучения и пересмотрены старые. В КИОММ проводилось повышение квалификации и переаттестация всех медицинских работников. В 1955 году КИОММ был реорганизован в Областную клиническую больницу. Учреждение решило поставленную перед ним задачу – создание эффективной системы охраны материнства и младенчества в Куйбышевском регионе.

Проведенное исследование позволило выявить основные проблемы и пути их решения при построении системы охраны здоровья детей первых 3-х лет жизни с 1917 по 1950-е гг. в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области. Советская власть старалась проводить все необходимые мероприятия для развития системы охраны младенчества, фундамент которой базировался на концепции сбережения народа, возрастании мощи кадрового потенциала, воспитании сотен тысяч высококвалифицированных врачей и среднего медперсонала, с начала создания и вплоть до 50-х годов XX столетия, которые вели борьбу за увеличение рождаемости, снижение заболеваемости и смертности младенцев. Реализация этих вопросов зависела от существующих социально-экономических условий и политической обстановки.

ВЫВОДЫ

1. Изучение и оценка исторического опыта развития педиатрической службы является одним из важных элементов успешной охраны здоровья детей в условиях осуществления региональных программ модернизации здравоохранения. Опыт развития педиатрической помощи в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области до сих пор не изучался и не обобщался.

2. Проведённое исследование позволило выявить основные проблемы и пути их решения при построении системы охраны здоровья детей первых 3-х лет жизни с октября 1917 г. по 1950-е гг. в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области. Анализ материала показал, что мероприятия, которые осуществляла Советская власть в отношении детей, являлись недостаточно эффективными. На фоне всех трудностей, в том числе отсутствия достаточного государственного финансирования региона, местными властями и органами управления здравоохранением удавалось принимать необходимые меры по развитию охраны младенчества в регионе, минимизировать демографические потери в изучаемый период. Становление системы обуславливалось существующими социально-экономическими условиями, зависящими от политической обстановки и имеющихся ресурсов.

3. В период Гражданской войны (1918-1922), периоды голода (1921-1922; 1931-1933; 1946-1947) и Великой Отечественной войны, несмотря на трудности финансирования, местными властями и органами управления здравоохранением прилагались огромные усилия для преодоления серьезных трудностей с обеспечением питания детей. Например, в период голода 1920-х гг. местными властями и зарубежными организациями были разработаны и внедрены научно обоснованные нормативы питания в детских учреждениях открытого и закрытого типа. В годы ВОВ детским консультациям, благодаря совершенствованию систематического врачебного контроля над вскармливанием и развитием детей первых 3 лет жизни, патронажной системы и санитарно-просветительной работе удалось снизить распространенность рахита и гипотрофии, улучшить показатели физического развития детей.

4. Несмотря на выраженное негативное влияние сложных социально-

экономических условий в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области (Гражданская и Великая Отечественная войны, три периода голода и др.), социальные и медицинские мероприятия (увеличение ясельной сети, решение вопросов питания, патронаж и т.д.), проводимые для совершенствования охраны здоровья детей первых трех лет жизни, позволили в регионе минимизировать заболеваемость и уменьшить смертность от желудочно-кишечных, воздушно-капельных инфекций и туберкулеза в данной возрастной группе. Младенческая смертность, достигавшая в отдельные годы 289,9‰, снизилась к 1955 г. до 45,6‰.

5. В дореволюционный период в регионе отсутствовала система ОММ. С момента создания в 1918-1919 гг. в Самаре подотдела охраны материнства и младенчества (зав. – Л.Я. Флаум) охрана здоровья детей раннего возраста в Самарской губернии – Средневолжском крае – Куйбышевской области была составной частью системы Советского здравоохранения, что позволило развернуть полноценную сеть учреждений разного типа, обеспечивающую потребности здоровых и больных детей в возрасте до 3 лет. С начала возникновения данной системы число медицинских и педагогических учреждений для детского населения непрерывно увеличивалось.

6. На протяжении всего изучаемого периода одной из важнейших задач было формирование кадрового потенциала детских учреждений. Большую роль сыграло направление учениц местной фельдшерско-акушерской школы на курсы в институты ОММ Москвы и Ленинграда. В последующем подготовкой и повышением квалификации работников службы ОММ занимались Самарская фельдшерско-акушерская школа и Средневолжский (Куйбышевский) институт ОММ. В 1950-е гг. постоянно увеличивался штат медицинского персонала в детских учреждениях.

7. Большое значение для оптимизации работы учреждений системы охраны здоровья детей в 1929-1955 гг. имела активная научная и практическая деятельность Средневолжского (Куйбышевского) института охраны материнства и младенчества, позволившая внедрить научные достижения в педиатрическую практику.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ОММ – охрана материнства и младенчества.

ВОВ – Великая Отечественная война.

СЭ – Совет по эвакуации.

КИОММ – Куйбышевский институт охраны материнства и младенчества.

Наркомздрав – Наркомат здравоохранения.

ГНИОММ – Государственный научный институт охраны материнства и младенчества.

ФАШ – фельдшерско-акушерская школа.

МЗ (Минздрав) – Министерство здравоохранения.

ЦК – Центральный комитет.

РКП (б) – Российская Коммунистическая Партия (большевиков)

ВКП (б) – Всесоюзная Коммунистическая Партия (большевиков).

ЦКРКП – Центральный комитет Российской Коммунистической партии.

ВЦИК – Всесоюзный центральный исполнительный комитет.

СНК – Совет народных комиссаров.

Обком – областной комитет КПСС.

Облсполком – областной исполнительный комитет.

Облоно – областной отдел народного образования.

АФО – анатомо-физиологические особенности.

Самгубисполком – Самарский губернский исполнительный комитет.

Наркомпрос – Народный комиссариат просвещения.

