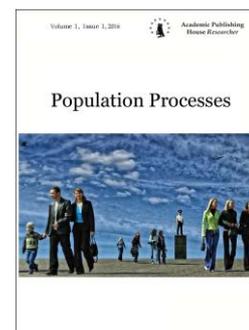


Copyright © 2016 by Academic Publishing House *Researcher*

Published in the Russian Federation
Population Processes
Has been issued since 2016.
E-ISSN: 2500-1051
Vol. 2, Is. 2, pp. 46-55, 2016

DOI: 10.13187/popul.2016.2.46
www.ejournal44.com



UDC 31

The Social Policy of the USSR in 1945-1953 years: the Public Health Protection

Olga V. Natolochnaya ^a^aInternational Network Center for Fundamental and Applied Research, Russian Federation

Abstract

The article discusses the social policy in the USSR in the postwar period in the field of public health. The importance is given to the custody of invalids and teenagers of the great Patriotic war.

In conclusion, the author notes that the government is paid the particular attention to the protection of population's health, unable in harsh conditions of the postwar period in the short term to provide the population financially. For these purposes, it has been studied and used in practice, the experience of recovery of the population after the First world war and the Civil war. The taken measures were very similar: then and now the primary task was the protection of motherhood and childhood, fighting for infant survival, for strengthening of health of children and adults.

Keywords: social policy, public health, Soviet Union, 1945-1953.

Введение

Изучение социальной политики советского государства позволяет более полно освещать проблемы, связанные с влиянием геополитической ситуации в мире, изменений во внутривнутриполитическом курсе страны на судьбы отдельных людей и на их отношение к власти вообще. Подобные знания совершенно необходимы при анализе современного положения России в мировом сообществе и тех шагов, которые требуются сделать правительству в социальной политике на данном этапе исторического развития.

Обсуждение и результаты

Реализация важнейших направлений, стоящих перед здравоохранением в условиях мирного времени, прежде всего, была связана с организационными изменениями в лечебно-профилактической помощи населению. В первые послевоенные годы важно было восстановить разрушенные в военных условиях лечебно-профилактические учреждения, подготовить медицинские кадры, организовать лечение инвалидов войны, развить курортно-санаторное обслуживание населения, ликвидировать санитарные последствия войны, а также провести санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия на всей территории СССР.

Постепенно восстанавливалась сеть медицинских учреждений на селе. В Краснодарском крае, например, в 1950 г. она превзошла довоенный уровень. В сельской местности действовали 169 больниц на 5363 койки, 371 поликлиника и амбулатория, 92 женские консультации, 765 фельдшерско-акушерских пунктов. В Ростовской области

количество сельских больниц увеличилось со 131 в 1940 г. до 156 в 1950 г., больничных коек – соответственно с 2,8 до 3,2 тыс., женских консультаций – с 50 до 61, число врачей в расчете на 10 тыс. человек – с 1,8 до 3,6, среднего медицинского персонала – с 14,5 до 21,5, число больничных коек – с 17,8 до 22,4. В Воронежской области по сравнению с 1940 г. количество больниц на селе возросло со 179 до 198, коек в них – с 8630 до 8984, фельдшерско-акушерских пунктов – с 449 до 634, женских консультаций – с 83 до 103.

В РСФСР возросло число больничных учреждений. Если в 1940 г. больниц (без госпиталей) было (на конец года, в тыс.) 8,5, то в 1958 г. – 14,2. Выросла численность больничных мест: на 10 000 человек населения в 1940 г. приходилось 44 больничных места, а в 1958 г. – 76. Возросло и число врачей (без стоматологов) – соответственно 7,6 и 17,9 (Жиромская, Араловец, 2005: 548; Араловец, 2009: 121-122).

Как было сказано выше, Медицинская помощь сельскому населению включала областные, районные, участковые больницы, а также фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты в совхозах и на предприятиях. Существовали и санитарно-эпидемиологические учреждения. Кроме того, сельские жители лечились в городских больницах, а также в стационарах научно-исследовательских институтов и клиниках медицинских институтов. Однако уровень медицинской помощи в селах был ниже, чем в городах. В сельских больницах не хватало врачей, особенно специалистов, современного медицинского оборудования, лекарственных препаратов.

Восстанавливая и развивая сеть медицинских учреждений, органы здравоохранения стремились разместить их так, чтобы максимально приблизить медицинскую помощь к населению и обеспечить высокий уровень как лечебной, так и профилактической работы. С этой целью строились районные больницы, в колхозах и совхозах открывались фельдшерско-акушерские пункты. С окончанием войны в сельские больницы пришло много демобилизованных из армии медицинских работников, выпускников медицинских институтов. Большое участие в профилактической работе принимало само население, оказывая существенную помощь органам здравоохранения. В 1946 г. более 13 млн человек состояли членами «Общества Красного Креста и Красного Полумесяца».