Губздрав – Губернский отдел здравоохранения

ЛПУ – Лечебно-профилактическое учреждение

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксарина Н.М. Основные задачи и принципы воспитания детей в яслях и домах ребенка / Издание института санитарного просвещения. - Москва.- 1947.-С.1-36.
2. Алабин, П. В. Самара: 1586-1886 годы / П. В. Алабин. - Самара: Кн. изд-во, 1992. - 248 с.
3. Альбицкий В.Ю., Шер С.А. Истоки и становление государственной системы охраны здоровья детей в Советской России (1917-1930 гг.) - Москва. - 2018. – С.116-117.
4. Альтгаузен Н.Ф. Очерки по грудному вскармливанию / Охрана материнства и младенчества. – 1926. - Москва - № 1. С. 21-29.
5. Анисимова В.П., Мартыненко В.Ю., Ивашкина И.В. Современные подходы к оценке охраны здоровья матери и ребенка в СССР.- Донецк.-1990 -С. 1-9.
6. Анищенко К.Н., Устинович А.К. Организация медицинской помощи детям / Медицина. – Москва. - 1979. - 175 с.
7. Антонов А.Н. Санитарно- просветительный патронаж грудных детей / Издательство «Практическая медицина». - Ленинград. - 1925. - С. 55.
8. Аркавин Я.С. 2-й Всероссийский съезд педиатров в Москве / Врачебное дело (Харьков). - 1923. - Вып. (16-17). - С. 445.
9. Аркадьева. Ближайшие задачи охраны материнства и младенчества / Вопросы здравоохранения Средне-Волжской области. - 1930. - № 13-14. - С. 14-17.
10. Аршавский И.А. О сессии «двух Академий» // Репрессированная наука. Выпуск 2. - Спб.: Наука, 1994.- С. 239-242.
11. Афанасьева М.С. Вакцинация детей по Кальметту / Медицинская сестра. - 1942. - № 8. - С. 25-27.
12. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России. Вып.1. - Москва. - 2007. - С. 3-82.
13. Баранов А.А., Тутельян В.А. Национальная программа оптимизации

- питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации / Союз педиатров России. - Москва. - 2015. - С. 67-76.
14. Баткис Г.А. Активный патронаж грудных детей / Наркомздрав СССР. Государственное издательство медицинской литературы «Медгиз». - Москва - Ленинград. - 1940. - 16 с.
 15. Бахмутская С.А., Назарова Н.С., Шапиро О.Е. Сезонные ясли в колхозе / Издание сталинского института охраны материнства и детства. – Сталино. - 1940. - С. 14-15.
 16. Белова А.П. Организация медицинской помощи детям в условиях крупного города. - Л.: Медицина, 1988. - 288 с.
 17. Бельская Н. Эвакуированные дети: трудности выживания в тылу / Демографическое обозрение. - 2016. - Том 3. - Вып. 1. - С. 169-179.
 18. Бобылева О.В., Дорон А.П., Чернушко Е.М. Ясли (помещение и оборудование) / Государственный Ленинградский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества им. Кл. Цеткин. - Москва-Ленинград.- 1937.- 83 с.
 19. Богданова Е.Г. Военное поколение детей: демографические характеристики (по материалам Южного Урала) / Вестник Челябинского государственного университета. – 2009. - № 10 (191). - С. 87-94.
 20. Булат Н., Барбараш. Организация и воспитание детей в детских дошкольных учреждениях / Кишинев. - 1960. - С. 3-4.
 21. Бушуева О.Ю. Динамика рождаемости гражданского населения Куйбышевской области в годы Великой Отечественной войны / История. - 2014. - С. 33-37.
 22. Веселкова К.П. Физическое развитие и заболеваемость детей в яслях г. Москвы (1953 г. и 1958 г.): дис. ... канд. мед. наук / К.П. Веселкова. - Москва, 1958. - С. 1-48.
 23. Вскармливание и питание детей в детских яслях и домах ребенка / Методическое письмо // Киевский научно-исследовательский институт педиатрии. - Киев, 1970. - 39 с.
 24. Выборнова М.А. Медицинское обслуживание населения Самарской губернии

- во второй половине XIX - начале XX века. - Самара. - 2010. - С. 15-17.
25. Гаврилов К.П. Ранняя детская смертность и меры борьбы с ней / Медгиз. – Москва. - 1947. - 61 с.
 26. Гагаева М.А. Обслуживание детей на сельском врачебном участке / Горьковское книжное издательство. – Горький. - 1956. - 60 с.
 27. Газета «Коммуна» от 23.08.1921 г. № 803.
 28. Гамбург Р.Л. Лечение и профилактика пневмонии у детей / Медицинская сестра. - 1943. - № 10. - С. 16-19.
 29. Генс А. Деятельность постоянных яслей за 1923 г. в СССР. - 3 с.
 30. Гнатюк А.И., Гришко В.Г. Патронаж детей раннего возраста на селе. - Киев: Здоровье. - 1981. - 120 с.
 31. Гольденберг Б., Лякерман Т. Технический минимум ясельного Работника / Государственное медицинское издательство Москва. - 1935. - 103 с.
 32. Гольдфельд А.Я. Очерки по истории педиатрии СССР / А.Я. Гольдфельд. - М.: Медицина, 1970. - 184 с.
 33. Гофликлер А., Кричевская Е., Федер Е. Как должны работать летние сельские ясли / Издание охраны материнства и младенчества. - Москва. - 1927. - 80 с.
 34. Гребенщикова Т.Г., Нейман И.М., Пайкина Е.С., Писаржевская А.В. Работа сестер патронажа при консультации / Государственное медицинское издательство. - Москва. - 1929. - 63 с.
 35. Гребешева И.И. Организация лечебно-профилактической помощи детям / Медицина. - 1987. - 224 с.
 36. Гулевич М.Г. Уход за новорожденным / Медицинская сестра. - 1943. - № 1-2. - 1943. - С. 23-26.
 37. Данилишина Е.И. Медицинское обслуживание детского населения в годы войны / Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 1995. - Москва. - № 3. - С. 29-32.
 38. Динамика физического развития и состояния здоровья детей, посещающих ясли г. Сумгаита. - Баку. - 1989. - С. 1-30.

39. Дмитриева-Равикович Е.М. Основные вопросы эпидемиологии и профилактики дифтерии в свете современных данных / Детские инфекции // Сборник трудов межинститутской научной конференции. - Москва. - 1955-1957. - С. 27-32.
40. Добрейцер В.И. Особенности обслуживания детей, поступающих в ясли на первом году жизни: дис...канд. мед. наук/В.И. Добрейцер.-Москва.-1959.-271 с.
41. Доброхотова А.И. Острые инфекционные заболевания / XXV лет институту педиатрии (1922-1947) // под редакцией Ф.И. Зборовской и Г.Н. Сперанского. - Москва. - 1947. - С. 62-70.
42. Дорошева О.А. Эвакуированные детские учреждения на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны / Гуманитарные науки. - 2006. - С. 90-92.
43. Дунбинская Т.И. Статистика эвакуированных и местных детских учреждений в годы Великой Отечественной войны (на материалах Западной Сибири) / Вестник ТГПУ. - 2011. - № 13(115). - С. 46-50.
44. Ерман С.С. Патронаж грудных детей на сельском врачебном участке / Советская медицина. - 1941 г. - № 6. - С. 44-45.
45. Ефимова А.А. Влияние повторных увеличенных доз вакцины БЦЖ на организм ребёнка и обоснование сроков ревакцинации детей раннего возраста // Тезисы к докладам на сессию Института педиатрии АМН СССР совместно с периферийными педиатрическими институтами. - М.: Медгиз, 1956. - С. 125-126.
46. Жиромская В.Б. Демографическая характеристика экономически активного населения РСФСР в 1920-е гг. – середине 1930-х гг. <https://doi.org/10.24158/fik2018.4.14>.
47. Жорно Я.Ф. Молочная кухня. Руководство к устройству молочной кухни и производству работ в ней / Издание отдела охраны материнства и младенчества Народного комиссариата Социального Обеспечения / Москва. – 1920. - 130 с.

48. Забота о детях во время войны. - Москва. - 1941. - 63 с.
49. Зантбарг Р.Л., Бунчик П.С. Еще об одном методе повышения качества работы детских консультаций / Реферативный сборник // Украинский институт охраны материнства и детства. - Киев. - 1948. - С. 292-293.
50. Захарова Л.Б. Концепция социальной политики советской власти: теория и практика (1920-е годы). - Самара. - 2012. - С. 198-215.
51. Захаров С.В., Б.А. Ревич. Младенческая смертность в России: исторический и региональный аспект / Центр демографии и экологии человека. – Москва. - 1992. - С. 1-33.
52. Зворыкина В.Н. К вопросу о терапии коклюша в раннем детском возрасте / Куйбышевский краевой научно-практический институт охраны материнства и младенчества // сборник статей.-Куйбышев.-1935. - С. 87-92.
53. Зезина М.Р. Социальная защита детей-сирот в послевоенные годы (1945-1955) // Вопросы истории. - 1999. - № 1. - С. 127-136.
54. Зима В.Ф. Голод в СССР 1946-1947 годов: Происхождение и последствия: Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1996. - 311 с.
55. Зинич М.С. Всенародная помощь детям в период Великой Отечественной войны // Советская педагогика. М. - 1985. - №5. - С. 17-23.
56. Изюмова Ю.А. Самарское общество «Друг детей» и борьба с беспризорностью в 1920-е гг. / Самарский земский сборник. - 2009. - № 1 (18). - С. 78-83.
57. Ильинский П.И. Анализ количественного и качественного состояния учреждений по обслуживанию детей раннего возраста в г. Куйбышеве / Куйбышевский краевой научно-практический институт охраны материнства и младенчества // сборник статей.- Куйбышев.-1935.-С. 57- 62.
58. Институт охраны материнства и младенчества / Вопросы здравоохранения Средне-Волжской области. - 1928. - № 3. - С. 67-68.
59. Кабытов П.С., Курсков Н.А. вторая русская революция: борьба за демократию на средней волге в исследованиях, документах и материалах (1917 – 1918 гг.). -

- Самара. - 2004. - С. 352.
60. Казарин В. Волжские страницы самарской истории (1845-1945 гг.). - Самара. - 2011. - С. 202.
61. Кириллова Д.А. Естественное движение населения СССР в 1930-е годы (по материалам текущего учета ЦУНХУ Госплана СССР 1933-1940 гг.) автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.А. Кирилова - Москва, 1981. - 18 с.
62. Ковригина М.Д. Руководство для сестер детских яслей / Издательство «Медицина». - Москва. - 1966. - С. 1-3.
63. Кондрашин В.В. Голод 1932-1933 годов - общая трагедия народов СССР/ Известия пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского// Гуманитарные науки. - 2009. - № 11(15). - С. 117-120.
64. Конюс Э.М. Пути развития советской охраны материнства и младенчества (1917-1940) / Под редакцией В.П. Лебедевой и Г.Н. Сперанского. – Москва. - 1954. - 403 с.
65. Корнилова. Летние ясли в городе / Вопросы Здравоохранения Средне-Волжской области. - 1929. - № 9. - С. 62-63.
66. Краземан Э. Уход за ребенком / Пособие для сестер и матерей по уходу за детьми раннего возраста. - Самара. - 1926. - 118 с.
67. К районным работникам по охраны материнства и младенчества / Здравоохранение Средне-Волжского края. - 1931. - № 3-5. - С. 73-74.
68. Краснова. Наши слабые места / Вопросы здравоохранения Средне-Волжской области. - 1929. - № 3. - С. 14-15.
69. Красноженова Е.Е. Государственная политика по охране материнства и детства в период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. (на материалах Нижнего Поволжья) / Известия ВГПУ. - 2012. - С. 36-38.
70. Криммер Р.И. О рахите/Охрана материнства и младенчества.-1929.-№ 6.-С.9-13.
71. Кринко Е.Ф. Детство военных лет (1941-1945 гг.): проблемы и перспективы изучения. / Вестник Адыгейского государственного университета. - 2006. - Вып. 4. - С. 25-31.

72. Кузьмин В.Ю. История земской медицины России и влияние на нее государства и общественности: 1864-февраль 1917 гг.: дис. ... док. исторических наук / В.Ю. Кузьмин. - Самара, 2005. - С. 527.
73. Кузнецова Р.С., Зуева О.Г. Природно-очаговая заболеваемость на территории Самарской области / Известия Самарского научного центра. - 2015. - Т. 17 №4. - Стр. 258-267.
74. Кулаков В.И., Данилишина Е.И., Чичерин Л.П. Охрана здоровья женщин и детей / Здравоохранение в России. XX век // под. ред. Ю.Л. Шевченко, В.И. Покровского, О.П. Щепина. - М.: ГЕОТАР-МЕД. - 2001. - С. 151-173.
75. Курзон В.М. Охрана материнства и младенчества в СССР/Пособие для врачей и работников по охране материнства и младенчества - Самара. -1926.-185 с.
76. Курзон В.М. Об областном институте охраны материнства и младенчества / Вопросы здравоохранения Средне-Волжской области. - 1929. - № 9. - С. 60-62.
77. Курзон В.М. Из опыта работы Самарской железнодорожной консультации охраны материнства и младенчества / Вопросы Здравоохранения Средне-Волжской области. - 1929. - № 3. - С. 73-78.
78. Курсы ясельных работников по области / Вопросы Здравоохранения Средне-Волжской области. - 1928. - № 2. - С. 78.
79. Лангштейн Л. Дистрофии и поносы грудного возраста / Охрана материнства и младенчества // Государственное медицинское издательство. – Ленинград. - 1929. - 346 с.
80. Лапина А.И. Развитие и эффективность борьбы с туберкулезом в СССР в 1946-1960 гг.: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.И. Лапина.-Москва. - 1963.- С. 1-25.
81. Лебедева В.П. Задачи и пути охраны материнства и младенчества / Охрана материнства и младенчества. - 1926. - № 2. - С. 6-9.
82. Лебедева В.П. Охрана материнства и младенчества в Стране советов / Лебедева Вера Павловна. - Москва; Ленинград: Государственное медицинское издательство. - 1934. - 263 с.