Вырос уровень госпитализации населения в стране: в городах с 15,2 % в 1940 г. до 19,2 % в 1950 г., а в сельской местности с 5,1 до 7,1 % (Систематическое собрание законов, 1967: 329).

В связи с увеличением объема работы в поликлиниках в 1947–1949 гг. было проведено объединение поликлиник с больницами в единые лечебно-профилактические учреждения. В новой структуре поликлиники становились отделениями и утрачивали прежнюю самостоятельность. Предполагалось, что эти структурные изменения повысят качество лечебно-диагностической деятельности, прежде всего поликлиник.

Однако в медицинской практике такое объединение породило серьезные проблемы. К примеру, в небольших городах поликлиники были объединены с одной больницей. Больницы, особенно в сельской местности, часто объединялись с отдаленными поликлиниками. Немалые трудности возникали при одновременной работе врачей в больницах и в поликлиниках. Такая система просуществовала до 1962 г. В дальнейшем была восстановлена лечебно-профилактическая самостоятельность поликлиник (Население России, 2005: 229).

В послевоенные годы в городах была значительно улучшена врачебная помощь больным на дому. На дом стали выезжать не только терапевты, но и врачи других специальностей. В их распоряжение были предоставлены машины, оборудованные необходимой для вызовов на дом техникой: электрокардиографами, портативными рентгеноаппаратами и физиотерапевтическими аппаратами. Существенно расширились возможности лабораторных обследований больных в домашних условиях. Таких возможностей у сельского населения, безусловно, еще не было.

Быстро налаживалась работа скорой и неотложной медицинской помощи. В июле 1946 г. Совет Министров РСФСР в специально принятом постановлении «О мероприятиях по улучшению работы станций скорой помощи и пунктов неотложной помощи» обязал Советы Министров автономных республик, областные и краевые горисполкомы предоставить помещения станциям скорой помощи и пунктам неотложной помощи; обеспечивать вне очереди ремонт и снабжать автобензином принадлежащие им автомобили. В Москве,

например, горздравотдел выделил 30 санитарных машин ЗИС-110 для станций скорой помощи.

В работе поликлиник широкое распространение получил диспансерный метод, который стал основным в работе как терапевтов, так и врачей-специалистов. Диспансерный метод обслуживания населения распространялся в городах и селах РСФСР на больных онкологией, туберкулезом и такими хроническими заболеваниями, как гипертония и язвенная болезнь. В поликлиниках общего типа работали диспансерные отделения и кабинеты.

Правительством были выделены большие средства на организацию в рамках АМН СССР научно-исследовательских институтов: Института психиатрии (создан в 1944 г.), в 1945 г. Института экспериментальной и клинической терапии (в 1948 г. переименован в Институт терапии), Института неврологии, Института экспериментальной и клинической хирургии, Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко (1945 г.), Института экспериментальной патологии и терапии рака (1951 г.) ([Систематическое собрание законов, 1969: 461](#)).

На базе созданных институтов были разработаны новые методы диагностики и лечебно-профилактической работы. Так, например, был разработан и внедрен в практику метод получения сухой оспенной вакцины (М.А. Морозов), а также бруцеллезной вакцины (П.А. Вершилова, Х.С. Котлярова, П.Ф. Здродовский). Была разработана и внедрена в практику здравоохранения комплексная система мероприятий по снижению заболеваемости населения малярией (П.А. Сергиев и др.). Началось лечение бациллярной дизентерии (Ф.С. Ханеня и др.) и т. д. Разрабатывались и проводились новые операции. А.Н. Бакулев впервые осуществил операцию при врожденном пороке сердца. Ученый также разработал и внедрил в лечебную практику новые методы радикальных хирургических операций при легочных заболеваниях. В.И. Казанский, Б.В. Петровский и Е.Л. Березов провели хирургическое лечение рака пищевода. Разрабатывались новейшая медицинская техника и препараты, среди них аппарат для сшивания кровеносных сосудов (В.Ф. Гудов и др.), транспортно-лечебная шина и аппарат для скелетного вытяжения при переломах бедра (В.А. Панков), препарат для исследования белков (СР. Мардашев), лекарственные препараты из лекарственных растений Сибири (Н.В. Вершинин и др.) и т.д. Институты также занимались повышением квалификации медицинских кадров ([Жиромская, 2009: 121](#)).

Отечественные научные разработки и их внедрение в медицинскую практику позволили успешно вести борьбу с туберкулезом, септической ангиной, желудочно-кишечными заболеваниями, венерическими болезнями, а также с малярией, трахомой и другими инфекционными болезнями, распространенными в РСФСР после окончания Великой Отечественной войны. По данным медиков, количество больных малярией во второй половине 1940-х годов исчислялось миллионами.

В апреле 1947 г. Совет Министров РСФСР принял специальное постановление «О мероприятиях по снижению заболеваемости малярией». Среди комплексных противомаларийных мер, разработанных правительством, предлагались проведение систематических обследований населения для ранней диагностики заболевания, противорецидивное лечение, а также противомаларийная химиопрофилактика. Предусматривалось ежегодное проведение очистки прудов и каналов.

В местах, вызывающих опасность заражения территории малярийным комаром, запрещалось жилищно-бытовое строительство, а также заполнение водохранилищ вблизи крупных населенных пунктов и промышленных предприятий без проведения противомаларийных гидротехнических работ. В этом же году 350 выпускников медицинских институтов были направлены на противомаларийные станции. Реализация намеченных оздоровительных мероприятий привела к позитивным результатам. Так, в период с 1945 по 1952 г. малярия была ликвидирована как массовое заболевание ([Народное хозяйство, 1959: 482, 487, 488, 490](#)).

Инфекционной и довольно опасной болезнью, опасной не для жизни, но наносящей очень большой, иногда непоправимый ущерб здоровью, была трахома. Заболеваемость и до войны была высока, после же войны усилилась. Особенно опасна была свежая трахома, она могла очень быстро привести к потере зрения, частичной или полной. На лечение трахомы

после войны было обращено особое внимание. Тем более что недостаток мыла, моющих и дезинфицирующих средств, особенно в сельской местности, способствовал ее распространению. В конце 1940 – первой половине 1950-х годов правительством РСФСР был разработан и принят комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий по снижению заболеваемости населения трахомой (1950 г.). Была создана сеть противотрахомных лечебных учреждений (трахоматозных диспансеров и больниц). Если в 1946 г. в таких учреждениях лечилось менее 900 человек, то в 1949 г. – более 3000, в 1950 г. – 4500, в 1957 г. – 28 000 ([50 лет советского здравоохранения, 1989: 77](#)). И это не считая детских лечебниц, где обычно проводили комплексное лечение, включая и противотрахомные меры.

Война способствовала распространению заболеваемости населения туберкулезом легких. В 1947–1948 гг. Совет Министров СССР совместно с Министерством здравоохранения СССР приняли специальные документы, содержащие конкретные противотуберкулезные мероприятия. Так, во всех туберкулезных диспансерах были созданы стационарные отделения. Врачи, работающие в этих отделениях, должны были участвовать в диспансерных обследованиях больных и лечить их в стационаре. Одновременно широко вводилось проведение флюорографии населения.

Медики при лечении туберкулеза применяли новые лекарства: пенициллин, альбомуцин, синтомицин и др. Все это принесло положительные результаты.

Активно все 1950-е годы действовали и специализированные туберкулезные клиники, и диспансеры, и санатории. Так, в конце 1950-х годов в РСФСР насчитывалось 80 туберкулезных клиник для взрослых, расположенных как в городах, так и в сельской местности, около 500 туберкулезных диспансеров, в основном в городах, 2,5 тыс. поликлиник и амбулаторий (как в городах, так и в селах), имеющих специализированное отделение и ведущих амбулаторный прием туберкулезников.

В 1947 г. кроме бюджетных санаториев было еще 22 хозрасчетных санатория на 4345 коек, где в течение года лечилось 21 785 больных (90,1 тыс. койкодней) ([Население России, 2005: 231](#)).

В 1948 г. также действовали туберкулезные хозрасчетные санатории, как входящие, так и не входящие в систему курортного управления Минздрава, из них круглогодичных насчитывалось 26 санаториев на 4858 коек, где за год вылечилось 28,5 тыс. больных, а сезонных – 8 учреждений на 1396 коек, где вылечился 5341 больной.

В 1949 г. также помимо бюджетных существовали 22 хозрасчетных санатория, из них 7 круглогодичных, остальные – сезонные. В круглогодичных санаториях лечилось 26 тыс. человек, в том числе в грязевых – 13 тыс., в общетерапевтических – 9 тыс. и 4 тыс. – в туберкулезных.

В конце 1950-х годов стабильно действовали около 120 противотуберкулезных санаториев, обслуживавших ежегодно около 55 тыс. больных, сезонных санаториев было всего два, но там принимали лечение сотни больных ежегодно, наконец, ночных санаториев было около 200 и ими обслуживалось ежегодно более 45 тыс. больных ([Яровинский, 1988: 167](#)).

Хотя по борьбе с туберкулезом принимались активные меры, были даже государственные постановления, в 1946–1948 гг. болезнь распространялась по нарастающей. В больницы поступало все больше тяжелобольных (в 1946 г. – 68 тыс. человек, в 1947 г. – 72 тыс., в 1948 г. – 79 тыс.). Кроме того, по 3-4 тыс. человек ежегодно лечилось в сельских больницах. Но на рубеже 1950-х годов поступления новых больных в лечебницы заметно сократилось: в 1949 г. в больницы поступило 37 тыс. человек, в 1950 г. – 22,6 тыс. Произошел явный перелом, и заболеваемость туберкулезом снизилась. В 1950-е годы заболеваемость туберкулезом стабилизируется, в конце десятилетия ежегодно в клиники поступает 22–23 тыс. человек. И хотя сама стабилизация является положительным моментом, однако настораживало прекращение снижения заболеваемости туберкулезом. Иными словами, проблема была далека от решения и требовала внимания на государственном уровне ([Яровинский, 1988: 169, 177](#)).