83. Левченко Р.С. Заболеваемость детей, посещающих ясли, пути ее снижения и влияние на временную нетрудоспособность матери в связи с уходом за больным ребенком (по материалам детских яслей г. Ворошиловграда): дис. ... канд. мед. наук / Р.С. Левченко. - Москва. - 1975. - С. 16.
84. Лондар М.С. Лечение дизентерии у детей / Медицинская сестра. - 1942. - № 7. - С. 12-17.
85. Лондар М.С. Скарлатина и ее лечение / Медицинская сестра. 1943. - №3. - С.21-24.
86. Лопатин Г.М. К вопросу о лечении коклюша / Реферативный сборник // Вопросы охраны материнства и детства. - Киев. 1948. - С. 172-173.
87. Лопухова Л.П. Доквалификация средних медицинских кадров / Медицинская сестра. 1942. - № 8. - С. 27-29.
88. Майзель И.Е. Токсическая диспепсия / Медицинская сестра. - 1942. № 5-6. - С. 14-17.
89. Майзель И.Е. Грудное вскармливание ребенка / Медицинская сестра. - 1942. - № 8. - С. 19-25.
90. Майзель И.Е. Искусственное вскармливание / Медицинская сестра. -1942. - № 10. - С. 22-26.
91. Майзель И.Е. Рахит, его предупреждение и лечение / Медицинская сестра. - 1943. - № 3. - С. 24-28.
92. Мананникова Н.В. Охрана здоровья матери и ребенка в СССР/ Государственное издательство медицинской литературы. - Москва. – 1955. - С.1-20.
93. Мананникова Н.В. Охрана здоровья детей в СССР.-М.: Медицина.-1973.-280 с.
94. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. - 2-е изд. Испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2014. - С. 53,57.
95. Микиртичан Г.Л. Развитие поликлинической помощи детям Петербурге-Петрограде-Ленинграде: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Л. Микиртичан. -

- Москва, 1981. - 18 с.
96. Микиртичан Г.Л. Основные этапы и направления развития отечественной педиатрической науки и практики: дис. ... д-ра мед. наук / Г.Л. Микиртичан. - Ленинград, 1991. - 420 с.
97. Микиртичан Г.Л. Суворова Р.В. История отечественной педиатрии. - С.-Пб., 1998. - 155 с.
98. Микиртичан Г.Л. Становление поликлинической помощи детям / Матер. III (XIII) Съезда Российского общества историков медицины, посвященного 70-летию РОИМ - М., 2016. - Стр. 155-158.
99. Микиртичан Г.Л. Основные этапы развития отечественной педиатрии. История медицины. - 2014. - № 1. - С. 46-60.
100. Митерев Г.А. Народное здравоохранение за 25 лет Советской власти / Медицинская сестра. - 1942. - № 11-12. - С. 1-5.
101. Муравьев М.И. Состояние заболеваемости основными детскими инфекциями и мероприятия по их снижению / Детские инфекции. Сборник трудов межинститутской научной конференции. - Москва. - 1955. - С. 5-23.
102. Назарова Н.С. Ясли для детей грудного возраста / Отдел охраны материнства и младенчества Народного Комиссариата Социального Обеспечения. - Москва. - 1918. - 38 с.
103. Назметдинова М.М., Байбурина А.Т., Федянина Н.Ф. Опыт работы социальных патронажных медицинских сестер в составе детских поликлиник / Программно-целевой подход в охране материнства и детства. Тезисы докладов Всесоюзного семинара 24-27 июня 1991 г.). - Ленинград. - 1991. - С. 129-130.
104. Немчинов О.А. Перспективы создания межрегиональной транспортно-логистической сети в Самарской области. / Экономика и управление // Молодой ученый. - 2015. - №17 (97). - С. 458-461.
105. Несмелова З.Н. Дифтерия / Медицинская сестра. - 1943.-№ 6. - С. 21-26.
106. Николаев Н.Д. О перестройке учебного плана и программ медтехникумов в

- порядке обсуждения / Вопросы Здравоохранения Средне-Волжской области. - 1930. - № 2. - С. 31-33.
107. Областное совещание по охране материнства и младенчества / Вопросы здравоохранения Средне-Волжской области. - 1929. - № 2. - С. 70-71.
108. Об организации областного Института охраны материнства и младенчества / Вопросы здравоохранения Средне-Волжской области. - 1928. - № 3. - 83 с.
109. О проведении противоэпидемической работы городскими детскими консультациями, детскими поликлиниками и детскими амбулаториями / Наркомздрав СССР. - Москва. - 1943. - С. 1-16.
110. Организация профилактической работы со здоровым ребенком первых трех лет жизни в детской поликлинике / Методические рекомендации, Алма-Ата. - 1988. - 44 с.
111. Патронажная работа сестры детской консультации / Инструктивно-методические указания. - Уфа. - 1964. - 41 с.
112. Питание детей в яслях / Московский Областной научно-исследовательский Институт оздоровления раннего детства. Москва. - 1938. - 23 с.
113. План работы подкомиссии охраны материнства и младенчества на селе при секции Здравоохранения риков и сельсоветов / Вопросы Здравоохранения Средне-Волжской области. - 1928. - № 3. - С. 72-73.
114. План санпросветработы по охране материнства и младенчества в городах / Вопросы Здравоохранения Средне-Волжской области. - 1928. - № 3. - С. 73-74.
115. Райц М.М. Роль института в подготовке кадров / XXV лет институту педиатрии (1922-1947) // под редакцией Ф.И. Зборовской и Г.Н. Сперанского. Москва. - 1947. - С. 113-121.
116. Репинецкая Ю.С. «Никому мы не нужны». Голод 1946-1947 гг. в Куйбышевской (Самарской) области / Самарский научный вестник. - 2014. - № 4 (9). - С. 106-109.
117. Репинецкий А.И. «Запасная столица» на перекрестке войны и дипломатии (г.