Много было трудностей и в борьбе с костным туберкулезом. Как видно из таблиц, в больницах и санаториях соответствующего профиля лечились тысячи людей. Самое

большое число больных в послевоенный период поступило в лечебные учреждения в 1949 г. Затем наметился явный спад.

Особое внимание уделялось борьбе с инфекционными заболеваниями. Благодаря усилиям медицины в послевоенные годы, как и во время войны, удалось избежать массовых эпидемий. Сеть медицинских учреждений была разветвленной и продолжала разрастаться. Выше отмечались ее мобильность и быстрое реагирование на распространение тех или иных инфекционных заболеваний. С 1945 по 1948 г. на 15 % выросла сеть инфекционных больниц. В 1948 г. в связи с голодом открылись новые инфекционные больницы, хотя их штат был по-прежнему недоукомплектован. Число поступающих в них больных увеличивалось: если в 1946 г. было 16,6 тыс., то в 1948 г. эта цифра возросла более чем в 10 раз, а в 1949 г. – в 15 раз. Обслуживание больных улучшалось. Увеличивалось и количество работающих в этих больницах врачей (Георгиевский, Гаврилов, 1975: 122-123).

Как отмечено выше, к 1950 г. уменьшился наплыв больных. Однако положение оставалось нестабильным, поскольку в стране продолжали возникать вспышки разного рода инфекций. Как правило, стационарное лечение в инфекционных больницах было эффективным. Больные, особенно дети, содержались в стационарных условиях до полного выздоровления. К сожалению, инфекционными больницами были обеспечены в основном города. Правда, сельское население широко пользовалось услугами городских медицинских учреждений, в том числе инфекционных больниц.

Вообще острые инфекции разных типов вспыхивали в 1950-х годах достаточно часто, это были гепатит, тиф, паратиф, гастроэнтероколит и т. д. В связи с этим во второй половине 1950-х годов число инфекционных больниц поднялось до 145, а врачей в них – почти до 2 тыс. человек (в 1946 г. – менее 600).

В первые послевоенные годы в России имела место вспышка *венерических* заболеваний, и в связи с ней активно действовали кожно-венерологические клиники и диспансеры. Так, в конце 1946 г. в России действовало свыше 50 кожно-венерологических клиник, куда за год поступило свыше 22 тыс. больных, из них 14 тыс. горожан и 8,5 тыс. из сельской местности. Прежде всего, это были демобилизованные из армии военнослужащие и их жены. Наиболее распространенными оказались в то время острый сифилис, гонорея, шанкр, а из кожных инфекций – чесотка. Кроме больниц их лечением занимались диспансеры, но там больных насчитывалось значительно меньше, всего 5,5 тыс. за год. Ясно, что преобладали эти болезни в острых и тяжелых формах, а их лечение требовало больничного обслуживания, часто стационарного. В 1947–1948 гг. поток больных нарастает. В 1947 г. на лечение в больницы и клиники кожно-венерологического профиля поступило уже 33 тыс. человек, из них 12,6 тыс. – из сельской местности. Более 2 тыс. человек лечилось через диспансеры. Соответственно органами здравоохранения было увеличено и количество больниц (свыше 70), и число обслуживающих их врачей. При этом обращает на себя внимание нехватка специалистов: даже в «пиковое» по заболеваемости время, когда борьбе с этими заболеваниями придавалось большое значение на государственном уровне, штаты врачей были недоукомплектованы на 17 %. Однако активные меры по лечению, применение препаратов нового поколения и т. д. переломили ситуацию.

На рубеже 1950-х годов число больных, обратившихся за помощью в больницы, уже снизилось до 11,8 тыс., а самих больниц – до 7. При этом врачей оставалось по-прежнему много, больницы укрупнились, их штат укомплектовался. Разумеется, какая-то часть больных лечилась нелегально, но лица, заболевшие на фронте, ни уголовно, ни административно не преследовались, подпольное же лечение сурово наказывалось. Кроме того, названные заболевания в этот период часто встречались в столь тяжелых формах, что люди вынуждены были в страхе за собственную жизнь и здоровье обращаться в больницы и клиники. Борьба с венерическими болезнями, и особенно с сифилисом, велась успешно. Число зарегистрированных случаев заболеваний активными формами сифилиса в 1950 г. по сравнению с 1946 г. уменьшилось в 6 раз. Однако и здесь затишье, как и вообще с инфекциями, было временным.