- Куйбышев в годы Великой Отечественной войны) / Пробл. изучения военн. истории. Изд. «НТЦ» - Самара. - 2015. - С. 30-37.
118. Розенталь А., Шатова З. Ясли / Охрана материнства и младенчества. - Москва. - 1926. - 78 с.
119. Розенталь А.С., Беркович И.М. Роль института в изучении больного ребенка / XXV лет институту педиатрии (1922-1947) // под редакцией Ф.И. Зборовской и Г.Н. Сперанского. - Москва. - 1947. - С. 55-61.
120. Роль детской консультации в борьбе со скарлатиной / Вопросы здравоохранения Средне-Волжского Края. - 1929. - № 11. - С. 64.
121. Россинский Ю.Г. Эвакуация и медико-санитарное обслуживание эвакуированных детских учреждений РСФСР в годы Великой Отечественной войны (1941-1942) / Советское здравоохранение. - 1990. - № 12. - С. 55-57.
122. Рыбалко Ю.Е., Буданова А.А. Куйбышевская область в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.) Документы и материалы. - Самара: Издательство «Самарский дом печати». - 1995. - 448 с.
123. Самарские Губернские ведомости от 15.04.1867 г. – 84 с.
124. Самородницкий. Д.Я. Роль медицинской сестры в охране здоровья детей / Медицинская сестра. 1942. - № 3-4. - С. 29-32.
125. Санников А.Л., Андреева А.В. Сестринское образование в Архангельской области накануне и в годы Великой Отечественной войны (1941-1945) / Экология человека. - 2005. - № 5. - С. 45-48.
126. Святкина В. Наши детские ясли. // Волжская коммуна.-1941.-№ 278.- С. 3.
127. Святкина К.А., Хвуль А.М., Рассолова М.А. Рахит / Издательство Медицина. - Москва. - 1964. - 135 с.
128. Сильвер Г., Хейкер Ж. Медицинская сестра в педиатрической практике и Ассоциация охраны здоровья детей, подготовка новых видов работников в области здравоохранения / Вопросы охраны здоровья женщин и детей в зарубежных странах // Реферативный сборник.- Москва. - 1972. - С. 25-28.
129. Смирнова Е.Т. Санитарный режим детских яслей. - Москва. - 1957. - 343 с.

130. Сперанский Г.Н. Классификация расстройств питания детей раннего возраста / Государственный научный институт охраны материнства и младенчества Наркомздрава. - Москва. - 1927. - С. 16.
131. Сперанский Г.Н. 25-летний путь института педиатрии АМН СССР / XXV лет институту педиатрии (1922-1947) // под редакцией Ф.И. Зборовской и Г.Н. Сперанского. - Москва. - 1947. - С. 5-9.
132. Сперанский Г.Н. Уход за ребенком раннего возраста / Государственное медицинское издательство. - Москва. -1929. - 138 с.
133. Стукс Г.Г. Ранняя детская смертность, мертворождаемость. Анте- интра- и постнатальная охрана здоровья новорожденных / Журнал Советская педиатрия. - 1939. - С. 115-121.
134. Стукс Г.Г. Роль консультаций и патронажа в деле социальной профилактики детских пневмоний / Охрана материнства и младенчества. - 1929. - № 1. - С. 23-25.
135. Теплоухов Я.А. История развития и деятельность Куйбышевского краевого Института охраны материнства и младенчества / Куйбышевский краевой научно-практический институт охраны материнства и младенчества // сборник статей. - Куйбышев. - 1935. - 286 с.
136. Томилин С.А. Демография и социальная гигиена.- М.: Статистика. 1973.-11 с.
137. Троцкий В. Революционное движение в Средневолжском крае: краткий и исторический очерк. - Самара. - 1930. - С. 158-159.
138. Турова Ф.Д. Детская больница с поликлиникой / Москва. - 1961. - С. 1-78
139. Федотов В.В. Эвакуированные детские учреждения в Поволжье в годы Великой Отечественной войны / Человек и общество в условиях войн и революций: сборник материалов Всероссийской научной конференции.-Вып. 1. - 2014. - С. 68-72.
140. Фокина, Краснова. Итоги летней ясельной компании по Самарскому округу / Вопросы Здравоохранения Средне-Волжской области. - 1929. - № 3 (6). - С. 79-81.

141. Фокина В. А. Наши задачи в области охраны материнства и младенчества / Вопросы Здравоохранения Средне-Волжской области. – 1931. - № 1 – 2. - С. 18-181.
142. Френкин И. К первому Областному совещанию по охране материнства и младенчества / Вопросы Здравоохранения Средне-Волжской области. - 1929. - № 4. - С. 5-7.
143. Хвуль А.М. Лечение рахита массивными дозами витамина Д / Реферативный сборник. Украинский институт охраны материнства и детства. - Киев. - 1948. - С. 140-147.
144. Хмелькова Н.П. Обзор состояния работы детских учреждений охраны материнства и младенчества в Средне-Волжском крае / Сборник Краевого НИИ ОММ. - Самара. - 1934. - С. 6-10.
145. Цимблер И., Смуглова Ф. Ясли в борьбе с туберкулезом у детей раннего возраста // Издательство Центрального Научного института охраны материнства и младенчества. - Москва. - 1935. - С. 32.
146. Цимблер И.В. Туберкулез у детей / XXV лет институту педиатрии (1922 - 1947) // под редакцией Ф.И. Зборовской и Г.Н. Сперанского. - Москва. - 1947. - С. 26-35.
147. Ченуша В.П. Пневмония и детская смертность / Кишиневский государственный медицинский институт им. Н.А. Тестемицану. - Кишинев. - 1991. - 163 с.
148. Черкасов А.В. Хроническая дизентерия у детей ясельного возраста / Реферативный сборник // Украинский институт охраны материнства и детства Киев. - 1948. - С. 148-157.
149. Чичерин Л.П. Научное обоснование путей совершенствования и развития амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам: Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1999. - 492 с.
150. Шевченко А.В. Участковая акушерка и комиссия по охране материнства и младенчества при сельсоветах // Охрана материнства и младенчества. - 1926.

- № 3. - С. 30-33.
151. Шемитов В.Ф., Стоянова Н.С. Система диспансеризации и снижении младенческой смертности / Программно-целевой подход в охране материнства и детства // Тезисы докладов Всесоюзного семинара 24-27 июня 1991 г.). - Ленинград. - 1991. - С. 45-46.
152. Шер С.А. Научный центр здоровья детей: этапы формирования, роль в создании государственной системы охраны здоровья детей и развитии педиатрической науки в России: дис. ... док. мед. наук / С.А. Шер – Москва. - 2015. - 427 с.
153. Шишлянникова М. Детская сестра в борьбе с коклюшем // Медицинская сестра. - 1943. - № 11-12. - 1943. - С. 22-25.
154. Юдина А.Ю. Здоровоохранение детей в возрасте до 3 лет в годы Великой Отечественной войны (на примере г. Бийска Алтайского края) / Мир науки, культуры, образования. - 2012. - № 3 (34). - Бийск. - С. 246-248.
155. IV Всесоюзный съезд и 1-ое областное совещание по охране материнства и младенчества / Вопросы Здоровоохранения Средне-Волжской области. - 1929. - № 7-8. - С. 69-70.

Опубликованные источники

156. Административно-территориальное деление Самарской области / Справочник. - Самара. - 2012. - С. 4.
157. Воспитательная работа с детьми раннего и дошкольного возраста. Практика в яслях/Программы для средних медицинских школ.-Москва.-1939.- 15 с.
158. Годы, опаленные войной: Куйбышевская область. 1941-1945 гг. Хроника событий / [отв. сост. А.Г. Удинцев] - Самара: ООО «Офорт».-2010. - 345 с.
159. Голод в Средневолжском крае в 20-е-30-е годы XX века. / Голод в Самарской губернии в 20-е годы XX века. Т. 1: Сборник документов.- Самара: ООО

- «Ракс-С» 2014. - 514 с.
160. Групповые «стандарты» физического развития детей раннего возраста / Министерство здравоохранения Башкирской АССР. - Уфа. -1978.- С.3-26.
 161. Доклад 49-му Очередному Губернскому Земскому Собранию по врачебно-благотворительному отделению. - Самара. - 1913. - С.14.
 162. Здание, оборудование и штаты яслей / Московский Областной Научно-исследовательский институт оздоровления раннего детства. - Москва. - 1935. - С. 1-23.
 163. Инструкция о порядке представления декадной отчетности по строительству родильных домов, молочных кухонь и детских яслей, осуществляемому согласно постановлению ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 г., а также по строительству детских инфекционных больниц. - Москва. - С. 1-4.
 164. Инструкции и материалы по охране материнства и младенчества / Сборник для работников охраны материнства и младенчества. Воронежский областной научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества. - Воронеж. - 1938. - 138 с.
 165. Инструкция для сестер и заведующих детскими яслями по предупреждению детских поносов / Утверждены Ясельным Управлением. - Москва. - 1938. - С. 1-5.
 166. Инструкция по работе сезонных яслей в совхозах и колхозах /Народный комиссариат здравоохранения Союза ССР. – Москва. - 1938. - С. 1-8.
 167. Инструктивные указания по учету и отчетности в детских больницах, детских отделениях, детских консультациях-поликлиниках. - Москва. - 1955. - С. 1-31.
 168. Инструктивные указания патронажной сестре детской консультации Челябинский городской дом санитарного просвещения. - Челябинск. - 1959. - 27 с.
 169. Инструкция о работе патронажной сестры детской городской консультации.

- Москва. - 1940. - С. 1-8.
170. Инструкция о работе патронажной сестры детской городской консультации. - Киев. - 1941. - С. 1-7.
171. Контрольные цифры народного хозяйства и социально-культурного строительства Средне-Волжского края / Средневолжский крайплан. - Самара. - 1929. - С. 194-199.
172. Котова Г.Г. Среднее Поволжье в цифрах / Общедоступный статистический справочник // Средне-Волжское областное отделение. – Самара. - 1929. - С. 49.
173. Медицинский отчет Самарской губернской земской больницы за 1914год- Самара : тип губернского земства. - 1915. - С. 365.
174. Медицинский справочник г. Самары / Издание Приволжского Отделения Государственного Военного Издательства. - Самара. - 1925. - С. 1-15.
175. Методические положения по организации жизни детей средней группы в яслях и домах младенца. - Грозный. - 1938. - 59 с.
176. Методические указания по профилактике и лечению рахита. – Киев. – 1959. - С. 1-9.
177. Население Советского Союза 1922-1991. М. - 1993. - С. 3.
178. Население Самарской губернии (по данным Всесоюзной переписи 17 декабря 1926 г.) - Самара. -1928. - С. 5.
179. Основные положения по воспитательной работе в яслях и домах младенца / Издание Куйбышевского облздрава. -1938.- Куйбышев. - С. 1- 51.
180. О типовых штатах и должностных окладах административно- хозяйственного, медицинского и педагогического персонала детских лечебно- профилактических учреждений, родильных домов и женских консультаций. - Москва, 1945. - 44 с.
181. Отчет Санитарного Бюро Самарского Губернского земства за 1898 г. – Самара.-1899. - С. 53.