В послевоенный период наблюдается заметный рост *онкологических* больниц и диспансеров, от онкологических заболеваний гибнет все больше населения. В годы войны онкологическая помощь больным значительно сократилась из-за нехватки врачей ~ специалистов в этой области, медикаментов, закрытия онкологических учреждений. После

войны была не только восстановлена их сеть, но и создана новая структурная единица – онкологический диспансер. При этом сначала, в конце войны, упор делается на лечение в клиниках, а затем все большее развитие получает диспансерное наблюдение, разрабатываются методы выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях. В 1946 г. в клиниках проходило лечение 4,9 тыс. больных, еще около 1 тыс. лечилось в диспансерах. В 1947 г. число больных резко увеличивается, в больницах находится уже 10,5 тыс. человек, в 1948 г. – до 17,8 тыс., причем около половины больных – из сельской местности, т. е. уже нельзя назвать онкологию болезнью городов. Около 2 тыс. лечатся в диспансерах (Георгиевский, Гаврилов, 1975: 130-133).

Принимаются меры по улучшению онкологической помощи населению. Существенное значение имело предложение Н.И. Петрова о создании профилактического направления в онкологии. Массовые профилактические осмотры здорового населения стали осуществляться в СССР с 1948 г. Среди причин увеличения онкозаболеваний прежде всего следует назвать неблагоприятную послевоенную экологию, изменение радиоактивного фона в связи с изобретением и использованием новых видов вооружений, развертыванием ядерной программы, разработкой новых отравляющих веществ и т.д. При этом новые производства, также далеко не безопасные и вредные, нередко находились в городской черте, вблизи от жилья. Рабочие и служащие этих предприятий не имели достаточных средств защиты, в том числе потому, что сами средства еще не были разработаны и степень их вредности не была ясна. В 1949–1950 гг. в больницах лечится значительно меньше онкобольных, 1,7 и 2,2 тыс. соответственно, зато в диспансерах – по 20 тыс. ежегодно. Во второй половине 1950-х годов в онкологических учреждениях лечатся свыше 60 тыс. больных, из них 54 % относятся к сельскому населению (Георгиевский, Гаврилов, 1975: 136-138). Рак перестал быть городской болезнью.

Как уже говорилось, усилилось внимание к этому типу заболеваний, принимающих массовый характер. Онкозаболевания научились обнаруживать на более ранних стадиях. Хотя в этот период меры борьбы с раковыми заболеваниями еще не результативны, тем не менее, имеют место попытки помощи, и не всегда безуспешные. Используются терапевтические и химиотерапевтические методы лечения. Радикальное хирургическое вмешательство на том уровне развития медицины часто ускоряло развитие болезни. Часть больных не переносили операций и послеоперационного периода. Расширялся поиск путей продления их жизни без хирургического вмешательства. В 1950-е годы эти болезни требовали все большего внимания, что, кстати, являлось общемировой проблемой. К сожалению, позже, в 1960-е годы, это направление в медицине отошло на задний план, победила идея операционного лечения, и за те несколько лет, что она господствовала, погибло довольно много больных, в том числе находившихся на ранних стадиях заболевания. Обычно человек с трудом переносил тяжелейшую операцию, а где-то через год умирал, так как рак проявлялся с большей активностью.

Следует отметить, что и туберкулезные, и онкобольницы были укомплектованы врачами и медперсоналом: первые – в среднем на 96–97 %, вторые – на 92–93 %. Учитывая на то время нужду в медицинских кадрах, можно видеть, какое внимание придавалось лечению этих заболеваний. В послевоенные годы начинается срочная подготовка врачей-онкологов.

В 1950 г. открылся противозобный диспансер, пока еще один, и рассчитан он был на 10 мест, однако туда поступило 85 больных. Проблема частых, а впоследствии массовых заболеваний эндокринной системы, причем в тяжелой форме, возникла в Европе еще перед войной, и она быстро нарастала, в 1950-е годы достигнув России.

Значительно разрослась сеть психоневрологических диспансеров. Если в 1949 г. их было 7 и обслуживали они 5,5 тыс. больных, из них 1,5 тыс. из сельской местности, то в 1950 г. по РСФСР насчитывалось уже 11 диспансеров с 8,1 тыс. больных, из которых более 3 тыс. из сельской местности, в 1957 г. – 62 на 14 тыс. больных, из них 5,7 тыс. из сельской местности. Кроме того, при поликлиниках существовали специальные отделения и кабинеты, где также проходили лечение тысячи больных ежегодно. Послевоенный стресс давал о себе знать, становилось ясно, что с этой проблемой без медицинской помощи людям не справиться. Трудности того периода усугубляли положение. Самолечение часто проводилось при помощи алкоголя, которым пытались снять послевоенный синдром и

мужчины, и часть женщин, и подростки. Среди взрослого и подросткового населения нарастал алкоголизм, который также уже требовал лечения. Кроме того, среди детей военного и особенно послевоенного рождения увеличивалось число имевших психические и психоневрологические заболевания. Следует также учесть влияние нестабильной внутренней и внешней политики: с одной стороны, непрекращающиеся репрессии и преследования по идейно-политическим мотивам, с другой – постоянная угроза войны с Западом с применением средств тотального уничтожения.