182. Отчет комиссии заведующим молочно-питательными пунктами в Самаре за лето 1909года / Канский Е.И // Общество врачей Самарской губернии – Самара. - С. 24.
183. Отчеты по городской больнице. - Самара. - 1903. - С. 41.
184. Первое дополнение к сборнику постановлений Самарского Губернского Земского собрания по врачебно-благотворительной части (Сессии 1898-1902 гг.) / Земская типография. - Самара. - 1905. - Стр. 100-129.
185. Приказ по народному комиссариату здравоохранения Союза ССР № 329 от 23.06.1942 г. / Учебный план медицинских сестер. - 1942. - 34 с.
186. Программа по практическому обучению по специальности для отделений медицинских сестер детских учреждений медицинских училищ / по учебным планам, утвержденным Министерством высшего и среднего специалистов образования СССР в 1959. - Москва. - 1961. - С. 1-7.
187. Программы производственного обучения. Профессия медицинская сестра-воспитательница. - Рига. - 1958. - 152 с.
188. Программа по детским болезням с анатомо-физиологическими особенностями детского возраста и уходом за детьми. - Москва. -1959. - 25 с.
189. Программа по курсу «Детские болезни и острые детские болезни». Для одногодичных курсов по подготовке медицинских сестер для детских яслей / По учебным планам, утвержденным Министерством здравоохранения СССР в 1959 г. - Москва. - 1959. - С. 1-19.
190. Протокол общества Самарских врачей. - Самара.-1882. - С.30.
191. Пятилетний план здравоохранения Средневолжского края / Издание Средневолжского крайздравотдела. - Самара. - 1930. - С. 6-15.
192. Самарская хроника врачей. - Самара. - 1898. - С.27.
193. Самарская хроника врачей. Деятельность амбулаторий.- Самара.- 1901. - С.61.
194. Санитарные правила для детских учреждений / НКЗ РСФСР. Государственная санитарная инспекция ленгорздравотдела. - Ленинград. - 1940.
195. Типовой проект детских яслей на 120 детей № 1603. - Москва.-1937.-С. 1-15.

196. Указ Президента РФ от 29.05.2017 г. № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства на 2018-2027 гг.».
197. Ясли/Сборник инструктивных материалов//Московский областной научно-исследовательский институт оздоровления раннего детства.-Москва.-1937.- 157 с.
198. 150 лет Самарской губернии (цифры и факты). Статистический сборник. - Самара: Самарский Дом печати. - 2000. - С. 408.
199. 15 лет Средней Волги в цифрах.- Самара. - 1932.- С. 24.

УКАЗАТЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ АРХИВНЫХ ИСТОЧНИКОВ

200. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 1. - ед.хр. 8. - л. 104, 118, 200.
201. ЦГАСО Ф.Р. 4054. - опись 9. - ед.хр. 34, л. 14-17.
202. ОГУ ГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 5. - ед.хр. 53. - л. 2.
203. ОГУ ГАСО Ф. Р. - 521. - опись 1. - ед.хр. 686. - л. 102.
204. ОГБУ ГАУО Ф. Р. - 108. - опись 63. - ед. хр. 14. - л. 12,36.
205. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 4. - ед.хр. 28. - л. 1,30.
206. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 1. - ед.хр. 8. - л. 25,72.
207. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 6. - ед.хр. 29. - л. 245.
208. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 6. - ед.хр. 168. - л. 29.
209. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 6. - ед.хр. 168. - л. 29-32.
210. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 2. - ед.хр. 39. - л. 256, 257.
211. СОГАСПИ Ф. - 1. - опись 1. - ед.хр. 2696. - л. 94.
212. СОГАСПИ Ф. - 1141. - опись 14. - ед.хр. 7. - л. 136.
213. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 2. - ед.хр. 40. - л. 11, 12.
214. ЦГАСО Ф.Р. - 660. - опись 1. - ед.хр. 4. - л. 25.
215. ГАРФ. Фонд 2306. - опись 70. - дело № 2782. - л. 1.
216. ГАРФ. Фонд 2306. - опись 70. - дело № 2675. - л. 31-33.
217. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 2. - ед.хр. 41. - л. 12,18.
218. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 2. - ед.хр. 95. - л. 9.
219. ГАРФ. Фонд 8009. - опись 21. - дело № 220. - л. 4, 173.
220. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 90. - л. 12,13,14, 21, 23.
221. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 5. - ед.хр. 27. - л. 308.
222. ЦГАСО Ф.Р. - 749. - опись 1. - ед.хр. 15. - л. 37.
223. ЦГАСО Ф.Р. - 81. - опись 1. - ед.хр. 52. - л. 26.
224. ОГУ ГАСО Ф. Р. - 521. - опись 1. - Д. 1722. - л. 9.
225. ГАРФ. Фонд 482. - опись 10. - дело № 559. - л. 8.
226. СОГАСПИ Ф. - 1. - опись 1. - ед.хр. 2546. - л. 13,19.

227. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 2. - ед.хр. 39. - л. 11.
228. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 4. - ед.хр. 25. - л. 110.
229. ЦГАСО Ф.Р. - 1160. - опись 1. - ед.хр. 4. - л. 2,3.
230. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 2. - ед.хр. 40. - л. 10.
231. ЦГАСО Ф.Р. - 4074. - опись 1. - ед.хр. 1. - л. 14.
232. ЦГАСО Ф.Р. - 4074. - опись 2. - ед.хр. 2. - л. 32.
233. ГБУ ГАПО Ф. 2037. - опись 1. - Д. 45. - л. 14.
234. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 24. - л. 1-24.
235. ГАРФ. Фонд 8009. – Опись 6. - дело № 1901. – л. 6-13.
236. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 2. - ед.хр. 43. - л. 4,8,9.
237. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 7. - ед.хр. 1. - л. 1-2.
238. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 49. - л. 1-7.
239. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 72. - л. 1.
240. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 64. - л. 3.
241. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 7. - ед.хр. 25. - л. 1.
242. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 7. - ед.хр. 53. - л. 1,2.
243. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 3. - ед.хр. 39. - л. 9.
244. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 7. - ед.хр. 27а. - л. 1.
245. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 5. - ед.хр. 28. - л. 2, 6.
246. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 5. - ед.хр. 20. - л. 73.
247. ЦГАСО Ф.Р. - 56. - опись 1. - ед.хр. 227. - л. 49 (об.).
248. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 5. - ед.хр. 89. - л. 5.
249. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 4. - л. 1-14.
250. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 62.
251. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 24 (об.).
252. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 73,74.
253. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 58. - л. 104.
254. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 2. - ед.хр. 39. - л. 236.
255. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 33. - л. 4.
256. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 102. - л. 5.

257. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 72. - л. 8.
258. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 64. - л. 23 (об.).
259. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 90. - л. 1 (об.), 8.
260. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 2. - ед.хр. 13. - л. 127.
261. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 3. - ед.хр. 38. - л. 14.
262. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 3. - ед.хр. 38. - л. 17,18.
263. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 7. - ед.хр. 53. - л. 5.
264. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 5. - ед.хр. 89. - л. 6,28, 86.
265. ЦГАСО Ф.Р. - 79. - опись 1. - ед.хр. 168. - л. 18-20.
266. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 2. - ед.хр. 39. - л. 236.
267. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 7. - ед.хр. 31. - л. 176, 178.
268. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 1. - ед.хр. 8. - л. 103.
269. СОГАСПИ Ф. 1141. - опись 20. - Д. 1484. - л. 7,7 (об.).
270. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 1. - ед.хр. 8. - л. 80.
271. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 1. - л. 137-138.
272. ЦГАСО Ф.Р. - 4123. - опись 1. - ед.хр. 1. - л. 5 (об.), 6,8.
273. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 1. - ед.хр. 281. - л. 1-4.
274. ЦГАСО Ф.Р. - 4123. - опись 1. - ед.хр. 1. - л. 5 (об.).
275. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 49. - л. 24,27.
276. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 49. - л. 24,27.
277. ЦГАСО Ф.Р. - 4123. - опись 1. - ед.хр. 12. - л. 44.
278. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 81. - л. 16.
279. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 2. - ед.хр. 21 б. - л. 4,5.
280. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 5. - ед.хр. 79. - л. 5, 7,12.
281. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 3. - ед.хр. 39. - л. 3 (об.).
282. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 5. - ед.хр. 81. - л. 18.
283. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 5. - ед.хр. 89. - л. 5.
284. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 8. - ед.хр. 27а. - л. 4-25, 128-130.
285. ЦГАСО Ф.Р. - 1160. - опись 1. - ед.хр. 4. - л. 2,3.
286. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 1. - ед.хр. 8. - л. 295, 296.

287. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 6. - ед.хр. 29. - л. 233.
288. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 4.
289. СОГАСПИ Ф. 1141. - опись 14. - Д. 7. - л. 80.
290. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 124.
291. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 123.
292. ЦГАСО Ф.Р. - 4123. - опись 1. - ед.хр. 1. - л. 15 (об.).
293. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 39.
294. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 29. - л. 55-63.
295. ЦГАСО Ф.Р. - 4123. - опись 8. - ед.хр. 27а. - л. 130.
296. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 33. - л. 4, 12.
297. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 1. - ед.хр. 246. - л. 2.
298. ЦГАСО Ф.Р. - 4794. - опись 1. - ед.хр. 6. - л. 5,7,9.
299. ЦГАСО Ф.Р. - 4794. - опись 1. - ед.хр. 6. - л. 1-7.
300. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 1. - ед.хр. 8. - л. 35.
301. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 79. - л. 22,22 (об.).
302. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 81. - л. 18.
303. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 9. - ед.хр. 34. - л. 14-17.
304. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 90. - л. 4,5.
305. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 7. - ед.хр. 81. - л. 9, 16, 138.
306. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 6. - ед.хр. 37. - л. 69.
307. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 56. - л. 104.
308. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 5. - ед.хр. 114. - л. 1,2.
309. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 14. - л. 3, 57.
310. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 7. - ед.хр. 39. - л. 9.
311. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 24, 26, 116.
312. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 24, 26.
313. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 37. - л. 49.
314. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 33. - л. 3,4.
315. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 23. - л. 51,55,56.
316. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 23. - л. 22, 269-271.

317. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 2. - ед.хр. 12. - л. 1,3.
318. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 5. - ед.хр. 89. - л. 6.
319. ЦГАСО Ф. Р. - 973. - опись 1. - ед. хр. 12. - л. 4-5.
320. СОГАСПИ Ф. 1141. - опись 14. - Д. 6. - л. 119.
321. ЦГАСО Ф.Р. - 1160. - опись 16. - ед.хр. 35. - л. 1-5.
322. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 25.
323. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 58. - л. 1.
324. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 2. - ед.хр. 43. - л. 2,3.
325. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 2. - ед.хр. 12. - л. 3.
326. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 4а. - л. 1,2.
327. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 4а. - л. 1,2.
328. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 5. - л. 2-5.
329. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 3. - л. 3.
330. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 5. - л. 3.
331. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 29а. - л. 128-130.
332. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 11. - л. 1-7.
333. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 47. - л. 1-13.
334. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 55. - л. 1-11.
335. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 34. - л. 4-8.
336. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 3. - ед.хр. 44. - л. 393.
337. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 2. - ед.хр. 171. - л. 4.
338. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 3. - ед.хр. 39. - л. 26.
339. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 4. - ед.хр. 77. - л. 26.
340. ЦГАСО Ф.Р. - 1160. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 24.
341. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 4. - ед.хр. 25. - л. 126.
342. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 1. - л. 51.
343. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 6. - ед.хр. 168. - л. 29.
344. ЦГАСО Ф.Р. - 158. - опись 4. - ед.хр. 25. - л. 23.
345. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 1. - ед.хр. 39. - л. 74.
346. ЦГАСО Ф.Р. - 1160. - опись 1. - ед.хр. 4. - л. 7.

347. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 2. - ед.хр. 39. - л. 4.
348. Архив Самарского медицинского колледжа им. Н. Ляпиной.
349. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 1. - ед.хр. 79. - л. 24.
350. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 3. - л. 1-15.
351. Архив Самарского медицинского колледжа им. Н. Ляпиной.
352. ЦГАСО Ф.Р. - 342. - опись 2. - ед.хр. 39. - л. 22.
353. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 1. - ед.хр. 8. - л. 2.
354. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 102. - л. 4-10.
355. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 1. - ед.хр. 81. - л. 39.
356. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 1. - ед.хр. 81. - л. 27.
357. Архив Самарского медицинского колледжа им. Н. Ляпиной.
358. ГАРФ. Фонд 8009. – опись 6. – дело № 1889. – л. 16-17.
359. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 2. - ед.хр. 41. - л. 18,19,23.
360. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 2. - ед.хр. 46. - л. 12.
361. ЦГАСО Ф.Р. - 4054. - опись 2. - ед.хр. 46. - л. 18.
362. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 22. - л. 25.
363. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 3. - ед.хр. 58. - л. 15,58.
364. ЦГАСО Ф.Р. - 4219. - опись 1. - ед.хр. 65. - л. 1-9.
365. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 4. - ед.хр. 78. - л. 5.
366. ЦГАСО Ф.Р. - 2148. - опись 2. - ед.хр. 13. - л. 8,64.
367. Архив Самарского медицинского колледжа им. Н. Ляпиной.