Тяжелым следствием войны было резкое увеличение численности инвалидов в стране. Только в одной Москве в августе 1946 г. амбулаторно-поликлиническими учреждениями было взято на учет 52 560 инвалидов.

Даже через пятнадцать лет после окончания войны в стране было зафиксировано заметное увеличение числа нетрудоспособных, что подтвердила перепись населения 1959 г. (*Население России, 2005: 261*). Среди них были не только люди преклонного возраста, но и принадлежащие к различным возрастным группам инвалиды Великой Отечественной войны.

Война изменила и структуру инвалидности. Согласно проведенным исследованиям, наиболее распространенным видом последствий ранений военных лет стали остаточные явления травм головного мозга, огнестрельные остеомиелиты и болезни культей, поражения периферических нервов, а также органов зрения, грудной клетки, позвоночника и спинного мозга, органов брюшной полости, челюстно-лицевой области, заболевания внутренних органов, полученные на фронте, ложные суставы и незаживающие раны. Причем эти осложнения давали о себе знать в течение восьми лет после ранения более чем у половины больных, лечившихся в госпиталях. Рецидивы осложнений (воспалительных процессов в области ранения) проявлялись с промежутками до трех лет. Это приводило к снижению продолжительности жизни. Инвалиды психоневрологического профиля (психозы, остаточные явления закрытой травмы черепа) преждевременно дряхлели, впадали в психопатическое состояние и т.д. (*Яровинский, 1988: 189-190*)

Инвалиды Великой Отечественной войны были обеспечены повышенными пенсиями. Инвалиды из рядового состава, работавшие до призыва на военную службу в качестве рабочих и служащих, получали пенсии в размере: инвалиды 1-й группы – 100 % от прежнего заработка; 2-й группы – 75 % и 3-й группы – 50 %. Если заработок превышал 400 рублей, то пенсия начислялась исходя из 400 рублей. Инвалиды из сержантского и старшинного состава получали пенсии с надбавкой в 25 %. Размеры пенсий инвалидов офицерского состава зависели от воинского звания и оклада (*Систематическое собрание законов, 1967: 329-330*).

Инвалидов, частично утративших трудоспособность, устраивали на работу на обычные предприятия и в учреждения, обеспечивая их производственное обучение и переобучение за государственный счет. В этих целях были созданы специальные школы, курсы для обучения новой профессии с учетом состояния здоровья инвалидов. Одновременно они проходили восстановительное лечение в специально созданных госпиталях. Госпитали за время войны накопили огромный опыт в области восстановления здоровья: только в военные годы их усилиями были возвращены в строй 72 % раненых и 90 % больных.

Для инвалидов с тяжелыми увечьями и слепых, которые не могли работать на обычных предприятиях или в учреждениях, была организована специальная кооперация, где были созданы особые условия для их работы. Широкое распространение среди инвалидов получило надомничество.

В 1950 г. 91 % инвалидов Великой Отечественной войны был трудоустроен (*Министры здравоохранения, 1999: 247*).

Кооперации инвалидов были разнообразного профиля: швейные, полиграфические, пищевые, кожевенные, мебельные. Артели инвалидов имели предприятия по бытовому обслуживанию – парикмахерские, прачечные и торговые точки. Члены этих артелей пользовались преимущественным правом на работу в книжных и газетных киосках, в розничной торговле. Государство оказывало большую помощь кооперациям инвалидов, предоставляя им кредиты, оборудование и сырье. Члены кооперации должны были внести вступительный и паевой взносы. Кроме заработка они получали часть прибыли артели, которая распределялась по решению ее общего собрания. Рабочий день укорачивался до 7–

6 часов. Нормы выработки дифференцировались по инвалидным группам. До 1953 г. эти артели объединялись в областные, краевые и республиканские союзы кооперации инвалидов, а с 1953 г. были объединены с промышленной кооперацией в Совет промышленной кооперации.

Валовая продукция кооперации инвалидов за 1946–1950 гг. выросла по сравнению с довоенной в 1,8 раза (в 1940 г. она составляла свыше 2 млрд рублей в год), почти в три раза увеличилось число кооперативных торговых точек ([Систематическое собрание законов, 1967: 272](#)).

В тех случаях, когда инвалиды 1-й и 2-й групп нуждались в постороннем уходе и постоянном врачебном наблюдении, но не имели родственников, им предоставлялась возможность находиться в инвалидных домах. Инвалидные дома состояли на полном государственном обеспечении, медицинском и культурном обслуживании. Инвалиды в зависимости от состояния здоровья вовлекались в различные трудовые процессы. При инвалидных домах создавались подсобные хозяйства: мелкого животноводства, птицеводства или овощные, в зависимости от местных условий. Для инвалидов войны, больных туберкулезом и нервно-психическими расстройствами, были созданы инвалидные дома больничного типа, снабженные вспомогательными лечебными учреждениями и лечебно-трудовыми мастерскими. Для инвалидов были организованы и дома-интернаты. Они имели вид общежития с государственным содержанием для одиноких бездомных инвалидов, временно утративших трудоспособность.

В 1946 г. из 364 инвалидных домов 66 были домами для инвалидов Великой Отечественной войны. В них находилось 4,8 тыс. человек, в том числе 670 женщин. В 1947 г. специальных домов для инвалидов войны в РСФСР стало больше на 4, и в них жили 3,6 тыс. человек. В 1948 г. домов было 63, в 1949 г. – 54, находилось же в них соответственно 3,6 и 3,1 тыс. человек. Как видим, количество домов для инвалидов Великой Отечественной войны постепенно убывает, как и численность находящихся в них людей. На то было несколько причин: часть инвалидов улучшили свое здоровье и смогли жить вне условий инвалидных домов, некоторых взяли на попечение родственники, не следует забывать и о высокой смертности инвалидов вследствие полученных на фронте ран и болезней.

В послевоенный восстановительный период недостаток государственных средств отрицательно сказывался на содержании домов-интернатов и инвалидных домов, и их обеспечение зависело во многом от организации подсобных хозяйств.

На правительственном уровне перед медицинскими работниками была поставлена задача первоочередного обслуживания инвалидов Великой Отечественной войны. Эта проблема обсуждалась на сессии Верховного Совета СССР в марте 1946 г., где стоял также вопрос об организации производства усовершенствованных протезов ([Систематическое собрание законов, 1967: 386-388](#)).

В научно-исследовательских институтах АМН СССР разрабатывались новые методы диагностики и лечебно-профилактической работы с учетом специфики лечения инвалидов Великой Отечественной войны. В Институте экспериментальной и клинической хирургии были созданы новые конструкции протеза ноги (Б.Ф. Ефремов и др.) и активно-косметического протеза кисти руки (В.А. Никонов и др.). А.Н. Бакулев разработал и внедрил в лечебную практику методы радикальных хирургических операций при легочных заболеваниях.

Особо важное значение имело быстрое развитие после войны в СССР и, в частности, в РСФСР пластической (восстановительной) хирургии, позволявшей устранять оставшиеся от ран обезображения, дефекты тканей, нарушения функций органов.

После Великой Отечественной войны появилось большое число работ, обобщающих методику и опыт, накопленный медициной в области восстановительной хирургии ([Яровинский, 1988: 161-162](#)).

Так, с июля 1951 г. правительство Российской Федерации установило бесплатную выдачу инвалидам войны индивидуальных глазных протезов. Были разработаны мероприятия по улучшению ушного протезирования.

В связи с неблагоприятным состоянием дел в области протезирования было принято Особое Постановление Совета Министров РСФСР от 29 ноября 1952 г. «О недостатках в работе протезной промышленности Министерства социального обеспечения РСФСР и в

обслуживании граждан, нуждающихся в протезно-ортопедических изделиях» ([50 лет советского здравоохранения, 1989: 653-659](#)). В этом постановлении было вменено в обязанность участковым врачам и военным хирургам своевременно выявлять инвалидов Великой Отечественной войны, нуждавшихся в протезировании. Предписывалось организовать диспансерное наблюдение за инвалидами, пользующимися протезами, а также ввести в практику лечебно-хирургическую подготовку инвалидов к протезированию.

Было обращено внимание на улучшение обслуживания слепых инвалидов Великой Отечественной войны. С мая 1946 г. они освобождались от уплаты подоходного налога с получаемой ими заработной платы. В постановлении Совета Министров РСФСР от 17 января 1953 г. отмечалась необходимость соответствующим научно-исследовательским институтам разработать вопросы, связанные с охраной остаточного зрения у слепых ([50 лет советского здравоохранения, 1989: 653-660](#)).

Заключение

Правительство, не имея возможности в тяжелых условиях послевоенного периода в короткий срок обеспечить население материально, особое внимание обратило на охрану его здоровья. В этих целях был изучен и использован на практике опыт восстановления населения после Первой мировой и Гражданской войн. Предпринятые меры были очень схожи: и тогда, и теперь первоочередными задачами были охрана материнства и детства, борьба за выживаемость младенцев, за укрепление здоровья детей и взрослого населения. За все предвоенные пятилетки (1928–1940 гг.) на здравоохранение и физическую культуру государство израсходовало 57,1 млрд рублей, а в 4-й пятилетке (1946–1950 гг.) – 94,5 млрд рублей. Эти средства пошли на восстановление и капитальный ремонт старых больниц и здравниц, строительство новых, оснащение их новейшим медицинским оборудованием, подготовку квалифицированных медицинских кадров, широкие научные изыскания и исследования в области медицины, закупку и производство лекарств и препаратов.

Примечания

[Араловец, 2009](#) – *Араловец Н.А.* Городская семья в России. 1927–1959 гг. Тула, 2009.

[Георгиевский, Гаврилов, 1975](#) – *Георгиевский А.С., Гаврилов О.К.* Социально-гигиенические проблемы и последствия войн. М., 1975.

[Жиromская, 2009](#) – *Жиromская В.Б.* Жизненный потенциал послевоенных поколений в России. Историко-демографический аспект. 1945-1960 гг. М., 2009.

[Жиromская, Араловец, 2005](#) – *Жиromская В.Б., Араловец Н.А.* Демографические последствия Великой Отечественной войны // *Россия в XX веке: Война 1941–1945 годов: Современные подходы.* М.: Наука, 2005.

[Министры здравоохранения, 1999](#) – *Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения России в XX в.* М., 1999.

[Население России, 2005](#) – *Население России в XX веке: Исторические очерки.* Т. 3. Кн. 1. 1960-1979 гг. М., 2005.

[Народное хозяйство, 1959](#) – *Народное хозяйство РСФСР в 1958 году.* М., 1959.

[Систематическое собрание законов, 1967](#) – *Систематическое собрание законов РСФСР, указов Президиума Верховного Совета РСФСР и решений Правительства РСФСР.* М., 1967. Т. 10.

[Систематическое собрание законов, 1969](#) – *Систематическое собрание законов РСФСР, указов Президиума Верховного Совета РСФСР и решений Правительства РСФСР.* М., 1969. Т. 12.

[Яровинский, 1988](#) – *Яровинский М.Я.* Здравоохранение Москвы (1581-2000 гг.). М., 1988.

[50 лет советского здравоохранения, 1989](#) – *50 лет советского здравоохранения.* М., 1989.

References

[Aralovets, 2009](#) – *Aralovets N.A.* Gorodskaya sem'ya v Rossii. 1927–1959 gg. Tula, 2009.

[Georgievskii, Gavrilov, 1975](#) – *Georgievskii A.S., Gavrilov O.K.* Sotsial'no-gigienicheskie problemy i posledstviya vojn. M., 1975.

[Zhiromskaya, 2009](#) – *Zhiromskaya V.B.* Zhiznennyi potentsial poslevoennykh pokolenii v Rossii. Istoriko-demograficheskii aspekt. 1945-1960 gg. M., 2009.

[Zhiromskaya, Aralovets, 2005](#) – *Zhiromskaya V.B., Aralovets N.A.* Demograficheskie posledstviya Velikoi Otechestvennoi voiny // Rossiya v XX veke: Voina 1941–1945 godov: Sovremennye podkhody. M.: Nauka, 2005.

[Ministry zdavookhraneniya, 1999](#) – Ministry zdavookhraneniya: Ocherki istorii zdavookhraneniya Rossii v XX v. M., 1999.

[Naselenie Rossii, 2005](#) – Naselenie Rossii v XX veke: Istoricheskie ocherki. T. 3. Kn. 1. 1960-1979 gg. M., 2005.

[Narodnoe khozyaistvo, 1959](#) – Narodnoe khozyaistvo RSFSR v 1958 godu. M., 1959.

[Sistematischeskoe sobranie zakonov, 1967](#) – Sistematischeskoe sobranie zakonov RSFSR, ukazov Prezidiuma Verkhovnogo Soveta RSFSR i reshenii Pravitel'stva RSFSR. M., 1967. T. 10.

[Sistematischeskoe sobranie zakonov, 1969](#) – Sistematischeskoe sobranie zakonov RSFSR, ukazov Prezidiuma Verkhovnogo Soveta RSFSR i reshenii Pravitel'stva RSFSR. M., 1969. T. 12.

[Yarovinskii, 1988](#) – *Yarovinskii M.Ya.* Zdavookhranenie Moskvy (1581-2000 gg.). M., 1988.

[50 let sovetskogo zdavookhraneniya, 1989](#) – 50 let sovetskogo zdavookhraneniya. M., 1989.

УДК 31

Социальная политика СССР в 1945–1953 гг.: охрана здоровья населения

Ольга Васильевна Натолочная

Международный сетевой центр фундаментальных и прикладных исследований, Российская Федерация

Аннотация. В статье рассматривается социальная политика в СССР в послевоенный период в области охраны здоровья населения. Важное значение уделяется попечению над инвалидами Великой Отечественной войны и подростками.

В заключении автором отмечается, что правительство, не имея возможности в тяжелых условиях послевоенного периода в короткий срок обеспечить население материально, особое внимание обратило на охрану его здоровья. В этих целях был изучен и использован на практике опыт восстановления населения после Первой мировой и Гражданской войн. Предпринятые меры были очень схожи: и тогда, и теперь первоочередными задачами были охрана материнства и детства, борьба за выживаемость младенцев, за укрепление здоровья детей и взрослого населения.

Ключевые слова: социальная политика, охрана здоровья населения, Советский союз, 1945–1953 гг.